

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E ECONÔMICAS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL**

**AUREA DA SILVA GALVÃO ALMEIDA**

**Vigilância em Saúde e Intersetorialidade: análise a partir do  
Programa de vigilância da qualidade da água para o consumo  
humano (Vigiagua)**

**VITÓRIA**  
**2024**

**AUREA DA SILVA GALVÃO ALMEIDA**

**Vigilância em Saúde e Intersetorialidade: análise a partir do  
Programa de vigilância da qualidade da água para o consumo  
humano (Vigiagua)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Política Social da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para obtenção do título de Mestre em Política Social

Orientadora: Prof. Dra. Cenira Andrade de Oliveira

**VITÓRIA**

**2024**

Ficha catalográfica disponibilizada pelo Sistema Integrado de  
Bibliotecas - SIBI/UFES e elaborada pelo autor

---

A447v Almeida, Aurea da Silva Galvão, 1983-  
Vigilância em saúde e intersetorialidade : análise a partir do  
Programa de Vigilância da Qualidade da Água para o Consumo  
Humano (Vigiagua) / Aurea da Silva Galvão Almeida. - 2024.  
157 f. : il.

Orientadora: Cenira Andrade de Oliveira.  
Dissertação (Mestrado em Política Social) - Universidade  
Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Jurídicas e  
Econômicas.

I. Oliveira, Cenira Andrade de. II. Universidade Federal do  
Espírito Santo. Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas. III.  
Título.

CDU: 32

---


# VIGILANCIA EM SAUDE E INTERSETORIALIDADE: ANALISE A PARTIR DO PROGRAMA DE VIGILÂNCIA DA QUALIDADE DA ÁGUA PARA O CONSUMO HUMANO (VIGIAGUA)

**AUREA DA SILVA GALVÃO ALMEIDA**


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

**Aprovada em 16 de outubro de 2024.**


**COMISSÃO EXAMINADORA**

Documento assinado digitalmente  
 **CENIRA ANDRADE DE OLIVEIRA**  
Data: 16/10/2024 15:09:22-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>


**Professora Doutora Cenira Andrade de Oliveira**  
**Orientadora/Universidade Federal do Espírito Santo**

Documento assinado digitalmente  
 **JEANE ANDRÉIA FERRAZ SILVA**  
Data: 16/10/2024 16:04:53-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

**Professora Doutora Jeane Andréia Ferraz Silva**  
**Universidade Federal do Espírito Santo**

Documento assinado digitalmente  
 **GELSON SILVA JUNQUILHO**  
Data: 16/10/2024 21:03:15-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

**Professor Doutor Gelson Silva Junquillo**  
**Universidade Federal do Espírito Santo - Aposentado**

Documento assinado digitalmente  
 **LUCIANA CARRUPT MACHADO SOGOME**  
Data: 16/10/2024 16:34:43-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

**Professora Doutora Luciana Carrupt Machado Sogame**  
**Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória**

## AGRADECIMENTOS

Chegar até aqui remete a diversos sentimentos e sensações.

Sensação de incompletude ou de inquietação por um novo processo ou até mesmo novos caminhos. Esses vinte e quatro meses refletem em parte as descobertas e conhecimentos apreendidos ao longo dessa trajetória, e talvez justifique a minha nova inquietação.

E se é possível quantificar sentimentos, eu diria que há dois que me acompanharam nesse período, o de gratidão e de persistência.

Gratidão ao Deus que me permitiu acreditar, que me concedeu saúde física e mental, sabedoria e luz para seguir em frente, ainda que diante de algumas adversidades. E a minha família que me suportou e me amparou em todos os momentos, renunciando tantos outros, fazendo com que o meu sonho, fosse um desejo familiar.

Gratidão aos que contribuíram para que houvesse, inclusive, condições de vida e de trabalho para que eu pudesse me dedicar prioritariamente aos estudos, ainda que por um breve período. Aos que foram companheiros, generosos, atenciosos e cuidadosos com as minhas dúvidas, angústias, renúncias e preocupações.

Gratidão aos servidores públicos da Subsecretaria de Vigilância em Saúde do Espírito Santo e do ICEPI, que compreenderam a relevância do tema dessa pesquisa e contribuíram para a elaboração da mesma.

Gratidão à minha orientadora e aos professores da minha breve caminhada acadêmica, que com maestria me conduziram nas reflexões teóricas necessárias. E à Paulo Freire, que expressou em palavras e compartilhou com o mundo a perspectiva crítica, conscientizadora e política da educação.

E por fim, o segundo sentimento que me acompanhou nesse período e que não poderia deixar de citar, foi o de persistência, no qual também sou grata. Pois como diz Cora Coralina “é que tem mais chão nos meus olhos do que cansaço nas minhas pernas, mais esperança nos meus passos do que tristeza nos meus ombros, mais estrada no meu coração do que medo na minha cabeça.”

Obrigada a todos!

## RESUMO

O Brasil possui importantes reservas de água potável e o acesso a esse recurso hídrico vincula-se ao direito social, universal e humano. Nesta dissertação debateu-se a política social e pública de acesso à água potável, considerando-se algumas particularidades históricas do país e, tendo como ponto de partida, o Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Vigiagua) e foram apresentadas informações relacionadas ao perfil da população brasileira com menor acesso a água potável e como esse acesso tem ocorrido no Estado do Espírito Santo. O objetivo geral da pesquisa foi analisar a intersectorialidade no planejamento da vigilância em saúde na Subsecretaria de Vigilância em Saúde do Espírito Santo (SSVS/ES), a partir do Programa e, nos objetivos específicos, identificar o compartilhamento e/ou troca de informações relacionadas aos dados nesse conjunto de ações e verificar se os setores daquela Subsecretaria desenvolviam alguma iniciativa ou ação conjunta de caráter intersectorial relacionada a agravos ou doenças que se vinculavam de alguma forma com o acesso a água potável ou com Programa, além de analisar a ocorrência de estratégias intersectoriais em vigilância em saúde na SSVS/ES, vinculadas às mesmas questões. A metodologia utilizada foi uma pesquisa qualitativa com dados coletados por meio de questionários autoaplicáveis, formulados com questões abertas e fechadas, dirigidas aos representantes do componente político, administrativo e técnico da SSVS/ES. Como resultado observou-se que, em geral, os participantes reconheciam a importância da utilização dos dados do Programa Vigiagua para o processo de planejamento na vigilância em saúde e que o enfrentamento das complexidades relacionadas ao acesso a água potável vinculava-se com a articulação intersectorial de distintos setores na política de saúde.

**Palavra Chave:** Água potável. Intersectorialidade. Programa Vigiagua.

## ABSTRACT

Brazil has significant reserves of potable water, and access to this resource is linked to social, universal, and human rights. In this dissertation, the social and public policy of access to potable water was discussed, taking into account some historical particularities of the country and, using as a starting point, the National Program for Monitoring the Quality of Water for Human Consumption (Vigiagua), and was presented information related to the profile of the Brazilian population with less access to potable water and how this access has been occurring in the state of Espírito Santo. The general objective of the research was to analyze intersectorality in health surveillance planning within the Sub-secretariat of Health Surveillance of Espírito Santo (SSVS/ES), based on the Program and, in the specific objectives, to identify the sharing and/or exchange of information related to the data in this set of actions and to verify whether the sectors of that Sub-Secretariat developed any initiative or joint action of an intersectoral nature referring to diseases or conditions that were somehow linked to access to potable water or to the Program, in addition to analyzing the occurrence of intersectoral strategies in health surveillance in the SSVS/ES, linked to the same subjects. The methodology used was qualitative research with data collected through self-administered questionnaires, formulated with open and closed questions, directed to representatives of the political, administrative, and technical components of the SSVS/ES. As a result, it was observed that, in general, the participants recognized the importance of using Vigiagua Program data for the health surveillance planning process, and that addressing the complexities related to access to potable water was linked to the intersectoral coordination of different sectors in health policy.

**Keyword:** Potable water. Intersectorality. Vigiagua Program.

## **Dedicatória**

Aos que comigo suportaram as decepções e alegrias de todo o processo, e que de forma alguma me estimularam desistir, ainda que houvesse um longo caminho a percorrer. Tenho todos vocês em meu coração e nas minhas orações.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Panorama dos biomas nos municípios brasileiros.....	60
Figura 2 - Tendência de decréscimo de superfície da água no Brasil 1985 - 2023.....	61

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Diretrizes atendidas no Programa Vigiagua de 2018 a 2023 no ES.....	82
Gráfico 2 - Diretrizes atendidas no Programa Vigiagua RAD/ES em 2018 .....	83
Gráfico 3 - Diretrizes atendidas no Programa Vigiagua RAD/ES em 2019 .....	83
Gráfico 4 - Diretrizes atendidas no Programa Vigiagua RAD/ES em 2020 .....	84
Gráfico 5 - Diretrizes atendidas no Programa Vigiagua RAD/ES em 2021 .....	84
Gráfico 6 - Diretrizes atendidas no Programa Vigiagua RAD/ES em 2022 .....	85
Gráfico 7 - Diretrizes atendidas no Programa Vigiagua RAD/ES em 2023 .....	85
Gráfico 8 - Diretrizes atendidas: coliformes totais/ES em 2018 .....	86
Gráfico 9 - Diretrizes atendidas: coliformes totais/ES em 2019 .....	86
Gráfico 10 - Diretrizes atendidas: coliformes totais/ES em 2020 .....	87
Gráfico 11 - Diretrizes atendidas: coliformes totais/ES em 2021 .....	87
Gráfico 12 - Diretrizes atendidas: coliformes totais/ES em 2022 .....	88
Gráfico 13 - Diretrizes atendidas: coliformes totais/ES em 2023 .....	88

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CES/ES - Conselho Estadual de Saúde - Espírito Santo

CIEVS - Centro de Informações Estratégicas e Respostas em Vigilância em Saúde

CLT - Consolidação das Leis do Trabalho

CONEP - Coordenação Nacional de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

ESPIN - Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional

LACEN - Laboratório Central

LBA - Legião Brasileira de Assistência

MS - Ministério da Saúde

NEVA - Núcleo Especial de Vigilância Ambiental

NEVE - Núcleo Especial de Vigilância Epidemiológica

NEVS - Núcleo Especial de Vigilância Sanitária

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PAS - Programação Anual de Saúde

PES - Plano Estadual de Saúde

PNPS - Política Nacional de Promoção da Saúde

RAD - Residual do Agente Desinfetante

SESA - Secretária de Estado da Saúde

SSVS/ES - Subsecretaria de Vigilância em Saúde do Espírito Santo

Sisagua - Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano

SNIS - Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS)

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFES - Universidade Federal do Espírito Santo

VIGIAGUA - Programa de Vigilância da Qualidade da Água para o Consumo Humano

VS - Vigilância em Saúde

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	13
CAPÍTULO I - INTERSETORIALIDADE E POLÍTICA PÚBLICA NO BRASIL.....	24
1.1 POLÍTICA PÚBLICA.....	24
<b>1.1.1 Política Social</b> .....	33
1.2 INTERSETORIALIDADE .....	40
CAPÍTULO II - ASPECTOS HISTÓRICOS DO BRASIL E OS RECURSOS HÍDRICOS	
47	
2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DO PAÍS: BREVES CONSIDERAÇÕES .....	47
2.2 A SEGURANÇA HÍDRICA NA CONTEMPORANEIDADE E OS BIOMAS	
BRASILEIROS.....	53
CAPÍTULO III - ACESSO A ÁGUA POTÁVEL NO BRASIL E NOS MUNICÍPIOS	
CAPIXABAS.....	63
3.1 ÁGUA E SAÚDE: DIREITO SOCIAL E OBJETO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS .	69
3.2 PROGRAMA NACIONAL DE MONITORAMENTO DA QUALIDADE DA ÁGUA PARA	
CONSUMO HUMANO (VIGIAGUA) .....	76
3.3 O MONITORAMENTO DA ÁGUA POTÁVEL NOS MUNICÍPIOS CAPIXABAS.....	80
CAPÍTULO IV - INTERSETORIALIDADE: UM DESAFIO PARA A GESTÃO PÚBLICA	
E PARA EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS SOCIAIS.....	92
4.1. A ARTICULAÇÃO ENTRE OS SUJEITOS E A PROMOÇÃO DA	
INTERSETORIALIDADE .....	96
4.2 O MODO DE PRODUÇÃO CAPITALISTA: A REPERCUSSÃO DO	
INDIVIDUALISMO NA PROMOÇÃO DE AÇÕES INTERSETORIAIS .....	104
4.3 A INTERSETORIALIDADE E O PLANEJAMENTO: ESTRATÉGIAS PARA A	
SUPERAÇÃO DA FRAGMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS SOCIAIS.....	111
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	117
REFERÊNCIAS .....	124
APÊNDICES .....	139
APÊNDICE A .....	140
APÊNDICE B .....	147
APÊNDICE C .....	149
APÊNDICE D.....	151

## INTRODUÇÃO

A incorporação do Programa Vigiagua no campo das políticas públicas de saúde é uma demanda relativamente recente no Brasil, embora a importância que a qualidade da água representa para a saúde humana e, conseqüentemente, para a melhoria da qualidade de vida da população seja inquestionável. O Ministério da Saúde (MS) destaca que tal relevância não é suficiente para que os responsáveis cumpram os procedimentos requeridos para o controle da qualidade da água e possam colaborar na melhoria dos serviços prestados com vistas a reduzir os impactos na saúde e a vulnerabilidade da população. Assim, torna-se necessário que essa relevância seja assimilada e se transforme em atitudes no cotidiano de trabalho dos sujeitos envolvidos nestes setores (Brasil, 2009).

O abastecimento público de água, em termos de quantidade e qualidade, compreende uma preocupação crescente para alguns organismos nacionais e internacionais, em função da possibilidade real da escassez do recurso hídrico e da deterioração da qualidade dos mananciais (Brasil, 2005). O acesso a água potável foi estabelecido pela Resolução A/RES/64/292 da Organização das Nações Unidas (ONU) em 28 de julho de 2010, como direito fundamental do ser humano relacionado ao direito à vida. A qualidade, quantidade e regularidade no fornecimento de água são fatores determinantes para o acometimento de doenças de veiculação hídrica no ser humano (Brasil, 2006).

Enquanto tripé da seguridade social a política de saúde no Brasil, executada por meio do SUS, abrange também o monitoramento da qualidade da água que é consumida no dia a dia pela população. A vigilância e o controle sobre a qualidade da água para o consumo humano constituem atribuições do SUS, realizável por meio do Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Brasil, 2006).

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2022), a vigilância da água para consumo humano tem o objetivo de promover a saúde e prevenir agravos e doenças de transmissão hídrica, a partir do gerenciamento de risco à saúde relacionado ao abastecimento de água, do planejamento e do desenvolvimento de políticas públicas destinadas ao saneamento, à preservação dos recursos hídricos e do meio ambiente

(Brasil, 2022). Tais ações são realizadas através do Programa Nacional de Vigilância Água para o Consumo Humano (Vigiagua), desenvolvido conjuntamente pelo Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde.

Enquanto parte do aparato estatal que o Estado assume na sociedade capitalista, o Programa Vigiagua foi concebido para uma atuação descentralizada, cabendo a observância das peculiaridades político-administrativas e diferenças socioeconômicas e culturais do país, bem como, pressupõe a atuação nas distintas esferas de governo, por meio de diferentes atores e setores institucionais, realizável através de atuação conjunta, integrada e articulada (Brasil, 2005).

A regulamentação do Programa estabelece que esse deve articular-se com as políticas e os programas no contexto da vigilância em saúde por meio de mecanismos que possibilitem, especialmente, o trabalho conjunto entre as vigilâncias epidemiológica, sanitária e em saúde ambiental (Brasil, 2005). Para tanto, o MS estabelece instrumentos e mecanismos formais de atuação intra e intersetorial para o alcance das diretrizes do Programa Vigiagua (Brasil, 2006).

Atualmente o Programa vincula-se à Vigilância em Saúde (VS) sendo que essa última, enquanto participante do planejamento do SUS, tem como premissa a articulação conjunta de ações destinadas a controlar os riscos e danos à saúde e a integralidade da atenção em saúde (Brasil, 2010). A VS deve inserir-se cotidianamente em todos os níveis de atenção da saúde, constituindo-se assim espaço de articulação de conhecimentos e técnicas, visando a integralidade do cuidado, mediante a utilização de dispositivos e metodologias que favoreçam a integração da vigilância. A VS está organizada em uma Política Nacional de Vigilância em Saúde, executada em âmbito nacional, por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente vinculada ao Ministério da Saúde (Brasil, 2010).

Essa Secretaria constitui-se parte do aparato organizacional existente para o alcance das diretrizes e objetivos do Programa Vigiagua, em que o planejamento se estabelece como ferramenta de extrema relevância, especialmente para a promoção da integração intrasetorial e intersetorial das ações desenvolvidas. A vigilância

epidemiológica, vigilância da situação de saúde, em saúde ambiental, saúde do trabalhador, sanitária e a promoção da saúde também compõem a Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (Brasil, 2010).

A partir do final da década de 1980 no Brasil, o planejamento no campo da saúde ancorou-se no escopo de Planejamento Estratégico Situacional (PES) de Carlos Matus<sup>1</sup> (Teixeira; Paim, 2000). O autor (1996), sugere a adoção de ações estratégicas e comunicativas entre os múltiplos sujeitos que atuam na política de saúde para a construção de consensos, objetivos e ações, constituindo assim uma ferramenta útil, flexível e eficaz para lidar com as necessidades da administração pública, configurando uma forma consciente de condução da política pública (Matus, 1996).

No campo da saúde, a intersetorialidade apresenta-se como de extrema relevância para a abordagem ampliada e integrada desses sujeitos, constituindo uma prática de trabalho potencial para articular processos resolutivos às necessidades da população (Feitosa, 2018).

É importante perceber a construção de práticas intersetoriais partindo de problemas concretos, considerando a contribuição do acúmulo histórico, organizacional, teórico e metodológico de cada setor (Andrade, 2006). O que converte para a compreensão de Pereira (2014), ao propor a intersetorialidade nas políticas sociais a partir de uma perspectiva dialética, mediante uma natureza contraditória, histórica, conflituosa, e por isso não neutra.

No SUS, o planejamento deve ser desenvolvido de forma ascendente, articulado, integrado e solidário entre as esferas de gestão (Brasil, 2010), no qual a existência de um aparato governamental nas três esferas de governo pode facilitar tal processo. No Estado do Espírito Santo (ES), o Programa Vigiagua é coordenado pelo Núcleo Especial de Vigilância Ambiental (NEVA), localizado na Subsecretaria de Estado de

---

<sup>1</sup> Carlos Matus foi economista e Ministro da Economia do Chile no governo de Salvador Allende (1970 a 1973) e desenvolveu uma proposta conceitual e metodológica intitulada Planejamento Estratégico Situacional (PES), que contempla um conjunto de métodos a serem utilizados nos diversos momentos do processo de planejamento, quais sejam, o explicativo, o normativo, o estratégico e o tático-operacional. O PES apresenta-se como uma metodologia criada para lidar com os desafios enfrentados em uma administração pública, a qual, diferente do planejamento tradicional, é marcado pela flexibilidade (Fortis, 2010).

Vigilância em Saúde (SSVS/ES), conforme a Instrução Normativa nº 1, de 7 de março de 2005<sup>2</sup>.

A SSVS/ES foi instituída enquanto unidade administrativa, como parte da estrutura organizacional da Secretaria de Estado da Saúde (Sesa) no ano de 2020, conforme Decreto nº 4588-R, de 10 de março de 2020<sup>3</sup>, tendo como finalidade, conforme o artigo 45 da Lei Complementar 317 de 2005<sup>4</sup>, a elaboração, coordenação e a execução das políticas estaduais de vigilância sanitária, epidemiológica, ambiental e o Programa de Saúde do Trabalhador (Espírito Santo, 2005).

Enquanto unidade administrativa, essa Subsecretaria está organizada em: uma Gerência de Vigilância em Saúde, sete núcleos especiais<sup>5</sup>, um Laboratório Central (Lacen) e um Centro de Informações Estratégicas e Respostas em Vigilância em Saúde (CIEVS).

Dada as especificidades do Programa Vigiagua e a relevância do trabalho conjunto entre as vigilâncias epidemiológica, sanitária e em saúde ambiental, a essencialidade “[...] do acesso à água, em quantidade suficiente e qualidade adequada” (Brasil, 2005, p. 52), bem como a necessidade da integração intrasetorial e intersetorial das vigilâncias, entendeu-se que os marcos legais do Programa apontam para a necessidade da articulação intersetorial das ações em vigilância em saúde. Assim, a intersetorialidade é considerada, na atualidade, como um componente central das políticas de saúde (Paim, 1994).

A efetivação do direito à saúde requer o desenvolvimento de estratégias capazes de articular, no interior da vigilância em saúde, as políticas sociais e o desenvolvimento

---

<sup>2</sup> Instrução Normativa nº01, de 07 de março de 2005 define as competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal na área de vigilância em saúde ambiental.

<sup>3</sup> Decreto nº 4588-R, de 10 de março de 2020 altera a estrutura organizacional e transforma cargos de provimento em comissão e funções gratificadas da Secretaria de Estado da Saúde - SESA, sem elevação da despesa fixada.

<sup>4</sup> Lei Complementar nº 317 de 2005 organiza o funcionamento do Sistema Estadual de Saúde do Estado do Espírito Santo – SES/ES, altera a estrutura organizacional da Secretaria de Estado da Saúde – SESA e do Instituto Estadual de Saúde Pública - IESP, e dá outras providências.

<sup>5</sup> Núcleo Especial de Vigilância Epidemiológica; Núcleo Especial de Vigilância Ambiental; Núcleo Especial de Vigilância Sanitária; Núcleo Especial de Serviços de Verificação de Óbitos; Núcleo Especial de Prevenção e Atenção às Intoxicações; Núcleo Especial de Informação em Saúde e Núcleo Especial de Vigilância à Saúde do Trabalhador.

de ações intersetoriais. Por isso, definiu-se o questionamento de como se processa a intersetorialidade na Subsecretaria de Vigilância em Saúde do Estado do Espírito Santo, a partir do Programa Vigiagua, como principal problema dessa pesquisa. Nosso objetivo geral nessa dissertação foi analisar a intersetorialidade no planejamento da vigilância em saúde na Subsecretaria de Vigilância em Saúde do Espírito Santo (SSVS/ES), a partir do Programa Vigilância da Qualidade da Água.

O desdobramento das ações necessárias à realização desse objetivo geral deu-se a partir de algumas indagações à realidade da SSVS/ES e, para tanto, recorreu-se aos seguintes objetivos específicos: identificar se há compartilhamento e/ou troca de informações relacionadas aos dados do Programa Vigiagua na SSVS; verificar se os setores vinculados à SSVS desenvolvem alguma iniciativa ou ação conjunta de caráter intersetorial relacionada a agravos ou doenças que se vinculam de alguma forma com o acesso a água potável ou com o Programa e analisar a ocorrência de estratégias intersetoriais em vigilância em saúde na SSVS/ES, vinculadas ao planejamento e/ou implementação de questões relacionadas com o acesso a água potável ou com o Programa.

Ressalta-se ainda, que os marcos legais do Programa Vigiagua, bem como as diretrizes norteadoras do SUS apontam para que as ações vinculadas ao Programa sejam realizadas de forma intersetorial, no qual, o planejamento constitui-se condição imprescindível para a articulação das diversas áreas do conhecimento.

O não acesso à água potável é uma forma de expressão da questão social, uma vez que, a água tratada foi reconhecida formalmente pela Assembleia Geral das Nações Unidas, pela Resolução A/RES/64 (2010), como um direito humano essencial para o pleno gozo da vida. Nesse sentido, a análise acerca do planejamento das ações em vigilância em saúde vinculadas a qualidade da água para o consumo humano não pode ser descolada das considerações referentes às contradições intrínsecas ao modelo capitalista, cujos processos produtivos impactam no aumento da desigualdade social.

No processo de pesquisa bibliográfica, embora alguns trabalhos tivessem sido encontrados abordando a qualidade da água para consumo humano no tocante às

singularidades microbiológicas e físico-químicas, observou-se uma escassez de publicações relacionadas a operacionalização desse Programa no Estado do Espírito Santo o que nos motivou, ainda mais, a realizar análises qualitativas sobre a intersectorialidade e o planejamento do Programa Vigiagua na SSVS/ES. Nosso interesse nessa temática teve ainda o acréscimo da manifestação do MS (Brasil, 2009), de que a existência de uma legislação avançada relacionada a qualidade da água para consumo humano, por si só, não garantia a organização e o preparo por parte dos estados para exercer as atribuições da vigilância da qualidade da água.

Definiu-se o período compreendido entre os anos de 2018 e 2023 para realizar as buscas nas bases de periódicos de publicações acadêmicas, levando-se em consideração que a SSVS/ES só foi constituída enquanto unidade administrativa no ano de 2020 (Decreto nº 4588-R, de 10 de março de 2020). A definição do ano de 2018, deu-se pelo fato da data anteceder a pandemia mundial de Covid 19, decretada em março de 2020 pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Estendeu-se as buscas até o ano de 2023, pois segundo o MS, o final da pandemia no Brasil ocorreu no ano de 2022.

Como procedimento metodológico nessa pesquisa foi adotada a abordagem qualitativa, por possibilitar maior compreensão do fenômeno no contexto em que ele ocorre e do qual é parte, e por atuar em um universo de significados, motivos e aspirações (Deslandes, 1997).

Para a coleta de dados recorreu-se a estratégias diversas na investigação, como a pesquisa documental e o questionário autoaplicável. Na pesquisa documental foram realizadas consultas a documentos públicos governamentais e legislações relacionadas ao Programa Vigiagua, Vigilância em Saúde e a SSVS/ES para compreensão dos objetivos e diretrizes do Programa, da VS e das ações vinculadas à Subsecretaria. E recorreremos ao painel "Cumprimento da Diretriz Nacional" do Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Sisagua)<sup>6</sup> para obtenção de dados referentes aos municípios capixabas quanto o total de análises e percentuais de atendimento da diretriz nacional da vigilância da

---

<sup>6</sup> Disponível em <[https://infoms.saude.gov.br/extensions/sisagua\\_diretrizes/sisagua\\_diretrizes.html](https://infoms.saude.gov.br/extensions/sisagua_diretrizes/sisagua_diretrizes.html)>

água para os indicadores de turbidez, RAD e coliformes totais, para o período entre os anos de 2018 e 2023.

Também foram utilizadas como fontes de dados da pesquisa documental os documentos públicos denominados Plano Estadual de Saúde (PES), período 2020 a 2023, e a Programação Anual de Saúde (PAS) referente ao ano de 2023<sup>7</sup>, alcançando-se assim o recorte temporal da pesquisa. Esses documentos contribuíram na obtenção de informações que subsidiaram a elaboração dos roteiros de questionários, especialmente por conter alguns informes relacionados às ações do Programa Vigiagua e por constituírem ferramentas de gestão para o planejamento da política de saúde no estado do Espírito Santo.

Algumas questões dos questionários foram elaboradas utilizando-se a técnica de escala de medir atitudes denominada Escala de Likert<sup>8</sup>. A utilização dessa escala objetivou melhor mensurar a opinião de participantes da pesquisa em relação ao tema principal desta. Todos os participantes foram submetidos às mesmas perguntas e alternativas de respostas.

Na elaboração da escala de atitudes optou-se pelo número ímpar de respostas, das quais, uma foi caracterizada como resposta intermediária, denominada de ponto neutro e serviu como graduação entre os extremos. Esta foi associada a cinco opções de respostas, uma vez que as escalas com mais itens geralmente são as mais indicadas para as pesquisas em que os respondentes dominam o assunto objeto de estudo ou quando o objeto de estudo tem muitos atributos (Coelho; Esteves, 2007).

A utilização do ponto neutro fez parte de uma estratégia em que, geralmente, o respondente fica mais à vontade no momento de expressar sua opinião e também

---

<sup>7</sup> Tais informações encontram-se disponíveis no site institucional da SESA, no endereço eletrônico: <https://saude.es.gov.br/instrumentos-de-planejamento>.

<sup>8</sup> Escala de Likert: A escala Likert foi criada pelo educador e psicólogo Rensis Likert em 1932, e constitui-se uma escala de pesquisa como meio de medir atitudes. Segundo Appolinário (2007), na escala de Likert o respondente indica seu grau de concordância ou discordância em relação a determinadas declarações relativas à atitude que está sendo medida. Essa metodologia possui ampla aplicação, por constituir-se uma mensuração escalar adotada com a finalidade de medir atitudes, de forma objetiva, por meio de opiniões (Lucian, 2016).

garantia uma simetria entre o número de categorias positivas em relação as negativas (Coelho; Esteves, 2007).

Quanto a estrutura da escala, recorreu-se as seguintes expressões dentre as opções de resposta: a) item totalmente positivo: “muito frequentemente”; b) parcialmente positivo: “frequentemente”; c) neutro: “ocasionalmente”; d) parcialmente negativo: “raramente”; e) um negativo: “nunca”.

A estrutura organizacional da SSVS/ES contempla diversos setores de trabalho denominados ‘Núcleos’. Tais setores têm atuação pública para a temática de vigilância em saúde no Estado do Espírito Santo por meio de ações tipificáveis, porém, operando em diferentes áreas e mediante intervenções voltadas para doenças e agravos específicos. O roteiro de questionário autoaplicável foi enviado a dez membros das equipes das áreas técnicas da SSVS vinculados a: Subsecretaria de Vigilância em Saúde; Gerência de Vigilância em Saúde (GEVS); Núcleo Especial de Vigilância Epidemiológica (NEVE); Núcleo Especial de Vigilância Sanitária (NEVS); Núcleo Especial de Vigilância Ambiental (NEVA); Laboratório Central (Lacen); e do Centro de Informações Estratégicas e Respostas em Vigilância em Saúde (CIEVS).

Priorizou-se na pesquisa o NEVE, o NEVS e o NEVA, em observância as diretrizes do Programa Vigiagua que preveem que as ações relacionadas ao Programa devem estar articuladas com as políticas e os programas no contexto dessas três vigilâncias em saúde (Brasil, 2005) e optou-se por incluir também o Lacen pelo fato do laboratório atuar de forma integrada à Vigilância Sanitária, Epidemiológica e Ambiental no diagnóstico laboratorial de interesse da saúde pública, executando análises de produtos sujeitos ao controle sanitário em alimentos e bebidas e da qualidade da água para consumo humano.

Também foi incluído o CIEVS, pois tal centro tem como objetivo atuar na detecção, verificação, resposta e monitoramento dos riscos na ocorrência de emergências em saúde pública no estado do Espírito Santo, apoiando e/ou gerenciando a resposta aos

riscos ocorridos no âmbito do Estado, visando facilitar a ação coordenada com envolvimento de todos os setores e instituições relacionados ao evento<sup>9</sup>.

A definição por tais núcleos da SSVS/ES e pela gerência de vigilância se deu em consonância com o pensamento estratégico de Testa<sup>10</sup> (1992) *apud* Lacerda, Botelho e Colussi (2013), quanto a tipologia do poder em saúde, que distingue o poder político do técnico e do administrativo na execução de tal política. O poder administrativo corresponde às atividades e processos que implicam o manejo de recursos, o poder técnico se define pelo uso de conhecimentos e tecnologias em qualquer dos níveis de funcionamento no setor saúde e o poder político que expressa a defesa dos interesses dos diversos grupos envolvidos no setor (Testa, 1992 *apud* Lacerda; Botelho; Colussi, 2013).

A partir de tal modelo teórico, Ferreira e Silva (2005) reforçaram que o poder técnico consistia na capacidade de gerar, aceder, lidar com a informação de características distintas, o poder administrativo na faculdade de apropriar e atribuir recursos e o poder político relacionava-se com o atributo de mobilizar grupos sociais e instituições em favor de necessidades e interesses (Ferreira e Silva, 2005, p. 109).

O questionário semiestruturado autoaplicável foi realizado por meio digital, a partir do encaminhamento por e-mail de contato para cada participante da pesquisa, com o compromisso do sigilo da informação e em observância aos roteiros de questionário disponíveis nos Apêndice A e B. Os participantes da pesquisa elencados para responder aos questionários eram estratégicos para a obtenção de dados que subsidiaram o alcance dos objetivos propostos considerando que esses desempenhavam, à época, papel relevante na condução das ações do Programa Vigigua da SSVS/ES.

---

<sup>9</sup> Lacen e CIEVS: ambas as informações se encontram disponíveis no site institucional da Sesa, endereço eletrônico <https://saude.es.gov.br/vigilancia-em-saude>.

<sup>10</sup> Mario Testa, pensador latino-americano, conhecido, especialmente, por sua produção crítica na área de Política, Planejamento e Gestão em Saúde (Virgens, 2015). Para Testa, as maneiras como se combinam os tipos de poder e as formas assumidas apontam para possibilidades diversas, para os caminhos que se teria de percorrer na constituição de um poder político de classe, isto é, um poder político científico e hegemônico. Para o autor, em algum momento da dinâmica do poder, os poderes administrativos e técnicos ficam "subsumidos" no poder político.

A interpretação dos dados foi elaborada por meio da Análise de Conteúdo (AC). A escolha pela utilização do método deu-se a partir dos apontamentos de Sampaio (2021), de que essa técnica tem se mostrado relevante nos estudos de políticas públicas por gerar dados e interpretações capazes de sintetizar, comparar e testar hipóteses a partir de diferentes tipos de textos, como diretrizes governamentais, entrevistas, formulário e outros, o que corrobora ainda com a definição de Carlomagno e Rocha (2016) quanto a versatilidade da AC que, segundo esses autores, pode ser realizada sobre qualquer tipo de ato enunciativo, por se destinar a “[...] classificar e categorizar qualquer tipo de conteúdo, reduzindo suas características a elementos-chave, de modo com que sejam comparáveis a uma série de outros elementos [...]” (Carlomagno; Rocha, 2016, p. 175).

Como essa pesquisa envolveu seres humanos, foi necessário garantir a observância dos procedimentos éticos para sua realização e, por este motivo, ao longo de todo o processo, foram adotados os procedimentos éticos dispostos na Resolução nº 510 de 7 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde.

Também foram adotados procedimentos garantindo que a inserção dos participantes ocorresse de forma livre. Antes do início da coleta de dados, encaminhou-se via e-mail aos participantes da pesquisa informações sobre o conteúdo do estudo, esclarecimento de dúvidas conforme Apêndice C e, posteriormente, coletou-se a manifestação no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), apresentado no Apêndice D.

Todas essas etapas foram realizadas após a obtenção de parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa, nº CEP: 6.847.955 e da autorização para realização de pesquisa no âmbito da SESA/ES, conforme CAAE: 79101624.6.0000.5542.

Esta dissertação está estruturada em quatro capítulos. No primeiro foram apresentados alguns elementos teóricos para a compreensão da intersectorialidade e política pública no Brasil. Nesse contexto, resgatou-se alguns conceitos de política pública, política social e de intersectorialidade, na perspectiva desta última constituir-se numa decisão política em prol do interesse público com vistas a superação da

atuação setorial e mediante diálogos coletivos, ações conjuntas necessárias para o planejamento das ações do Programa Vigiagua.

No segundo capítulo, abordou-se sobre algumas particularidades históricas do Brasil, e como essas têm se manifestado no acesso água potável. A segurança hídrica no país na contemporaneidade foi discutida, associada as características dos biomas brasileiros, enquanto elemento indispensável para a saúde humana.

No terceiro capítulo foram apresentados dados relacionados ao acesso à água potável no Brasil, nos quais a privação a tal recurso hídrico reforça a desigualdade social e afeta principalmente a população mais vulnerável. Analisou-se alguns percentuais de cumprimento das diretrizes da vigilância da qualidade da água, estabelecidos no Programa Vigiagua nos municípios do Estado do Espírito Santo entre os anos de 2018 e 2023, e foram resgatados os princípios e diretrizes do Programa relacionado à Vigilância Ambiental em Saúde na SSVS/ES.

O quarto capítulo apresentou os dados e sua análise, enfatizando a intersetorialidade no planejamento da vigilância em saúde na SSVS/ES, a partir do Programa Vigiagua. Demonstrou-se a percepção dos participantes da pesquisa em relação a importância da utilização dos dados do Programa nessa unidade organizacional e, por fim, nas considerações finais, foram destacados alguns desafios a serem superados na implantação mais efetiva de ações intersetoriais na vigilância em saúde.

## **CAPÍTULO I - INTERSETORIALIDADE E POLÍTICA PÚBLICA NO BRASIL**

Segundo Nascimento (2010), a intersectorialidade pode constituir-se em um mecanismo de gestão que contribui para a articulação e integração dos diversos serviços, órgãos e instituições vinculadas às políticas públicas, comprometidos com a efetivação dos direitos sociais.

A incorporação da intersectorialidade nas políticas públicas trouxe a articulação de saberes técnicos, já que os especialistas em determinada área passaram a integrar agendas coletivas e compartilhar objetivos comuns. Nesta perspectiva, a intersectorialidade pode trazer ganhos para a população, para a organização logística das ações definidas, bem como para a organização das políticas públicas centradas em determinados territórios. Ao mesmo tempo, abrem-se novos problemas e desafios relacionados à superação da fragmentação e à articulação das políticas públicas, sobretudo se considerarmos a cultura clientelista e localista que ainda vigora na administração pública (Nascimento, 2010, p. 96)

Procurou-se apresentar neste capítulo alguns elementos teóricos para a compreensão da intersectorialidade e política pública no Brasil. Para tanto, abordou-se os conceitos de política pública, política social e intersectorialidade, para fins da promoção de diálogos coletivos, ações conjuntas, e instrumentos de intervenção vinculados ao Programa Vigiagua e a disponibilidade de água potável para o consumo humano.

### **1.1 POLÍTICA PÚBLICA**

Registros apontam que o cenário mundial de adoção de políticas restritivas de gastos, assumida na maioria dos países em desenvolvimento, a partir dos anos de 1990, contribuíram para o ressurgimento do tema política pública como campo do conhecimento (Souza, 2006).

Souza (2006) atribui esse ressurgimento a alteração do papel dos governos frente o ajuste fiscal adotado por muitos países, que culminaram nas restrições à intervenção estatal na economia e nas políticas sociais, acrescido da incapacidade dos países ditos em desenvolvimento em promover crescimento econômico e inclusão social.

Corroborando com Souza (2006), Chrispino (2016) associa esse ressurgimento a uma dinâmica social mais complexa, que tem provocado situações novas na definição de

problemas públicos, o que passou a exigir soluções em tempo adequado e com a eficiência, eficácia e efetividade indispensáveis. Nesse contexto, o autor afirma que as políticas públicas são na verdade, políticas sociais, à medida que no modo de produção capitalista a política econômica assume um caráter antissocial e, por isso, são constituídas políticas denominadas sociais para compensar tal caráter (antissocial) da política econômica, sendo assim possível “[...] entender a denominação de políticas públicas para as políticas chamadas ‘sociais’” (Chrispino, 2016, p. 16).

Alguns autores expressam que conceituar o que é política pública constitui-se uma provocação complexa dada a eventualidade, multiplicidade, abrangência e variedade de tal conceito (Chrispino, 2016; Santos, 2013; Secchi, 2017; Souza, 2006), uma vez que o mesmo é “[...] resultado de inúmeras variáveis (constructo) e que seu significado será tão distinto quanto os valores, ideologias, contextos, ética etc. de seu formulador” (Chrispino, 2016, p. 19).

Souza (2006) aponta que em termos ontológicos, a origem do conceito de política pública nasce nos Estados Unidos, enquanto área do conhecimento e disciplina acadêmica para dar ênfase aos estudos sobre a ação dos governos, sendo que na Europa, a área da política pública surge com o desdobramento das teorias explicativas do papel do Estado e suas instituições.

No Brasil, a notabilidade do conceito de política pública ganhou mais destaque nas ciências políticas e administrativas nos últimos anos que antecederam o início do século XXI, em instituições democráticas frágeis e coexistindo comportamentos político administrativos modernos e tradicionais (Frey, 2022).

Com a retomada democrática ocorrida no país no final da década de 1980 e consolidada em termos regulatórios com a Constituição Federal de 1988, observou-se alterações nas políticas praticadas no Brasil, dada as mudanças tecnológicas em curso no ambiente nacional e internacional e a reforma do aparelho estatal, o que contribuiu para que a administração pública brasileira fosse estruturada a partir de um modelo sincrético, em que coabitam clientelismo, corporativismo, isolamento burocrático e universalismo de procedimentos (Ribeiro; Costa; Silva, 2000).

Nesse sentido Chrispino (2016), argumenta que no Brasil a política pública relaciona-se com a intencionalidade da ação do governo, visto que:

[...] a política pública nasce no universo da ciência política e, como tal, deve comportar-se com a mesma dinâmica e mesmos valores que traspassam a política, entendida aqui como a arte de governar ou mesmo como a arte de mediar os interesses contrários. Logo, é certo dizer que criatura (política pública) e criador (política) possuem ligações intrínsecas que devem permitir analogias quase perfeitas (Chrispino, 2016, p. 22).

Para o caso brasileiro Frey (2022), destaca que é importante considerar a configuração dos arranjos institucionais e as características dos processos políticos ocorridos no país, que geraram fragmentação e ainda geram interferências, como:

[...] o clientelismo, o populismo ou o patrimonialismo que eventualmente exercem uma influência maior na definição das políticas públicas do que as instituições formais; ou, colocado de outra maneira, estes vícios políticos desconfiguram e descaracterizam os arranjos institucionais formais [...] (Frey, 2022, p. 249)

Segundo o mesmo autor (2022), no Brasil as instituições são reduzidas e fracas, e as decisões políticas ocorrem sobre a influência de uma elite classista onde,

[...] O agir estatal e administrativo se baseia em formas clientelistas de interação, visa mais o caso individual e não soluções coletivas. A política efetiva não vem sendo produzida e implementada, ou só em proporções limitadas, dentro das instituições e de acordo com os procedimentos formalmente previstos na Constituição ou nas leis orgânicas dos municípios, e segue só de forma restrita os padrões de política aspirados teoricamente com os respectivos arranjos institucionais e procedimentais (Frey, 2022, p. 249).

Observou-se assim, que o exercício do poder pelas elites políticas e econômicas no Brasil determinam de forma bem mais decisiva os rumos do país do que quaisquer arranjos, independentemente do quão institucionalizados estes sejam. Acrescido a isso, soma-se a descontinuidade político-administrativo de um governo para o outro, a fluidez no arranjo institucional dos estados e municípios e a ampla autonomia para as questões financeiras e administrativas, interferindo assim na promoção das políticas públicas (Frey, 2022).

Os governos têm um papel importante na definição e implementação de políticas públicas, conforme Souza (2006), de tal maneira que nos governos democráticos a

formulação das mesmas traduz os propósitos e plataformas eleitorais por meio de programas e ações que produzirão resultados esperados. No mundo moderno as sociedades e Estados possuem uma autonomia relativa para a definição de políticas públicas, detendo um espaço próprio de atuação, mas que também é permeável a influências externas e internas e pelo momento histórico de cada país (Souza, 2006).

A relevância do papel do Estado, não deve ser confundida com sua exclusividade como único agente social presente nas políticas públicas. Em relação a esse argumento Santos (2013, p. 17), destaca que no Estado “[...] encontra-se a produção de direitos sociais e coletivos que se faz, necessariamente, a partir de atores sociais pertencentes a organizações múltiplas, públicas ou privadas”. Embora as políticas públicas sejam reguladas e frequentemente providas pelo Estado, elas englobam preferências, escolhas e decisões ditas privadas e que afetam a todos de alguma forma.

Nesse mesmo diapasão, Secchi (2017) reforça que o Estado não é o único a protagonizar a elaboração de políticas públicas, uma vez que há uma pluralidade de atores que protagonizam os problemas públicos. O Estado se destaca em relação aos demais atores por deter o monopólio da força e por controlar grande parte dos recursos nacionais que serão utilizados nas políticas públicas. Logo, “[...] o que define se uma política é ou não pública é a sua intenção de responder a um problema público, e não se o tomador de decisão tem personalidade jurídica estatal ou não estatal [...]” (Secchi, 2017, p. 5).

O mesmo autor (2017), vai chamar de políticas governamentais as políticas elaboradas e estabelecidas por atores governamentais e, segundo ele, essas compõem as políticas públicas, classificando-as como as mais importantes. Nesse sentido, reforça a necessidade de abarcar os tipos de políticas públicas, a partir das contribuições de Theodore J. Lowi (1964), que expressa que “[...] as políticas públicas determinam a dinâmica política [...]” de um país (Secchi, 2017, p. 23).

O modelo de Lowi segundo Frey (2022, p. 223), parte do pressuposto de que “[...] as reações e expectativas das pessoas afetadas por medidas políticas têm um efeito antecipativo para o processo político de decisão e de implementação [...]”. Nesse

contexto, Frey (2022) propõe a partir de Lowi (1964), as seguintes tipologias clássicas de políticas públicas: distributivas, redistributivas, regulatórias ou constitutivas.

Chrispino (2016), sustenta que os tipos de políticas do modelo de Lowi devem ser entendidos como sendo políticas públicas de execução. Em resumo, esses quatro tipos de política podem ser caracterizados pela forma e efeitos da implementação, os conteúdos e ao modo de resolução dos conflitos políticos.

Concisamente, as características dessa tipologia de política pública, segundo Souza (2006), são:

- a) Políticas distributivas são aquelas que geram impactos mais individuais do que universais, ao privilegiar certos grupos sociais ou regiões, em detrimento do todo;
- b) Políticas regulatórias são ditas como as mais visíveis ao público, envolvendo burocracia, políticos e grupos de interesse;
- c) Políticas redistributivas, atinge o maior número de pessoas e impõe perdas concretas no curto prazo para certos grupos sociais, e ganhos incertos e futuro para outros<sup>11</sup>; são, em geral, as políticas sociais universais, o sistema tributário, o sistema previdenciário;
- d) Políticas constitutivas lidam com os procedimentos.

Em geral, as políticas públicas agregam características de mais de um tipo de política, e o seu formato vai depender da especificidade de cada sociedade e da correlação de forças presentes na definição das mesmas (Souza, 2006).

As políticas regulatórias se desenvolvem predominantemente em uma dinâmica pluralista, conforme Secchi (2017, p. 25), na qual “[...] a capacidade de aprovação ou não de uma política desse gênero é proporcional à relação de forças dos atores e interesses presentes na sociedade [...]”. Já as políticas distributivas, segundo ele, “[...] se desenvolvem em uma arena menos conflituosa, considerando que quem paga o

---

<sup>11</sup> Sobre as características das políticas redistributivas, cabe destacar que descrevemos a definição atribuída ao autor, porém compreendemos que as políticas redistributivas são importantes para o desenvolvimento social do país e contribuem para o processo de redução efetiva da desigualdade social mediante um conjunto integrado de ações de iniciativas públicas e da sociedade, visando ao atendimento de necessidades básicas da população.

preço é a coletividade [...]” (Secchi, 2017, p.2 5), e tendem a gerar conflitos, predominando o elitismo, enquanto que as constitutivas costumam provocar conflitos entre os entes e os sujeitos diretamente interessados.

Outro interessante destaque de Secchi (2017) sobre os tipos de política, refere-se às formulações de James Q. Wilson, que adota o critério da distribuição dos custos e benefícios das políticas públicas na sociedade, segundo ele “[...] essa tipologia, de um lado, corrobora a tipologia de Lowi e de outro, a complementa” (Secchi, 2017, p. 26). Wilson propõe os seguintes tipos de políticas públicas: majoritária, empreendedora, clientelista e de grupos de interesse. Com as seguintes características:

As políticas de tipo clientelista são aquelas em que os benefícios são concentrados em certos grupos e os custos são difusos na coletividade. São as políticas distributivas da tipologia de Lowi [...] as políticas de grupo de interesses, são aquelas em que tanto, custos como benefícios estão concentrados sobre certas categorias. Referem-se na tipologia de Lowi, às políticas redistributivas. [...] as políticas empreendedoras, importam em benefícios coletivos, e os custos ficam concentrados sobre certas categorias. [...] as políticas majoritárias, são aquelas em que os custos e benefícios são distribuídos pela coletividade [...] (Secchi, 2017, p.27).

Na literatura há outras tipologias como o modelo de Gormley que considera a capacidade de afetar e chamar a atenção do público em geral e o nível de complexidade necessidade de conhecimento especializado para sua formulação e implementação, o modelo de Gustafsson, que propõe a política real, pseudopolítica, política simbólica e a política sem sentido, a partir de tabela de dupla entrada, envolvendo o conhecimento para elaboração da política e a intenção de implementar a política e, por fim, a de Bozeman e Pandey, que dividem as políticas públicas em de conteúdo essencialmente político e de conteúdo essencialmente técnico (Secchi, 2017).

Para além dos tipos de políticas públicas, outro elemento importante é o ciclo ou as fases que compõem a política pública, embora esse ciclo não seja homogêneo dado o caráter dinâmico e a complexidade temporal dos processos político-administrativos, acrescido do fato que, as políticas públicas são influenciadas pelos atores e instituições que as compõem e pelo contexto que as envolve, como os conflitos, consensos, coalizões e cisões consequentes (Frey, 2022).

Teoricamente o ciclo de política é dividido em etapas racionais que permitem uma ordenação ótima de tempo, recursos, pessoas na busca da execução daquilo que a vontade política intentou projetar, e deve obedecer a um princípio geral e ideal de ordenação (Crispino, 2016). Porém, enquanto cotidiano, o ciclo de políticas públicas corresponde às fases dinâmicas, sequenciais e interdependentes e são diretamente influenciados pelas arenas de poder e as disputas entre diferentes grupos de interesse, que permeiam as instituições políticas, o processo político e os conteúdos da política (Santos, 2013).

Quanto as fases das políticas públicas e as arenas de poder, Frey (2022) argumenta que:

[...] correspondem a uma sequência de elementos do processo político-administrativo e podem ser investigadas no que diz respeito às constelações de poder, às redes políticas e sociais e às práticas político-administrativas que se encontram tipicamente em cada fase (Frey, 2022, p. 226).

A literatura descreve diversas segmentações aos tradicionais ciclos das políticas públicas, porém todas elas têm em comum a formulação, a implementação e avaliação. Segundo Santos (2013), nesses três momentos já é possível perceber a complexidade das relações entre múltiplos agentes e atores que permeiam os processos das políticas públicas e a importante interações entre elas.

Frey (2022), propõe analiticamente as seguintes fases: percepção e definição de problemas, agenda, elaboração de programas e de decisão, implementação de política, avaliação e controle.

A percepção e definição de problemas se refere ao momento em que um número infinito de possíveis campos de ação política, alguns se mostram mais apropriados para um tratamento político. Essa percepção ocorre a partir do ensejo em que o problema adquire relevância de ação do ponto de vista político e administrativo. Frey (2022) destaca ainda que, a mídia e outras formas da comunicação política e social contribuem para que seja atribuída relevância política a um problema peculiar.

A agenda corresponde a etapa em que um tema efetivamente é inserido ou não na pauta política prioritária e, para que essa fase ocorra é necessário minimamente “[...] pelo menos uma avaliação preliminar sobre custos e benefícios das várias opções disponíveis de ação, assim como uma avaliação das chances do tema ou projeto de se impor na arena política [...]” (Frey, 2022, p. 227).

A terceira etapa trata da elaboração de programas e de decisão e corresponde, segundo Santos (2013), a fase em que se materializa a forma e conteúdo das demandas que são inseridas em uma agenda pública. Ainda para o autor (2013), essa fase se traduz como um espaço que é político e que também é “[...] concebido como um processo de trocas e barganhas, conflito e poder [...]” (Santos, 2013, p. 24). Sobre essa mesma fase, Chrispino (2016) descreve que em muitas ocasiões a decisão adotada são mais fortemente influenciadas pelo ciclo político, do que pela viabilidade técnica.

É importante destacar, sobre a implementação da política que, embora corresponda a uma etapa distinta da política pública, no cotidiano não há uma dicotomia ou rigidez entre essa etapa e a da elaboração visto que, segundo critérios estabelecidos para os agentes públicos, “[...] nem a etapa do planejamento/formulação é isenta de procedimentos e rotinas que constroem sua ação, nem a etapa da implementação é apenas racional e objetiva” (Santos, 2013, p. 25). Nesse sentido, Frey (2022, p. 228), reforça que “[...] muitas vezes, os resultados e impactos reais de certas políticas não correspondem aos impactos projetados na fase da sua formulação [...]”.

A etapa de avaliação e controle corresponde a fase em que os programas já implementados são apreciados no tocante a seus impactos efetivos. A fase de avaliação pode conduzir a suspensão, ao fim do ciclo político ou a elaboração de um novo programa político ou à modificação do mesmo. Por isso a avaliação é percebida como imprescindível para ação pública (Frey, 2022).

Chrispino (2016), reforça que para além da comparação dos resultados pretendidos e alcançados, a etapa da avaliação também deve:

[...] relacionar os indicadores previamente calculados, apurar a relação custo x benefício, conhecer os impactos sociais verdadeiros, enumerar as inconsistências e efeitos colaterais, reavaliar a proposta, propor o fim do "ciclo de políticas" e/ou o início de um novo ciclo (Chrispino, 2016, p. 68).

Observa-se que a formulação, execução e avaliação de políticas públicas são fases permeadas por “[...] disputas de forças, projetos, propostas e ações onde estão presentes com forças, capacidades e graus de possibilidade de intervenção distintos os formuladores, os implementadores e a própria população alvo de um programa”. (Santos, 2013, p. 26). Conforme Frey (2022), na prática os atores político-administrativos dificilmente se atêm a essas fases, embora esse mesmo autor destaque que:

[...] Processos de aprendizagem política e administrativa encontram-se de fato em todas as fases do ciclo político, ou seja, o controle de impacto não tem que ser realizado exclusivamente no final do processo político, mas pode - ou até deve - acompanhar as diversas fases do processo e conduzir a adaptações permanentes do programa e, com isso, propiciar uma reformulação contínua da política. [...] (Frey, 2022, p. 229)

Para além disso, as políticas públicas são influenciadas também pelas contingências orçamentárias e financeiras, tendo o critério econômico como dominante, o que afeta a dinâmica estatal, contribuindo para que seja privilegiado aquelas políticas públicas relacionadas diretamente à produção e ao desenvolvimento (Saraiva, 2006). Isso explica o fato de que, muitas vezes, as instituições estatais, as organizações e os agentes públicos busquem:

[...] finalidades que não são exclusivamente respostas a necessidades sociais, como também configurações e ações que estruturam, modelam e influenciam os processos econômicos com tanto peso, como as classes e os grupos de interesse (Saraiva, 2006, p. 37).

Reforça-se assim a compreensão de Santos (2013), de que as políticas públicas acabam por constituir-se como braço operacional da burguesia, reconhecendo essas como expressão de disputa, formas de conhecimento, de discursos, de luta pelo poder e pelo conhecimento.

Independentemente do tipo ou da fase de operacionalização de uma política pública, o conceito de política pública relaciona-se diretamente com a tentativa de enfrentamento de um problema público e, dessa forma, coloca a centralidade ao

enfrentamento de tais problemas no poder público, sem desconsiderar os diversos atores e as estruturas de interesse de cada um deles (Secchi, 2017).

Sobre o papel das instituições e das disputas de poder nas políticas públicas, Souza (2006) destaca que “[...] a política pública em geral e a política social em particular são campos multidisciplinares [...]” e “[...] repercutem na economia e nas sociedades, daí por que qualquer teoria da política pública precisa também explicar as inter-relações entre Estado, política, economia e sociedade [...]” (Souza, 2006, p. 25). O que nos permitiu compreender que a política pública envolve vários atores e níveis de decisão.

É importante entender que o conceito de política pública é transversal a diversas áreas ou setores de intervenção pública e, dentro dessas áreas ou setores há temas específicos que também demandam políticas específicas (Secchi, 2017), como é o caso da vigilância em saúde no Estado do Espírito Santo, a partir do Programa Vigiagua analisado nesta dissertação.

### **1.1.1 Política Social**

As políticas públicas são operacionalizadas em diversas áreas e destinam-se a promover o aprimoramento de setores essenciais, como saúde, educação, segurança, gestão, meio ambiente, saneamento básico, educação, emprego e renda, previdência social, planejamento urbano, justiça e cidadania, economia, assistência social, relações internacionais, cultura e esporte, infraestrutura transporte e outros. A política social é parte integrante da política pública e se refere a ações que determinam o padrão de proteção social implementado pelo Estado (Hofling, 2001).

As primeiras iniciativas reconhecíveis de políticas sociais foram gestadas na confluência dos movimentos de ascensão do capitalismo, com a Revolução industrial (na Europa), das lutas de classe e do desenvolvimento da intervenção estatal, sendo que o final do século XIX é o período em que “[...] o Estado capitalista passa a assumir e a realizar ações sociais de forma mais ampla, planejada, sistematizada e com caráter de obrigatoriedade” (Behring; Boschetti, 2008, p. 64).

As legislações sociais pré-capitalistas eram punitivas, restritivas e agiam na intersecção da assistência social e do trabalho forçado. No auge da revolução industrial há a “[...] plena subsunção do trabalho ao capital, provocando o pauperismo como fenômeno mais agudo decorrente da chamada questão social [...]” (Behring; Boschetti, 2008, p. 51).

Em relação a questão social, lamamoto (2001), destaca que a mesma é parte “[...] constitutiva das relações sociais capitalistas e é apreendida como expressão ampliada das desigualdades sociais[...]” (lamamoto, 2001, p. 10). Logo, a questão social expressa:

[...] disparidades econômicas, políticas e culturais das classes sociais, mediatizadas por relações de gênero, características étnico-raciais e formações regionais, colocando em causa as relações entre amplos segmentos da sociedade civil e o poder estatal. [...] (lamamoto, 2001, p. 17).

Destaca-se aqui, a relevância dada pela autora ao papel do Estado, tanto na reprodução como no enfrentamento da questão social na sociedade capitalista. Para lamamoto (2001), o enfrentamento da questão social, relaciona-se com a responsabilidade do Estado e na afirmação de políticas sociais de caráter universal. Na sociedade capitalista a atuação estatal é relevante para a reprodução e no enfrentamento da questão social na sociedade, sendo perceptível que o desenvolvimento do capitalismo produz compulsoriamente a questão social, através da relação capital/trabalho, cujo resultado é a exploração (Netto, 2001).

Considerando tais características da sociedade capitalista, Behring e Boschetti (2008), apontam alguns elementos essenciais para explicar o surgimento e o desenvolvimento da política social, dando destaque para o grau de desenvolvimento do capitalismo, o papel do Estado na regulamentação e implementação das políticas sociais e o papel das classes sociais.

Em relação do papel do Estado e a condução da política econômica e social, Behring e Boschetti (2008, p. 44), alertam que é importante “[...] avaliar o caráter e as tendências da ação estatal e identificar os interesses que se beneficiam de suas decisões e ações”, situando assim, a política social no contexto dos projetos

societários, uma vez que toda análise de processos e relações sociais, é impregnada de política e disputa (Behring; Boschetti, 2008).

Dadas as considerações, compreende-se a política social como um processo e “resultado de relações complexas e contraditórias que se estabelecem entre Estado e sociedade civil, no âmbito dos conflitos e luta de classes que envolve no processo de produção e reprodução do capitalismo [...]” (Behring; Boschetti, 2008, p. 36).

Desse modo, embora as políticas sociais não sejam capazes de emancipar a humanidade do modo de produção capitalista, elas representam conquistas civilizatórias importantes, pois “[...] instituíram sistemas de direitos e deveres que, combinados com a instituição de tributação mais progressiva e ampliação do fundo público, alteraram o padrão de desigualdade entre as classes sociais [...]” (Boschetti, 2016, p. 25).

Logo, segundo Behring e Boschetti (2008, p. 39), as políticas sociais não devem ser analisadas a partir do fato social isolado, mas serem “[...] situadas como expressão contraditória da realidade”, considerando as dimensões históricas, econômicas, política e culturais, visto que:

[...] do ponto de vista histórico, é preciso relacionar o surgimento da política social às expressões da questão social [...]. Do ponto de vista econômico, faz-se necessário estabelecer relações da política social com as questões estruturais da economia e seus efeitos para as condições de produção e reprodução da vida da classe trabalhadora [...]. Do ponto de vista político, preocupa-se em reconhecer e identificar as posições tomadas pelas forças políticas em confronto, desde o papel do Estado até a atuação de grupo que constituem as classes sociais e cuja ação é determinada pelos interesses de classe em que se situam (Behring; Boschetti, 2008, p. 43).

Em termos de marcos históricos e consolidação das políticas sociais na sociedade capitalista, destaca-se a grande crise do capital ocorrida em 1929<sup>12</sup>, período em que é observado um processo de enfraquecimento das bases materiais e subjetivas do liberalismo, o que obrigou a burguesia “[...] reconhecer direitos de cidadania política e

---

<sup>12</sup> Crise de 1929: uma forte crise econômica, com desemprego e massa, e também de legitimidade política do capitalismo que iniciou no mercado financeiro norte americano, com a queda da bolsa de Nova York (em 24 de outubro de 1929), que se alastrou pelo mundo e reduziu o comércio mundial a um terço do que era antes (Behring, 2008)

social cada vez mais amplos [...] ao segmento operário” (Behring; Boschetti, 2008, p. 67).

A forte crise econômica também se constituiu em uma crise de legitimidade política do capitalismo e, nesse contexto, no período pós-guerra as políticas sociais se generalizaram a partir da sustentação pública de um conjunto de medidas anticrise, no qual observa-se que:

[...] as políticas sociais se multiplicam lentamente ao longo do período depressivo, que se estende de 1914 a 1939, e se generalizam no início do período de expansão após a Segunda Guerra Mundial, o qual teve como substrato a própria guerra e o fascismo, e segue até o final da década de 1960[...] (Behring; Boschetti, 2008, p. 69).

Feitas essas considerações, iremos nos ater brevemente como a política social se consolida no Brasil, uma vez que, o debate sobre política social pode ser fortemente descritivo, sendo requisitado a análise diversas como, de causas, inter-relações e das razões econômicas-políticas (Behring; Boschetti, 2008).

Dada a formação social brasileira, as características das políticas sociais no Brasil ocorreram em tempos históricos distintos dos países de capitalismo central. Isso porque as relações sociais tipicamente capitalistas se desenvolveram no Brasil de forma diferente, sendo marcadas pela subordinação e dependência do mercado mundial, escravismo, crescimento desigual e combinado, pela ausência de compromissos democráticos e redistributivos da classe dominante (Fernandes, 1973), constituindo assim “[...] um cenário complexo para as lutas em defesa dos direitos de cidadania, que envolvem a constituição da política social [...]”, com dificuldade em configurar pactos sociais mais duradouros e inscrever direitos inalienáveis (Behring; Boschetti, 2008, p. 79).

O crescimento desigual e combinado promovido pelo capitalismo dependente, segundo Fernandes (1973), produziu realidades estruturais de concentração de renda, coexistência de estruturas econômicas, socioculturais e políticas interdependentes e necessárias para a articulação e a expansão de toda economia e exclusão de uma ampla parcela da população da ordem econômica, social e política.

A dominação externa estimulou a modernização e o crescimento econômico para grupos hegemônicos externos e internos, mas que impediram a revolução nacional e autonomia real, fortalecendo o monopólio social do poder e do Estado pelas classes dominantes, promovendo ao mesmo tempo intensificação da dependência e redefinição constante das manifestações da questão social (Fernandes, 1976).

A legislação social no Brasil no período pós-escravista mostrou-se inócua frente a expressões radicalizadas da questão social, havendo a partir de 1930<sup>13</sup> um esforço regulatório para a introdução de uma política social no Brasil (Behring; Boschetti, 2008).

Entre os anos de 1930 e 1943, ocorre a adoção de algumas medidas relacionadas a esse esforço regulatório, com a criação de alguns ministérios como Ministério do Trabalho, da Educação e da Saúde, constituindo assim as “[...] características do desenvolvimento do Estado social brasileiro, seu caráter corporativo e fragmentado, distante da perspectiva da universalização [...]” (Behring; Boschetti, 2008, p. 106).

Para Boschetti (2016), o Estado social é uma categoria característica de país com capitalismo tardio, que se refere a “[...] regulação estatal das relações econômicas e sociais no capitalismo, que tem nas políticas sociais uma determinação central” (Boschetti, 2016, p. 23).

Até 1930 não existia uma política nacional de saúde no Brasil e existia uma dificuldade em se estabelecer o período em que foi instituída a política social no país, dado o “[...] caráter fragmentado, diversificado, desorganizado, indefinido e instável das suas configurações [...]” (Behring; Boschetti, 2008, p. 107). A centralização da política social em âmbito federal, com a criação da Legião Brasileira de Assistência (LBA) em 1942, pode ser considerada um marco temporal para tal política (Behring; Boschetti, 2008).

---

<sup>13</sup> Segundo Behring e Boschetti (2008), há um questionamento quanto a ideia de que ocorreu no Brasil uma “Revolução” em 1930, pois segundo essas autoras, a dita “revolução de 1930” no Brasil, constituiu-se por “[...] um afastamento não muito contundente da oligarquia cafeeira, na qual, por seu peso econômico, era o setor com capital acumulado para investir em outros produtos e impulsionar a diversificação da economia brasileira” o que possibilitou “[...] chegar ao poder político as outras oligarquias agrárias e também um setor industrialista, quebrando a hegemonia do café, e com uma agenda modernizadora [...]” (Behring; Boschetti, 2008, p. 105).

Com a Constituição de 1937 e a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), o Brasil passa a acompanhar “[...] as tendências internacionais de incremento da intervenção do Estado diante das expressões da questão social, mas com características muito particulares” (Behring; Boschetti, 2008, p. 108). Deve-se considerar que, segundo Yasbek (2001), as expressões da questão social no Brasil se manifestaram através da pobreza e exclusão social inseridas em um sistema de grande desigualdade, na qual a reprodução ampliada da questão social relaciona-se com a reprodução ampliada das contradições sociais.

Após a ditadura do Presidente Getúlio Vargas (1937-1945), inicia-se no Brasil um período em que são intensificadas as lutas de classe, o que contribuiu para que entre os anos de 1946 a 1964 houvesse uma expansão dos direitos sociais de forma lenta e seletiva, impulsionados pelo golpe militar de 1964 que instituiu a “[...] modernização conservadora no Brasil, com importantes consequências para a política social.[...] (Behring; Boschetti, 2008, p. 111)”<sup>14</sup>.

Nesse período, é observada uma falta de sincronia entre o tempo histórico brasileiro e os processos internacionais, visto que a ditadura promoveu avanços econômicos em meio a restrições dos direitos civis e políticos, limitando a dinâmica de expansão dos direitos sociais em curso nos demais países capitalistas, a partir de uma condução tecnocrática e conservadora. Durante a ditadura militar, há uma intensa institucionalização da previdência social e da saúde e, em menor escala, da assistência social (Behring; Boschetti, 2008).

A década de 1980 é um período marcado por conquistas democráticas, em função das lutas sociais e do processo de redemocratização do país, que possibilitaram “[...] desenhar na Constituição políticas orientadas pelos princípios da universalização, responsabilidade pública e gestão democrática [...]” (Behring; Boschetti, 2008, p. 144).

---

<sup>14</sup> A expressão “modernização conservadora” é aqui utilizada a partir da compreensão de que a dita “revolução burguesa” ocorrida no Brasil nesse período, não destruiu os elementos tradicionais provenientes da antiga sociedade pré-industrial, fazendo com que os proprietários rurais permanecessem no centro do poder político, havendo assim a manutenção e ratificação das estruturas excludentes internas como concentração fundiária, concentração de renda e superexploração do trabalho rural.

A Constituição Federal de 1988 (CF) introduziu o conceito de seguridade social, mediante a articulação das políticas de previdência social, saúde e assistência social, porém, o que se observou na década de 1990, com o agravamento das expressões da questão social, foi “[...] o caráter compensatório, seletivo, fragmentado e setorializado da política social brasileira, subsumida à crise econômica [...]” (Behring; Boschetti, 2008, p. 144).

Com a introdução da seguridade social a CF de 1988 possibilitou a construção de um padrão público universal de proteção social, muito embora na trajetória das políticas sociais no Brasil tenha sido observado também a “[...] focalização/seletividade e políticas pobres para os pobres, e da descentralização, vista como desconcentração e desresponsabilização do Estado [...]” (Behring; Boschetti, 2008 p. 184).

As políticas sociais foram historicamente marcadas pela transição democrática que se consolidou com a Constituição de 1988, em que a seguridade social consagrou-se com a expectativa de consignar um padrão de proteção social abrangente e redistributivo (Vianna,1998), porém, o modelo de proteção social que vem se consagrando caracteriza-se em “[...] parques benefícios para os pobres, enquanto ao mercado cabe a oferta de proteção àqueles cuja situação permite a obtenção de planos ou seguros privados”, promovendo assim uma universalização excludente (Vianna, 1998, p. 138).

Quando a CF de 1988 incluiu a saúde como parte da seguridade social houve um avanço em relação às formulações legais anteriores, introduzindo a noção de direitos sociais universais como integrantes da cidadania, antes restritos à população beneficiária da previdência social (Fleury; Ouverney, 2008), porém “[...] a existência de uma política social em si, não constitui um sistema de proteção social [...]” (Boschetti, 2016, p.26), como por exemplo, o caso do acesso à política de saúde, que com a Constituição de 1988 passou a ser universal, mas apresenta-se cada vez mais seletiva na prática, a partir de normas que regulamentam o acesso aos estabelecimentos públicos, o que acaba por facilitar o clientelismo (Vianna, 1998).

Nas últimas décadas do século XX a política social se desenvolveu estrategicamente associada às necessidades do capital. Embora, seja relevante reconhecer que a

seguridade social instaurada a partir da CF de 1988, composta pelo tripé saúde, previdência e assistência social, representam um avanço no sentido de articular as três políticas e a horizontalização das mesmas (Feitosa, 2018).

Porém, com o ajuste fiscal neoliberal ocorrido no Brasil, cada vez mais são observados programas sociais tímidos, focalizados e residuais a partir da combinação segundo Behring e Boschetti (2008, p. 187), entre “[...] recrudescimento da pobreza, suposta falta de recursos do Estado [...]”, impactando na cobertura das políticas sociais, e submetendo o conjunto de direitos a lógica do ajuste fiscal (Behring; Boschetti, 2008).

Assim, o enfrentamento da questão social pelo Estado no Brasil, sob a égide do ideário neoliberal, pode ser caracterizado como políticas sociais pontuais, focalizadas e centralizadas no “[...] combate à pobreza e a exclusão social” (Iamamoto, 2001, p. 12). Há uma tendência em naturalizar a questão social e criminalizar as classes subalternas, em que o enfrentamento da questão social passa a ocorrer através da articulação da assistência social focalizada com o uso da coerção estatal (Iamamoto, 2001).

Nesse contexto, o Estado assume importante papel na regulamentação das relações econômicas e sociais, tendo por base um sistema de proteção social de natureza capitalista que, conseqüentemente, compromete o enfrentamento da questão social no país.

## 1.2 INTERSETORIALIDADE

O modelo de seguridade social inaugurado no Brasil com a Constituição Federal de 1988 considera o Estado como o principal responsável pela cobertura das necessidades sociais da população, e os direitos sociais como estratégia face a desigualdade social que tem marcado historicamente o país (Monnerat *et al.*, 2014).

No Brasil, a partir da década de 1990, observa-se uma reestruturação produtiva<sup>15</sup> que adentrou a estrutura do Estado e que afetou diretamente as políticas públicas,

---

<sup>15</sup> Segundo Antunes (2013), a reestruturação produtiva consiste em uma resposta do capital à sua lógica destrutiva e aos seus determinantes estruturais, quais sejam: as taxas decrescentes do lucro, a

resultando na adoção de modelos de gestão pública orientados pela perspectiva neoliberal (Tumelero, 2013). Nesse cenário, o mercado é tido como responsável pela produção de riquezas, ocultando suas contradições e efeitos degradantes na sociedade, especialmente percebido nas políticas sociais que sofrem maior interferência dessa reestruturação e novos modelos de processos de gestão, o que permite perceber o Estado enquanto uma instituição cujos aparatos, burocracias, agências e jurisdições são mediadas pelas relações de classes.

A partir da CF de 1988, as mudanças no modelo de gestão para as políticas públicas adotados pela administração do Estado brasileiro foram impulsionadas pelas diretrizes de descentralização, universalização e participação popular, constantes nos princípios da seguridade social. Assim, no debate contemporâneo a atuação do Estado para o tema intersetorialidade passou a se destacar, sobretudo quanto às alterações estruturais no plano da produção e reprodução social, representando uma estratégia de gestão pública dita eficaz em sua funcionalidade gerencial a partir da matriz neoliberal (Tumelero, 2013).

Sobre tais mudanças, ocorridas no interior do aparato estatal brasileiro, Junqueira (2004) destaca a relevância da descentralização de algumas das políticas públicas, o que significou a transferências do poder e da gestão das políticas sociais para as instâncias mais periféricas e para também para entes privados, visto que “[...] o aparato burocrático brasileiro é tido como ineficaz na gestão das políticas sociais [...]” por isso, “[...] buscou-se, com a descentralização, encontrar outras saídas que garantissem aos cidadãos ter seus direitos respeitados.[...]” (Junqueira, 2004, p. 34).

O mesmo autor (2004), reforça ainda que a descentralização foi adotada não só no Brasil, mas nos países latino-americanos como forma de reestruturar o Estado e a gestão das políticas sociais.

No caso brasileiro, a tradição fragmentada que imperou na intervenção do Estado no campo social associada aos mecanismos patrimonialistas e corporativistas contribuíram para que, com o processo de descentralização das políticas sociais,

---

resistência operária e a própria impossibilidade de controle do capital, enquanto um sistema de metabolismo societal orientado para a expansão e acumulação do capital. Logo, as mudanças no mundo do trabalho constituem como parte do processo de reestruturação produtiva do capital

fossem conduzidas para uma estruturação do aparato burocrático do Estado consolidada de forma setORIZADA, e em uma estrutura de poder, em que também impera a fragmentação e a centralização (Ferreira; Silva, 2005).

Inojosa (2001), denomina esse dissenso como 'clausura setorial' no qual o aparato governamental brasileiro está organizado a partir de conhecimento, saberes, itens isolados 'para todos' valendo-se de uma leitura míope do conceito de universalização, pois não pode dar a mesma coisa para diferentes grupos [...]" (Inojosa, 2001, p. 104).

Nesse modelo, as políticas públicas permanecem sob uma perspectiva de um único saber, reforçando a ideia de especialidade e, minimizando a complexidade da realidade social que demanda intervenção do Estado, frente a multiplicidade de fenômenos presentes no cotidiano (Tumelero, 2013).

A complexidade da realidade social e dos problemas sociais não se esgota em uma única política, tornando necessário, "[...] integrar os diversos atores sociais e organizacionais na gestão das políticas sociais, privilegiando a ação intersectorial [...]" (Junqueira, 2004, p. 25), uma vez que, os problemas sociais necessitam ser considerados em sua totalidade e não de forma fragmentada, ainda que esses problemas se manifestem setorialmente, a promoção de ações necessita ocorrer de forma intersectorial.

Ainda sobre o tema, Monnerat *et al.* (2009) destaca que:

A intersectorialidade tem sido recorrentemente defendida por diversos analistas de políticas públicas, haja vista a tarefa inadiável de promover uma dada capacidade de gestão que minimize as características históricas de fragmentação das políticas sociais (Monnerat *et al.*, 2009, p. 202).

As mesmas autoras (2014) reforçam que, a adoção da intersectorialidade transcende o potencial gerencial, através da produção de "[...] uma nova estrutura de significados, construída a partir de práticas emancipatórias de intervenção que possibilitem o exercício de direitos e resultem em sua garantia [...]" (Monnerat *et al.*, 2014, p. 10).

Com o agravamento da questão social no Brasil, a partir dos anos 2000, a intersetorialidade passou a apresentar-se como uma estratégia de enfrentamento da reprodução da pobreza e das desigualdades. Ganhando notoriedade, especialmente no âmbito das políticas sociais, apoiada no reconhecimento de que a adoção da intersetorialidade implica na ampliação da democracia e da cidadania (Pereira, 2014).

Embora tenham ocorrido avanços no marco regulatório das políticas públicas e sociais no país, ainda há dificuldades para que as ações e programas governamentais impactem positivamente os indicadores sociais. Isso porque, a operacionalização dessas políticas ainda é presidida pela lógica de organização voltada para objetivos e óticas setoriais, havendo dificuldade em promover a equidade e a integralidade no atendimento do cidadão, o que leva a compreensão da importância da construção de estratégias de gestão intersetorial para atuar com as iniquidades sociais e enfrentar os limites estruturais da sociedade brasileira (Monnerat *et al.*, 2014).

No âmbito do SUS, enquanto política de seguridade social, a construção da intersetorialidade constitui-se em estratégia para produzir impactos positivos dos níveis de saúde e para a consolidação do próprio sistema. Segundo Monnerat *et al.*, (2014), isso requer desenvolver a capacidade de combinar, articular, conectar ações e serviços no sistema de proteção social e de seguridade social, ainda que a política de saúde integre formalmente a seguridade social a partir da Constituição Federal de 1988, o processo de implantação do SUS não ocorreu de forma integrada as demais políticas, haja vista sua organização administrativa e financeira.

Até a década de 1970 as organizações públicas de saúde caracterizavam-se por serem centralizadas e verticalizadas. Com a descentralização consolidada com a implantação do SUS a gestão do setor foi alterada, tornando-a mais democrática e participativa, ainda que permaneçam setorializadas (Junqueira, 1997).

Essa lógica setorial, porém, tem se mostrado insuficiente para o enfrentamento das diversas demandas no campo da saúde, contribuindo para que a intersetorialidade ganhe destaque nessa política, na busca em propiciar as condições para a construção da integralidade das ações e serviços de saúde, previsto inclusive nos marcos regulatórios do SUS. Dessa forma, a “[...] intersetorialidade tem sido pensada como

uma estratégia fundamental para atuar sobre problemas estruturais da sociedade e que incidem sobre o processo saúde-doença[...]” (Monnerat *et al.*, 2014, p. 43).

O debate sobre a intersetorialidade na saúde é mediado pelo conceito ampliado na área, reconhecendo que os determinantes sociais, assim como os aspectos biológicos incidem sobre esse processo, sendo essa inclusive uma das dimensões interventivas do SUS (Monnerat *et al.*, 2014). Muitas das ações necessárias à promoção da saúde encontram-se fora do setor, por isso a necessidade de ações integrativas e intersetoriais, o que pode indicar:

[...] a intenção de recuperar a potência política da reforma setorial e, ao mesmo tempo, buscar saídas para os impasses setoriais após vinte anos de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). Em virtude disto, a perspectiva da Promoção da Saúde, cuja lógica incorpora necessariamente ações intersetoriais, vem ganhando cada vez mais centralidade no âmbito das discussões nesta arena de política (Monnerat *et al.*, 2009, p. 206).

A implementação da intersetorialidade na saúde consiste em uma estratégia voltada para uma nova prática, a partir da incorporação de novas formas de planejar, executar e controlar a política pública de saúde, na qual a sua efetivação vincula-se a diálogos com outros órgãos, setores ou instituições e representantes de grupos sociais. (Ferreira; Silva, 2005).

A busca pela proteção integral nas políticas sociais exige a intersetorialidade, que se constitui como um conceito ampliado, que envolve diversas áreas do conhecimento, diferentes concepções e enfoques, mas que em geral, implica em conflitos, disputas, consensos, observância da cultura do ambiente, avanços e recuos, a fim de conduzir mudanças na forma do desenvolvimento das políticas sociais (Monnerat, 2014). Nesse contexto, a autora aponta os seguintes panoramas para a intersetorialidade:

A intersetorialidade como complementariedade de setores que se voltam para o atendimento das necessidades da população numa perspectiva de totalidade, não eliminando, porém, a singularidade das diferentes políticas e setores; b. Intersetorialidade como construção de práticas intersetoriais, originando um novo espaço a partir de problemas concretos e conduzindo à aprendizagem na abordagem de atendimentos conjuntos dos problemas da população; c. intersetorialidade como princípio de trabalho em redes intersetoriais para ações conjuntas (Monnerat, 2014, p. 168).

Atualmente, há uma certa polissemia para o termo intersectorialidade, existindo uma ausência de consenso quanto ao significado do mesmo, Monnerat *et al.*, (2014) adotam um significado que se relaciona a:

[...] uma estratégia de gestão voltada para a construção de interfaces entre setores e instituições governamentais (e não governamentais), visando o enfrentamento de problemas sociais complexos que ultrapassem a alçada de um só setor de governo ou área de política pública (Monnerat, 2014, p. 42).

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), a intersectorialidade é “[...] uma articulação de ações de vários setores para alcançar melhores resultados de saúde” (Monnerat; Souza, 2009, p. 206).

Inojosa (2001), ao definir intersectorialidade aponta os seguintes pilares: um novo aparato governamental com base no território, na população, na busca por resultados integrados e em uma comunicação verdadeira, onde o planejamento tem papel relevante, constituindo assim,

[...] a articulação de saberes e experiências com vistas ao planejamento, para a realização e a avaliação de políticas, programas e projetos, com o objetivo de alcançar resultados sinérgicos em situações complexas. Trata-se, portanto, de buscar alcançar resultados integrados visando a um efeito sinérgico (Inojosa, 2001, p. 105).

O destaque da relação entre a intersectorialidade e o planejamento também é dado por Junqueira (1997, p.37), ao definir que aquela se constitui uma “[...] nova maneira de planejar, executar e controlar a prestação de serviços[...]”. O que altera a forma de articulação dos segmentos, da organização governamental e dos seus interesses. Para ele a “[...] intersectorialidade constitui uma possibilidade de encaminhar a resolução dos problemas da população, situada em determinado território, de maneira integrada. [...]” (Junqueira, 1997, p. 31).

Importante compreender que, segundo Pereira (2014, p. 37), a intersectorialidade não se restringe a uma estratégia gerencial, mas que consiste em um processo “[...] eminentemente político e, portanto, vivo e conflituoso [...]”, que se apresenta como a representação da unidade das decisões e ações que compõem cada política.

Muitas dessas formulações referentes ao conceito de intersectorialidade apresentam aspectos ético-políticos importantes para as políticas públicas, porém algumas delas tratam as estratégias intersectoriais coexistindo com os modelos tradicionais de gestão, relacionados às especializações, à estrutura hierarquizada e centralizadora.

Nesse sentido, em linhas gerais adota-se a definição de Tumelero (2013), ao definir que a intersectorialidade está relacionada a atuação estatal “[...] intersectorialidade é mais do que coordenação para desenvolvimento de ações integradas, pois implica redesenhos de políticas setoriais e alterações na organização institucional” (Tumelero, 2013, p. 21).

Compreende-se assim, que a intersectorialidade se apresenta como um movimento político em prol do interesse público, com vistas a superação da atuação setorial a fim de auxiliar na integração das políticas sociais, conforme desenhado na proposta da Seguridade Social da Constituição Federal de 1988, que engloba também a política de saúde.

## **CAPÍTULO II - ASPECTOS HISTÓRICOS DO BRASIL E OS RECURSOS HÍDRICOS**

Alguns resgates históricos contribuem para a compreensão das particularidades históricas do Brasil e como essas se manifestam no acesso água potável no país. Nesse capítulo, procura-se expor brevemente, o período colonial brasileiro até a República Velha, a “Era Vargas” e as mudanças ocorridas a partir da Constituição Federal de 1988, assim como a empreitada neoliberal e alguns aspectos do cenário contemporâneo quanto ao acesso a água potável no país.

Discute-se a segurança hídrica no Brasil da contemporaneidade, associada as características dos biomas brasileiros, enquanto elemento indispensável para a saúde humana.

### **2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DO PAÍS: BREVES CONSIDERAÇÕES**

O processo de colonização brasileira aconteceu em um cenário complexo do mercado mundial, quando a lógica da acumulação de capital já estava em curso na Europa. A ocupação econômica das terras brasileiras ocorreu numa etapa da expansão comercial europeia, cabendo a então colônia de Portugal a função de fornecer ao comércio europeu alguns gêneros tropicais ou minerais de grande importância como açúcar, ouro, algodão. Assim, a agricultura acabou constituindo a base econômica do Brasil à época, a partir de três características principais: a grande propriedade, a monocultura e o trabalho escravo (Prado Júnior, 2011).

O desenvolvimento do capitalismo no Brasil não se deu de forma autônoma, mas em profunda dependência com o imperialismo em curso (Pereira; Almeida, 2018). Os movimentos internos da economia na sociedade foram fundados, sobretudo, no escravismo que influenciou não só a cultura, os valores, a ética e a estética, mas especialmente as relações sociais e condições de trabalho da sociedade brasileira (Silva *et al*, 2011).

A escravidão representou uma das principais características da sociedade do período colonial, em que a sociedade à época era composta por uma pequena minoria de brancos, empresários senhores de terra e parceiros da metrópole portuguesa e por

uma massa da população majoritariamente escrava. Essa configuração teve consequências ainda perceptíveis na sociedade, como a segregação étnico racial, a violência nas relações de trabalho, o racismo e a normalização do preconceito (Gonçalves, 2018).

Segundo Prado Júnior (2011), a colonização do Brasil se deu tendo como finalidade a exploração dos seus recursos em prol das atividades comerciais europeias, perpetuando o imperialismo, mediante a incorporação do novo território ao sistema capitalista de produção mundial, a partir de um modelo de dominação e extermínio dos povos originários e mediante o trabalho escravo.

Historicamente, a produção de riquezas no Brasil foi alicerçada no trabalho forçado da mão de obra escravizada, ora por meio dos nativos indígenas, ora por meio dos africanos traficados, o que não se alterou ao longo do tempo, seja na relação colono e escravizado ou na relação patrão e assalariado (Harvey, 2004).

Com a independência da colônia portuguesa em 1822, o Brasil adotou uma forma monárquica de governo e manteve o sistema escravista nas relações de trabalho, passando a depender economicamente da coroa britânica, agindo de forma violenta para sufocar as revoltas populares. Assim, a independência do Brasil, embora tenha significado uma certa emancipação política e possibilitado alguma organização interna do poder, na esfera econômica tal independência foi subsumida aos interesses da Inglaterra, país imperialista naquele momento (Pereira; Almeida, 2018).

A transição do período colonial para o império não representou modificação significativa no âmago da economia brasileira, que continuaria dependente das atividades comerciais de exportação, o que acabou dando o contorno ao modelo de inserção brasileiro no capitalismo mundial não ascendendo, naquele momento, na abolição dos escravos, apontando assim, para uma modernização das instituições numa perspectiva burguesa e de convivência com formas de produção anticapitalistas, dada a ausência de remuneração do trabalho escravo e conseqüentemente, geração de renda para o consumo (Fernandes, 1979).

A República foi instituída no país a partir do ano de 1889. Nesse período não houve grandes alterações econômicas no país, visto que se perpetuou a tendência de subordinação econômica ao mercado internacional e a manutenção do autoritarismo, cuja dominação passou a ser conduzida pela principiante burguesia industrial e oligárquica (Silva *et al*, 2011).

Em 1930, o agravamento da crise econômica, a eclosão de revoltas e levantes militares, o crescimento das camadas sociais urbanas, além do acirramento dos conflitos políticos (devido à progressiva divisão das oligarquias políticas dominantes) contribuíram para a eclosão da Revolução de 1930<sup>16</sup>. Para a elite política nacional, a revolução teve o objetivo de pôr fim ao modelo de república oligárquica até então instalado no país.

As insatisfações com as políticas ruralistas por parte das elites urbanas industriais e do exército, e o tenso cenário econômico advindo da década de 1920, foram fatores que contribuíram para a Revolução de 1930, que introduziu um novo período da formação econômica, política e social brasileira, causando o rompimento da manutenção das elites agrárias no poder, culminando no governo de Getúlio Vargas entre os anos de 1930 a 1945 (Brandi; Malin; Ramos, 1983).

Esse período ficou conhecido como “Era Vargas” (1930 a 1945) e foi marcado pela complexa transição da República Velha para o período seguinte (Saviani, 2013). A forte repressão policial, inibição do operariado urbano e dos grupos sociais excluídos economicamente e outras medidas adotadas na época contribuíram para sua complexidade. Nesse período, a promulgação de leis trabalhistas foi utilizada para amortizar as lutas sociais, em um misto de autoritarismo paternalista, com o qual era prometido o desenvolvimento associado ao bem-estar social (Silva, *et al.*, 2011).

---

<sup>16</sup> Revolução de 1930: A decadência do arranjo político que caracterizou o período da república no Brasil contribuiu para a instalação de uma crise política que estava diretamente relacionada com a corrida eleitoral de 1930, na qual a quebra do acordo político vigente fez com que um grupo que representava as oligarquias de três estados se revoltasse contra o presidente eleito, tal insatisfação culminou na Revolução de 1930 que caracterizou-se por uma revolta armada organizada pelas oligarquias de Minas Gerais, Rio Grande do Sul e Paraíba contra o governo eleito de Júlio Prestes. Essa revolta armada ocorreu por insatisfações das três oligarquias citadas acima, com o domínio excessivo dos paulistas sobre a política. Os levantes armados que aconteceram contribuíram para o fim da do período denominado Primeira República e deu início a Era Vargas (Schwarcz, 2015).

Os direitos de cidadania estavam vinculados à carteira de trabalho, instaurando uma proteção restrita aos trabalhadores urbanos, embora grande parte da força de trabalho do país estivesse situada no campo. Porém, o desenvolvimento econômico ocorrido à época, não isentou que o mesmo fosse marcado pelo traço autoritário, violento, arbitrário (Pereira; Almeida, 2018).

Nesse período houve a adoção de uma política de expansão da indústria, estimulada pela invasão econômica e cultural norte-americana, que fora percebida inclusive com a entrada das indústrias multinacionais no país. O crescimento do capital estrangeiro não só ampliou e diversificou o parque industrial, mas também, por meio do imperialismo norte-americano, atuou nos rumos econômicos e também políticos do país, concentrando os lucros em setores minoritários internos, gerando ainda o aumento da dívida externa e, conseqüentemente, da inflação.

O tempo decorrido entre os anos de 1945 e 1964 foram caracterizados não só pela forte industrialização do país, mas também por disputas políticas que abalaram as estruturas da democracia brasileira, que destruiu o sistema político formado durante o período democrático, tendo como resultado final o Golpe Militar de 1964<sup>17</sup> (Fausto, 2004).

O Golpe Militar de 1964 culminou na ditadura militar (1964 - 1985), época em que o uso da violência e do autoritarismo foram revigorados. Nesse período as políticas sociais foram utilizadas como forma de legitimação do regime abrindo, por exemplo,

---

<sup>17</sup> A Ditadura Militar no Brasil foi um regime autoritário que teve início com o golpe militar em 31 de março de 1964, com a deposição do presidente João Goulart. O regime militar durou 21 anos (1964-1985), estabeleceu a censura à imprensa, restrição aos direitos políticos e perseguição policial aos opositores do regime. Com a implantação do regime político ditatorial, os movimentos políticos emergentes durante o período populista foram desmobilizados, mudando o rumo de suas lutas. Com o anunciado “milagre econômico”, a política social foi progressivamente vinculada ao sistema produtivo, com o objetivo de corrigir distorções entre produção e consumo, e assim atingir maiores índices no crescimento econômico, pois se afirmava que o desenvolvimento social seria consequência automática do crescimento econômico. A política social deste período foi marcada pela extrema centralização política financeira no nível federal, pela fragmentação institucional na operacionalização da política, pela supressão da participação popular nas decisões políticas, pelo uso clientelístico dos recursos, pela distribuição de benefícios, pelo autofinanciamento do investimento social e pela privatização de setores rentáveis, como educação, saúde e habitação (Assumpção; Carrapeiro, 2014).

espaços para serviços privados de saúde, educação e previdência, configurando assim, um sistema dual no acesso as políticas sociais (Behring; Boschetti, 2007).

Segundo Fernandes (2008), o Golpe de 1964 aconteceu em um momento no qual as relações do campo se subordinavam à economia urbana e as relações sociais capitalistas apresentavam seu pleno desenvolvimento no país, sendo esse um momento de amadurecimento da burguesia nacional como classe dominante e contrarrevolucionária e em permanente processo de autodefesa.

No período da ditadura militar houve expansão capitalista, porém, a partir da dependência econômica com as nações centrais, sem lograr o bem-estar às classes trabalhadoras, ao contrário, a opressão e a exploração de classe se aprofundaram com mortes e torturas, numa dominação de classe aberta e em defesa do capitalismo (Fontes, 2009).

No final da década de 1970, é observado um reflorescimento dos movimentos sociais de base popular e operária, que dinamizou o processo de mobilização em defesa, conquista e ampliação de direitos civis, políticos e sociais em torno de temáticas como trabalho, moradia, saúde, educação, que culminou na década de 1980, com a retomada do Estado Democrático e na promulgação da Constituição Federal de 1988 (Silva *et al.*, 2011).

A partir da Constituição Federal de 1988, foi possível instituir um arcabouço jurídico que permitiu a consolidação do regime democrático no Brasil e estabeleceu um conjunto de direitos sociais resultantes de um longo e conflituoso processo de mobilizações sociais e políticas que marcaram os anos 1970 e 1980 (Behring; Boschetti, 2007).

A Carta Magna de 1988 além de assegurar direitos, também inaugurava um sistema descentralizado e participativo no controle das ações do Estado, mediante a transferência das atribuições da gestão para as esferas estaduais e municipais de governo, além da implementação da gestão democrática e participativa por meio da criação de Conselhos de políticas e de direitos (Silva, *et al.*, 2011).

Esses direitos sociais foram ao longo das décadas seguintes apropriados e ressignificados pelo poder público e pelos cidadãos a partir da agenda neoliberal. Behring e Boschetti (2008), destacam inclusive, a hipótese de que essa agenda, de âmbito internacional, tenha ocorrido no Brasil em paralelo à promulgação da Constituição Federal de 1988. As razões da adesão do país ao projeto neoliberal, manifestado sobretudo na década de 90, foram justificadas pelo agravamento da crise econômica, desencadeada entre os anos de 1989 - 1990, e o esgotamento do modelo intervencionista estatal, inaugurado na década de 30 (Porto, 2009).

O final dos anos de 1980 e as décadas de 1990 e 2000, foram marcadas pelo padrão neoliberal utilizado pelo Estado como um instrumento para beneficiar o capital, reduzindo suas funções no campo econômico e redefinindo as estratégias para as políticas sociais, em contraponto ao modelo intervencionista que foi caracterizado pela presença ativa do Estado na economia e no setor industrial (Porto, 2009).

A implementação das diretrizes genuinamente neoliberais, culminou no aprofundamento da recessão penalizando, sobretudo, os setores mais fragilizados do ponto de vista político e econômico, repercutindo no recrudescimento da inflação, no aumento do desemprego e na precarização das políticas sociais. A política neoliberal utilizou o Estado como um instrumento para beneficiar o capital financeiro, contribuindo para que os direitos sociais padecessem com o subfinanciamento, impactando a promoção e o acesso às políticas sociais. Contudo, o déficit público permaneceu elevado, resultando na redução drástica dos fundos públicos destinados ao financiamento dos serviços destinados aos segmentos mais vulneráveis da população (Porto, 2009).

Tais medidas implicaram na mercantilização nas políticas sociais, as quais foram asseguradas por meio do privilégio da racionalidade da eficiência restrita, unicamente, à relação custo/benefício das ações (Porto, 2009), não havendo a manutenção de uma estrutura social sólida e permanente para que a população de baixa renda não fosse tão impactada com os cortes nos gastos públicos (Menchise; Ferreria; Álvarez, 2023). Como consequência, acontece um aprofundamento da desigualdade social, violência urbana, aumento da pobreza, a precarização do trabalho, a diminuição das políticas públicas e sociais e uma maior incidência da desigualdade social.

Segundo Teixeira (2014), a desigualdade social e a pobreza no país mantém estreita relação com a ausência de acesso ao saneamento básico, sobretudo o abastecimento de água potável em determinadas regiões, configurando assim desigualdades estruturais, que culminam em um expressivo crescimento da concentração e apropriação da água por meio dos empreendimentos econômicos, industriais e agropecuários, por exemplo, que em geral utilizam os recursos hídricos de forma indiscriminada e irresponsável (Teixeira, 2014), impactando na disponibilidade hídrica e, conseqüentemente, no acesso a água potável a grupos específicos da sociedade brasileira.

Esses grupos são em geral de menor renda e socialmente mais vulnerável e, por isso, historicamente têm menor acesso a água potável e a política de saúde. A promoção dessas políticas é permeada por contradições de uma sociedade marcada por profundas desigualdades sociais, em que a garantia à saúde e à água potável, enquanto direito social, universal e humano é contraposto a privatização do acesso.

## 2.2 A SEGURANÇA HÍDRICA NA CONTEMPORANEIDADE E OS BIOMAS BRASILEIROS

O Brasil possui extensão territorial com dimensão continental, biomas<sup>18</sup> heterogêneos e regiões com diferentes vulnerabilidades em relação à segurança hídrica. A incidência de secas e os níveis de exploração de água geram preocupações em relação à utilização dos recursos hídricos e alertam sobre a atual situação de disponibilidade hídrica no país, especialmente quanto à disponibilidade, qualidade e quantidade de água para o consumo humano (Brasil, 2022).

Embora o país possua 12% das reservas de água doce do planeta e 53% dos recursos hídricos da América Latina (Mapbiomas, 2023), o Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (MCTI, 2021), ressalta que há um problema de distribuição espacial da água no Brasil, que nem sempre está próxima das maiores demandas de consumo, somado

---

<sup>18</sup> Biomas é um conjunto de vida vegetal e animal, constituído pelo agrupamento de tipos de vegetação que são próximos e que podem ser identificados em nível regional, com condições de geologia e clima semelhantes e que, historicamente, sofreram os mesmos processos de formação da paisagem, resultando em uma diversidade de flora e fauna própria. No Brasil há 6 tipos de biomas: Cerrado, Amazônia, Caatinga, Mata Atlântica, Pantanal e Pampa (IBGE, 2024).

a questões relacionadas a qualidade e disponibilidade desse recurso hídrico, impactando inclusive os biomas.

Desde meados da década de 1980, que no país vem sendo elaborado o conceito de bioma, o que indica sinteticamente as grandes regiões ecológicas do território nacional, nos moldes como se apresenta na atualidade, com o intuito de impulsionar o esforço com o cuidado ambiental nessas regiões (Pádua, 2023).

O conceito de bioma que foi utilizado aqui advém do IBGE (2004), e unifica não só um conjunto de ecossistemas que tem certa identidade ecológica, mas também inclui o clima, geologia, fauna, além da dinâmica histórica da região. Esse conceito supera a classificação botânica e inclui as condições geoclimáticas similares e a história compartilhada de mudanças de cada região (IBGE, 2004), a partir da compreensão de que “[...] a ideia de biomas é muito útil para pensar a ocupação e a construção do território brasileiro como um todo [...]” (Pádua, 2023, p. 547).

Os biomas brasileiros têm papel crucial no ciclo hidrológico e na disponibilidade de água no país. Ressaltando-se que, com a redução das chuvas, as mudanças climáticas e o avanço do desmatamento nesses ecossistemas, a produção econômica tende a reduzir, tendo como uma das consequências manifestações da questão social, como o agravamento da insegurança alimentar da população, interagindo com fatores ambiental (Almeida; Nogueira, 2023).

Embora haja abundância na disponibilidade hídrica no país, esses recursos hídricos estão distribuídos no território nacional de forma desproporcional não só em termos de espacialidade, mas também temporalmente, o que afeta o uso e a disponibilidade (Brasil, 2019). No bioma Amazônia é possível perceber essa desproporcionalidade, considerando-se que, embora haja abundância na disponibilidade de água nesse bioma, essa região apresenta a menor densidade geográfica do país, demandando conseqüentemente menor consumo de água.

O bioma da Amazônia ocupa aproximadamente 49% do território nacional e nele estão localizados os estados do Pará, Amazonas, Amapá, Acre, Rondônia e Roraima e algumas partes do Maranhão, Tocantins e Mato Grosso e inclui ainda, terras de países

próximos ao Brasil como as Guianas, Suriname, Venezuela, Equador, Peru e Bolívia. Um total de 20% da disponibilidade mundial de água e grandes reservas minerais estão localizadas nesse bioma (IBGE, [s.d.]).

Apesar de não apresentar déficit hídrico, os cenários do clima futuro para o bioma indicam redução das vazões de água e aumento de eventos extremos de secas e cheias, impactando diretamente a disponibilidade hídrica na região. Essa situação já pode ser vista de modo exacerbado nos últimos anos, afetando ecossistemas, a sociedade local e, em especial moradores das periferias das grandes cidades, ribeirinhos, agricultores familiares e comunidades indígenas, impactando diretamente em sua segurança alimentar e nutricional e na qualidade de vida da população (Brasil, 2021).

O bioma Amazônia também sofre com o desmatamento, que afeta não só o ambiente, mas também a regulação do clima, o que compromete os recursos hídricos tendo como efeitos, por exemplo,

[...]a contaminação da água por agrotóxicos, pulverização aérea, redução da água, deslocamento forçado de povos tradicionais, milícias rurais, entre outros fatores, enfraquecem comunidades inteiras e colocam em risco a questão hídrica e energética com impactos humano e urbano (Almeida; Nogueira, 2023)

Segundo o MCTI (2021), entre os biomas os resultados mais críticos quanto à segurança hídrica recaem para a Caatinga, que apresenta pior situação para a disponibilidade de água. Esse bioma ocupa 10% do território brasileiro e abrange os estados do Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Sergipe, Bahia, Maranhão e a faixa norte de Minas Gerais. O espaço se localiza em uma área de clima semiárido, na qual a maior parte dos rios são intermitentes e os rios perenes são menos frequentes, destacando-se dois rios perenes de grande porte: o São Francisco e o Parnaíba (IBGE, [s.d.]).

Importante destacar que a Caatinga possui um histórico de déficit hídrico devido a longas estiagens sazonais, mas além disso, conforme Almeida e Nogueira (2023), esse bioma tem as piores condições de saneamento básico do país, tornando a região ainda mais vulnerável em termos de quantidade e qualidade de água. A falta de saneamento básico afeta os recursos hídricos, gerando além de danos ambientais, a

disseminação de diversas doenças, caracterizando-se como um problema de saúde pública (Domenico; Denny, 2018).

Outro bioma cujo sistema hidrológico tem sido impactado, tanto quanto a qualidade de águas, quanto a regularização das vazões nas bacias é o Cerrado, que embora seja rico em águas, que são responsáveis por alimentar grandes bacias hidrográficas<sup>19</sup>, possui a menor porcentagem de áreas sobre proteção integral<sup>20</sup>.

O Cerrado ocorre principalmente no Planalto Central, incluindo os estados de Goiás, Tocantins, Maranhão, Piauí, Bahia, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, São Paulo e Distrito Federal, e também está presente em porções dos estados Paraná e Rondônia, ocupando aproximadamente 22% do território brasileiro e com a segunda menor densidade demográfica do país (IBGE, [s.d.]).

Esse bioma tem sido pressionado pela produção agrícola e por intensa retirada de águas, especialmente subterrâneas, para irrigação, ocasionando um efeito sobre o sistema hidrológico, tanto quanto a qualidade de águas, quanto a regularização das vazões nas bacias (MCTI, 2021), sendo caracterizado como “[...] o segundo bioma mais ameaçado do país e sofre com as pressões da agricultura e principalmente da pecuária e das queimadas [...]” (Domenico; Denny, 2018, p. 127).

O bioma Mata Atlântica ocupa inteiramente três estados: Espírito Santo, Rio de Janeiro e Santa Catarina e 98% do Paraná, além de porções de outras 11 unidades da federação, totalizando aproximadamente 13% do território brasileiro. Abrigando rios do porte do Paraná, Tietê, Doce, Paraíba do Sul, São Francisco, Paranapanema e Ribeira do Iguape (IBGE Educa, [s.d.]). No Espírito Santo, os principais rios que compõem esse bioma são: rio Novo, Pancas, Preto, Reis Magos, São José, Santa Maria da Vitória, Santa Maria do Doce e o rio São Mateus (Guitarrara, 2024). Apenas 27% de sua cobertura florestal original do bioma Mata Atlântica ainda está preservada

---

<sup>19</sup> O Bioma Cerrado alimenta seis bacias hidrográficas: Amazônica, do Araguaia/Tocantins, do Atlântico Norte/Nordeste, do São Francisco, do Atlântico Leste e do Paraná/Paraguai, incluindo as águas que escoam para o Pantanal (IBGE, [s.d.]).

<sup>20</sup> Segundo a Lei nº 9.985, de 18 de julho de 2000, as unidades de Proteção Integral têm a finalidade de preservar a natureza, sendo admitido apenas o uso indireto dos recursos naturais, a fim de garantir a manutenção dos ecossistemas livres de alteração causadas por interferência humana, admitindo apenas o uso indireto dos seus atributos naturais (Brasil, 2000).

e nele vivem mais de 70% da população brasileira, sendo esse um ecossistema muito ameaçado (Almeida; Nogueira, 2023).

Esse bioma tem extrema importância na proteção do clima, regulação dos fluxos dos mananciais, na fertilidade do solo e na proteção de encostas, porém, a grande concentração populacional nas cidades, advinda da presença de centros urbanos, como as regiões metropolitanas de São Paulo e Rio de Janeiro pressionam o bioma Mata Atlântica, concentrando as maiores demandas por água e, por vezes, gerando a necessidade de importar o recurso de outras bacias hidrográficas. Tal concentração populacional, somada ao crescimento urbano irregular e desordenado, e por questões relacionados ao saneamento básico, comprometem a qualidade das águas superficiais e subterrâneas nesse ecossistema (Brasil, 2021).

Tanto o bioma do Pantanal, quanto do Pampa ocupam aproximadamente 2% do território do país, respectivamente. Compõem o bioma do Pantanal parte dos estados do Mato Grosso e Mato Grosso do Sul, estendendo-se pela Bolívia e Paraguai. O Pantanal é a maior planície de inundação contínua do globo, abrigando representantes de quase toda a fauna brasileira.

O Pantanal é um imenso reservatório de água doce, importante para o fornecimento de água, regulação do clima e conservação do solo, embora não esteja imune à ação antrópica, visto que,

No Pantanal, a falta de infraestrutura e saneamento básico, juntamente com um fraco monitoramento da qualidade da água, representa uma séria preocupação para a segurança hídrica. Embora haja uma grande quantidade de água disponível atualmente, a capacidade de resposta a eventos de seca extrema é limitada devido à frágil governança regional (Almeida; Nogueira, 2023).

O MCTI destaca que, apesar desse bioma oferecer uma boa disponibilidade hídrica, o Pantanal é um sistema muito vulnerável, sensível e dependente da manutenção do regime hidrológico (Brasil, 2021).

No bioma Pampa toda a área de abrangência a atividade humana propiciou uma uniformização da cobertura vegetal que é usada como pastagem natural ou ocupada com atividades agrícolas, principalmente o cultivo do arroz (IBGE Educa, [s.d.]). A

hidrografia do Pampa é constituída pelos rios da Bacia do Uruguai e pela Bacia Secundária do Sudeste-Sul.

Embora os problemas decorrentes das mudanças climáticas sejam globais, o Pampa tem sido marcado pelas mudanças climáticas induzidas pela ação humana, acrescido pela inépcia do poder público no que tange às questões hídricas no bioma. O MCTI alerta para a tendência crescente de eventos de inundações e secas no Pampa, afetando a qualidade de água e impactando o meio ambiente. Pressões socioeconômicas, tais como a demanda crescente de água para produção agropecuária, em especial para a produção de arroz irrigado, indicam fragilidades associadas também ao controle das fontes de poluição difusa<sup>21</sup> e a contaminação de lençol freático, além das preocupações relacionadas ao saneamento básico, a contaminação do solo por agrotóxico e a falta de tratamento adequado da água (Brasil, 2021).

Apesar dos biomas brasileiros possuir ciclos naturais, há uma distribuição desigual dos recursos hídricos em todo território brasileiro, em virtude da distribuição geográfica desse recurso, porém, a intervenção humana pode também contribuir para a escassez hídrica no país, mediada por “[...]outros fatores como o clima, a distribuição das bacias hidrográficas, densidade demográfica, ausência de conscientização e mau uso da água [...]” (Domenico; Denny, 2018, p. 7).

A escassez hídrica relaciona-se com a lógica dos serviços públicos de abastecimento e não somente com os aspectos geográficos do território ou com as características dos biomas brasileiros. Essa escassez expressa que a circulação de água está relacionada às condições econômicas, sociais e políticas de diferentes grupos (Gouveia, Johnsson; Britto., 2021) e, por isso, pode configurar inclusive racismo ambiental<sup>22</sup>. Sobre a lógica de oferta dos serviços públicos, a não oferta de

---

<sup>21</sup> Segundo Porto (1995) e Tomaz (2006), a poluição difusa é complexa e provém de diversas fontes, tais como freios de automóveis, resíduos de pneus, resíduos de pinturas em geral, fezes de animais, resíduos de ferro, zinco, cobre e alumínio de materiais de construção, deposição seca e úmida de particulados de hidrocarbonetos, restos de vegetação, derramamentos, erosão fuligem, poeira, enxofre, metais, pesticidas, nitratos e nitritos, cloretos, fluoretos silicatos, cinzas, compostos químicos e resíduos sólidos, entre outros.

<sup>22</sup> Para Porto; Pacheco e Leroy (2013), o racismo ambiental refere-se às injustiças sociais e ambientais que recaem sobre etnias e populações vulnerabilizadas, e se manifesta mediante ações que tenham impacto racial.

saneamento básico e “o racismo ambiental se entrelaçam e estabelecem conexões na forma de violentar e docilizar corpos por meio da exclusão deste direito, que na maior parte das vezes é naturalizada pela população” (Fiocruz, 2023, p.18).

[...] a mesma discriminação, aliada à desigualdade, que empurra cada vez mais essas populações, num movimento incessante, ou para as encostas dos morros ou para os bairros periféricos, mais e mais longínquos e inóspitos. É nos lugares onde esses grupos vivem que verificamos as maiores ausências das políticas públicas e das condições necessárias para a vida. Além disso, o simples fato de residirem nesses locais já impõe uma série de restrições à participação digna e igualitária na realidade urbana. (Porto; Pacheco; Leroy, 2013, p. 105)

A ausência e/ou precária oferta de serviços públicos constitui episódios de racismo ambiental e também expressa “[...] o modo de operação do Estado neoliberal, que orienta a distribuição desproporcional desses equipamentos públicos de modo a constituir episódios de racismo ambiental”. Por esse motivo, o enfrentamento ao racismo ambiental envolve para além de características hidrológicas, mas a defesa dos direitos humanos e ambientais (Fiocruz, 2023, p. 16).

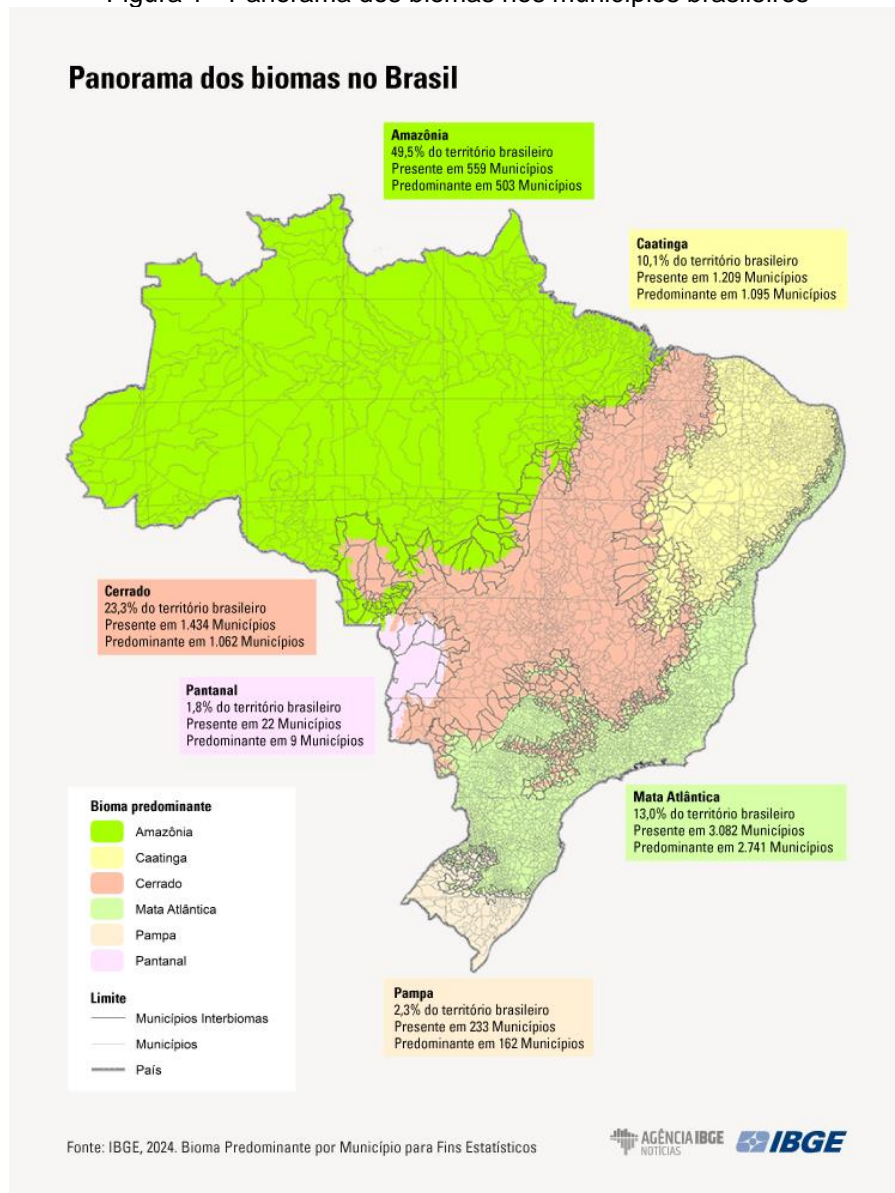
O enfrentamento da discriminação e do racismo no campo da vigilância em saúde ambiental, deve abarcar “[...] a integralidade da saúde e a necessidade de se estabelecer na responsabilidade estatal a intersetorialidade necessária para garantir vida saudável às populações [...]” (Porto; Pacheco e Leroy, 2013, p. 104), considerando-se que, segundo o Censo de 2022, a degradação ambiental impacta mais intensamente as pessoas pretas, pardas e indígenas, que também são as mais atingidas pela privação aos recursos hídricos causada pela emergência climática (IBGE, 2024).

O mesmo Instituto (2024), ainda elaborou um estudo em que associa os municípios do país e os respectivos biomas predominantes, permitindo a integração de dados e informações dos diversos aspectos ambientais e socioeconômicos da população, em recortes geográficos que permitem o aprimoramento do planejamento e a gestão dos recursos públicos no país. Segundo o IBGE (2024), esse material auxilia:

[...] nas análises que contemplem desde aspectos socioeconômicos, como características populacionais, urbanização e produção agrícola e pecuária, até ambientais, como gestão ambiental, saneamento e impactos positivos e negativos da ação antrópica sobre os biomas (IBGE, 2024).

Esse mapeamento contribui na compreensão da relevância dos biomas para a segurança hídrica do Brasil e como estes estão dispostos nos municípios brasileiros, podendo assim constituir valiosa fonte de informações para subsidiar gestão pública quanto a disponibilidade de água para o consumo humano.

Figura 1 - Panorama dos biomas nos municípios brasileiros

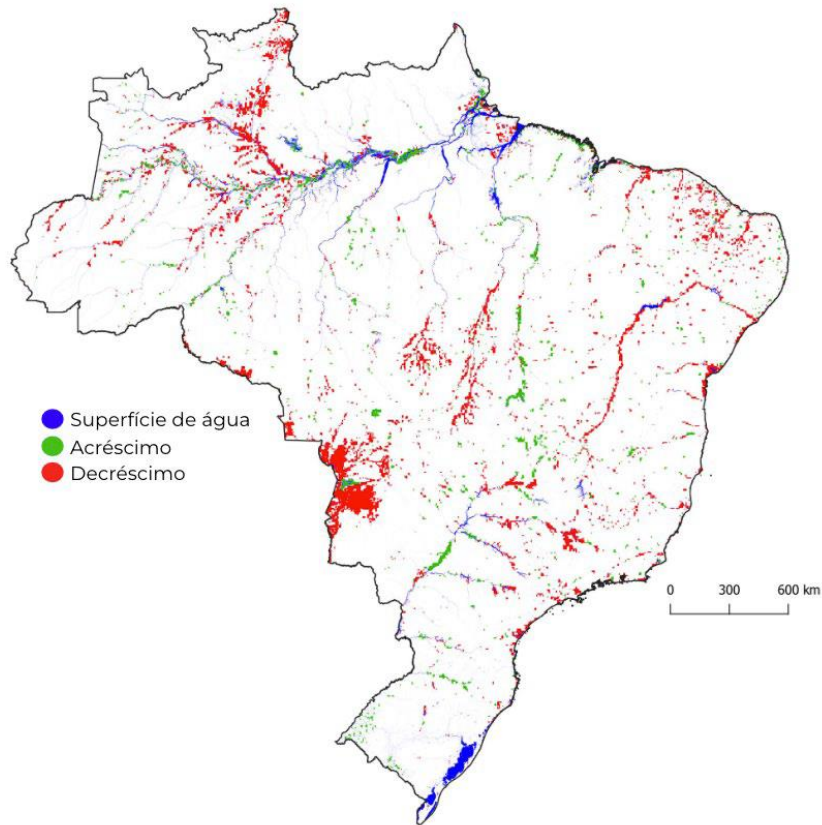


Fonte: IBGE (2024).

Em relação a superfície de água disponível nos municípios brasileiros no ano de 2023, observou-se que 2.958 cidades (53% dos municípios brasileiros) estiveram com a

superfície de água, para esse período, abaixo da série histórica iniciada em 1985. O que aponta para um risco real de crise hídrica nessas localidades, conforme demonstrado na imagem abaixo que expressa a tendência de decréscimo da superfície de água no Brasil entre os anos de 1985 a 2023 (MapBiomias, 2023).

Figura 2 - Tendência de decréscimo da superfície de água no Brasil 1985-2023



Fonte: MapBIOMAS Plataforma e Mapas e Dados (2023, p. 3)

A MapBIOMAS Plataforma e Mapas e Dados (2023), destaca ainda que o ano de 2023 foi de extremos para os biomas brasileiros, e que a Amazônia sofreu com a seca aguda, enquanto o Pampa teve seca e inundações. Por outro lado, Caatinga, Cerrado e Mata Atlântica estiveram acima da média de superfície de água no mesmo período, comprovando uma relação forte entre a manutenção da biodiversidade nos biomas, a qualidade das águas, do solo e da captação de água, que abastece as cidades.

A conservação de áreas de mata nativa, a restauração florestal e a gestão sustentável das paisagens são soluções baseadas tanto na natureza quanto em investimentos em infraestruturas necessárias para que as cidades brasileiras possam melhor se

preparar para garantir abastecimento de água de qualidade para os seus cidadãos. Almeida e Nogueira (2023), alertam para a necessidade de adotar medidas que promovam uma gestão preventiva quanto a utilização dos recursos hídricos e o fomento de uma cultura de conscientização e preservação de tais recursos, além da mudança de paradigma do poder público na forma de gerir o acesso a água potável, visto que a falta desse recurso pode ocasionar não só impactos ambientais, mas também impactos econômicos e sociais.

### **CAPÍTULO III - ACESSO A ÁGUA POTÁVEL NO BRASIL E NOS MUNICÍPIOS CAPIXABAS**

As questões relacionadas às condições de vida influenciam a saúde da população e o acesso à água potável está vinculado ao desenvolvimento humano. A água é um componente fundamental da dinâmica da natureza, que impulsiona todos os ciclos, sustenta a vida, além de ser um solvente universal, sua ausência impossibilita a vida no planeta Terra e, por isso, constitui-se como um recurso natural importante, que participa e dinamiza todos os ciclos ecológicos e é essencial para a manutenção da vida (Tundisi, 2003).

A água doce constitui um recurso finito e o ser humano, em especial, a utiliza para quase todas as atividades de produção, no entanto, sua distribuição é extremamente desigual, sendo que a escassez de água no mundo é agravada pela desigualdade social e pela falta de manejo e usos sustentáveis dos recursos naturais.

Neste capítulo, discutiu-se o acesso a água potável para o consumo humano no Brasil e nos municípios capixabas. Foram apresentadas as transformações ocorridas na política de saúde do país, mediante o processo de criação do SUS, enquanto sistema público, universal e descentralizado e apontou-se como o Programa Vigiagua se encontra estruturado, junto a Vigilância Ambiental em Saúde e vinculado a Subsecretaria de Vigilância em Saúde do Estado do Espírito Santo.

Sobre o processo de distribuição da água, Sousa (2022) destaca que, tanto sua distribuição como a circulação, relacionam-se não apenas com o ciclo hidrológico (sua bacia hidrográfica de origem), mas também com as dinâmicas sociais, políticas e culturais que condicionam o seu movimento, constituindo assim, o ciclo hidrossocial, correspondendo a um processo físico e social.

Em relação ao acesso a água no Brasil, em que pese sua enorme reserva de água doce, o país não garante o abastecimento de água potável para toda a população em determinados locais ou em alguns períodos de tempo, seja para o consumo humano, para o uso urbano, industrial ou agrícola. Com a crescente demanda de acesso a

água, o país enfrenta desafios para equacionar o equilíbrio entre a disponibilidade hídrica existente e a procura para fins de múltiplos usos (Castro, 2022).

Nesse sentido, a disponibilidade hídrica existente tem se mostrado insuficiente para atender toda a população, em todas as regiões e em todas as épocas do ano. Esse aumento considerável da demanda hídrica em todo o território nacional, justifica-se dentre outros fatores, pelo intenso processo de industrialização e migração da população do meio rural para o urbano no qual o país passou ao longo do século XX, e pelo aumento vertiginoso do fornecimento de água para indústria, agricultura e abastecimento da crescente população urbana, além da destinação de recursos hídricos para outros fins, como a geração de eletricidade, ocasionando eventos de escassez hídrica (Castro, 2022).

Para Sousa (2022, p. 455), entretanto, é inconcebível justificar a “[...] ‘escassez’ da água no país que é o detentor da maior reserva de água doce do planeta [...]”, visto que, segundo a mesma autora, a disponibilidade do ciclo hidrológico existente no país seria suficiente para garantir a disponibilidade hídrica necessária, em que a “[...] escassez seria, portanto, uma realidade ‘produzida’ e socialmente projetada no interesse daqueles que têm a ganhar com ela, especialmente com as tarifas e outras cobranças de uso [...]” (Sousa, 2022, p. 455). Ratifica-se assim, o impacto das decisões políticas e econômicas relacionadas ao acesso a água potável, em um cenário de crescente demanda hídrica no qual os conflitos pelo recurso tendem a ser cada vez mais frequentes.

Alves e Rabelo (2018), avigoram que, apesar da disponibilidade hídrica brasileira, sua distribuição pelo território é desigual acrescido pelo fato de que, historicamente, o uso desse recurso hídrico pelo capital se dá de forma intensiva, abusiva, inconsequente e irresponsável, no qual a exclusão hídrica passa a configurar como uma das formas de manifestação da questão social, que está intrinsecamente associada ao modelo capitalista vigente e aos seus sistemas de consumo.

Estima-se que 78% (setenta e oito por cento) dos empregos que constituem a força de trabalho mundial são dependentes dos recursos hídricos (Unesco, 2016). Em “nível global, a produção de alimentos e bebidas e a geração de energia dependem

diretamente dos recursos hídricos. No topo dos maiores usuários da água estão a agricultura, a indústria e o uso doméstico” (Alves; Rabelo, 2018, p. 287).

Embora a água seja reconhecida como direito humano, ela também é disposta como mercadoria, considerando que “[...] ao agregar um caráter econômico em seu acesso e manejo, a água torna-se um recurso cujo uso é classificado em termos qualitativos e quantitativos, bem como se relaciona à sua destinação e multiplicidade” (Alves; Rabelo, 2018, p. 289).

No sistema capitalista vigente, conforme Alves e Rabelo (2018), a água tornou-se uma mercadoria com alto valor de uso agregado, em que a população mais vulnerável é sempre a mais afetada em relação as dificuldades de acesso e, cujos problemas acabam por se tornar condição permanente. Tendo como efeito, uma nova categoria de injustiça social, expressa na exclusão hídrica, constituindo uma expressão da questão social (Castro; Scariot, 2005).

Segundo Marx (1996), ao se observar a realidade cotidiana é possível constatar que, nas sociedades capitalistas, há uma predisposição em transformar tudo em mercadoria, por meio da comercialização, o que também se aplica para a água, que “[...] além de objeto de trabalho, é também matéria-prima, porque pode se metamorfosear em meio de subsistência e ser portadora de meios de trabalho, fornecendo alimentos, por exemplo” (Alves; Rabelo, 2018, p. 289). O Estado no sistema capitalista, legitima essa mercantilização, referendando a contradição existente no acesso à água, que antagonicamente é um direito humano e também um bem econômico.

Sob a lógica da água tratada e do saneamento básico como direito humano, a ONU (2010) reconhece que, o acesso à água potável não deve ser tratado como um bem ou serviço a ser providenciado a título de caridade ou mercadoria, mas deve ser garantido a todos mediante níveis básicos e melhorados de acesso. No Brasil, em sua jurisdição, os recursos hídricos são considerados um bem ambiental em que incide a proteção (CF 1988, art. 225). A Política Nacional de Recursos Hídricos (PNRH) caracteriza a água como um bem de domínio público (Brasil, 1997), mas também

como um recurso limitado e dotado de valor econômico, assumindo assim, que há diferentes interesses relacionados ao seu uso, e conseqüentemente conflitos.

Compreendendo-se a dificuldade de acesso a água potável como expressão da questão social, observou-se que a distribuição dos recursos hídricos no Brasil não é apenas desigual no sentido geográfico, mas também na oferta de serviços. Segundo análise do Instituto Trata Brasil (2023), para o ano de 2022 chegou-se aos seguintes números:

- 12% (do total de imóveis do país não estavam ligados na rede geral de abastecimento de água;
- 22,8% das residências do país não recebiam água diariamente de forma regular, dos quais a região Sudeste foi a segunda região do Brasil em número de residências com abastecimento de água irregular
- No Estado do Espírito Santo, uma a cada cinco moradias passam por problemas de abastecimento de água (Instituto Trata Brasil, 2023).

Cabe destacar que esses 12% dos imóveis no país que não estão ligados a rede geral de abastecimento de água, correspondem em sua maioria a: cômodo cedido, em taipa, sem cobertura de laje ou telha, de chão batido, no qual o lixo doméstico é enterrado. Os ocupantes desses imóveis são em sua maioria menores de 19 anos, sem instrução formal e estão abaixo da linha da pobreza (Instituto Trata Brasil, 2023), conforme quadro a seguir.

Quadro 1 - Perfil dos imóveis x rede de abastecimento de água

Descrição	% - percentual dentre os imóveis que tem privação de acesso à rede de abastecimento de água
Tipo de habitação	16% cômodo
Material das paredes	47,4% taipa sem revestimento
Tipo de cobertura do imóvel	22,7% material distinto de telha, laje, madeira ou chapa metálica
Tipo de piso do imóvel	54,9% terra
Destinação do lixo	74,2% enterrado
Forma de ocupação do imóvel	22,5% dos imóveis são cedidos
Faixa etária	43,3% da população tem entre 0 a 19 anos
Grau de instrução	19,2 % sem instrução formal e menos de 1 ano de estudo
Grau de pobreza	23,2% Abaixo da linha da pobreza

Fonte: Elaborado pela autora com dados extraídos do Instituto Trata Brasil (2024)

Ao proceder um recorte dos dados para o estado do Espírito Santo, verificou-se que 13,3% da população é afetada pela privação de acesso a rede geral de água tratada, o que coloca o estado na posição 16<sup>o</sup> (décimo sexto) entre os vinte estados do país mais afetados por tal privação. E, em relação ao abastecimento irregular de água tratada, 20,1% da população do ES é afetada por essa descontinuidade, o que representa aproximadamente 836 mil pessoas (Instituto Trata Brasil, 2023).

A análise desses dados, indicam que os efeitos dessa descontinuidade no abastecimento de água recaem de forma mais intensa sobre a população mais pobre, demonstrando assim, conforme Silva (2010), que não é o sistema natural que se encontra em crise, “[...], mas o sistema do capital que faz recair sobre os trabalhadores e sobre a própria natureza as mazelas de sua dinâmica crescentemente exploratória” (Silva, 2010, p. 64).

Segundo Almeida *et al.* (2020), no Brasil o processo de urbanização se deu de tal forma desordenada e sem planejamento adequado, que vem acarretando sérios problemas no abastecimento de água e esgotamento sanitário, o que eleva consideravelmente os riscos de infecções transmitidas por veiculação hídrica e por vetores. Nesse contexto, segundo os mesmos autores (2020), as condições favoráveis de abastecimento de água e saneamento básico são necessárias para prevenção de arboviroses<sup>23</sup> e são sinônimo de menor mortalidade entre a população. Por esse motivo, é necessário ampliar a distribuição do que é produzido, inclusive a água tratada, a fim de obter resultados positivos quanto a ampliação da qualidade de vida da população.

A falta de água tratada, seja pelo não acesso à rede de distribuição, pela irregularidade no fornecimento ou ainda pela incapacidade de armazenamento nas residências, tem impacto direto sobre a saúde da população, principalmente entre os jovens e idosos, pois eleva a incidência de infecções gastrointestinais, doenças respiratórias e para a

---

<sup>23</sup> Arboviroses são as doenças causadas pelos chamados arbovírus, que incluem o vírus da dengue, Zika vírus, febre chikungunya e febre amarela. Os principais vetores das arboviroses são os mosquitos, em particular, os gêneros *Aedes*, *Culex* e *Anopheles*. Esses insetos se tornam portadores do vírus ao picar uma pessoa infectada e, subsequentemente, passam o vírus para outras pessoas durante suas picadas. O saneamento básico ineficaz pode propiciar a reprodução de vetores responsáveis pela transmissão das arboviroses. (Almeida; Cota; Rodrigues; 2020).

saúde bucal (Instituto Trata Brasil, 2023), podendo inclusive, ocasionar ainda perda de até 20% da renda mensal em razão de problema de saúde relacionado ao acesso a água tratada, além dessas doenças incidirem no progresso e no desempenho escolar no público jovem (Instituto Trata Brasil, 2023).

Todos esses dados apontam para uma relação muito próxima entre o saneamento básico e a saúde, a partir de uma concepção ampliada de saúde. Para tanto, os direitos humanos, justiça ambiental e a promoção da saúde surgem como importantes referenciais teóricos a serem incorporados na análise dessa relação, a partir de uma compreensão mais ampla dos processos e também das políticas e das intervenções requeridas para integrá-las e assim beneficiar as populações que vivem em situações de vulnerabilidade socioambiental, questões essas, intimamente ligadas a cidadania e ao direito à vida (Dominguez, 2022).

A crise hídrica agrava a qualidade de vida e a saúde de milhares de pessoas, sendo essa compreendida como uma outra faceta da crise ambiental que afeta de forma esmagadora os mais pobres. Segundo Carvalheiro (2015), o enfrentamento de tal crise, demanda reformas na governança do tema, considerando que:

[...] a crise global de água e saneamento é principalmente enraizado na pobreza, no poder e na desigualdade, não na disponibilidade física. É, antes de tudo, uma crise de governança e reforma, assim, a reforma da governança deve ser um pilar fundamental de qualquer abordagem estratégica para enfrentar a crise (Carvalheiro, 2015, p. 140).

Para este mesmo autor (2015), a garantia da disponibilidade da água potável para a população contribui imensamente para a saúde e também para a produtividade e o desenvolvimento, corroborando com o pensamento de Paz *et al.* (2021), de que em um mundo em constante transformação, a noção de desenvolvimento passa a incorporar também as variáveis ambientais.

No Brasil a busca pela universalização do acesso à água tratada precisa superar iniquidades. Para tanto, Carvalheiro (2015), propõe “[...] considerar a água como um *common*, ou seja, que é de todos, que deve ser disponibilizado a todos [...]” (Paz *et al.*, 2021, p. 203), o que pressupõe, políticas sociais integradas, baseadas também na

intersectorialidade, na participação social e na equidade para a devida obtenção dos objetivos da qualidade de vida da população.

O acesso à água potável corresponde a um fator relevante para a melhoria das condições de vida da população, e refere-se a diferentes aspectos das políticas públicas, como a política de saúde. Sendo que a privação do seu acesso, afeta principalmente a população mais vulnerável, reforçando a desigualdade social.

### 3.1 ÁGUA E SAÚDE: DIREITO SOCIAL E OBJETO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

A política de saúde no Brasil emerge enquanto uma política de Estado a partir da percepção de que as más condições de vida e os problemas de saúde reduzem a produtividade do trabalho, afetando o capital. Posto que, os problemas de saúde podem afetar não só a classe trabalhadora, mas também as classes dominantes, que não estão imunes às diversas epidemias relacionadas a deterioração das condições de vida no meio urbano, em especial a ausência e/ou insuficiência do saneamento básico (Silva, 2016).

Desse modo, a política de saúde passou a constituir-se uma prerrogativa jurídica assegurada à generalidade das pessoas, cuja integridade deve ser garantida pelo poder público a partir da Constituição Federal de 1988 (Carvalho, 2006) e cuja promoção não pode ser postergada ou condicionada às implementações futuras, ainda que,

[...] saibamos que a saúde, em sua expressão maior, dependerá sempre de um conjunto de medidas abrangentes, de políticas públicas nos mais variados campos, a execução de serviços de saúde em áreas como a vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, assistência terapêutica, a assistência farmacêutica, a saúde do trabalhador, a política de hemoterapia, os transplantes, conforme explicitado na Lei 8080/90, deve ser efetiva, imediata, colocada à disposição da coletividade como uma obrigação Estatal, um dever jurídico a ser cumprido, como um direito de eficácia plena imediata (Carvalho, 2006, p. 38).

A obrigação estatal conforme Carvalho (2006), está prevista na CF de 1988 (como no artigo 196<sup>24</sup>, por exemplo), e também na Lei Federal nº 8080 de 19 de setembro de 1990 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. A Lei Federal nº 8080 (1990) regula em todo o território nacional as ações e serviços de saúde executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado.

É por meio dessa norma legal que a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e o funcionamento dos serviços de saúde passaram a ser reconhecidos como um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, reconhecendo que os níveis de saúde da população correspondem a organização social e econômica do país, conforme determinantes e condicionantes variáveis, dentre eles, por exemplo, a alimentação, a moradia e o saneamento básico.

A Lei Federal nº 8080 de 1990 instituiu ainda o Sistema Único de Saúde (SUS) no país, sendo esse sistema constituído por um “[...] conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (Brasil, 1990).

A CF de 1988 previu ainda a participação comunitária nas decisões sobre as ações de saúde a serem negociadas com os representantes da sociedade, determinando uma nova relação entre o estado e a sociedade. Para tanto, a participação comunitária foi estabelecida como princípio organizativo do SUS, atribuindo importância a instâncias populares na fiscalização e controle das ações do Estado quanto a política de saúde, considerando as especificidades de cada região brasileira. O exercício dessa participação no SUS, configura-se como condição fundamental para o exercício

---

<sup>24</sup> Art. 196: A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988).

pleno da saúde, capaz de promover equidade e de transformar a política de saúde (Brasil, 2001).

A participação comunitária no contexto da saúde, foi estabelecida e regulada pela Lei nº 8.142/90, a partir da criação de Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde, nas três esferas de governo, bem como de colegiados de gestão nos serviços de saúde.

A instalação do SUS deu-se no final da década de 1980 e início dos anos de 1990, em paralelo a promulgação da Constituição Federal e a partir de uma conjuntura de efervescência política, marcada pela busca da redemocratização do país, e de contestação às desigualdades sociais, culminando em uma implantação cheia de significados vinculados à:

[...] construção de um projeto societário que fosse capaz de romper os traços autoritários e conservadores da formação social brasileira, marcados por pactos pelo alto, revoluções passivas, e modernização capitalista periférica e dependente (Costa, 2010, p. 72).

O processo de elaboração SUS para sua posterior instauração perdurou quase 20 anos, iniciando-se no final da década de 1970, período esse em que a oferta do serviço de saúde no “[...] país vivia sob a duplicidade de um sistema cindido entre a medicina previdenciária e a saúde pública [...]” (Paiva; Teixeira, 2014, p. 15), associada a uma conjuntura de crise econômica acirrada e diminuição do poder aquisitivo da população.

A segunda metade dos anos 1970 é localizada como o período de origem de um movimento político e social denominado como sanitário, que se confunde com o próprio processo de luta contra a ditadura e abertura democrática. Tal movimento foi intitulado de Movimento de Reforma Sanitária e se refere ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde, que não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, em busca da melhoria das condições de vida da população (Paiva; Teixeira, 2014).

Esse movimento surge mediante forte efervescência política, de questionamentos ao regime militar e de crítica à concepção restrita de saúde numa dimensão biológica e

individual (Costa, 2010). O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira foi caracterizado como um projeto contra hegemônico que propôs profundas mudanças conceituais, éticas, políticas e organizacionais na saúde. Ratificando a determinação sócio-histórica do processo saúde/doença e o imperativo ético e estratégico de assegurar gestão democrática das políticas públicas, condições de vida digna, autonomia e equidade, bem como a indissociabilidade entre políticas de saúde e as demais políticas sociais (Silva, 2016).

A partir de 1986 o Movimento da Reforma Sanitária assumiu um caráter inovador e uma prática política alternativa, centrada na luta pela democratização do Estado e na formulação de um projeto direcionado à ampliação da consciência sanitária e do direito à saúde, que visava à reconstrução da sociedade em novas bases. Resultaram finalmente, na universalidade do direito à saúde, oficializado com a Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (Oliveira, 1988).

É a partir de tais determinações que ocorre a implantação do SUS, enquanto estratégia fundamental do Movimento da Reforma Sanitária, cujo conceito ampliado de saúde, enquanto direito essencial, foi consumado com a Constituição Federal de 1988, ampliando e garantindo direitos sociais e de cidadania a população brasileira, tendo a universalidade, integralidade e participação social como princípios do SUS.

A conjuntura política do projeto de implementação do SUS, associado ao processo de redemocratização do país, contribuíram para que a implantação do sistema deixasse de ser interesse exclusivo dos técnicos da área de saúde, passando a assumir uma dimensão política, estreitamente vinculada à democracia (Bravo *et al.*, 2004).

A gestão federal da política de saúde no país compete ao Governo Federal, constituindo também principal financiador da rede pública de saúde. O Ministério da Saúde formula políticas nacionais de saúde que são pactuadas e executadas em parceria com estados e municípios, cabendo ao Governo Federal planejar, elaborar normas, avaliar e utilizar instrumentos para o controle do SUS.

Os estados e o Distrito Federal também constituem gestores da política de saúde, devendo aplicar recursos próprios, para além daqueles investimentos repassados pela

União, na esfera estadual ou distrital, e inclusive nos municípios. Esses últimos são responsáveis pela execução das ações e serviços de saúde no âmbito do seu território, cabendo ao gestor municipal aplicar recursos próprios e os repassados pela União e pelo Estado. O município formula suas próprias políticas de saúde, sendo também um dos parceiros para a aplicação de políticas nacionais e estaduais de saúde. Ele coordena e planeja o SUS em nível municipal, respeitando a normatização federal (Brasil, 2015).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) foi instituída no país pela Portaria MS/GM nº 687 de 30 de março de 2006, e ratificou o compromisso do Estado brasileiro com a ampliação e a qualificação de ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do SUS, sendo inserida na agenda estratégica dos gestores do SUS e nos Planos Nacionais de Saúde subsequentes, ampliando a política pública existente (Brasil, 2015).

Em atenção a esse arcabouço legal, observou-se que a legislação traz uma considerável abrangência em relação ao papel do Estado e a política de saúde, delegando ao Estado garantir a formulação e execução de políticas econômicas e sociais que promovam as condições indispensáveis ao pleno exercício da saúde, enquanto direito fundamental do ser humano. Assim, a efetivação do direito à saúde refere-se a outras garantias constitucionais, considerando que os preceitos constitucionais concebem a saúde como resultante (também) das condições de vida, e da forma de organização social e econômica do país (Costa, 2010).

A promoção da política de saúde implica necessariamente intervenção na vida política e social da população. Porém, à medida que as políticas de saúde foram sendo incorporadas à lógica do capital, essa concepção mais integral de saúde foi sendo abandonada, em substituição ao acesso enquanto mercadoria, restringindo a ação do Estado, concretizando assim a concepção de Estado mínimo, ditada pelo neoliberalismo (Paiva; Teixeira, 2014, p. 26).

Em relação aos aspectos biológicos, o adoecimento atinge a todos os seres humanos. Na classe trabalhadora o mesmo tem características muito mais complexas, em razão do processo de exploração da força de trabalho e de acumulação do capital, que

impactam sobretudo na condição de vida dessa classe, resultando no adoecimento relacionado não só as atividades laborais, como também nas demais dimensões da sua existência (Mendonça, 2017).

Ao longo da década de 1990 a implantação do SUS ocorreu em um contexto de ascensão do projeto neoliberal, que reduziu as funções estatais e redefiniu a área social sob a justificativa da contenção de gastos públicos, mediante diretrizes de focalização e seletividade em detrimento ao acesso universal e integral, onde o Estado se apresenta com limitada capacidade operacional (Bravo *et al.*, 2004).

Segundo Costa (2010), o SUS enquanto sistema de proteção universalista e política do Estado brasileiro, vinculado a afirmação do direito à vida e à saúde, é implantado no país sob a intimidação de uma agenda de prescrições neoliberais<sup>25</sup>, esvaziando a atuação estatal e ameaçando a oferta de saúde pública de caráter universal. Essa agenda neoliberal além de descaracterizar os direitos sociais, acabou por limitar os princípios do Movimento da Reforma Sanitária e a própria Constituição Federal na oferta da política de saúde, através de cortes fiscais e privatizações, que modificou as fronteiras entre público e privado e impactou na execução e na qualidade dessa política, comprometendo a manutenção da infraestrutura de bens e serviços públicos já instalados (Andrade, *et al.*, 2022).

Nesse contexto, conforme Costa (2010), a inibição de políticas intersetoriais resulta na fragmentação setorial, no corporativismo, clientelismo e desperdícios, afetando as políticas que compõem o tripé da seguridade social, haja vista o desfinanciamento e a desarticulação das mesmas. Tendo como tendência, a partir da década de 1990 e atendendo aos preceitos do projeto neoliberal, a “[...] redução dos direitos, sob o argumento da crise fiscal, transformando-se as políticas sociais em ações pontuais e compensatórias dos efeitos perversos da crise” (Costa, 2010, p. 95).

---

<sup>25</sup> Neoliberalismo: o neoliberalismo é associado, nesta perspectiva hegemônica, ao esvaziamento do papel do Estado na provisão de serviços públicos e à produção de desigualdades, mercantilização da vida e financeirização da economia. Em nome do livre jogo do mercado e da acumulação do capital, limita gastos sociais e tem como imagem-alvo um Estado menor, eficaz, desburocratizado e subordinado à iniciativa privada (Carvalho, 2009).

Tal conjuntura contribuiu para que a promoção das políticas de saúde fossem novamente direcionadas para a assistência curativa individual, afastando-se das medidas de prevenção e promoção da saúde, impondo dificuldades para a integralidade das ações, sobretudo a partir do processo de descentralização do financiamento para o setor da saúde, onde alguns entes federados, ao se habilitarem aos repasses de recursos, acabam reduzindo a própria autonomia na prestação de serviços em saúde (Costa, 2010).

Transcorridos mais de três décadas desde a implantação do SUS, é possível perceber a hegemonia neoliberal no país que aguçam a desigualdade social (Bravo *et al.*, 2004). Perceptível, segundo Costa (2010), no caráter focalizado da política de saúde e social, na oferta do pacote básico para a saúde, privatizações, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços ao nível local, que aguçam a desigualdade social existente no país.

Na contemporaneidade, a política de saúde vem sendo pactuada na concepção mercadológica, passando a constituir um mecanismo de contradição e, principalmente, de negação de direitos. A atuação do Estado capitalista pautado no neoliberalismo vem impulsionando desmonte dos direitos arduamente conquistados pela classe trabalhadora, com reflexos nefastos na política de saúde no tocante à intensificação do processo de precarização e focalização no acesso aos serviços (Rosado; Freitas, 2020).

Nos espaços institucionais de participação comunitária na saúde, ainda observa-se a necessidade de elementos que contribuam para consolidação e efetivação dessa participação, especialmente em relação a comunicação para a socialização das informações e conhecimentos em saúde com vistas a superação da obrigatoriedade burocrática da participação, evoluindo para uma participação efetiva que contribua para a saúde e a qualidade de vida da população, qualificando a gestão pública para as reais demandas sociais (Coelho, 2012)

No Brasil, essa lógica capitalista tem limitado a efetivação das políticas de saúde pública, que não são efetivas para atender as reais necessidades da população,

induzindo, inclusive, a desarticulação interinstitucional e intersetorial, uma vez que as políticas de saúde são determinadas por,

[...] articulações e interesses de prestadores de serviço e do complexo médico-industrial da saúde, que pressionam no sentido de incorporação tecnológica selvagem e de racionalização capitalista voltadas para a reprodução ampliada de capital (Costa, 2010, p. 63).

Destaca-se assim, a relevância das práticas intersetoriais na política de saúde, com vistas à promoção da mesma enquanto política social, conforme previsto na Constituição Federal de 1988, abarcando os diversos níveis da administração pública mediante políticas de caráter transversal, na qual as ações devem se complementar através de iniciativas diversas entre as políticas públicas, com vistas ao enfrentamento da desigualdade social.

### 3.2 PROGRAMA NACIONAL DE MONITORAMENTO DA QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO (VIGIAGUA)

No Brasil a Portaria MS nº 2.914/2011 define os conceitos de água para consumo humano e água potável aplicáveis no território nacional e estabelece que toda a água para consumo humano é passível de controle e vigilância da qualidade:

Art. 5º Para os fins desta Portaria, são adotadas as seguintes definições:  
I - Água para consumo humano: água potável destinada à ingestão, preparação e produção de alimentos e à higiene pessoal, independentemente da sua origem;  
II - Água potável: água que atenda ao padrão de potabilidade estabelecido nesta Portaria e que não ofereça riscos à saúde [...] (Brasil, 2011).

Compete ao Programa de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Vigiagua) a fiscalização da qualidade da água consumida pela população. As ações do Programa são desenvolvidas conjuntamente pelo Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde. A rotina de vigilância da água deve ocorrer nas diferentes formas de abastecimento, na qual os dados gerados por esse monitoramento devem ser informados e acompanhados pelo Ministério da Saúde através do Sistema de Informações de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Sisagua), que constitui um dos principais instrumentos de gestão do Programa (Brasil, 2020).

O Sisagua visa principalmente: sistematizar os dados produzidos rotineiramente pelos profissionais do setor saúde (vigilância) e pelos responsáveis pelos sistemas e soluções alternativas coletivas de abastecimento de água (controle), e, gerar informações em tempo hábil para o planejamento, a tomada de decisão e a execução de ações de saúde relacionadas à qualidade da água consumida pela população. O acompanhamento dessas informações, podem possibilitar a realização de análise de situação de saúde, com vistas a minimizar os riscos associados ao consumo de água que não atenda ao padrão de potabilidade estabelecido pelo MS (Brasil, 2016).

O Programa conta com indicadores institucionais cujas metas são pactuadas em âmbito nacional em diversos instrumentos de gestão do governo federal e do MS. Para tanto, há um Plano de Amostragem de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano, cujos parâmetros são definidos pela importância como indicadores básicos da qualidade microbiológica da água para consumo humano, sendo eles: “[...] turbidez, cloro residual livre (ou outro composto residual ativo, caso o agente desinfetante utilizado não seja o cloro), coliformes totais/*Escherichia coli* e fluoreto” (Brasil, 2016, p. 11).

O Ministério da Saúde prevê que o monitoramento dos parâmetros básicos de qualidade da água deva ocorrer rotineiramente pelo setor saúde nos três tipos de abastecimento de água para consumo humano mais comuns em nosso território: Sistemas de Abastecimento de Água (SAA), Soluções Alternativas Coletivas (SAC), e Soluções Alternativas Individuais (SAI). Esse monitoramento deve seguir a diretriz nacional que consta no Plano de Amostragem de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano, devidamente publicada pelo Ministério da Saúde e abrange os parâmetros descritos acima (Brasil, 2016).

No plano de amostragem são definidos ainda o número mínimo mensal de análises previsto em função das faixas populacionais de cada município, sendo que os técnicos da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios possuem autonomia para ampliação do número mínimo de análises e também a apreciação de outras substâncias (Brasil, 2016).

Para garantir que as ações de vigilância sejam executadas adequadamente nos estados e municípios, o Programa Vigiagua também realiza ações de capacitação, treinamentos e palestras de forma recorrente para os profissionais da área. Sendo previsto que, quando há identificação de que água fornecida a população não está de acordo com o padrão de potabilidade, a equipe de vigilância local, representada pela Secretaria Municipal de Saúde, deve tomar medidas imediatas, como comunicar o responsável pelo abastecimento, cobrando as medidas corretivas necessárias, informar as entidades de regulação dos serviços de saneamento básico e comunicar a população sobre as medidas que devem ser tomadas e os riscos associados ao abastecimento de água (Brasil, 2016).

As competências de cada ente federado em relação ao Programa estão estabelecidas na Portaria Consolidada nº 05/2017 do Ministério da Saúde e as suas respectivas alterações. Sendo que no artigo 8º da Portaria, é estabelecido que à União compete:

- I - Promover e acompanhar a vigilância da qualidade da água para consumo humano em articulação com as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e respectivos responsáveis pelo controle da qualidade da água;
- II - Implementar o Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Vigiagua);
- III - estabelecer diretrizes nacionais da vigilância da qualidade da água para consumo humano;
- IV - Estabelecer prioridades, objetivos, metas e indicadores de vigilância da qualidade da água para consumo humano a serem pactuados na Comissão Intergestores Tripartite (CIT);
- V - Gerenciar o Sisagua;
- VI - Disponibilizar publicamente os dados e informações do Sisagua; e
- VII - executar ações de vigilância da qualidade da água para consumo humano de forma complementar à atuação dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios (Brasil, 2017).

Quanto às competências estaduais e do Distrito Federal para o Programa Vigiagua, a Portaria destaca em seu artigo 12:

- I - Promover, coordenar, implementar e supervisionar as ações de vigilância da qualidade da água em sua área de competência, em articulação com os responsáveis por SAA ou SAC e com as secretarias de saúde dos municípios,
  - a) no Programa Vigiagua;
  - b) na Diretriz Nacional do Plano de Amostragem da Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano; e
  - c) na Diretriz para Atuação em Situações de Surtos de Doenças e Agravos de Veiculação Hídrica;
- II - Elaborar diretrizes e normas pertinentes à vigilância da qualidade da água complementares à disciplina nacional;

III - estabelecer as prioridades, objetivos, metas, prazos para inserção de dados no Sisagua e indicadores de vigilância da qualidade da água para consumo humano a serem pactuados na Comissão Intergestores Bipartite (CIB);

IV - Encaminhar, imediatamente, aos responsáveis por SAA e SAC e as respectivas agências reguladoras informações referentes aos eventos de saúde pública relacionados à qualidade da água para consumo humano; e

V - Executar as ações de vigilância da qualidade da água para consumo humano de forma complementar à atuação dos Municípios, em especial a realização de inspeção sanitária em formas de abastecimento de água para consumo humano (Brasil, 2017).

Com tais definições de competências e responsabilidades, observou-se que o Programa envolve um conjunto de ações estratégicas e básicas entre os entes federados, cujos desafios vão muito além do cumprimento de metas, pactuações estabelecidas e a geração de informações, mas, respeitadas as particularidades locais de cada estado e do Distrito Federal, bem como as diversas formas de abastecimento de água. Os desafios relacionavam-se também com a promoção de ações estratégicas que reuniam procedimentos de gestão, formação de recursos humanos em quantidade e qualidade compatível, na produção de conhecimento, além da definição de um arcabouço legal e técnico necessário para o exercício da vigilância em saúde.

Quanto às competências dos municípios, conforme disposto no artigo 13º da Portaria Consolidada nº 05/2017, observou-se que a amplitude das atribuições da vigilância da qualidade da água para consumo humano associada à heterogeneidade dos municípios brasileiros (perfil demográfico e epidemiológico, recursos humanos e financeiros) impõe ao nível local de gestão o desafio de implementar com efetividade e sustentabilidade as ações previstas. Tendo como destaque e desafio, a formação de uma equipe de profissionais em quantidade e qualidade compatíveis com as ações do Programa, bem como adequada compreensão dos procedimentos, como a análise integrada dos sistemas de informação e análise e classificação do grau de risco à saúde das diferentes formas de abastecimento de água.

Embora haja competências distintas para o Programa Vigiagua entre os entes federados, todos eles devem observar os princípios da política nacional de saúde. Especialmente pelo fato de o Programa ter como principais objetivos a prevenção de doenças de transmissão hídrica e a promoção da saúde pública. Por isso, a relevância de monitorar a qualidade da água para o consumo humano, visto que a mesma pode

atuar na transmissão de doenças de veiculação hídrica<sup>26</sup>, cujo perfil epidemiológico é característico da pobreza, com reflexos na saúde da população, como é o caso do Brasil (Cotta, 2007).

Por isso, a relevância da promoção de ações intersetoriais em saúde para as quais o acesso a água potável seja um fator determinante. Com vistas a integração da infraestrutura e serviços, gestão eficiente dos recursos hídricos, articulação com as políticas de desenvolvimento urbano e regional, habitação, combate e erradicação da pobreza, proteção ambiental, promoção da saúde e outras voltadas para a melhoria da qualidade de vida da população.

### 3.3 O MONITORAMENTO DA ÁGUA POTÁVEL NOS MUNICÍPIOS CAPIXABAS

Os efeitos para a saúde humana vinculados ao meio ambiente se transformam na contemporaneidade em uma preocupação, o que implica em reflexões quanto a necessidade de se potencializar o uso de informações advindas da vigilância ambiental em saúde e requerem uma compreensão ampla das questões ambientais e epidemiológica, com a finalidade de promover a detecção e a prevenção de fatores ambientais que interferem na saúde das pessoas.

O território capixaba abrange 46.077,5 km<sup>2</sup>, abrigando uma população de 3.512.672 milhões de habitantes, de acordo com o censo 2010, perfazendo uma densidade demográfica média estadual de 73,2 habitantes por km<sup>2</sup>. O Espírito Santo faz limite ao norte com o estado da Bahia, a oeste com Minas Gerais, ao sul com o Rio de Janeiro e a Leste com o Oceano Atlântico.

Nesse território, há duas regiões naturais distintas: o litoral e o planalto. Ao longo da costa atlântica encontra-se uma faixa de planície que representa cerca de 40% da área total do Estado. À medida que se adentra em direção ao interior se encontra o planalto que dá origem a região serrana, com altitudes superiores a 2.000 metros, onde se eleva a Serra do Caparaó que possui altitude máxima de 2.892 m com o Pico da Bandeira. O clima do Estado do Espírito Santo é tropical úmido, com temperaturas

---

<sup>26</sup> Exemplos de doenças de veiculação hídrica: diarreia, hepatite A cólera, giardíase e amebíase, desnutrição e outras.

médias anuais de 23°C. Do ponto de vista hidrológico, o rio Doce é o principal curso d'água do Estado, que nasce em Minas Gerais e tem 944 km de extensão. No entanto, também se destacam os rios São Mateus, Itaúnas, Itapemirim, Jucu, Santa Maria da Vitória e Itabapoana. A área do Estado está dividida em 78 municípios (IJSN, 2011).

Quanto o aparato governamental, o Estado do Espírito Santo possui junto ao organograma da Secretaria Estadual de Saúde, uma Subsecretaria de Vigilância em Saúde, assim como um Núcleo Especial de Vigilância Ambiental responsável pela execução do Programa Vigiagua em nível estadual. A finalidade de tal núcleo refere-se a observância do estabelecido no artigo 5º da Instrução Normativa nº 1, de 7 de março de 2005, constituindo o componente estadual do Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental (SINVS), cujas ações relacionam-se a:

- I. coordenar as ações de monitoramento dos fatores não biológicos que ocasionem riscos à saúde humana;
- II. propor normas relativas às ações de prevenção e controle de fatores do meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;
- III. propor normas e mecanismos de controle a outras instituições, com atuação no meio ambiente, saneamento e saúde, em aspectos de interesse da saúde pública;
- IV. coordenar e supervisionar as ações de vigilância em saúde ambiental, com ênfase naquelas que exija simultaneidade em mais de um município;
- V. executar ações de vigilância em saúde ambiental, em caráter excepcional e complementar à atuação dos municípios, nas seguintes situações:
- VI. normalizar e coordenar a Rede Estadual de Laboratórios de Vigilância em Saúde Ambiental;
- VII. credenciar Centros Estaduais de Referência em Vigilância em Saúde Ambiental;
- VIII. gerenciar os sistemas de informação relativos à vigilância à vigilância de contaminantes ambientais na água, ar e solo, de importância e repercussão na saúde pública, bem como à vigilância e prevenção dos riscos decorrentes dos fatores físicos, ambiente de trabalho, desastres naturais e acidentes com produtos perigosos, incluindo;
- IX. coordenar as atividades de vigilância em saúde ambiental de contaminantes ambientais na água, no ar e no solo, de importância e repercussão na saúde pública, bem como dos riscos decorrentes dos desastres naturais, acidentes com produtos perigosos, fatores físicos, ambiente de trabalho;
- X. monitorar, de forma complementar ou suplementar aos municípios, os fatores não biológicos, que ocasionem riscos à saúde da população, observados os padrões máximos de exposição aceitáveis ou permitidos;
- XI. coordenar e executar as atividades relativas à informação e comunicação de risco à saúde decorrente de contaminação ambiental de abrangência estadual e intermunicipal;
- XII. promover, coordenar e executar estudos e pesquisas aplicadas na área de vigilância em saúde ambiental;
- XIII. analisar e divulgar informações epidemiológicas sobre fatores ambientais de risco à saúde;

- XIV. prestar assessoria técnica em vigilância em saúde ambiental aos municípios;
- XV. fomentar e executar programas de desenvolvimento de recursos humanos em vigilância em saúde ambiental;
- XVI.- participar do financiamento das ações de vigilância em saúde ambiental, na forma estabelecida na Portaria nº 1.172/2004/GM; e
- XVII. executar as ações de vigilância em saúde ambiental em municípios não certificados, nas condições estabelecidas na Portaria nº 1.172/2004/GM (Brasil, 2005).

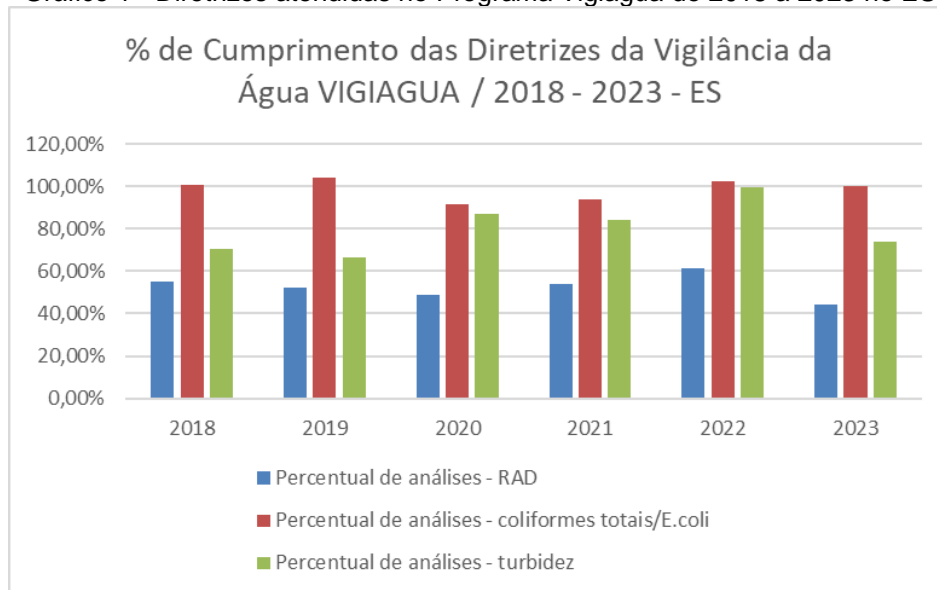
A definição de indicadores básicos sobre a qualidade da água para consumo humano constitui-se uma das competências da vigilância em saúde no Brasil e no estado do Espírito Santo, regulamentada através do Programa Vigiagua. Esses indicadores devem auxiliar na formulação de diagnósticos em saúde nos diferentes níveis de gestão, nos quais o acesso à água potável deve ser garantido aplicando os princípios da universalidade, igualdade e equidade e a partir da Lei nº 8.080/1990. Acrescenta-se ainda o princípio da essencialidade como mais uma diretriz, entendendo que o acesso à água, em quantidade suficiente e qualidade adequada, é fundamental à vida humana (Brasil, 2005).

Conforme verificado no primeiro semestre de 2024 junto ao Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS), observou-se que o Estado do Espírito Santo possui média menor que a dos demais estados da região Sudeste quanto às extensões das redes de abastecimento de água por habitante e de coleta de esgoto. Embora, 84,7% da população do Estado tenha sido atendida com abastecimento de água e que uma ampliação da rede de distribuição tenha ocorrido no ano de 2021 (Instituto Trata Brasil, 2023).

Quando analisado os dados dos municípios capixabas quanto o total de análises e percentuais de atendimento da diretriz nacional da vigilância da água para os indicadores de turbidez, RAD e coliformes totais, para o período entre os anos de 2018 e 2023 no painel "Cumprimento da Diretriz Nacional" do Sisagua, verificou-se que ano a ano o percentual de cumprimento das diretrizes da vigilância da qualidade da água, estabelecidos no Programa não foram cumpridas em sua totalidade, especialmente

para os parâmetros de turbidez e de Residual do Agente Desinfetante (RAD)<sup>27</sup>, conforme demonstrado no gráfico a seguir.

Gráfico 1 - Diretrizes atendidas no Programa Vigiagua de 2018 a 2023 no ES



Fonte: Elaborado pela autora com dados extraídos do MS/Sisagua (2024)

Importante explicar que, o parâmetro RAD, estima a concentração de dióxido de cloro, concentração de cloro residual livre e cloro residual combinado na água. Esse é um parâmetro importante para verificar a potabilidade da água, uma vez que possibilita a confirmação da manutenção do residual desinfetante ao longo de todo o sistema de distribuição, de forma preventiva à recontaminação da água na rede, conforme preconiza a Portaria GM/MS nº 888, de 4 de maio de 2016. Valores de concentração de RAD menores que as recomendadas causam vulnerabilidade quanto à recontaminação, enquanto concentrações muito elevadas representam risco químico à saúde da população, além da possibilidade da presença de odor e sabor à água (Araújo *et al.*, 2022).

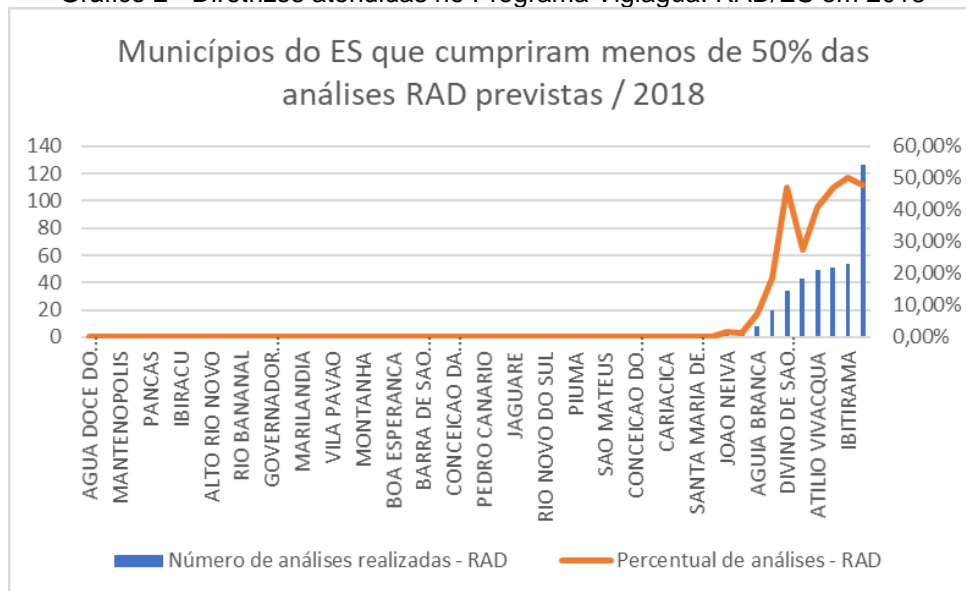
A análise microbiológica é realizada por meio da estimativa de bioindicadores de contaminação, de origem fecal animal ou humana, como as bactérias do grupo dos coliformes, mais especificamente a *Escherichia coli* (E. coli). A presença desses

<sup>27</sup> Residual do Agente Desinfetante (RAD) é um indicador de segurança da água distribuída para o consumo humano, sendo que para esse indicador é recomendado o teor mínimo de cloro na água distribuída a fim de minimizar riscos à saúde (Brasil, 2017).

microrganismos na amostra de água indica que há contaminação fecal, ou seja, há a presença de microrganismos possivelmente causadores de doenças de veiculação hídrica, sendo a amostra considerada fora do padrão de potabilidade. A presença de *E. coli* pode ocorrer devido à ausência ou ineficiência da etapa de desinfecção ou pela descontaminação da água durante sua distribuição ou armazenamento (Araújo *et al.*, 2022).

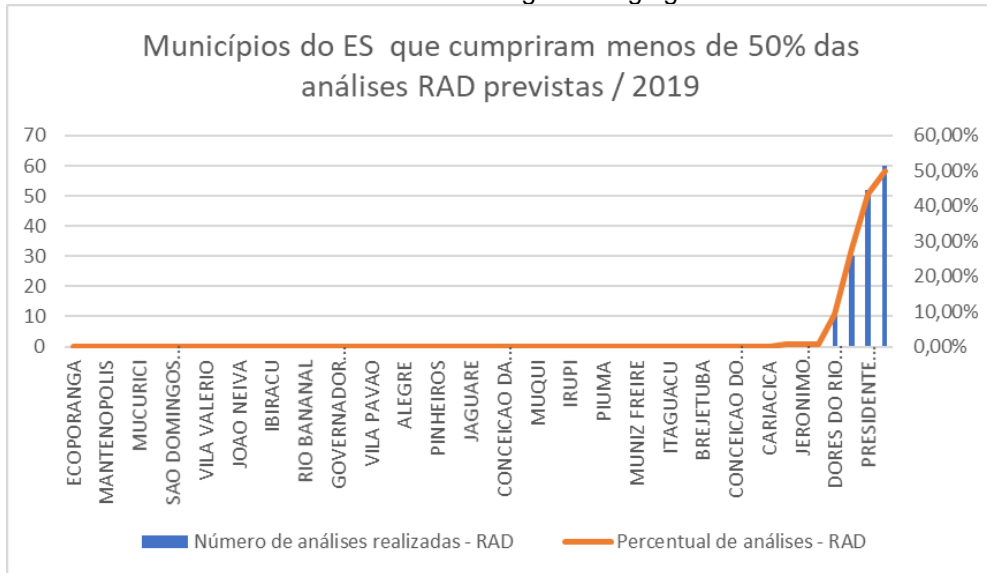
Quando analisado os municípios do Estado do Espírito Santo que cumpriram as diretrizes de análises de RAD para o mesmo período, verificou-se anualmente que mais de 15 municípios não realizaram nenhuma análise para esse parâmetro, conforme gráficos 2, 3, 4, 5, 6, 7.

Gráfico 2 - Diretrizes atendidas no Programa Vigiagua: RAD/ES em 2018



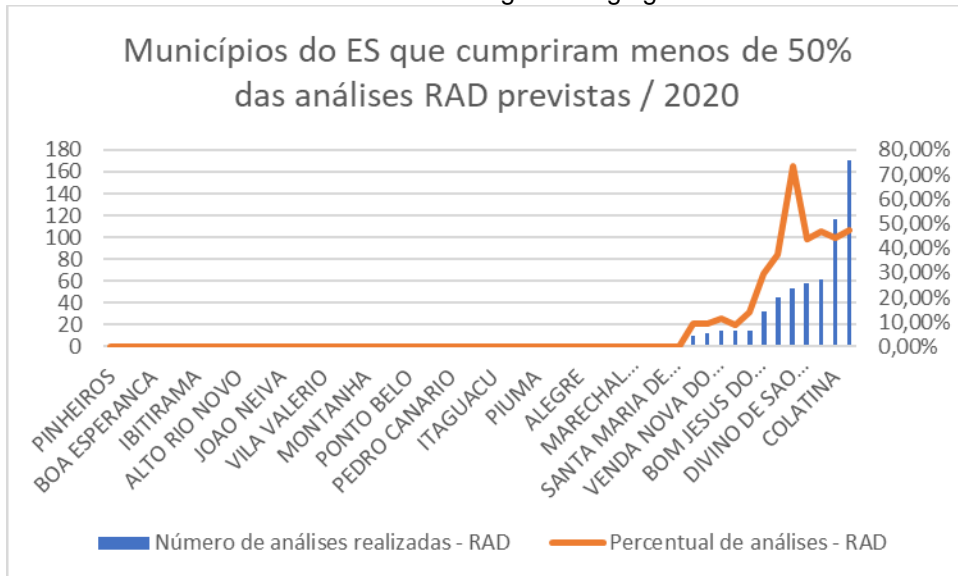
Fonte: Elaborado pela autora com dados extraídos do MS/Sisagua (2024)

Gráfico 3 - Diretrizes atendidas do Programa Vigiagua: RAD/ES em 2019



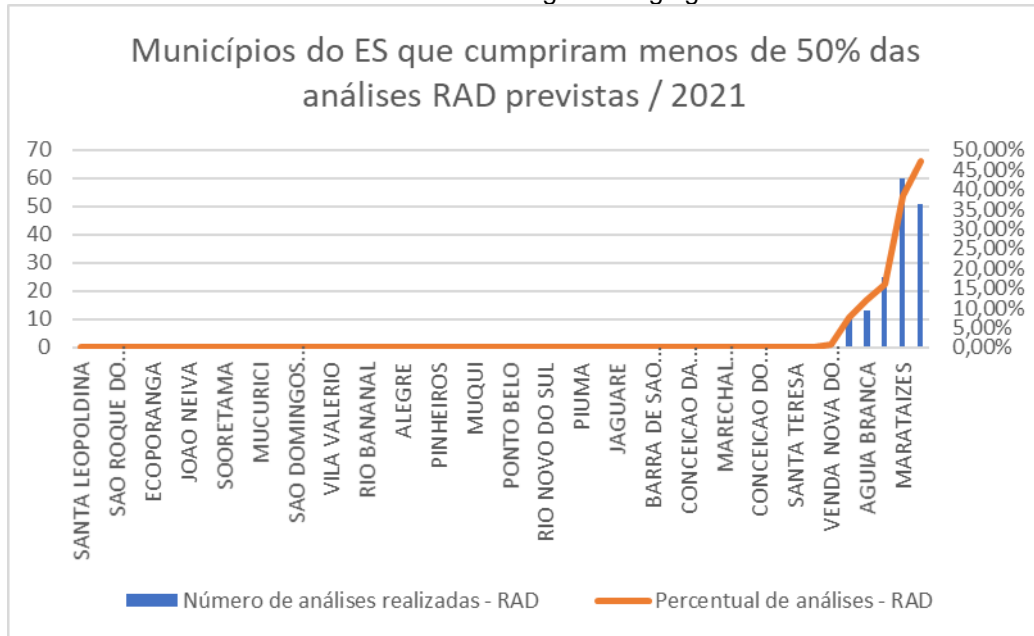
Fonte: Elaborado pela autora com dados extraídos do MS/Sisagua (2024)

Gráfico 4 - Diretrizes atendidas do Programa Vigiagua - RAD/ES em 2020



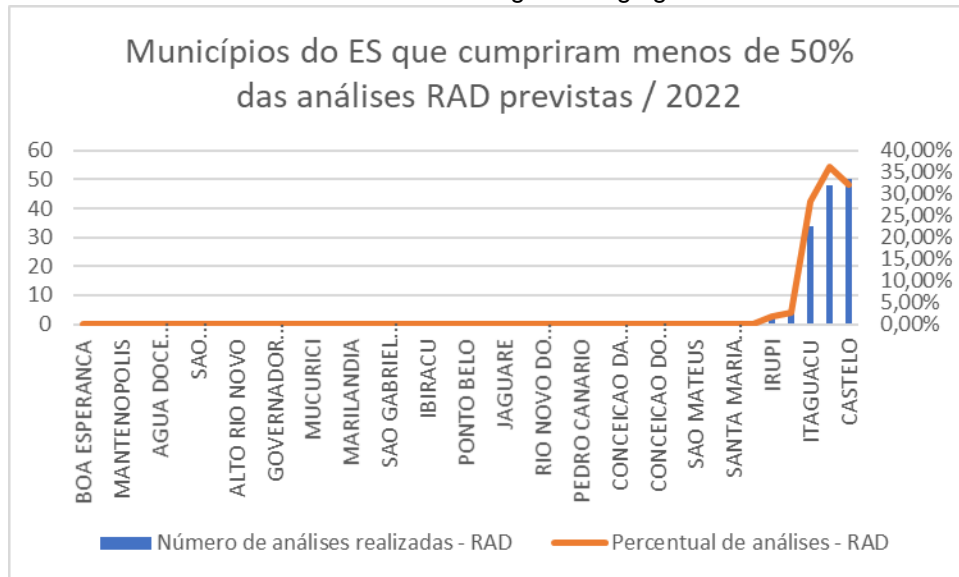
Fonte: Elaborado pela autora com dados extraídos do MS/Sisagua (2024)

Gráfico 5 - Diretrizes atendidas do Programa Vigiagua: RAD/ES em 2021



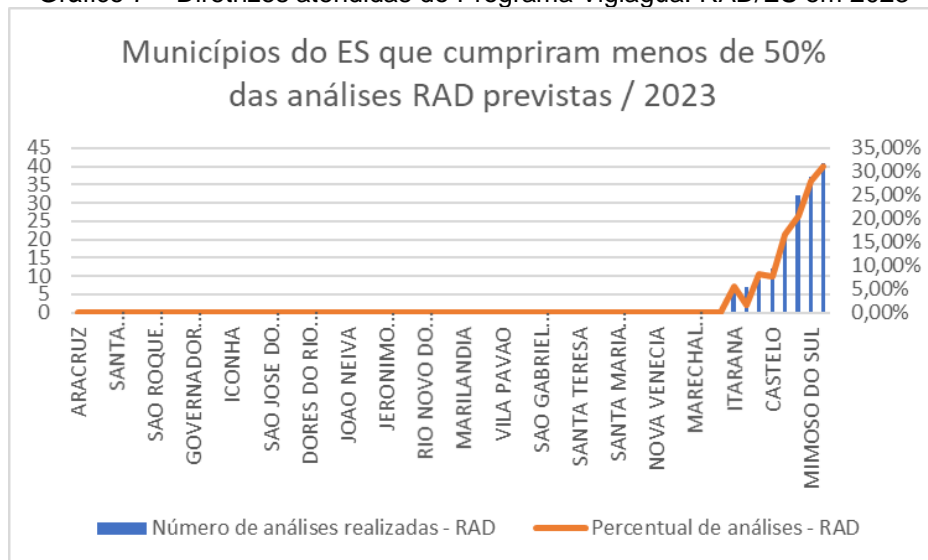
Fonte: Elaborado pela autora com dados extraídos do MS/Sisagua (2024)

Gráfico 6 - Diretrizes atendidas do Programa Vigiagua: RAD/ES em 2022



Fonte: Elaborado pela autora com dados extraídos do MS/Sisagua (2024)

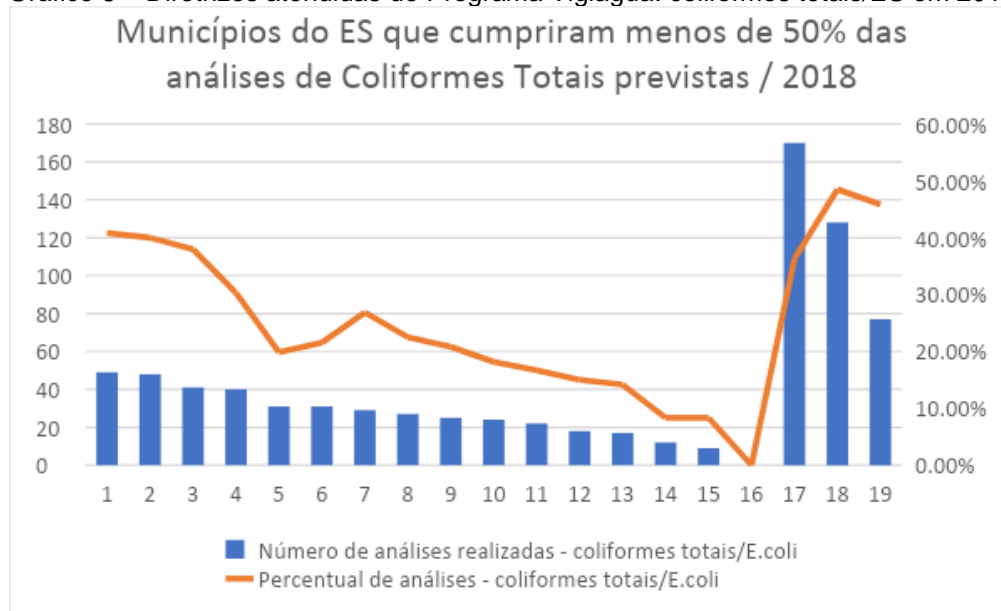
Gráfico 7 – Diretrizes atendidas do Programa Vigiagua: RAD/ES em 2023



Fonte: Elaborado pela autora com dados extraídos do MS/Sisagua (2024)

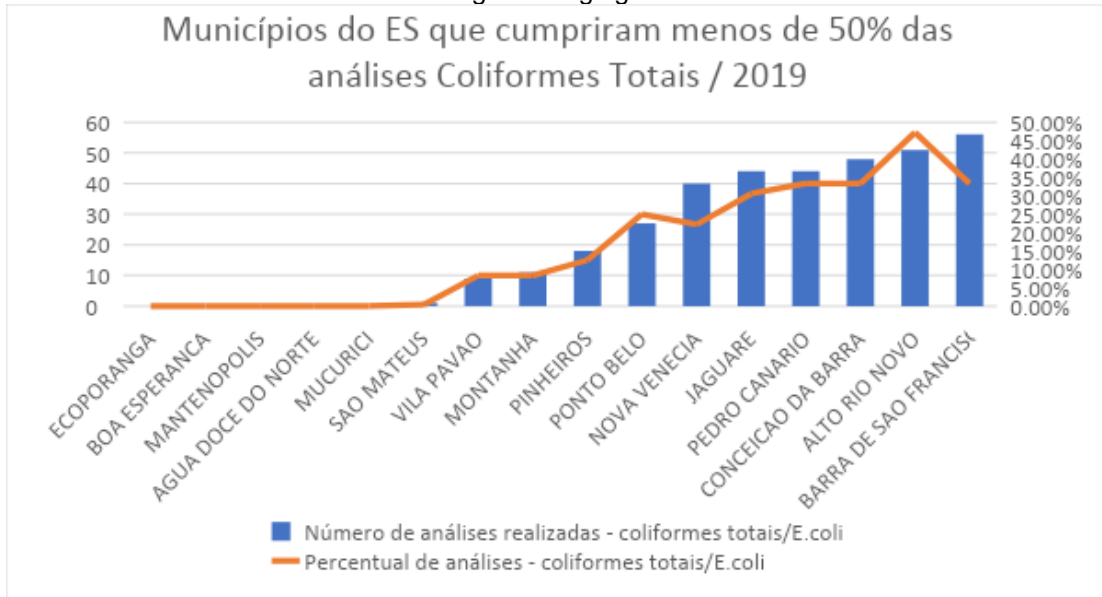
Ao verificar o cumprimento das diretrizes para a análise microbiológica, como as bactérias do grupo dos coliformes, aproximadamente dez municípios do Estado do Espírito Santo realizaram menos de 50% (cinquenta por cento) das análises previstas para os períodos em pauta, destacando-se um mesmo município que, ao longo de quatro anos consecutivos, não realizou nenhuma análise para coliformes totais, conforme demonstrado nos gráficos 8, 9, 10, 11, 12 e 13.

Gráfico 8 – Diretrizes atendidas do Programa Vigiagua: coliformes totais/ES em 2018



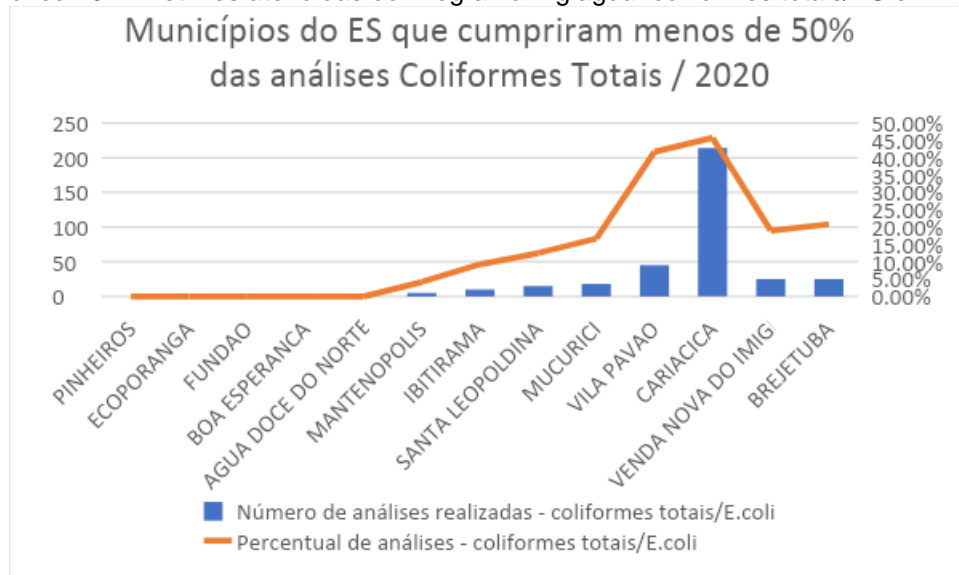
Fonte: Elaborado pela autora com dados extraídos do MS/Sisagua (2024)

Gráfico 9 – Diretrizes atendidas do Programa Vigiagua: coliformes totais/ES em 2019



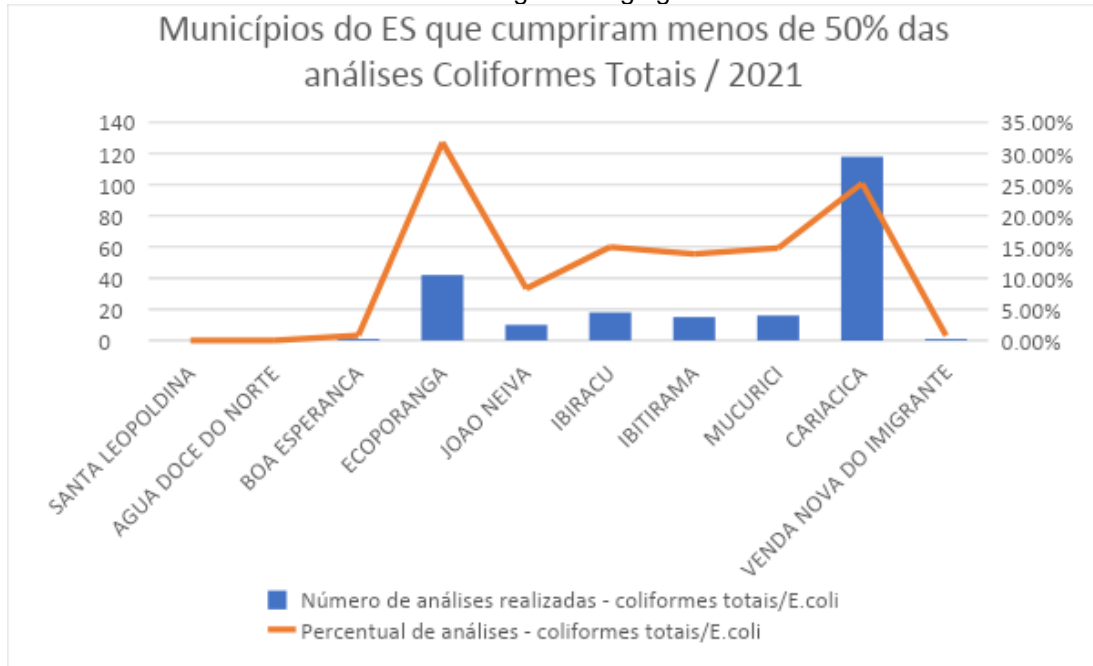
Fonte: Elaborado pela autora com dados extraídos do MS/Sisagua (2024)

Gráfico 10 - Diretrizes atendidas do Programa Vigiagua: coliformes totais/ES em 2020



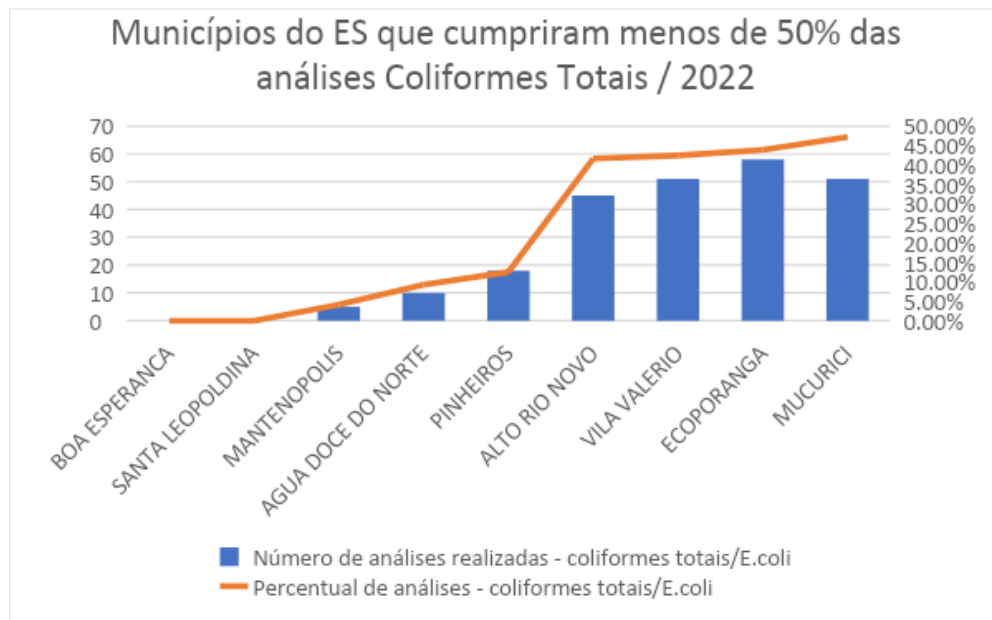
Fonte: Elaborado pela autora com dados extraídos do MS/Sisagua (2024)

Gráfico 11 - Diretrizes atendidas do Programa Vigiagua: coliformes totais/ES em 2021  
Municípios do ES que cumpriram menos de 50% das análises Coliformes Totais / 2021



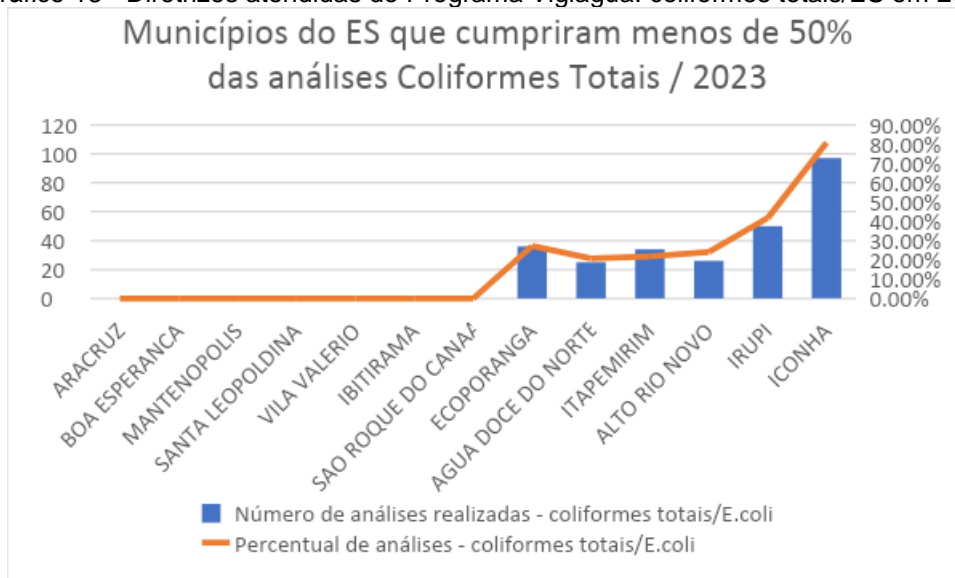
Fonte: Elaborado pela autora com dados extraídos do MS/Sisagua (2024)

Gráfico 12 - Diretrizes atendidas do Programa Vigiagua: coliformes totais/ES em 2022  
Municípios do ES que cumpriram menos de 50% das análises Coliformes Totais / 2022



Fonte: Elaborado pela autora com dados extraídos do MS/Sisagua (2024)

Gráfico 13 - Diretrizes atendidas do Programa Vigiaqua: coliformes totais/ES em 2023



Fonte: Elaborado pela autora com dados extraídos do MS/Sisagua (2024)

A ausência de tais análises oculta e omite da população a real qualidade da água disponível para o consumo humano, sendo que, a presença de bactérias do grupo coliforme em água potável é um indicador que o tratamento da água foi realizado de maneira inadequada ou houve problemas em manter a concentração adequada de cloro residual livre na água, tornando-a muitas vezes imprópria para o consumo. Sem as devidas análises, o poder público não irá dispor de indicadores para tomar as medidas e eliminar a possível contaminação (Fernandes; Gois, 2015).

Observa-se que pelo menos 12 (doze) municípios, ao longo do período estudado, não realizaram nenhuma das análises referentes às diretrizes de vigilância da água para RAD, coliformes totais e turbidez em, pelo menos, um dos anos do recorte temporal (Brasil, 2024).

Embora a responsabilidade pela fiscalização da qualidade da água para o consumo humano seja dos estados e dos municípios, essas medidas precisam também do protagonismo do Ministério da Saúde, enquanto coordenação geral, sendo que a ausência de tal fiscalização e o não cumprimento das determinações de fiscalização da qualidade da água disponibilizada à população, pode indicar questões relacionadas à falta de estrutura técnica e laboratorial, ausência ou restrição de equipe técnica qualificada, baixos recursos e também inadequada integração com os demais agentes públicos que discutem o acesso aos recursos hídricos.

O saneamento básico e, especialmente, o acesso à água potável são direitos básicos e de necessidade imediata, uma vez que sua deficiência acarreta impactos negativos, não apenas individuais à população vulnerável, como na saúde coletiva. Conforme Araújo *et al.* (2022), embora o país esteja caminhando para alcançar o acesso universal aos serviços de abastecimento de água, ainda há uma grande parcela da população que não recebe água segura, conforme estabelecido nos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) da ONU.

Entende-se que, a existência de um arcabouço estatal sem a devida integralidade das ações estatais, não se mostra suficiente para a promoção de iniciativas entre as políticas públicas com vistas a responder as demandas apresentadas para as diferentes regiões geográficas do estado.

Quer pela dimensão biológica da água, essencial à vida humana, quer pela dimensão social, compete ao poder público a garantia da promoção ao acesso universal a água potável, uma vez que a abundância ou escassez desse recurso afeta a qualidade de vida da população. Demonstrou-se assim a essencialidade da água para a vida humana e a saúde da população, em que os desafios vinculados a vigilância da qualidade da água, como prática da vigilância em saúde incorporada pelo SUS, apontam para a necessidade de uma intersetorialidade que promova a participação de diversos setores, visando o planejamento e a implementação de medidas para a proteção da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da política de saúde pública.

No entanto, os dados acima podem indicar, por exemplo, além da inobservância ou observância parcial das diretrizes do Programa Vigiagua, também uma baixa articulação intersetorial entre os entes federados vinculados ao Programa e entre os setores, o que dificulta a implementação das políticas públicas de saneamento básico, de modo a permitir que os cidadãos do estado usufruam os benefícios advindos da universalização do acesso e da prestação adequada da água tratada para o consumo humano.

## **CAPÍTULO IV - INTERSETORIALIDADE: UM DESAFIO PARA A GESTÃO PÚBLICA E PARA EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS SOCIAIS**

Analisar a intersectorialidade no planejamento da vigilância em saúde na Subsecretaria de Vigilância em Saúde do Espírito Santo (SSVS/ES), a partir do Programa Vigiagua, constituiu-se o principal objetivo desta pesquisa, que foi elaborada através dos dados coletados com dez membros das equipes de áreas técnicas que desempenham papel relevante na condução das ações do respectivo programa. A apresentação e análise dos dados ocorreu nesse último capítulo.

Conforme descrito na metodologia, foram elaborados dois roteiros para os questionários, conforme os Apêndices A e B. O roteiro de questionário disponível no Apêndice A destinou-se a representantes do componente técnico e administrativo da SSVS/ES e o Apêndice B foi encaminhado aos representantes do componente político da Subsecretaria, essas estruturas de poder foram utilizadas a partir das definições de Testa (1995) *apud* Lacerda; Botelho e Colussi (2013), como já apresentado anteriormente.

O envio e o retorno dos questionários procederam-se da seguinte forma: o roteiro disponível no Apêndice A foi enviado para oito membros das equipes da SSVS/ES, a saber: Núcleo Especial de Vigilância Epidemiológica - NEVE/SSVS; Núcleo Especial de Vigilância Sanitária – NEVS/SSVS; Núcleo Especial de Vigilância Ambiental – NEVA/SSVS; Laboratório Central – LACEN/SSVS e o Centro de Informações Estratégicas e Respostas em Vigilância em Saúde – CIEVS/SSVS, com seis retornos.

O questionário do Apêndice B foi encaminhado para dois servidores da Subsecretaria, com retorno integral dos questionários encaminhados. Ambos os questionários estiveram disponíveis para o preenchimento e envio das respostas para a pesquisadora no período entre 8 de junho à 5 de julho de 2024.

Os roteiros dos questionários foram elaborados considerando-se que as ações intersectoriais em saúde podem ocorrer nos níveis de intercâmbio de informações,

cooperação, coordenação e integração<sup>28</sup>, conforme Shankardass *et al.* (2015). Seguindo essa orientação, o roteiro do questionário do Apêndice A, contemplou os seguintes níveis: intercâmbio das informações e cooperação e, do Apêndice B, coordenação e integração.

Segundo a nossa compreensão, mesmo com o reconhecimento de que a intersectorialidade se constitui em uma ferramenta de gestão relevante para a efetivação das políticas públicas, a sua implementação ainda se apresentou como um desafio a ser superado nas políticas pública, especialmente para aquelas ações em saúde executadas unicamente de forma setorial e por isso, muitas vezes desarticulada das demais políticas.

Compreendeu-se assim, que a implementação da intersectorialidade demanda a articulação e integração entre os diferentes setores e políticas públicas, por isso, a importância da articulação ativa entre os diversos representantes dos componentes político, técnico e administrativo na saúde.

A setorização da saúde e a atenção dada pelos gestores para a intersectorialidade, implica em algumas práticas no cotidiano de trabalho com a política de saúde e essa especificidade ilustrou alguns dos desafios enfrentados para a realização dessa pesquisa. Como o fato de a coleta de dados ocorrer com sujeitos executores da política de saúde, e por corresponderem simultaneamente a participantes da pesquisa e à profissionais de suas práticas de trabalho, centrada muitas vezes na produtividade de procedimentos técnico-operativos setoriais em saúde (Albuquerque *et al.*, 2008). O

---

<sup>28</sup> Intercâmbio de informações: cada setor compartilha informações disponíveis. Troca de informações sobre um problema específico ou uma iniciativa potencial para desenvolver uma linguagem comum para esforços conjuntos; Cooperação: após o compartilhamento de informações, os setores relevantes desenvolvem uma estratégia de cooperação sobre uma questão ou iniciativa específica que exige ação conjunta. Esse tipo de cooperação geralmente ocorre na fase de implementação e os programas não têm um orçamento compartilhado; Coordenação: além de compartilhar informações, as partes interessadas de cada sector trabalham em conjunto para desenvolver estratégias e mecanismos de coordenação interinstitucional para abordar questões específicas. Ao contrário do nível de cooperação, Essas iniciativas geralmente têm um orçamento compartilhado e são desenhadas e/ou implementadas em conjunto e Integração: a este nível exigem uma integração intersectorial, incluindo um orçamento integrado (Shankardass *et al.*, 2015).

que exemplifica os desafios encontrados na discussão em torno da intersetorialidade na vigilância em saúde.

Essas questões, contribuíram para a definição da utilização da abordagem qualitativa para a análise dos dados, possibilitando explorar pressupostos que interferem na nossa compreensão do mundo social. Esse método mostrou-se ainda apropriado para o tema de pesquisa, no contexto do Estado do Espírito Santo, uma vez que o mesmo se revelou pouco explorado no ente federado pesquisado.

Utilizou-se também a análise de conteúdo proposta por Bardin (2011) como técnica de compreensão, interpretação e explicação das maneiras de comunicação dos dados coletados. A definição por esse método foi pelo motivo do mesmo proporcionar “[...] um olhar multifacetado sobre a totalidade dos dados recolhidos no período de coleta (*corpus*), tal fato se deve, invariavelmente, à pluralidade de significados atribuídos ao produtor de tais dados, ou seja, seu caráter polissêmico [...]” (Campos, 2004, p. 611) o que possibilitou, além da interpretação do sentido das palavras expressas, a produção de deduções, conclusões em relação ao tema da pesquisa.

A intersetorialidade e o planejamento corresponderam às categorias analíticas utilizadas. A definição pelas mesmas foi motivada pela compreensão de que essas categorias estabeleceriam um conjunto de evidências que possibilitariam responder às questões do estudo, tendo como referência a análise dos temas expressos nos objetivos específicos da mesma.

Em cada questionário realizou-se a organização das informações presentes de forma manual e conforme as categorias analíticas já apresentadas. Partimos das definições teóricas estabelecidos, especialmente, por Tumelero, Inojosa, Teixeira e Paim, que serviram de referência para a interpretação dos achados empíricos (Minayo, 2014). O ordenamento do material coletado possibilitou a identificação das ocorrências de convergência e divergências entre as diversas respostas obtidas nos questionários, que foram comparadas entre si com os elementos teóricos utilizados.

Os dados obtidos foram tabulados seguindo a escala de classificação Likert, no programa *Microsoft Excel* e, para fins de mensuração, para cada item foi expresso o percentual das respostas em relação ao todo.

Para fins de análise desse percentual considerou-se que os respondentes enunciaram seu grau de concordância ou discordância com as afirmações do enunciado das questões. Por isso, a análise dos dados obtidos mediante os percentuais definiu como *concordantes* com o enunciado aquelas respostas que expressavam a atitude totalmente positiva: “muito frequentemente” e a parcialmente positiva: “frequentemente”; e como *discordante*, a frequência de respostas relacionadas a atitude parcialmente negativa: “raramente” e negativa: “nunca”.

Assim, estabeleceu-se as etapas de coleta de dados, a análise e buscou-se compreender o processo de planejamento do Programa Vigigagua na SSVS/ ES. Nos subitens abaixo, procurou-se responder aos objetivos propostos e que motivaram a realização dessa pesquisa, considerando o compartilhamento e/ou troca de informações relacionadas aos dados do Programa na Subsecretaria; o desenvolvimento de iniciativa ou ação conjunta de caráter intersetorial pelos setores da SSVS/ES e a ocorrência de estratégias intersetoriais vinculadas ao planejamento e/ou implementação de questões relacionadas a agravos ou doenças que se vinculam de alguma forma com o acesso a água potável ou com o Programa Vigigagua.

No primeiro subitem identificou-se quais os núcleos da SSVS/ES que compartilhavam e/ou trocavam informações relacionadas aos dados do Programa Vigigagua, compreendendo a importância dos mesmos para o processo de planejamento das ações de Vigilância em Saúde nessa subsecretaria e a intersetorialidade. No segundo subitem buscou-se relacionar as ações realizadas pelos núcleos da SSVS/ES no contexto do Programa consideradas de caráter intersetorial. Por fim, no terceiro subitem verificou-se se os dados do Programa Vigigagua eram utilizados no planejamento das ações SSVS/ES e apresentou-se algumas reflexões quanto a intersetorialidade no planejamento da vigilância em saúde na Subsecretaria de Vigilância em Saúde do Espírito Santo, a partir do Programa Vigilância da Qualidade da Água.

#### 4.1. A ARTICULAÇÃO ENTRE OS SUJEITOS E A PROMOÇÃO DA INTERSETORIALIDADE

O modo de produção capitalista traz profundas implicações para o processo de trabalho naturalizando, por exemplo, o individualismo como se esse fosse inato à humanidade. Esse individualismo presente também nas relações de trabalho acaba excluindo os sujeitos das diversas relações sociais, da humanidade real e da totalidade, prevalecendo o sujeito singular isolado, inibindo a necessidade de relações sociais, e criando “[...] indivíduos ressocializados, privatistas e narcisistas” (Sousa, 2012, p. 81).

[...] O individualismo que impera na sociedade capitalista não pode ser captado apenas sob um viés de naturalidade, de imanência sem história, atemporal e onipresente, ou seja, um individualismo neutralizado das condições sociais que o permeiam constantemente[...] (Sousa, 2012, p. 79).

Muitas vezes, esse individualismo se manifesta de forma não planejada ou intencional, porém o modo como os sujeitos se distribuem na espacialidade se mostra, de certa forma, distante do ambiente à sua volta, o que pode esvaziar e/ou privatizar espaços importantes de discussão. Com a exacerbação do individualismo nas relações de trabalho, muitas vezes, segundo Sousa (2012, p. 82), “[...] o sujeito vai para a esfera pública com as lentes da esfera privada, ou seja, busca no espaço público objetivos eminentemente privados[...]”, o que afeta as políticas públicas, onde os recursos já escassos acabam geridos a partir de premissas particulares.

Esse modo de produção estimula e mantém os sujeitos alheios as condições sociais que o permeiam constantemente, frustrando os espaços públicos de compartilhamento e discussões. Essa estratégia de dominação, tem no individualismo um dos efeitos do modo de produção capitalista prejudicando, por exemplo, a socialização dos sujeitos e das informações por ele geradas nos ambientes de trabalho. Ao compartilhar informações de um programa ou política pública por exemplo, há também o compartilhamento de práticas, estruturas legais e elementos que podem promover a melhoria da eficiência na unidade organizacional ou do programa a ser executado, o que irá impactar no processo de acumulação capitalista, causando o recrudescimento dos conflitos sociais (Sousa, 2012).

As políticas públicas devem implementar mudanças progressivas na sociedade, direcionadas para a coletividade, e o compartilhamento de dados contribuem para a promoção da colaboração entre os sujeitos, conduzindo para uma ética de responsabilidades conjuntas que norteiam o agir estratégico pela via do planejamento, e pela lógica da razão crítica e propositiva (Campos, 2003). O compartilhamento de dados enquanto prática contínua da equipe, pode implicar em uma postura dialógica que motiva “[...] a construção de projetos que possam ser assumidos coletivamente como compromisso” (Rivera; Artmann, 1999, p. 357).

As ações e práticas intersetoriais presumem articulações entre sujeitos e setores diversos e, portanto, de saberes, poderes e vontades distintas que se apresentam como uma das formas de trabalhar e de construir políticas públicas. Sendo essa uma configuração possível, por exemplo, para tratar questões vinculadas ao saneamento o básico, com o acesso a água potável, mediante o estabelecimento de vínculos de corresponsabilidade e cogestão entre os sujeitos que operam essas políticas (Brasil, 2006).

As práticas intersetoriais são constituídas através de processos organizados e coletivos e de ações que pressupõem a troca de informações e dados que possam favorecer a articulação com outros setores, a troca e a construção coletiva de linguagens e práticas entre os envolvidos (Brasil, 2006).

Esse compartilhamento e/ou troca de informações pode auxiliar na superação da fragmentação de conhecimento. Dessa forma, o compartilhamento dos dados do Programa Vigiagua, por exemplo, entre os representantes de áreas técnicas da SSVS/ES, pode implicar em ações intersetoriais em saúde constituídas a partir de uma relação de cooperação. Nessa relação há o trabalho conjunto e o alinhamento de políticas e programas dos setores envolvidos para a implementação de ações de saúde mais transversais apontando, inclusive, para a possibilidade de colaboração na execução das mesmas e para resolução de questões amplas e complexas como é o caso do acesso a água potável (Cantharino; Aquino, 2013).

Para responder às questões associadas ao compartilhamento e/ou troca de informações relacionadas aos dados do Programa Vigiagua na SSVS/ES, os dados

obtidos foram apropriados do questionário do Apêndice A, das informações correlatas ao nível intercâmbio de informações e, no Apêndice B, utilizando-se a questão congênere ao nível coordenação e integração.

Identificou-se que 66,7% dos respondentes do questionário do Apêndice A relatavam consultar os dados do Programa Vigiagua no cotidiano de trabalho<sup>29</sup> na SSVS/ES, e informaram que esses eram acessados por meio da Gerência de Vigilância em Saúde, mediante consulta direta ao sistema do Ministério da Saúde ou ainda através da chefia do Laboratório Central (Lacen) da SSVS/ES. Apenas um respondente não especificou a forma como isso ocorria, embora tenha afirmado que realizava tal acesso.

Compreendeu-se que a consulta aos dados do Programa na Subsecretaria ocorria através de diferentes fontes, todas institucionais, o que apontou para a agudeza de que havia, entre os respondentes, a percepção da importância dos dados do Programa para o desempenho das funções e competências pelos quais eram responsáveis e, especialmente, para o planejamento das ações relacionadas a agravos ou doenças que se vinculam de alguma forma com o acesso a água potável.

Dois respondentes da pesquisa não consultavam os dados do Programa Vigiagua e também não informaram o motivo pelo qual essas informações não eram avivadas. Essa não consulta aos dados do Programa, de forma injustificada, nos remeteu a algumas hipóteses, a saber: certo distanciamento ou até mesmo, incompreensão dos participantes da pesquisa em relação ao tema da mesma; os sujeitos da pesquisa percebiam a discussão teórica da intersectorialidade e do planejamento como desarticulada da prática naquele espaço de trabalho; ou até mesmo pela não reflexão ou discordância quanto a relevância da pesquisa ou do Programa Vigiagua para a política de saúde, e conseqüentemente a vigilância em saúde.

---

<sup>29</sup> Segundo Carvalho e Netto (2005), o cotidiano é um “[...] conjunto de atividades caracterizadas pela reprodução de homens singulares que, por seu turno, criam possibilidade da reprodução social.” (Carvalho e Netto, 2005, p.26) e que no capitalismo, preenche todos os espaços da existência humana e dominando toda a organização social. Logo, o indivíduo se reproduz enquanto indivíduo e indiretamente reproduz a totalidade social, modificando as relações sociais conforme a consciência que esses mesmos homens “[...] portam de sua ‘essência’ e dos valores presentes ou não ao seu desenvolvimento.” (Carvalho e Netto, 2005, p. 29).

Para 50% dos respondentes da pesquisa submetidos ao questionário disponível no Apêndice A o não acesso aos dados do Programa impactava frequentemente, ou muito frequentemente, no planejamento das ações relacionadas a agravos ou doenças que se vinculavam de alguma forma com o acesso a água potável e, por conseguinte, para a intersectorialidade e o planejamento na SSVS/ES. Para 33,7%, o não acesso ocasionalmente ou raramente gerava impactos no planejamento<sup>30</sup>.

Observou-se que, tanto para a negativa quanto para a afirmativa dos impactos ao planejamento da vigilância em saúde expressos no questionamento anterior, os participantes exprimiram alta ou baixa intensidade nas repostas, o que pode indicar por exemplo, compreensões distintas em relação a relevância do Programa Vigiagua para o planejamento da vigilância em saúde ou até mesmo para a relevância do processo de planejamento para a política de saúde.

Quanto a indagação disponível no Apêndice B, relacionada ao desenvolvimento de estratégia de coordenação intersectorial com os núcleos da SSVS/ES, para a troca de informações e/ou discussões, entre os demais setores da Secretaria de Saúde (Sesa) sobre questões relacionadas a agravos ou doenças que se vinculava de alguma forma com o acesso a água potável ou com o Programa Vigiagua no cotidiano de trabalho, decorreram respostas divergentes entre os participantes da pesquisa, totalizando 50% de afirmação e 50% de negação.

Conforme o MS (2006), o Programa Vigiagua fornece informações que podem auxiliar no gerenciamento de riscos à saúde e essas informações são relevantes para o planejamento, a tomada de decisão e execução de ações de saúde relacionadas à água para consumo humano. Para tanto, o planejamento e as ações de vigilância em saúde demandam não só a disponibilidade e interesse dos sujeitos que promovem as políticas de saúde, mas também, um processo de articulação intersectorial coletivo, participativo e a atuação decisiva de um agente coordenador, que pode ser representado pelos gestores, assumindo assim, um protagonismo na promoção de estratégias de coordenação intersectorial (Machado, 2010).

---

<sup>30</sup> Ainda para esse questionamento, apenas um respondente (16,7% do total) não se manifestou em relação ao impacto de tal acesso.

As ações intersetoriais são permeadas por relações de poder entre distintos sujeitos e forças sociais de diversos setores, que expressam interesses múltiplos e contraditórios, cabendo aos representantes do componente político nas unidades organizacionais a capacidade de mobilizar esses grupos sociais conforme as demandas apresentadas e a incorporação das estratégias de coordenação intersetorial ao projeto de governo de tais gestores (Ferreira; Silva, 2005).

As diferentes respostas obtidas e citadas anteriormente, trouxeram a impressão de que haveria uma certa externalidade ou distanciamento de tais respondentes em relação a importância e necessária incorporação das estratégias intersetoriais no planejamento das ações relacionadas a agravos ou doenças que se vinculam de alguma forma ao acesso a água potável.

Para Westphal e Mendes (2000), a intersetorialidade exige uma mudança da lógica de governo e de organização do trabalho e, por isso, as respostas divergentes podem representar ainda diferentes formas de organizar o trabalho ou de gerir, anunciando certa intencionalidade do gestor quanto a consolidação ou não de práticas intersetoriais. Os mesmos autores (2000), ainda alertam que a ausência de uma coordenação intersetorial pode desmotivar os demais componentes da equipe ou, até mesmo, induzir uma participação descompromissada com as ações que vierem a ser realizadas.

Para 66,6% dos participantes da pesquisa havia a frequente utilização dos dados do Programa Vigiagua no planejamento das ações relacionadas a agravos ou doenças que se vinculam de alguma forma com o acesso a água potável. Foi informado pelos demais 33,4%, que tais dados nunca foram utilizados para esse fim.

A fim de reforçar o questionamento quanto a ocorrência de acesso aos dados do Programa perguntou-se, também, sobre a existência de algum espaço institucional na SSVS/ES para troca de informações e/ou discussões relacionadas aos dados do Programa Vigiagua ou de agravos ou doenças que se vinculam de alguma forma com o acesso a água potável. A pergunta em relação a existência de espaço institucional estava relacionada a iniciativas dialógicas institucionalizadas e não a existência de uma estrutura física. Essas iniciativas são essenciais para a condução,

discussões, tomadas de decisão e o aprimoramento da política de saúde, dos diversos programas e projetos relacionados a vigilância em saúde e temas afins, relevantes para a sociedade. Esse questionamento, disponível no Apêndice A, obteve cinco respostas afirmativas e apenas uma negativa.

Foi solicitado também, a todos os respondentes, que explicitassem o espaço institucional na SSVS/ES utilizado para tal fim. Para essa questão, ocorreram respostas diversas relacionadas à identificação desse espaço, visto que: um respondente informou que o mesmo ocorria em reunião específica com servidores do Núcleo Especial de Vigilância Ambiental (Neva), outro registrou que o espaço institucional correspondia a reuniões, fóruns ou encontros regulares externos ao núcleo ou área técnica na área de atuação vinculado a SSVS/ES; um terceiro enunciou que esse espaço correspondia ao Colegiado de Gestores da SSVS, um quarto participante descreveu que esse espaço institucional equivalia a “reuniões esporádicas entre SSVS, NEVE, Lacen”, um quinto não indicou qual era esse espaço institucional e um outro afirmou que não existia esse local na SSVS/ES.

Embora houvesse discussões relacionadas a temática do Programa Vigiaqua, como as reuniões específicas ou esporádicas citadas nas respostas acima, a diversidade de respostas nos remeteu a percepção de que estas não estavam inseridas na pauta do cotidiano de trabalho da SSVS/ES e, que esse espaço enquanto iniciativas dialógicas, não estava institucionalizado na Subsecretaria. O que reflete a forma como o aparato estatal se estrutura na lógica de acumulação capitalista, induzindo muitas vezes, ações isoladas e desarticuladas, onde “[..] o Estado agudiza o individualismo já bastante presente na racionalidade que permeia a espacialidade, reproduzindo em si a luta de classes (Sousa, 2012, p. 91).

Machado (2010) destaca que, para que haja o trabalho intersetorial é necessário a criação efetiva desses espaços comunicativos e de negociações como espaços institucionalizados de discussões intersetoriais, por configurarem oportunidade para o compartilhamento de saberes e de poder que poderá, inclusive, potencializar os resultados, a partir da acumulação de forças e de descobertas quanto as novas possibilidades de agir.

A existência de tal espaço institucional constitui-se num mecanismo que favorece o diálogo, os fluxos de informação e comunicação, sendo esses aspectos cruciais para o enfrentamento das diferentes formas de pensar dos atores envolvidos e das disputas de poder que atravessam a concretização de ações intersetoriais (Monnerat; Souza, 2009).

Em relação à pesquisa, foi afirmado por cinco dos participantes que, internamente na SSVS/ES, havia o compartilhamento e troca de informações sobre um problema específico relacionado a agravos ou doenças que se vinculavam de alguma forma com o acesso a água potável ou com o Programa Vigiagua e apenas um respondente se manifestou de forma negativa.

Aos que responderam de forma afirmativa, foi solicitado que comentassem o que facilitava tal compartilhamento. Observou-se, mediante a técnica de análise de conteúdo, que apenas duas respostas se relacionavam ao que, no cotidiano de trabalho, poderia facilitar a troca de informações, sendo elas: “*reuniões setoriais e com a direção da Lacer; ferramentas do Sistema de Gestão da Qualidade implantado no Lacer*” e “*iniciativa, proatividade e perfil dos profissionais do setor*”. Os demais comentários estiveram relacionados aos impactos positivos do compartilhamento no cotidiano do trabalho, o que nos levou a considerar que não houve pelos participantes da pesquisa a adequada compreensão da pergunta expressa no questionário, embora tais exemplos correspondessem a observações importantes inerentes aos possíveis resultados a serem alcançados com tal compartilhamento, conforme observou-se a seguir:

*O compartilhamento de informações facilita por experiências comprovadas em localizar áreas prováveis de contaminações e tomada de decisões.*

*O controle de surtos das doenças diarreicas de transmissão hídrica e alimentar.*

*Facilita o planejamento de ações da VISA-ES.*

Entre as respostas apresentadas, foram destacadas algumas atividades que, embora relevantes, se apresentavam como práticas colaborativas, que podem ocorrer de forma pontual ou serem desenvolvidas sistematicamente, portanto, passíveis de serem descontinuadas a médio e longo prazo como as ‘reuniões

setoriais', o que segundo Dias *et al.* (2014), pode configurar tendências de isolamento que reforçam a fragmentação do setor ou da política.

Essas tendências dialogam com a perspectiva neoliberal, onde as políticas sociais são transpassadas por imposições que as tornam focalizadas, descontinuadas e marcadas pela retração da responsabilidade estatal em sua condução e financiamento, promovendo consequências como o incremento da desigualdade social, violência urbana, a precarização do trabalho e a diminuição das políticas públicas e sociais.

As práticas colaborativas ou conjuntas indicam possíveis elementos facilitadores em relação à intersectorialidade, porém não podem ser entendidas exclusivamente enquanto intersectoriais, visto que não implicam em reciprocidade e planejamento, desenvolvimento e avaliação conjunta, tão pouco expressam condições estruturais de tal prática “[...] que envolvem acesso a recursos financeiros, informação ou poder”. Portanto, a intersectorialidade é um processo complexo que implica em enfrentar “contradições, restrições e resistências” (Dias *et al.*, 2014, p. 4378).

Ao respondente que manifestou não acontecer o compartilhamento e troca de informações sobre um problema específico relacionado a agravos ou doenças que se vinculam de alguma forma com o acesso a água potável ou com Programa Vigiaqua, foi solicitado que comentasse o que dificultava o compartilhamento de tais informações no cotidiano de trabalho do setor, núcleo ou área técnica em que atuava, obtendo-se o seguinte comentário: “*os dados deste Programa referem-se as análises de fontes alternativas de água, os dados das concessionárias não entram no Sistema do Programa*”.

Percebeu-se que a resposta pode estar relacionada a uma possível crítica do respondente em relação ao Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Sisagua). O que também pode inferir, enquanto compreensão do respondente, de que a ação intersectorial deve ultrapassar os limites da SSVS/ES, a partir de diversas instituições e diferentes setores do governo, que também atuam na formulação, implementação e acompanhamento de políticas

públicas que podem ter impacto positivo sobre as demandas da população (Machado, 2010).

As ações intersetoriais incidem sobre a distribuição de poderes técnico, administrativo e político (Testa, 1992), exigindo assim, clareza estratégica, conhecimento científico e produção de fatos políticos para a construções das ações intersetoriais. Por isso, entendeu-se como de fundamental importância compreender que as ações debatidas nesta pesquisa, eram realizadas por sujeitos que estavam e estão sob a égide do modo de produção capitalista, onde as relações de poder se instauram, e por isso são estruturadas a partir de relações sociais conflituosas e por aspectos erguidos de tal modo que conduzem, até mesmo de forma não intencional, a práticas contrárias à valorização das relações entre os sujeitos, podendo fragilizar as políticas públicas.

#### 4.2 O MODO DE PRODUÇÃO CAPITALISTA: A REPERCUSSÃO DO INDIVIDUALISMO NA PROMOÇÃO DE AÇÕES INTERSETORIAIS

As questões disponíveis nos Apêndices A e B foram o ponto de partida para as análises seguintes. No Apêndice A utilizou-se os dados obtidos, principalmente nas questões relacionadas ao nível cooperação (iniciativa ou ação conjunta e ações intersetoriais e no Apêndice B recorreu-se àquelas pertinentes ao nível coordenação e integração.

O modo de produção capitalista gera processos contraditórios nas relações econômicas e sociais, impactando também as relações de trabalho. A precarização do emprego e da remuneração culminam na desregulamentação das condições legais de trabalho, desproteção do trabalhador e na regressão dos direitos sociais, configurando ainda uma tendência à individualização (Antunes,2000).

Hofling (2001), salienta que na sociedade capitalista há a defesa da iniciativa individual como base da atividade econômica, com ações descentralizadas do Estado, articuladas com a iniciativa privada que preservam “[...] a possibilidade de cada um se colocar, de acordo com seus próprios méritos e possibilidades, em seu lugar

adequado na estrutura social” (Hofling, 2001, p. 37). Tal fenômeno ocorre também no trabalho e tem reflexos na definição de políticas públicas.

O individualismo na sociabilidade capitalista desmobiliza as discussões coletivas, modifica a forma de atuação e impacta as relações de trabalho, provocando modificações e a desestruturação das políticas públicas (Antunes, 2000).

A promoção intersetorialidade mediante o desenvolvimento de ações articuladas e integradas não é espontânea e eclode como um processo coletivo, organizado, político e de superação ao individualismo (Dias *et al.*, 2014). A ação intersetorial segundo Junqueira (1997), prevê essa interação entre os sujeitos através de processos dinâmicos, mediados por paradigmas, que comunicam mudanças nas práticas de trabalho.

Segundo Campos *et al.* (2004), a ação intersetorial é um processo de construção compartilhada entre setores diversos que implica o estabelecimento de “[...] corresponsabilidade e cogestão pela melhoria da qualidade de vida da população” (Campos *et al.*, 2004, p. 747), a fim de responder às necessidades de saúde de uma coletividade, retornando assim o compromisso ético do SUS, como a integralidade e a gestão participativa. Nesse sentido, “O processo de definição de políticas públicas para uma sociedade reflete os conflitos de interesses, e os arranjos feitos nas esferas de poder que perpassam as instituições do Estado e da sociedade como um todo.” (Hofling, 2001, p. 38).

Para verificar a realização de ações de caráter intersetorial na SSVS/ES foi questionado aos representantes da estrutura de poder administrativo e técnico dessa unidade organizacional, quanto ao recebimento de convites para o desenvolvimento conjunto de iniciativas com outros núcleos da Subsecretaria, relacionados a agravos ou doenças que se vinculam de alguma forma com o acesso a água potável ou com o Programa. Como resultado chegou-se a 50% de respostas negativas e 50% de respostas positivas.

Retomou-se as considerações de Campos *et al.* (2004), para refletir que a existência ou não de tais convites pode vincular-se a autonomia dos sujeitos para estabelecer

fazerem nesse ambiente de trabalho, uma vez que essa é constituída por produções sócio-históricas, portanto,

Quando falamos de autonomia não estamos nos referindo a um processo de escolhas unicamente individuais, a um exercício de vontade puro e simples, posto que todo o tempo estamos imersos numa rede de saberes e poderes que constroem e destroem opções, que abrem e fecham caminhos, que libertam e constroem escolhas (Campos, *et al.*, 2004, p. 747).

O não desenvolvimento conjunto de iniciativas com outros núcleos da SSVS/ES acaba por refletir um processo que emana do próprio modo de produção capitalista, em que as escolhas são marcadas muitas vezes, ainda conforme Campos *et al.*, (2004, p.747) pelo “[...] individualismo, competitividade e fissura ininterrupta”, vinculados as relações de poder. Nessa lógica, tal processo, não é exclusivo dessa unidade organizacional, mas de todo aparato estatal, que sob a influência do neoliberalismo, atua continuamente em favor do capital, desarticulando ou apaziguando as lutas sociais e a compreensão da necessidade de ações coletivas (Campos *et al.*, 2004).

Como exemplo de núcleos ou gerência da SSVS/ES que convidavam para essas ações conjuntas foram apontados: Centro de Informações Estratégicas e Respostas em Vigilância em Saúde (CIEVS), Núcleo Especial de Vigilância à Saúde do Trabalhador e o Núcleo Especial de Vigilância Ambiental.

Conforme ressaltou-se no início desse estudo, as diretrizes do Programa Vigiagua preveem que suas ações devem estar especialmente articuladas com as políticas e programas promovidos pelas vigilâncias epidemiológicas, sanitária e ambiental, porém, as respostas anteriores apontaram que à exceção do Núcleo Especial de Vigilância Ambiental, tais convites ocorreram em núcleos da SSVS/ES distintos a essas três vigilâncias, conforme citado em exemplo (Brasil, 2005).

Tal constatação nos alerta para a necessidade de um resgate ou reforço das diretrizes do Programa Vigiagua, objetivando maior observância das mesmas por aqueles que atuam com a vigilância em saúde, a fim de antever o comprometimento dos resultados esperados em relação a política de saúde em voga, ou ainda a promoção a mesma

de forma não integrada com as várias áreas técnicas especializadas da SSVS/ES ou com os diversos níveis de complexidade da política de saúde, por exemplo.

Como ações conjuntas, os respondentes exemplificaram iniciativas relevantes e que demonstravam certa compreensão quanto a importância do trabalho de cooperação entre os sujeitos. Apontavam ainda, conforme expresso abaixo, uma postura que pode favorecer a transversalidade de conhecimentos, experiências e maior aproximação com a realidade que se pretende atuar:

*Caso de surtos, caso de diarreias, municípios atingidos pelas enchentes (Vigidesastre), contaminações por agrotóxicos, etc.;*

*Apoio logístico e operacional para coleta, transporte e análise de água para consumo humanos, bem como de amostras biológicas para diagnóstico de agravos relacionados (leptospirose, o tétano, a hepatite A, doenças diarreicas agudas, dentre outros), ao município de Mimoso do Sul, após o desastre das chuvas que devastaram a cidade no mês de março deste ano; Investigação de surtos em conjunto com o CIEVS e NEVE.*

*Reestruturação da rede de vigilância da fluoretação da água em parceria com o Lacen.*

Entretanto, essas iniciativas não extinguiram o fato de que as ações intersetoriais incidem sobre a distribuição dos poderes técnicos, administrativos e políticos na SSVS/ES e, por isso exigem, segundo Teixeira e Paim (2000, p. 78), “[...] clareza estratégica, conhecimento científico e produção de fatos políticos visando construir viabilidade para tais intervenções”. Tais iniciativas serão intersetoriais se culminarem em corresponsabilidade e cogestão, ultrapassando assim os fazeres que remetem unicamente ao apoio ou ao auxílio pontual para a execução de uma atividade (Campos *et al.*, 2004).

Para os 66% respondentes da pesquisa a não realização dessas iniciativas conjuntas com outros núcleos da SSVS impactava na promoção da vigilância em saúde. Esse resultado diz respeito ao reconhecimento de que ações que articulam “[...] experiências acumuladas nas distintas práticas institucionais dos vários setores podem gerar melhores resultados” (Teixeira; Paim, 2000, p. 69), e que todos os sujeitos planejam, tomam decisões e estabelecem ações voltadas a consecução de seus objetivos, logo, emanam práticas que precisam superar o individualismo (Teixeira; Paim, 2000; Dias *et al.*, 2014).

Também houve o apontamento de que 66% dos respondentes efetuavam convites para a promoção de ações conjuntas, a saber:

*Atuações nos municípios atingidos pelas enchentes e municípios atingidos pelo acidente de Mariana;*

*Foram momentos pontuais. Em caso de desastres naturais, reposição anual de hipoclorito, frente a surtos de grande magnitude e impacto e surtos de grande gravidade. Trabalhamos inclusive com a Bromatologia na organização de algumas coletas e envio para fora do estado, mas não se trata de um planejamento sistemático anual;*

*Ampliação das análises de determinação de fluoreto em amostras de água para consumo humano de todos os municípios do ES (atualmente só a regional Metropolitana é contemplada);*

*Investigação de surtos em conjunto com o CIEVS e NEVE. Reestruturação da rede de vigilância da fluoretação da água em parceria com o Lacen.*

Os exemplos relacionados se aproximavam de tarefas pontuais ou, ainda, de atividades de caráter operacionais, que embora relevantes para a vigilância em saúde não estavam diretamente vinculadas aos objetivos estratégicos dessa política, refletindo o processo em curso de fragilização das políticas públicas e da socialização, fragmentando os fazeres e as políticas.

Essa dificuldade na socialização também foi percebida com 50% dos respondentes da pesquisa, quando informaram não convidar outros setores da Sesa (distintos da SSVS/ES)<sup>31</sup> para o desenvolvimento de alguma iniciativa ou ação conjunta relacionada a agravos ou doenças que se vinculam de alguma forma com o acesso a água potável ou com Programa Vigiagua, o que pode indicar que as dificuldades de superação ao individualismo e o impacto do mesmo na vigilância em saúde, aumentavam à medida que se extrapola a SSVS/ES.

Ainda sobre esse questionamento foram exemplificadas ações desenvolvidas com setores da SSVS/ES (e não com outros setores da Sesa), das quais os respondentes destacaram algumas realizadas pela Vigilância Sanitária, Lacen/ES e o CIEVS, que são unidades organizacionais internas a secretaria e, por isso, não atendem ao requisito do questionamento efetuado. Essa constatação nos

---

<sup>31</sup> Embora as unidades organizacionais para além da SSVS/ES não fossem objeto dessa pesquisa, efetuamos tal questionamento, por compreendermos que tais respostas poderiam contribuir nas discussões relacionadas ao tema.

alertou de a eventualidade dos participantes da pesquisa não terem compreendido a questão apresentada ou, ainda, a possibilidade do pouco conhecimento do total de unidades que compõe internamente a SSVS/ES e das demais unidades que integram a Sesa como um todo.

Foi perguntado também aos participantes da pesquisa se as ações conjuntas realizadas eram de caráter intersetorial. Entre os respondentes 83,3% afirmaram que sim, com os seguintes comentários:

*Não há articulação com as concessionárias, exceto em caso de surtos.*

*Todos os agravos relacionados a água para o consumo humano o Programa Vigiaqua tem todas as informações necessárias para o desenvolvimento de ações, o Programa ainda é alimentado com informações das prestadoras de serviços de abastecimento de água.*

*Creio que já foi respondido anteriormente.*

*Uma vez que cada órgão/setor tem suas atribuições e responsabilidades definidas, sem a atuação conjunta dos órgãos/setores relacionados ao Vigiaqua, dificilmente conseguimos ter êxito em alguma iniciativa, ação ou melhoria proposta.*

*Devem ser ações que integrem esferas políticas distintas (municipal, estadual e federal) e envolva principalmente vigilância em saúde e atenção à saúde.*

*Para alcançar os objetivos da vigilância da qualidade de água para o consumo humano, ações intersetoriais são essenciais. Como exemplo, temos a APS com as ações de orientação e educação sanitária que impactam diretamente sobre a população mais vulnerabilizada.*

Tais afirmações remeteram à compreensão dos participantes quanto as ações de caráter intersetorial, sendo inclusive afirmado que o êxito das iniciativas se relacionava a atuação conjunta dos órgãos/setores relacionados ao Programa Vigiaqua.

Esse comentário nos levou aos estudos de Andrade (2006), de que as ações setoriais requerem o saber acumulado de diferentes setores para a construção de objetivos comuns,

[...] a integração intersetorial passa necessariamente pela construção de um novo objeto de intervenção comum aos diferentes setores do Estado que lidam com as questões sociais, possibilitando construir uma visão de complexidade dos problemas tendo como requisito o aporte de diferentes acúmulos setoriais, ou seja, construir objeto e objetivos comuns, o que difere das propostas de mera sobreposição ou justaposição de ações setoriais,

favorecendo para que a políticas e ações sejam contagiadas pela dinâmica de outros setores (Andrade, 2006, p. 280).

Um exemplo de ação conjunta de caráter intersetorial do Programa Vigiagua que ainda não ocorria na SSVS/ ES, segundo os respondentes da pesquisa, relacionava-se com a integração com os demais entes federados e com as prestadoras de serviços de abastecimento de água. Essa integração é uma estratégia possível para a superação da fragmentação das políticas e, conseqüentemente, das questões vinculadas ao acesso a água potável, obrigando o esforço intersetorial para a apreensão da totalidade da saúde e do Programa Vigiagua, visto que, “a complexidade dos problemas sociais torna necessário integrar os diversos atores sociais e organizacionais na gestão das políticas sociais, privilegiando a ação intersetorial [...]” (Junqueira, 2004, p. 25).

Os participantes da pesquisa que representavam a estrutura de poder político na SSVS/ES, afirmaram que as estratégias de coordenação intersetorial com os núcleos da SSVS e/ou entre os demais setores da Sesa eram planejadas conjuntamente entre as equipes e/ou chefes de núcleos da Subsecretaria. Para que haja a promoção da intersetorialidade se torna indispensável o apoio desses representantes para a articulação das ações intersetoriais interna e externamente a Sesa.

Segundo Junqueira (2004, p. 28), é necessário a mudança de práticas e “[...] a ousadia de mudar vai precisar das alianças de todos os que desejam incrementar a qualidade de vida do cidadão, dentro e fora da administração pública estatal”, o que exige um planejamento articulado das ações e serviços.

Ainda segundo Junqueira (1997), atuar de forma intersetorial corresponde a uma nova forma de gerir e acarreta mudanças nas práticas e na cultura organizacional que podem ofertar riscos em razão das resistências de alguns grupos de interesses contrários e, por isso, há necessidade de alianças entre todos que desejam trabalhar dessa forma intersetorial, exigindo o planejamento articulado de ações e serviços para que os “[...] diversos atores, parte dessa rede, se interpenetrem formando um novo tecido” (Junqueira, 1997, p. 37).

De acordo com Mézáros (2011, p. 19), “[...] criar e inventar novas formas de atuação, autônomas, capazes de articular intimamente as lutas sociais, eliminando a separação, introduzida pelo capital”, tem se mostrado um desafio no mundo do trabalho, especialmente por gerar o deslocamento de competências e de poder de decisão sobre as políticas, contrariando o sistema do capital e estimulando a real autonomia dos trabalhadores.

Percebeu-se assim, que as ações intersetoriais eram reconhecidas como relevantes pelos sujeitos participantes da pesquisa, porém, a promoção de ações intersetoriais ainda era incipiente na SSVS/ES e, essa incipiência no modo de produção capitalista, relaciona-se com os processos contraditórios por ele gerado como individualismo, que no sistema dominante não privilegia a promoção dos interesses coletivos da classe trabalhadora, como o acesso a água potável para o consumo humano em quantidade e qualidade suficientes.

#### 4.3 A INTERSETORIALIDADE E O PLANEJAMENTO: ESTRATÉGIAS PARA A SUPERAÇÃO DA FRAGMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS SOCIAIS

Nesse subitem, analisou-se a ocorrência de estratégias intersetoriais em vigilância em saúde na Subsecretaria de Vigilância em Saúde do Espírito Santo (SSVS/ES), vinculadas ao planejamento e/ou implementação de questões relacionadas a agravos ou doenças que se vinculam de alguma forma com o acesso a água potável ou com Programa Vigiagua. As análises foram realizadas a partir da compreensão da relevância da abordagem intersetorial no processo de planejamento da vigilância em saúde, mediante a conjugação dos esforços de distintos setores, visando a racionalização dos recursos existentes e a transformação das atividades desenvolvidas, para que tenham maior efetividade e impacto sobre os problemas sociais (Teixeira; Paim, 2000).

Utilizou-se os dados obtidos na aplicação dos questionários disponíveis nos Apêndices A e B. No Apêndice A recorreu-se as questões relacionadas ao nível “intercâmbio de informações e compartilhamento e troca de informações”. E no Apêndice B utilizamos aquelas pertinentes ao nível “coordenação e integração”.

A forma como a política pública de promoção a saúde é desenvolvida, especialmente no SUS, estimula a especialização dessa política entre os diversos setores envolvidos, resultando na fragmentação setorial, no corporativismo, clientelismo e desperdícios (Costa, 2010).

Segundo Heller (2018), essa forma de organização limita a abordagem integral da saúde, valorizando práticas tecnocráticas e elitistas. A intersetorialidade se apresenta como uma alternativa, uma vez que, nas políticas públicas procura a superação dessa fragmentação e especialização (Azevedo *et al.*, 2012).

A promoção de escassos momentos coletivos dedicados ao planejamento, integrando diferentes profissionais, dificulta a articulação na gestão pública, contribuindo ainda mais para essa fragmentação das políticas. Nesse contexto, conforme Junqueira e Inojosa (1997), a intersetorialidade se apresenta como uma estratégia importante para concretizar a descentralização das decisões, por constituir-se de articulação de saberes e experiências que se realiza no planejamento.

O planejamento possibilita ainda a superação de desafios teóricos e práticos que interferem diretamente no processo de implementação de ações intersetoriais, além de viabilizar a otimização de recursos humanos e financeiros que são propícios ao desenvolvimento dessas ações (Monnerat; Souza, 2009).

Por informar uma nova maneira de planejar, executar e monitorar as políticas públicas, a promoção da intersetorialidade, significa alterar a forma de articulação dos diversos segmentos da organização governamental e dos seus interesses. Nesse subitem, analisou-se a ocorrência de estratégias intersetoriais em vigilância em saúde na Subsecretaria de Vigilância em Saúde do Espírito Santo, vinculadas ao planejamento e/ou implementação de questões relacionadas a agravos ou doenças que se vinculam de alguma forma com o acesso a água potável ou com o Programa Vigiagua.

A complexidade da realidade social exige a percepção e atendimento das demandas, de tal forma que não é possível esgotá-la por meio de uma única política pública, e o planejamento associado a descentralização das decisões proporcionado pela ação intersetorial pode constituir-se numa alternativa de superação a fragmentação e,

segundo Junqueira (2004), configurar-se ainda como estratégia para o enfrentamento ao contingenciamento de recursos e a rigidez orçamentária, através de “[...] decisões colegiadas e razão dialógica [...]” (Ipea, 1990, p. 8).

Dentre os respondentes do questionário disponível no Apêndice A, 77% informaram que frequentemente eram utilizados os dados do Programa Vigiagua no planejamento da SSVS /ES. Em um outro questionamento, para 50% dos respondentes, a não consulta aos dados do Programa prejudicava o planejamento das ações relacionadas a agravos ou doenças que se vinculavam de alguma forma com o acesso a água potável.

Com tais informações percebeu-se que os participantes da pesquisa reconheciam a importância da utilização dos dados do Programa Vigiagua para o processo de planejamento da vigilância em saúde, havendo inclusive um percentual significativo dos que afirmaram fazer uso dessas informações. Lembrando que o planejamento não pode ser uma formalidade cartorial ou operacional sob a égide dos planos plurianuais por exemplo, mas deve estar institucionalizado no cotidiano de trabalho (Cardoso Júnior, 2011).

Ainda segundo Cardoso Júnior (2011, p. 7), “o planejamento governamental e a gestão pública constituem duas dimensões cruciais e inseparáveis da atuação dos Estados contemporâneos” e expressam intencionalidade, definição estratégica das políticas públicas e tomada de decisão, não sendo adequadas ações individualizadas e circunstanciais (Cardoso Júnior, 2011).

O planejamento pressupõe a definição de objetivos e demanda por coordenação, e ocorre de fato na unidade organizacional na mediada em que:

[...] é capaz de perceber e organizar a experiência e as expectativas sobre o futuro, integrando cotidianamente o conhecimento, o conteúdo da comunicação, selecionando questões e inserindo ações em torno de objetivos precisos que orientem as competências, os processos de produção, as relações e as parcerias (Soto, 2003, p.198).

A coordenação do planejamento se mostra assim relevante e decorre, sobretudo, no âmbito de algumas funções da gestão e da atenção que esses atribuem ao:

[...] esforço contínuo em relacionar a multiplicidade de problemas singulares que se apresentam, eleger prioridades, comunicar e explicar as necessidades e tendências do ambiente de produção e da demanda, atribuir responsabilidades e negociar compromissos (Soto, 2003, p. 199).

Também foi questionado aos participantes da pesquisa, que representavam o poder técnico e administrativo na SSVS/ES, o que esperavam ao compartilhar informações sobre um problema específico relacionado a agravos ou doenças que se vinculam de alguma forma com o acesso a água potável ou com Programa Vigiagua, entre os respondentes 83,3% afirmaram que o compartilhamento ocorria a fim de desenvolver esforços conjuntos e “*encontrar a melhor solução com a maior celeridade possível*”.

A partir da análise de conteúdo observou-se que as expressões “esforços conjuntos, solução e celeridade” corroboraram para a percepção da relevância da intersetorialidade no processo de planejamento por expressar, sobretudo, busca pela unidade entre os sujeitos. Compreendendo que o planejamento se mostra eficaz na superação burocrática do setor público, ainda que esse ocorra de forma insuficiente, ele permite que as demandas sejam organizadas, possibilitando que “[...] avance de modo mais rápido que a própria estruturação dos demais aparelhos estratégicos do Estado” (Cardoso Júnior, 2011, p. 8).

No Apêndice A, 83,3% dos respondentes reconheciam que o não compartilhamento interno de um problema específico relacionado a agravos ou doenças que se vinculam de alguma forma com o acesso a água potável ou com Programa Vigiagua no cotidiano de trabalho, prejudicava o planejamento das ações relacionadas ao tema.

Esse reconhecimento expôs a necessidade de valorizar e possibilitar aos trabalhadores espaços dialógicos para o debate conjunto, perante a multiplicidade de problemas singulares que se apresentaram, superando o individualismo acrítico imposto pela lógica do trabalho no modo de produção capitalista, considerando que diante da complexidade da questão social “[...] é impossível enfrentar todos os desafios de uma só vez. Planejar é, antes de tudo, saber fazer escolhas viáveis” (Soto, 2003, p. 200).

Foi observado que as respostas apresentadas pelos respondentes da pesquisa vinculados as estruturas de poder administrativo e técnico na SSVS/ES, em relação ao que facilitava o compartilhamento dentro do tema e do Programa em pauta, ressaltaram exemplos que se aproximaram dos princípios da vigilância em saúde<sup>32</sup>, especialmente em relação ao reconhecimento do território, a análise de vulnerabilidades e da situação de saúde de determinado local, fortalecimento e articulação com outras instâncias ou setores e planejamento, conforme apresentado abaixo:

*O compartilhamento de informações facilita por experiências comprovadas em localizar áreas prováveis de contaminações e tomada de decisões.*

*O controle de surtos das doenças diarreicas de transmissão hídrica e alimentar.*

*Reuniões setoriais e com a direção do Lacen; ferramentas do Sistema de Gestão da Qualidade implantado no Lacen.*

*Facilita o planejamento de ações da Visa-ES.*

*Iniciativa, proatividade e perfil dos profissionais do setor.*

Esses exemplos ilustraram o avanço estratégico possível ao implementar ou ampliar o planejamento, ainda que “[...] a busca de objetivos estratégicos ocorra sem a devida constituição de aparato administrativo para tal” (Cardoso Júnior, 2011, p. 8). Haja vista que, com a empreitada neoliberal houve o desmonte estatal e decisões que estimularam a baixa observância de princípios assegurados na Constituição Federal de 1988, que afetam a população mais vulnerável, inclusive em relação a direitos fundamentais, como é do acesso a água potável.

Importante destacar também, segundo Junqueira, 2004, p. 28, a necessidade que a promoção de tais diálogos e compartilhamento de informações ocorra de forma institucional e não como uma iniciativa vinculada ao perfil do profissional que atua no setor, e mediante a construção e implementação de “[...] mecanismos de articulação e de integração das decisões, tendo com objetivo e referência a qualidade de vida da população”. Constituindo-se assim, numa estratégia da unidade organizacional e no posicionamento político do gestor cuja coordenação implica em,

[...] capacidade de prover e articular recursos de informação e conhecimento, recursos organizativos, políticos e financeiros em função do tempo,

---

<sup>32</sup> Resolução n. 588/2018 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

prioridades estratégicas e operacionais concretamente estabelecidas no plano de trabalho, detalhado em projetos [...] (Soto, 2003, p. 200).

Para Junqueira (1997), a intersectorialidade pressupõe integrar também recursos, por isso, foi questionado quanto à existência de orçamento compartilhado em relação as estratégias intersectoriais e o planejamento na Subsecretaria de Vigilância em Saúde do Espírito Santo. Para 50% dos respondentes do questionário disponível no Apêndice B, havia esse compartilhamento orçamentário na SSVS/ ES. Os outros 50% expressaram que a ausência de compartilhamento orçamentário prejudicava a realização da estratégia de vigilância em saúde na Subsecretaria.

O orçamento se apresenta assim, como indispensável para as políticas públicas e insubstituível para a reprodução do capital e das condições de vida da classe trabalhadora (Oliveira, 1998) e corresponde ainda, como esclarece Santos *et al.* (2017), a um importante instrumento de controle social para o monitoramento da administração pública em relação aos gastos destinados as políticas públicas, por constituir-se em um,

[...] importante instrumento multidimensional de gestão, político e jurídico e de implementação de políticas públicas, expressando o planejamento dessas políticas que serão executadas pela administração [...] (Santos *et al.*, 2017, p. 191).

Giacomini (2010), destaca que o orçamento também se configura como um instrumento de controle político, por possibilitar a fiscalização e o monitoramento das contas públicas, tanto pelo Poder Legislativo quanto pelos cidadãos, além de auxiliar na administração e planejamento, visto que veicula a programação do governo as metas e objetivos.

Na pesquisa os respondentes vinculados a estrutura de poder político na SSVS/ES, reconheceram que a ausência de planejamento conjunto ocasionava frequente prejuízo para a promoção da vigilância em saúde no Espírito Santo. Assim, houve integral concordância entre esses respondentes de que, a não implementação em conjunto de estratégias de coordenação intersectorial, também prejudicava frequentemente a realização da estratégia da vigilância em saúde na SSVS.

A partir de tal informação foi deduzido que a constituição setorial e fragmentada da política de saúde, pode fragilizar não só o planejamento, mas também a execução de ações conjuntas e articuladas dessa política, o que poderá impactar, por exemplo, na elaboração do orçamento, sobreposição de tarefas, limitação do uso dos recursos disponíveis, estabelecimento de objetivos e programas conflitantes ou de baixa prioridade e incentivar decisões não orientada por dados, considerando que,

[...] o planejamento é um processo de decisão político-social que depende de informações precisas, transparência, ética, temperança, aceitação de visões diferentes e vontade de negociar e buscar soluções conjuntas que sejam aceitáveis para toda a sociedade, principalmente para as partes envolvidas, levando continuamente ao aprendizado (Oliveira, 2006, p. 273)

Apreendeu-se assim, que existia a compreensão dos participantes da pesquisa que a não consulta aos dados do Programa Vigiagua, o não compartilhamento interno de um problema específico relacionado a agravos ou doenças que se vinculam de alguma forma com o acesso a água potável ou com o Programa, assim como a ausência de compartilhamento orçamentário e de planejamento conjunto impactavam na promoção da vigilância em saúde na SSVS/ES. E, por conseguinte, na consecução dos objetivos e metas necessárias para o atendimento das necessidades da sociedade, através da execução da política de saúde. Sendo necessário uma atuação que incentive a articulação e a tomada de decisão de forma intersetorial.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Essa dissertação teve o objetivo de analisar a intersetorialidade no planejamento da vigilância em saúde na Subsecretaria de Vigilância em Saúde do Espírito Santo (SSVS/ES), a partir do Programa Vigilância da Qualidade da Água (Vigiagua).

No Brasil, a limitação de recursos para as políticas sociais e o processo de descentralização dessas políticas refletem a ofensiva neoliberal. Por isso, as reflexões sobre a relevância do planejamento das ações em vigilância em saúde, vinculadas a qualidade da água para o consumo humano, não podem ser descoladas da

compressão de que tais limitações são contradições intrínsecas ao sistema capitalista, cujos processos produtivos impactam no aumento das desigualdades sociais, sobretudo no planejamento de bens e serviços que viabilizem e potencializem a gestão pública em favor dos cidadãos, na perspectiva de fortalecimento da gestão democrática e da cidadania.

O neoliberalismo não só desarticula e reconfigura as relações sociais no trabalho e as estruturas de poder no capitalismo contemporâneo, na política de saúde ele esvazia o papel do Estado e se coloca como uma ameaça à saúde pública e universal, sobretudo quanto à garantia da qualidade e segurança da água para consumo humano no país, impactando na promoção da vigilância em saúde.

A implementação de ações intersetoriais constitui-se exercício necessário nas políticas públicas e, em particular, na política de saúde. A complexidade das questões relacionadas a essa política leva a compreensão de que, a intersetorialidade enquanto estratégia de gestão, deve ocorrer mediante a articulação de distintos setores da saúde para o enfrentamento de tais complexidades.

De acordo com a orientação teórica utilizada nesta dissertação destaca-se a intersetorialidade como estratégia que instiga a corresponsabilidade, especialmente em relação ao compartilhamento de dados do Programa Vigiagua, e a contribuição para o estímulo a colaboração entre os sujeitos, norteando o agir estratégico através do planejamento (Campos, 2003). No qual, a execução de ações intersetoriais em saúde, associando o planejamento e a integração orçamentária para projetos prioritários, podem inibir duplicidade de ações e otimizar os recursos, sobretudo em relação a disponibilidade da água potável para o consumo enquanto direito humano e indispensável a saúde.

Ao analisar a intersetorialidade no planejamento da vigilância em saúde na Subsecretaria de Vigilância em Saúde do Espírito Santo (SSVS/ES), a partir do Programa Vigiagua, percebe-se algumas manifestações do modo de produção capitalista e seus impactos no cotidiano da classe trabalhadora, especialmente, quanto a um determinado tipo de individualismo que se desenvolve em oposição a integração de conhecimentos e instrumentos de ação, e ao planejamento que

possibilite a articulação de setores com vistas ao amparo dos profissionais e gestores na tomada de decisão e execução de ações vinculadas a política social. O que de certa forma, ocasiona o esvaziamento dos espaços de compartilhamento e discussões.

A incorporação do Programa Vigiagua no campo das políticas públicas de saúde é relativamente recente no país, embora a importância que a qualidade da água tem para a saúde humana e, conseqüentemente, para a melhoria da qualidade de vida da população seja inquestionável. Baseada na diretriz de universalidade do SUS e a análise da intersectorialidade no planejamento da vigilância em saúde mostrou-se relevante e representou uma inflexão importante a partir da ocorrência de ações intersectoriais nos níveis de intercâmbio de informações, cooperação, coordenação e integração.

A contar da leitura e análise dos documentos vinculados a vigilância em saúde e ao Programa Vigiagua e dos dados coletados nos questionários no período estudado, foi possível compreender a complexidade da promoção da intersectorialidade na SSVS/ES e a atuação dos diversos sujeitos e setores no compartilhamento e/ou troca de informações relacionadas aos dados do Programa e no planejamento das ações relacionadas a doenças e agravos de veiculação hídrica.

Nesse sentido, aponta-se algumas considerações importantes que podem interferir no planejamento e na implementação de ações intersectoriais em vigilância em saúde, vinculadas ao Programa. Inicialmente, a percepção de que a intersectorialidade não é antagônica a setorialidade, diversamente as políticas setoriais se complementam e amparam por meio da intersectorialidade (Sposati, 2006). Especialmente na política de saúde, cujo princípio da integralidade previsto no SUS, reconhece para além das demandas explícitas dos sujeitos, cuja ação intersectorial permite uma percepção mais abrangente da realidade e dos processos de saúde dos sujeitos, onde as ações deverão ser planejadas de forma articulada e executadas mediante um fazer coletivo. Outro ponto de destaque refere-se à importância da condução ou o gerenciamento dos setores com vista à promoção intersectorial enquanto estratégia de gestão em que o exercício da intersectorialidade ultrapassa o interesse, ou o perfil, ou o desempenho dos trabalhadores que atuam nas diversas áreas e passa a indicar, conforme Inojosa

(2001), um posicionamento político pela integração dos saberes. Essa forma de gerir aponta para o reconhecimento de que, enquanto estratégia, essa deve ser capaz de instituir o planejamento para as ações prioritárias de tal forma que, aproxime os sujeitos que atuam com as demandas prioritárias a fim de adequar, agregar e otimizar as mesmas para que haja significado à ação a ser realizada.

O processo de planejamento de ações intersetoriais implica na troca e na construção coletiva de saberes, linguagens, por isso esse processo, quando conduzido estrategicamente de forma intersetorial, poderá propiciar a cada setor a ampliação de sua capacidade de analisar e de transformar seu modo de agir, acrescido da perspectiva dos outros setores.

Essas mesmas ações expressam distribuição de poderes técnico, administrativo e político e, por isso, o desenvolvimento de iniciativas ou ação conjunta de caráter intersetorial exige a clareza estratégica e conhecimento científico. E ao produzir fatos políticos, podem superar a fragilização das políticas públicas imposta pelo modelo neoliberal, muitas vezes restrita aos entendimentos individuais e, portanto, vulnerável às mudanças de cargos setores, tão comuns na administração pública.

Ao analisar a ocorrência de estratégias intersetoriais em vigilância em saúde na Subsecretaria de Vigilância em Saúde do Espírito Santo (SSVS/ES), observa-se que os trabalhadores reconhecem a importância das ações intersetoriais, embora as iniciativas implementadas partam muitas vezes do perfil individual de alguns sujeitos e não de uma estratégia institucionalizada na unidade organizacional. Na sociedade capitalista, a compreensão fragmentada da realidade e dos processo de trabalho se reproduz de várias formas e nos vários espaços sócio-ocupacionais. A perspectiva da totalidade é rompida pelo fazer técnico, muitas vezes mecanizado e sem compreensão lógica do 'fazer', onde é perdido, mesmo que de forma não intensional, a compreensão lógica com o todo, em um processo em que as relações sociais são coisificadas.

Percebeu-se também que, a atuação coletiva envolve conflito, pois remete a diferentes sujeitos com condições variáveis de trabalho e de poder. A relevância dos

diálogos participativos, entre esses e os setores, pode ser uma forma de superar a fragmentação dos saberes, práticas e o individualismo.

Na SSVS/ES embora exista o diálogo em torno do Programa Vigiagua, observou-se que esse diálogo ainda demanda fortalecimento enquanto espaço político e estratégico, vinculado a iniciativas institucionalizadas, a ser realizado, conforme Machado (2010), em espaços comunicativos e de negociações institucionalizadas para discussões intersetoriais.

Apesar da segmentação do setor saúde e da vigilância em saúde, a intersetorialidade vem ganhando força como estratégia fundamental para atuar sobre problemas estruturais da sociedade, o que pode ser ampliado, mediante a articulação com as políticas e os programas promovidos pelas vigilâncias epidemiológicas, sanitária e ambiental, possibilitando a adoção de medidas para controle e mitigação dos riscos à saúde da população por veiculação hídrica (Brasil, 2005).

A pesquisa identificou ações relevantes relacionadas a agravos ou doenças que se vinculam de alguma forma com o acesso a água potável ou com o Programa, como aquelas que foram realizadas de forma conjunta nos casos de atuação em desastres naturais e ampliação das análises de amostras de água para o consumo humano, especialmente, entre os núcleos de vigilância sanitária, o Lacen e o CIEVS. O que pode demonstrar que, a prevenção de tais agravos ou doenças, demandam ações intencionais, estratégicas e, por isso intersetoriais.

A legislação vinculada ao Programa Vigiagua determina que a água distribuída coletivamente deve ser objeto de vigilância e controle, especialmente quanto a potabilidade. O que aponta para a necessidade de esforços concretos para que ocorra o adequado fornecimento desse recurso hídrico para a população, ainda que se reconheça a apropriação capitalista da água em suas diversas manifestações, produzindo aspectos desiguais nas relações de consumo.

A pesquisa permitiu identificar, em alguns municípios do Estado do Espírito Santo, a não observância de alguns parâmetros exigidos pelo Programa quanto a análise de potabilidade da água para o consumo humano, como por exemplo, a frequência de

monitoramento desses parâmetros, a concentração de coliformes totais, a turbidez, o parâmetro RAD, que oferecem riscos potenciais à saúde humana. Verificou-se que, anualmente e no período estudado, mais de 15 municípios do Estado não realizaram nenhuma análise para o parâmetro RAD, por exemplo. Esse dado remete a percepção de que, as políticas públicas expressam um determinado projeto político para a sociedade, no qual muitas vezes pode persistir a desigualdade na alocação dos recursos para investimentos em infraestrutura de serviços como saneamento básico e abastecimento de água.

As políticas públicas implicam em conquista da classe trabalhadora e também revelam tensões e contradições estratégicas para a manutenção da hegemonia da elite dominante e arranjos do bloco do poder (Fleury, 1994), revendo assim, as prioridades estatais no campo das políticas públicas e sociais. Importante compreender que, no neoliberalismo, os investimentos estratégicos impactam na implementação de políticas sociais, explícito nas ampliações e retrações dessas políticas, e na diversidade ou frequência com a qual determinados temas ascendem ou decrescem na lista de prioridades governamentais.

Este estudo não termina por aqui. Outras questões e novos questionamentos poderão surgir a partir das reflexões apontadas. Compreende-se como essencial dar continuidade a essa pesquisa em uma outra oportunidade, a partir de questões relacionadas ao financiamento do Programa Vigiagua nos municípios capixabas, as relações de trabalho na vigilância em saúde, a crise ambiental, a disponibilidade de recursos hídricos responsáveis pelo abastecimento humano e outros que poderão ser explorados em uma outra oportunidade.

Por fim, a intersetorialidade se mostra como uma prática em construção, que não se restringe a política de saúde, podendo haver uma interdependência com outros setores das áreas sociais, como o saneamento básico e, conseqüentemente, a água potável. A promoção de tais políticas pressupõe esforço político-ideológico para que os mesmos avancem para o campo do direito social, integrante de uma política pública e sustentada por uma ação estatal. Nesse sentido, esse estudo pode configurar-se ferramenta relevante para a discussão da vigilância em saúde no estado do Espírito

Santo, subsidiar discussões estratégicas relacionadas a gestão pública e também estimular novos estudos referentes ao Programa Vigiagua.

Sabe-se que os desafios para a promoção de políticas públicas no país são muitos e distintos, mas certamente perpassam pela discussão intersetorial sobre o acesso a água potável e o meio ambiente.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, V. S. *et al.* A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Rev Bras Educ Med**, v. 32, n. 3, p. 356-62, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000300010>. Acesso em: 20 ago. 2023.

ALMEIDA, L. S. *et al.* Saneamento, arboviroses e determinantes ambientais: impactos na saúde urbana. **Ciência e saúde coletiva**, v. 25, n. 10, out. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.30712018>. Acesso em: 15 set. 2023.

ALMEIDA, P.; NOGUEIRA, F. F. Crise hídrica: a resiliência dos biomas brasileiros diante das mudanças climáticas: para além dos ciclos naturais, como a influência humana agrava o problema da crise hídrica no país. **Ciência e Cultura**, São Paulo, v. 75, n. 4, out./dez. 2023. Disponível em: <https://revistacienciaecultura.org.br/?p=5053#:~:text=Para%20al%C3%A9m%20dos%20ciclos%20naturais,informa%C3%A7%C3%B5es%20divulgadas%20pela%20Defesa%20Civil>. Acesso em: 18 jun. 2024.

ALVES, A. B.; RABELO, D. C. Acesso à água potável no Brasil: de ações pontuais à política social. **Argum.**, Vitória, v. 10, n. 3, p. 286-301, set./dez. 2018. Disponível em: <http://10.18315/argumentum.v10i3.19679>. Acesso em 27 ago. 2024.

ANDRADE, O. **A saúde e o dilema da intersectorialidade**. São Paulo: Hucitec, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.47749/T/UNICAMP2004.360878>. Acesso em: 19 jul. 2023.

ANDRADE, H. S. de; CARVALHO, S. R.; OLIVEIRA, C. F. de. Leituras do governo neoliberal do Estado e da saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320116>. Acesso em: 25 maio 2023.

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e negação do trabalho. Coimbra: CES/Almedina, 2013.

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho? Ensaio, sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho**. São Paulo: Cortez, 7. ed., 2000.

ARAÚJO, L.F.; CAMARGO, F. P.; TORRES NETTO, A.; VERNIN, N. S.; Andrade, R. C. de. **Análise da cobertura de abastecimento e da qualidade da água distribuída em diferentes regiões do Brasil no ano de 2019**. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 27, n. 7, p. 2935-2947, 2022. Disponível em < DOI: 10.1590/1413-81232022277.16472021 > acesso em 28 ago. 2024.

ASSUMPÇÃO, R. P. S; CARRAPEIRO, J. de M. Ditadura e serviço social no Brasil: contribuições para progredir rompendo com o conservadorismo na profissão. **Lutas Sociais**, São Paulo, v.18, n. 32, p.105-118, jan./jun. 2014.

AZEVEDO, E.; PELICIONI, M.C. F.; WESTPAL, M. F. Práticas intersetoriais nas políticas públicas de promoção de saúde. **Physis**, v. 22, n. 4, p. 1333-1356, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/YxtPjCZTBSwKqdx98G4sLRp/#>. Acesso em: 15 fev. 2024.

BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011.  
BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política social: fundamentos e história**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BEHRING, E. R. **Política social: fundamentos e história**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BEHRING, E. R. **Política social: fundamentos e história**. 9. ed. São Paulo. Cortez, 2011.

BEHRING, E, R. **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BOSCHETTI, I. O sentido do Estado social capitalista. In: BOSCHETTI, I. **Assistência social e trabalho no capitalismo**. São Paulo: Cortez, 2016.

BRANDI, P.; MALIN, M.; RAMOS, P. de A. **Vargas da vida para a história**. Rio de Janeiro: Zahar, 1983.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 5 out. 2022.

BRASIL. Lei n.º 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm) Acesso em: 15 out./12.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 9.433, de 8 de janeiro de 1997**. Institui a Política Nacional de Recursos Hídricos, cria o Sistema Nacional de Gerenciamento de Recursos Hídricos, regulamenta o inciso XIX do art. 21 da Constituição Federal, e altera o art. 1º da Lei nº 8.001, de 13 de março de 1990, que modificou a Lei nº 7.990, de 28 de dezembro de 1989. Brasília, 1997. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9433.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9433.htm). Acesso em: 4 mar. 2023.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 9.985, de 18 de julho de 2000**. Regulamenta o art. 225, § 1o, incisos I, II, III e VII da Constituição Federal, institui o Sistema Nacional de Unidades de Conservação da Natureza e dá outras providências. 2000. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9985.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9985.htm). Acesso em: 14 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS e o controle social: guia de referência para conselheiros municipais**. Brasília, 2001. Disponível em: <

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/partes/SUS\\_ControlSocial1.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/partes/SUS_ControlSocial1.pdf)>. Acesso em: 24 out. 24.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instrução Normativa nº 01, de 07 de março de 2005**. Regulamenta a Portaria nº 1.172/2004/GM, no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal na área de vigilância em saúde ambiental. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 08 de mar. 2005. p. 45. 2005. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2005/int0001\\_07\\_03\\_2005\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2005/int0001_07_03_2005_rep.html). Acesso em: 21 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental relacionada à qualidade da água para consumo humano**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa\\_agua\\_consumo\\_humano.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_agua_consumo_humano.pdf). Acesso em: 25 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigilância e controle da qualidade da água para consumo humano**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Textos Básicos de Saúde). Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigilancia\\_controle\\_qualidade\\_agua.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigilancia_controle_qualidade_agua.pdf). Acesso em: 25 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diagnóstico da estrutura de controle e vigilância da qualidade da água para consumo humano**: portaria MS n.518/2004. (Resumo executivo). Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <https://www.gov.br/mdr/pt-br/assuntos/saneamento/pmss/estudos-nacionais-e-regionais/avaliacao-do-controle-e-vigilancia-da-qualidade-da-agua-para-consumo-humano-no-brasil-nos-termos-da-portaria-ms-518-2004>. Acesso em: 25 mai. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. **Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série Pactos pela Saúde 2006, 13). Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_vigilancia\\_saude.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_vigilancia_saude.pdf). Acesso em: 25 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. **Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Sisagua). Base de Dados**. 2016. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://sisagua.saude.gov.br/sisagua/paginaExterna.jsf>. Acesso em: 14 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. **Diretriz Nacional do Plano de Amostragem da Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/wp->

content/uploads/2022/05/diretriz\_nacional\_plano\_amostragem\_agua.pdf. Acesso em 14 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2017: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Saúde Ambiental, do Trabalhador e Vigilância das Emergências em Saúde Pública. **Indicadores institucionais do Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para consumo humano – 2018**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. ANA - Agência Nacional das Águas. **Conjuntura dos recursos hídricos no Brasil 2019: informe anual**. Brasília, 2019.

BRASIL. Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovações. Secretaria de Pesquisa e Formação Científica. Quarta **Comunicação Nacional do Brasil à Convenção Quadro das Nações Unidas sobre Mudança do Clima**. Brasília: Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovações, 2021. Disponível em: <https://repositorio.mcti.gov.br/handle/mctic/4782>. Acesso em: 8 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Saúde Ambiental, do Trabalhador e Vigilância das Emergências em Saúde Pública. **A evolução da Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde (2011 - 2021)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_vigilancia\\_saude\\_5ed\\_rev\\_atual.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_5ed_rev_atual.pdf). Acesso em: 25 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Sisagua). **Cumprimento da diretriz nacional**. 2024. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: [https://infoms.saude.gov.br/extensions/sisagua\\_diretrizes/sisagua\\_diretrizes.html](https://infoms.saude.gov.br/extensions/sisagua_diretrizes/sisagua_diretrizes.html). Acesso em: 15 ago. 2024.

BRAVO, M. I. S. [et. al.]. **Saúde e serviço social**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

CAMPOS, R. O. **O planejamento no labirinto: uma viagem hermenêutica**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 57, n. 5, p. 611-614, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672004000500019>. Acesso em: 14 mar. 2024.

CAMPOS, G. W. *et al.* Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 745-749, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000300025>. Acesso em: 14 set. 2023.

CANTHARINO, I. R., AQUINO, R. **Ações Intersectoriais na Estratégia Saúde da Família em um município na Bahia**. 2013. 75 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/15227/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Ilena%20Rafaela%20Cantharino.%202013.pdf>. Acesso em: 8 nov. 2023.

CARDOSO JUNIOR, J. C. **Planejamento governamental e gestão pública no Brasil**: elementos para ressignificar o debate e capacitar o Estado. Rio de Janeiro: Ipea, 2011. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/1446>. Acesso em: 12 dez. 2023.

CARLOMAGNO, M. C.; ROCHA, L. C. Como criar e classificar categorias para fazer análise de conteúdo: uma questão metodológica. **Revista Eletrônica de Ciência Política**, v. 7, n. 1, p. 173-188. 2016. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br>. Acesso em: 3 set. 2023.

CARVALHEIRO, J. da R. Água e saúde: bens públicos da humanidade. **Estudos Avançados**, v. 29, n. 84, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-40142015000200009>. Acesso em: 18 dez. 2023.

CARVALHO, G. Saúde: o tudo para todos que sonham e o tudo que nos impingem os que com ela lucram. **Saúde em Debate**, v. 29, n. 69, p. 99-104, 2006. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406345217012.pdf>. Acesso em: 28 maio. 2023.

CARVALHO, M. do C. B. de; NETTO, J. P. **Cotidiano**: conhecimento e crítica. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

CARVALHO, S. R. Reflexões sobre o tema da cidadania e a produção de subjetividade no SUS. *In*: CARVALHO, S. R.; BARROS, M. E. B. de; FERIGATO, S. (Eds.). **Conexões**: saúde coletiva e políticas de subjetividade. São Paulo: Hucitec, 2009.

CASTRO, C. F. A.; SCARIOT, A. A água e os objetivos de desenvolvimento do milênio. *In*: DOWBOR, L.; TAGNIN, R. A. (Orgs.). **Administrando a água como se fosse importante**: gestão ambiental e sustentabilidade. São Paulo: Senac São Paulo, 2005.

CASTRO, C. N. de. **Água, problemas complexos e o Plano Nacional de Segurança Hídrica**. Rio de Janeiro: Ipea, 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.38116/9786556350318>. Acesso em: 11 fev. 2024.

CFESS - CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Atribuições privativas do/da assistente social em questão**. 2012. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/atribuicoes2012-completo.pdf>. Acesso em: 1 set. 2023.

CHRISPINO, Á. **Introdução ao estudo das políticas públicas**: uma visão interdisciplinar e contextualizada. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2016.

COELHO, J. C. Construindo a Participação Social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, v.21, supl.1, p.138-151, 2012. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000500012>> Acesso em: 24 out. 2024.

COELHO, P. S.; ESTEVES, S. P. **The choice between a 5-point and a 10-point scale in the framework of customer satisfaction measurement**. Lisboa: Instituto Superior de Estatística e Gestão de Informação; New University of Lisbon, 2007. Disponível em: <https://www.hiba.edu.sy/FCKBIH/COELHO%202007%20The%20choice%20between%20a%20five-point%20and%20a%20ten%20points%20scale.pdf>. Acesso em: 21 set. 2023.

CNS - CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 510 de 07 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. 2016. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 4 set. 2023.

COSTA, M. D. H do. **Serviço Social e intersetorialidade**: a contribuição dos assistentes sociais para a construção da intersetorialidade no cotidiano do Sistema Único de Saúde. 2010. 264 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010. Disponível em: [https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/9351/1/arquivo375\\_1.pdf](https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/9351/1/arquivo375_1.pdf). Acesso em: 14 out. 2023.

COTTA, R. M. M. *et al.* Pobreza, injustiça, e desigualdade social: repensando a formação de profissionais de saúde. **Rev. Bras. Educ. Med**, v. 31, n. 3, p. 278-286, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022007000300010>. Acesso em: 11 out. 2023.

DESLANDES, S. F. *et al.* **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 1997.

DIAS, M. do S. de A. *et al.* Intersetorialidade e Estratégia Saúde da Família: tudo ou quase nada a ver? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4371-4382, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320141911.11442014>. Acesso em: 12 maio 2023.

DOMENICO, C. E. P. di; DENNY, D. M. T. A crise hídrica brasileira. *In*: CONGRESSO INTERNACIONAL DE DIREITO AMBIENTAL INTERNACIONAL, 5, 2018, [Anais...], Santos: UniSantos, 2018. Disponível em: <https://www.unisantos.br/wp-content/uploads/2018/10/ANAIS-2018.pdf>. Acesso em: 17 maio 2023.

DOMINGUEZ, M. **Resumo executivo**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2022. (Coleção Saúde, Ambiente e Sustentabilidade, v. 6 - Saneamento e saúde). Disponível em: [https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/disas\\_resumo\\_port.pdf](https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/disas_resumo_port.pdf). Acesso em: 19 abr. 2024.

ENAP - ESCOLA NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA. **Estruturas organizacionais e o Estado**. 2019. (Módulo 1). Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/5190/1/M%C3%B3dulo%201%20-%20Estruturas%20Organizacionais%20e%20o%20Estad%20.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2024.

ESPÍRITO SANTO (Estado). **Lei Complementar nº 317, de 7 de jan. 2005**. Organiza o funcionamento do Sistema Estadual de Saúde do Estado do Espírito Santo – SES/ES, altera a estrutura organizacional da Secretaria de Estado da Saúde – SESA e do Instituto Estadual de Saúde Pública – IESP, e dá outras providências. 2005. Disponível em: [https://saude.es.gov.br/Media/sesa/GTI/LEI\\_N\\_317\\_05\\_Organiza\\_funcionamento\\_US.pdf](https://saude.es.gov.br/Media/sesa/GTI/LEI_N_317_05_Organiza_funcionamento_US.pdf). Acesso em: 24 maio 2023.

ESPÍRITO SANTO (Estado). Decreto nº 4588-R, de 10 de março de 2020. Altera a estrutura organizacional e transforma cargos de provimento em comissão e funções gratificadas da Secretaria de Estado da Saúde - SESA, sem elevação da despesa fixada. **Departamento de Imprensa Oficial do Estado do Espírito Santo**, edição nº 25187, Vitória, 2020. Disponível em: [www.dio.es.gov.br](http://www.dio.es.gov.br). Acesso em: 28 maio 2023.

FAUSTO, B; **História do Brasil**. 12. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2004.

FEITOSA, D. da C. **A equipe do NASF: qual seu lugar no trabalho intersetorial?** 2018. 132 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo; Faculdade de Saúde Pública. 2018. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6143/tde-18032019-120123/pt-br.php>. Acesso em: 25 maio 2023.

FERNANDES, F. **Capitalismo dependente e classes sociais na América Latina**. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1973. (Biblioteca de ciências sociais).

FERNANDES, F. **Capitalismo dependente e classes sociais na América Latina**. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.

FERNANDES, F. **Circuito fechado**. São Paulo: Hucitec. 1979.

FERNANDES, F. **Apontamentos sobre a “teoria do autoritarismo”**. São Paulo: Hucitec, 1979.

FERNANDES, F. **Sociedade de classes e subdesenvolvimento**. São Paulo: Global, 2008.

FERNANDES, L. L.; GOIS, R. V. Avaliação das principais metodologias aplicadas às análises microbiológicas de água para consumo humano voltadas para detecção de coliformes totais e termotolerantes. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente**, v. 6, n. 2, p. 46-64, 2015. Disponível em: <https://revista.unifaema.edu.br/index.php/Revista-FAEMA/article/view/339/396>. Acesso em: 26 maio 2023.

FERREIRA, V. S. C.; SILVA, L. M. V. Intersetorialidade em saúde: um estudo de caso. *In*: Hartz, Z. M. de A.; SILVA, L. M. V. da. **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.103-150. [E-book]. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/xzdnf/epub/hartz-9788575415160.epub>. Acesso em: 29 set. 2023.

FIOCRUZ - FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Radar, saúde, favela**: racismo ambiental e climático e direito a cidade: os pontos de vista das favelas e periferias. 23. ed., maio/jun. 2023. Disponível em: [https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos\\_2/radar-saude-favela-23.pdf](https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos_2/radar-saude-favela-23.pdf). Acesso em: 19 ago. 2024.

FLEURY, S. **Estado sem cidadãos**: seguridade social na América Latina. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. [E-book]. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 3 set. 2024.

FLEURY, S.; OUVENEY, A. M. Política de saúde: uma política social. *In*: **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 23 - 64. Disponível em: [http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/TEXT0\\_1\\_POLITICA\\_DE\\_SAUDE\\_POLITICA\\_SOCIAL.pdf](http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/TEXT0_1_POLITICA_DE_SAUDE_POLITICA_SOCIAL.pdf). Acesso em: 29 set. 2023.

FONTES, V. Determinação, história e materialidade. **Trabalho, educação e saúde**. Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 209-229, jul./out. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462009000200002>. Acesso em: 19 ago. 2024.

FORTIS. M. F. de A. Rumo à pós-modernidade em políticas públicas: a epistemologia situacional de Carlos Matus. **RAE-eletrônica**, v. 9, n. 2, jul./dez. 2010. Disponível em: <http://www.rae.com.br/electronica/index.cfm?FuseAction=Artigo&ID=5643&Secao=ARTIGOS&Volume=9&Numero=2&Ano=2010>. Acesso em: 28 set. 2023.

FREY, K. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. *In*: **Planejamento e Políticas Públicas**, n. 21, 2022. Disponível em: [www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/89](http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/89). Acesso em: 27 set. 2023.

GIACOMINI, J. **Orçamento público**. 15. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GONÇALVES, R. Quando a questão racial é o nó da questão social. **R. Katál.**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 514-522, set./dez. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-02592018v21n3p514>. Acesso em: 12 març. 2023.

GOUVEIA, A. G. de; JOHNSON, R. M. F.; BRITTO, A. L. N. de P. Escassez hidrossocial no município de São Gonçalo, região metropolitana do Rio de Janeiro. **Revista Política e Planejamento Regional**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 161-183, maio/ago. 2021. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/353029326>. Acesso em: 12 mar. 2023.

GUITARRARA, P. Espírito Santo. **Brasil Escola**. Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/brasil/espírito-santo.htm>. Acesso em 23 ago. 2024.

HARVEY, D. **O novo imperialismo**. São Paulo: Loyola, 2004.

HELLER, L. (Org.). **Saneamento como política pública**: um olhar a partir dos desafios do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. (Textos para Debate, 2). Disponível em: [https://cee.fiocruz.br/sites/default/files/2\\_Leo%20Heller%20et%20al\\_saneamento.pdf](https://cee.fiocruz.br/sites/default/files/2_Leo%20Heller%20et%20al_saneamento.pdf). Acesso em: 4 jan. 2023.

HOFLING, E. de M. Estado e políticas (públicas) sociais. **Cadernos Cedes**, ano 21, n. 55, nov., 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-32622001000300003>. Acesso em: 14 jan. 2023.

IAMAMOTO, M. V. A questão social no capitalismo. **Temporalis**, Brasília, ano 2, n. 3, p. 9-2, jan./jun., 2001. Disponível em: [https://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/temporalis\\_n\\_3\\_questao\\_social-201804131245276705850.pdf](https://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/temporalis_n_3_questao_social-201804131245276705850.pdf). Acesso em: 14 jan. 2023.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Biomás**. 2004. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/geociencias/informacoes-ambientais/vegetacao/15842-biomas.html?=&t=downloads>. Acesso em: 28 jul. 2024.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Conheça o Brasil - Território**: biomas brasileiros, 2024. Disponível em: <https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/territorio/18307-biomas-brasileiros.html>. Acesso em: 28 jul. 2024.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE Educa**. [202-]. Disponível em: <https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/territorio/18307-biomas-brasileiros.html>. Acesso em: 28 jul. 2024.

INOJOSA, R. M. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersectorialidade. **Cadernos Fundap**, n. 22, p.102-110, jan./jun. 2001. Disponível em: [https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/sinergia\\_politicas\\_servicos\\_publicos.pdf](https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/sinergia_politicas_servicos_publicos.pdf). Acesso em: 29 set. 2023.

INSTITUTO TRATA BRASIL; CEBDS - CONSELHO EMPRESARIAL BRASILEIRO PARA O DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL; EX ANTE CONSULTORIA ECONÔMICA. **A vida sem saneamento: para quem falta e onde mora essa população?** 2023. Disponível em: <https://tratabrasil.org.br/wp-content/uploads/2023/11/VERSAO-FINAL-PRIVACAO-DO-SANEAMENTO.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2024.

IPEA - INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Fundos especiais e políticas públicas**: uma discussão sobre a fragilização do mecanismo de

financiamento. Rio de Janeiro: Ipea, 1990. (Texto para discussão). Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/9088>. Acesso em: 28 jul. 2024

JUNQUEIRA, L. A. P. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersectorialidade. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 31-46, dez.1997. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/hvM7qCyv5M5wNpWc7xQJjGt/?lang=pt>. Acesso em: 10 out. 2023

JUNQUEIRA, L. A. P. A gestão intersectorial das políticas sociais e o terceiro setor. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 25-36, abr. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/ndN8rgZC7mzXdrFL39q7VSC/abstract/?lang=pt100004>. Acesso em: 5 out. 2023.

JUNQUEIRA, L. A. P.; INOJOSA, R. M. **Desenvolvimento social e intersectorialidade**: a cidade solidária. São Paulo: FUNDAP, 1997.

KERR, F. S., KENDALL, L. R. C. A pesquisa qualitativa em saúde. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 14, n. 6, p. 1061-1063, 2013. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324029419001.pdf>. Acesso em: 9 ago. 2023.

LACERDA, J. T. de; BOTELHO, L. J.; COLUSSI, C. F. **Planejamento na atenção básica**. Florianópolis: UFSC, 2013. (Eixo 2 - O Trabalho na Atenção Básica). Disponível em: <https://unasus.ufsc.br/atencaoBasica/files/2017/10/Planejamento-na-Atencao-Basica-ilovepdf-compressed.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2024.

LUCIAN, R. Repensando o uso da escala Likert: tradição ou escolha técnica? **Revista Brasileira de Pesquisas de Marketing, Opinião e Mídia**, v. 9, n. 1, p. 12-28, 2016. Disponível em: [https://revistapmkt.com.br/wp-content/uploads/2022/01/2\\_Repensando-o-Uso-da-Escala-Likert-Tradicao-ou-Escolha-Tecnica-PORTUGUES.pdf](https://revistapmkt.com.br/wp-content/uploads/2022/01/2_Repensando-o-Uso-da-Escala-Likert-Tradicao-ou-Escolha-Tecnica-PORTUGUES.pdf). Acesso em: 15 set. 2023.

MACHADO, L. A. Construindo a intersectorialidade. *In*: CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL, 4, 2010. [Anais eletrônicos...]. Florianópolis: SES, 2010. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/conferencias-e-encontros/conferencia-estadual-de-saude-mental/textos/3153-construindo-a-intersectorialidade/file>. Acesso em: 15 fev. 2024.

MANDEL, E. **O capitalismo tardio**. São Paulo: Abril Cultural, 1982.

MAPBIOMAS PLATAFORMA DE MAPAS E DADOS. Mapeamento da superfície de água no Brasil, 2023. (Coleção 3). Disponível em: [brasil.mapbiomas.org](http://brasil.mapbiomas.org). Acesso em: 1 de jul. 2024

MARX, K. **O capital**: crítica da economia política. São Paulo: Nova Cultura, 1996. (Coleção Os Economistas). Disponível em: <http://www.laurocampos.org.br/wp-content/uploads/2021/01/O-Capital-Livro-1-Tomo-2.pdf>. Acesso em: 8 de nov. 2022.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. 2. ed. Brasília: IPEA, 1996.

MENCHISE, R. M; FERREIRA, D., M.; ÁLVAREZ, A., L., F. Neoliberalismo, políticas públicas e desigualdade: uma análise principalmente do Brasil. **Dilemas, Rev. Estud. Conflito Controle Soc.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 1-21, jan./abr. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.4322/dilemas.v16n1.49274>. Acesso em: 10 de set. 2023.

MENDONÇA, H. P. F. de. **A problemática da saúde na sociedade capitalista e suas implicações no processo de adoecimento dos trabalhadores brasileiros**. 2017. 134 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Alagoas, 2017. Disponível em: <http://www.repositorio.ufal.br/jspui/handle/riufal/2540>. Acesso em: 10 nov. 2023.

MÉSZÁROS, I. **Para além do capital**: rumo a uma teoria da transição. São Paulo: Boitempo, 2011. Disponível em: <https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/208/o/para-alem-do-capital.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2023.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MONNERAT, G. L. *et al.* (Org.). **Intersetorialidade na agenda das políticas sociais**. Campinas: Papel Social, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-7849rac2015140013>. Acesso em: 23 abr. 2023.

MONNERAT, G. L.; SOUZA, R. G. Política social e intersetorialidade: consensos teóricos e desafios práticos. **Ser Social**, Brasília, v. 12, n. 26, p. 200-220, jan./jun. 2009. Disponível em: [https://doi.org/10.26512/ser\\_social.v12i26.12708](https://doi.org/10.26512/ser_social.v12i26.12708). Acesso em: 5 out. 2023.

NASCIMENTO, S. do. Reflexões sobre a intersetorialidade entre as políticas públicas. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 101, p. 95-120, jan./mar. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-66282010000100006>. Acesso em: 25 ago. 2024.

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

NETTO, J. P. Cinco notas a propósito da “questão social”. **Temporalis**, Brasília: Abepss, ano 2, n. 3, p. 9-21, jan./jun. 2001. Disponível em: [https://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/temporalis\\_n\\_3\\_questao\\_social-201804131245276705850.pdf](https://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/temporalis_n_3_questao_social-201804131245276705850.pdf). Acesso em: 23 abr. 2023.

OLIVEIRA, F. **Os direitos do antivalor**: a economia política da hegemonia imperfeita. Petrópolis: Vozes, 1998.

OLIVEIRA, R. P. **Estado e política educacional no Brasil**: desafios do século XXI. 2006. 161 f. Tese (Livre docência) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/001626596>. Acesso em: 27 ago. 2024.

OLIVEIRA, J. A. Reformas e reformismo: “democracia progressiva” e políticas sociais (ou “para uma teoria política da reforma sanitária”). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 4, p. 360-387. 1988. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/250025599\\_Reformas\\_e\\_reformismo\\_democracia\\_progressiva\\_e\\_politicas\\_sociais\\_ou\\_para\\_uma\\_teorica\\_politica\\_da\\_reforma](https://www.researchgate.net/publication/250025599_Reformas_e_reformismo_democracia_progressiva_e_politicas_sociais_ou_para_uma_teorica_politica_da_reforma)

sanitaria/link/03a184250cf25960f493093e/download?\_tp=eyJjb250ZXh0ljp7ImZpcnN0UGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIiwicGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIn19. Acesso em: 14 dez. 2023.

PÁDUA, J. A. Pensar a história em territórios cheios: a importância do conceito de biomas brasileiros. **Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 80, p.542-556, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eh/a/wfcXYPw6mpjNjQtZNgq7gbv/>. Acesso em: 14 fev. 2023.

PAIM, J. S. Reforma Sanitária e modelos assistenciais. *In*: ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1994.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. Análise, **História cienc. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, jan./mar. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702014000100002>. Acesso em: 14 fev. 2023.

PAZ, M. G. A. *et al.* Os conflitos das políticas da água e do esgotamento sanitário: que universalização buscamos? **Estudos Avançados**, v. 35, n. 102, 2021. Acesso em: <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2021.35102.012>. Acesso em: 14 fev. 2023.

PEREIRA, G. de O.; ALMEIDA, S. D. Formação social brasileira e a conjuntura contemporânea: o golpe jurídico, parlamentar e midiático em questão. ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL, 16. [Anais...]. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/abepss/article/view/23226>. Acesso em: 26 fev. 2024.

PEREIRA, P. A. P. Intersetorialidade das políticas sociais na perspectiva dialética. *In*: MONNERA, G. L., ALMEIDA, N. L.T.; SOUZA, R. G. (Orgs). **A intersectorialidade na agenda das políticas sociais**. Campinas: Papel Social, 2014, p. 21-40. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-7849rac2015140013>. Acesso em: 26 fev. 2024.

PORTO, M. C. da S. **Estado e neoliberalismo no Brasil contemporâneo: implicações para as políticas sociais**. *In*: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 5, 2009, São Luís. Disponível em: [https://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIV/eixos/1\\_Mundializacao/estado-e-neoliberalismo-no-brasil-contemporaneo.pdf](https://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIV/eixos/1_Mundializacao/estado-e-neoliberalismo-no-brasil-contemporaneo.pdf). Acesso em: 26 fev. 2024.

PORTO, M. F.; PACHECO, T.; LEROY, J. P. **Injustiça ambiental e saúde no Brasil: o mapa de conflitos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/10.7476/9788575415764.6?seq=1>. Acesso em: 25 ago. 2024.

PORTO, M. F. Aspectos qualitativos do escoamento superficial em áreas urbanas. *In*: TUCCI, C. E. M; PORTO, R. L. L.; BARROS, M. T. de (Orgs.). **Drenagem urbana**. Porto Alegre: ABRH; UFRGS, 1995,

PRADO JUNIOR, C. **Formação do Brasil contemporâneo: colônia**. São Paulo. Companhia das Letras, 2011.

RIBEIRO, J. M.; COSTA, N. R.; SILVA, P. L. B. Política de saúde no Brasil e estratégias regulatórias em ambiente de mudanças tecnológicas. *Interface \_ Comunicação, Saúde, Educação*, v. 4, n. 6, p. 61-84, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/cTkhnyf8j9hHQLpqqmtwfRB/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 25 mai. 2023.

RIVERA, F. J. U., ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. *Cienc. Saúde Colet.*, v. 4, n. 2, p. 355-65, 1999. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81231999000200010>. Acesso em: 15 mar. 2024.

ROSADO, I. V. M.; FREITAS, G. A. de. As contradições do direito à saúde no capitalismo: apontamentos da realidade brasileira. *SER Social*, Brasília, v. 22, n. 47, p. 368-388, 2020. Disponível em: [https://periodicos.unb.br/index.php/SER\\_Social/article/view/25428](https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25428). Acesso em: 15 mar. 2024.

SAMPAIO, R. C. **Análise de conteúdo categorial**: manual de aplicação. Brasília: Enap, 2021.

SANTOS, F. R. dos *et al.* O orçamento-programa e a execução das políticas públicas. *Revista do Serviço Público*, v. 68, n. 1, p. 191 - 212, 2017. Disponível em: <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/1038>. Acesso em: 26 ago. 2024.

SANTOS, M. E. Problematizando o conceito de políticas públicas: desafios à análise e à prática do planejamento e da gestão. *Revista Tópos*, v. 4, n. 2, p. 9–32, 2013. Disponível em: <https://revista.fct.unesp.br/index.php/topos/article/view/>. Acesso em: 13 set. 2022.

SARAVIA, Enrique. Introdução à Teoria da Política Pública. In: SARAVIA, Henrique; FERRAREZI, Elisabete. *Políticas Públicas*. Brasília: Enap, 2006, v. I. p. 21-42. Disponível em: [https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/1254/1/cppv1\\_0101\\_saravia.pdf](https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/1254/1/cppv1_0101_saravia.pdf). Acesso em: 20 ago. 2023.

SAVIANI FILHO, H. A Era Vargas: desenvolvimento, economia e sociedade. *Econ. soc.*, v. 22, n. 3, p. 855-860, dez., 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ecos/a/5NrXd8XXCZhtFshHQnzDNqp/?lang=pt>. Acesso em: 24 ago. 2023.

SCHWARCZ, L. M.; STARLING, H. M. **Brasil**: uma biografia. São Paulo: Companhia das Letras, 2015.

SECCHI, L. **Políticas públicas**: conceitos, esquemas de análise, casos práticos 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2017.

SHANKARDASS K. *et al.* A scoping review of intersectoral action for health equity involving governments. *Ciência e saúde coletiva*, v. 20, n. 10, out. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/5Lz6gwqjFBDkcsxbdXjrtfj/?lang=en>. Acesso em: 15 fev. 2024.

SILVA, M. G. **Questão ambiental e desenvolvimento sustentável**: um desafio ético-político ao serviço social. São Paulo: Cortez, 2010.

SILVA, G. N. **Intersectorialidade na saúde: estratégia de atuação do o Serviço Social**. 2016. 233 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Federal da Paraíba, 2016. Disponível em: [https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/11714?locale=pt\\_BR](https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/11714?locale=pt_BR). Acesso em: 14 dez. 2023.

SILVA, S. S da et al. **A formação social brasileira, lutas sociais e participação social**. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 2011, São Luis. Disponível em: [https://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA\\_EIXO\\_2011/ESTADO\\_LUTAS\\_SOCIAIS\\_E\\_POLITICAS\\_PUBLICAS/A\\_FORMACAO\\_SOCIAL\\_BRASILEIRA\\_LUTAS\\_SOCIAIS\\_E\\_PARTICIPACAO\\_SOCIAL.pdf](https://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/ESTADO_LUTAS_SOCIAIS_E_POLITICAS_PUBLICAS/A_FORMACAO_SOCIAL_BRASILEIRA_LUTAS_SOCIAIS_E_PARTICIPACAO_SOCIAL.pdf). Acesso em: 16 mar. 2023.

SOTO, J. del C. M. Planejamento institucional: capacidade de conduzir ações. **São Paulo Perspec.**, v. 17, n. 3-4, p. 198-204, 2003. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/S0102-88392003000300020>. Acesso em: 15 ago. 2024.

SOUSA, A. C. A. A pandemia do capital no saneamento. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 133, p. 447-458, abr./jun., 2022. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/0103-1104202213314>. Acesso em: 18 ago. 2023

SOUSA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, n. 16. p. 20-45, jul. /dez., 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1517-45222006000200003>. Acesso em: 15 ago. 2024.

SOUSA, J. de F. A. O modo de produção capitalista e a subjetividade individualista subjacente: reflexos sobre a espacialidade urbana. **Mnemosine**, v. 8, n. 2, p. 70-95, 2012. Disponível em: [https://www.e-publicacoes.uerj.br/mnemosine/article/view/41559/pdf\\_240](https://www.e-publicacoes.uerj.br/mnemosine/article/view/41559/pdf_240). Acesso em: 13 jan. 2024.

SPOSATI, A. Gestão pública intersectorial: sim ou não? Comentários de experiência. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 85, p. 133-141, 2006.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. Planejamento e programação de ações intersectoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 63-80, 2000. Disponível em: <https://periodicos.fgv.br/rap/article/view/6348>. Acesso em: 23 ago. 2024.

TEIXEIRA, J. B. Saneamento rural no Brasil. In: REZENDE, S. C. (Org). **Panorama do Saneamento Básico no Brasil**. Brasília: Ministério das Cidades, 2014. (Cadernos Temáticos, v. 7). Disponível em:

[https://antigo.mdr.gov.br/images/stories/ArquivosSNSA/PlanSaB/panorama/vol\\_07\\_miolo.pdf](https://antigo.mdr.gov.br/images/stories/ArquivosSNSA/PlanSaB/panorama/vol_07_miolo.pdf). Acesso em: 17 ago. 2023.

TESTA, M. Tendências em planejamento. In: **Pensar em saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas; Rio de Janeiro: Abrasco, 1992.

TOMAZ, P. **Poluição difusa**. São Paulo: Navegar, 2006.

TUMELERO, S. M. Estado, produção do espaço e intersetorialidade: críticas às estratégias burocráticas-gerenciais. *In*: COLÓQUIO MARX E O MARXISMO: Marx hoje, 130 anos depois. [Anais...], 2013 Disponível em: <https://niepmarx.blog.br/anais-mm2013/>. Acesso em 20 mar. 2023.

TUNDISI, J. G. **Água no século XXI**: enfrentando a escassez. São Carlos: RiMa, 2003. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/266878577\\_Agua\\_No\\_seculo\\_XXI\\_Enfrentando\\_a\\_Escassez](https://www.researchgate.net/publication/266878577_Agua_No_seculo_XXI_Enfrentando_a_Escassez). Acesso em: 21 ago. 2023.

UNESCO WORLD WATER ASSESSMENT PROGRAMME. Relatório mundial das Nações Unidas sobre desenvolvimento dos recursos hídricos, 2016: água e emprego, resumo executivo. Disponível em: [https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000244040\\_por](https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000244040_por). Acesso em: 27 ago. 2024.

VIANNA, M. L. T. W. **A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil**: estratégias de bem-estar e políticas públicas. 2. ed. Rio de Janeiro: Revan, 1998.

VIRGENS, J. H. A. Análise política em saúde: a contribuição do pensamento estratégico. **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 22, n. 6, p. 2083-2084, jun. 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/630/63051208032.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2024.

WESTPHAL, M. F.; MENDES, R. Cidade saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 47-61, 2000. Disponível em: <https://periodicos.fgv.br/rap/article/view/6347>. Acesso em: 23 ago. 2024.

YASBEK, M. C. Pobreza e exclusão social: expressões da questão social no Brasil. **Temporalis**, Brasília, ano 2, n. 3, p. 9-21, jan./jun. 2001. Disponível em: [https://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/temporalis\\_n\\_3\\_questao\\_social-201804131245276705850.pdf](https://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/temporalis_n_3_questao_social-201804131245276705850.pdf). Acesso em: 18 mar. 2024

## APÊNDICES

## APÊNDICE A

### Questionário autoaplicável destinado aos participantes da pesquisa identificados como representante do componente técnico e administrativo

#### *EIXO A – Intercâmbio de informações:*

1. Acesso ao dados do Programa Vigiagua e planejamento:

1.1. No cotidiano de trabalho do setor, ou núcleo ou área técnica em que você atua, os dados do Programa Vigiagua são consultados?

sim	
não	

1.2. Conforme a resposta anterior, informe como os dados do Programa Vigiagua são acessados:

	Não se aplica (caso a sua resposta no item 1.1 tenha sido “não”)
	Por meio do chefe de Núcleo do NEVA
	Por meio do chefe de Núcleo do NESIS
	Por meio de algum servidor do NEVA (exceto chefe de núcleo)
	Por meio de algum servidor do NESIS (exceto chefe de núcleo)
	Por meio da chefia imediata
	Por meio de consulta direta junto ao Ministério da Saúde (via sistema do Programa VIGIAGUA), considerando que já possuo acesso ao sistema
	Por meio da GEVS
	Por meio do Subsecretário de Vigilância em Saúde
	Por meio de relatórios gerenciais (exemplo: relatório quadrimestral)
	Por meio de algum sistema de informação interno da SESA
	Outros, especifique: _____ _____

1.3. Conforme a sua percepção, a não consulta aos dados do Programa Vigiagua prejudica o planejamento das ações relacionadas a agravos ou doenças que se vinculam de alguma forma com o acesso a água potável?

	Não se aplica (caso a sua resposta no item 1.1 tenha sido “sim”)
	Muito frequentemente prejudica
	Frequentemente prejudica
	Ocasionalmente prejudica
	Raramente prejudica
	Nunca prejudica

1.4. Caso a resposta ao item 1.1 tenha sido “não” e conforme a sua percepção, comente o que motiva a não consulta aos dados do Programa Vigiagua no cotidiano de trabalho do setor, ou núcleo ou área técnica em que você atua?


1.5. No cotidiano de trabalho do setor, ou núcleo ou área técnica em que você atua, com que frequência, os dados do Programa Vigiagua são utilizados no planejamento das ações relacionadas a agravos ou doenças que se vinculam de alguma forma com o acesso a água potável?

	Muito frequentemente os dados são utilizados
	Frequentemente os dados são utilizados
	Ocasionalmente os dados são utilizados
	Raramente os dados são utilizados
	Nunca os dados são utilizados

## 2. Compartilhamento e Troca de Informações:

2.1. Conforme sua percepção, no cotidiano da SSVS há algum espaço institucional para a troca de informações e/ou discussões relacionadas aos dados do Programa Vigiagua ou de agravos ou doenças que se vinculam de alguma forma com o acesso a água potável?

sim	
não	

2.2. Conforme a sua percepção, escolha o termo abaixo explicitado que melhor identifica esse espaço institucional na SSVS:

	Não se aplica (caso a sua resposta no item 2.1 tenha sido “não”)
	Colegiado de Gestores da SSVS
	Reunião ou fórum, ou encontro regular interno com servidores do núcleo, ou área técnica em que atuo
	Reunião ou fórum, ou encontro regular externo ao núcleo, ou área técnica em que atuo, porém, vinculado a SSVS
	Reunião específica com servidores do NEVA
	Outro (informar qual): _____

2.3. Conforme a sua percepção, a inexistência de tal espaço institucional na SSVS impacta no planejamento das ações relacionadas ao Programa Vigiagua ou de agravos ou doenças que se vinculam de alguma forma com o acesso a água potável:

	Não se aplica (caso a sua resposta no item 2.1 tenha sido “sim”)
--	--

	Muito frequentemente impacta no planejamento
	Frequentemente impacta no planejamento
	Ocasionalmente impacta no planejamento
	Raramente impacta no planejamento
	Nunca impacta no planejamento

2.4. Conforme sua percepção, no cotidiano de trabalho do setor, ou núcleo ou área técnica em que você atua há internamente o compartilhamento e troca de informações sobre um problema específico relacionado a agravos ou doenças que se vinculam de alguma forma com o acesso a água potável ou com Programa Vigiagua?

sim	
não	

2.5 Conforme a sua percepção, comente o que se espera ao compartilhar tais informações:

	Não se aplica (caso a sua resposta no item 2.4 tenha sido “não”)
	Desenvolver esforços conjuntos
	Dar visibilidade ao problema específico
	Outro (informar qual): _____

2.6. Conforme a sua percepção, o não compartilhamento dessas informações internamente no cotidiano de trabalho do setor, ou núcleo ou área técnica em que você atua prejudica o planejamento das ações relacionadas a agravos ou doenças que se vinculam de alguma forma com o acesso a água potável ou do Programa Vigiagua?

	Não se aplica (caso a sua resposta no item 2.4 tenha sido “sim”)
	Muito frequentemente prejudica o planejamento
	Frequentemente prejudica o planejamento
	Ocasionalmente prejudica o planejamento
	Raramente prejudica o planejamento
	Nunca prejudica o planejamento

2.7. Caso a sua resposta no item 2.4 tenha sido “sim” e conforme sua percepção, comente o que facilita o compartilhamento de tais informações no cotidiano de trabalho do setor, ou núcleo ou área técnica em que você atua:


2.8. Caso a sua resposta no item 2.4 tenha sido “não” e conforme sua percepção, comente o que dificulta o compartilhamento de tais informações no cotidiano de trabalho do setor, ou núcleo ou área técnica em que você atua:


3. Troca de Informações sobre alguma iniciativa potencial:

3.1. Conforme sua percepção, no cotidiano da SSVS há troca de informações sobre alguma iniciativa potencial relacionado ao Programa VIGIAGUA que gere impacto em agravos ou doenças que se relacionam de alguma forma com o acesso a água potável ou ao acesso a água potável ou no Programa VIGIAGUA?

sim	
não	

3.2. Caso a sua resposta no item 3.1 tenha sido “sim” e conforme a sua percepção, exemplifique alguma iniciativa potencial relacionado ao Programa VIGIAGUA executada ou planejada na SSVS em que ocorreu essa troca de informações:


3.3. Conforme sua percepção, no cotidiano de trabalho do setor, ou núcleo ou área técnica em que você atua há troca de informações sobre alguma iniciativa potencial relacionado ao Programa VIGIAGUA que gere impacto em agravos ou doenças que se relacionam de alguma forma com o acesso a água potável ou ao acesso a água potável?

sim	
não	

3.4. Caso a sua resposta no item 3.3 tenha sido “sim” e conforme a sua percepção, exemplifique alguma iniciativa potencial relacionado ao Programa VIGIAGUA executada ou planejada pelo setor, ou núcleo ou área técnica em que você atua em que ocorreu essa troca de informações:


**EIXO B – COOPERAÇÃO**

1. Iniciativa ou ação conjunta:

1.1. Conforme sua percepção, no cotidiano de trabalho do setor, ou núcleo ou área técnica em que você atua é convidada (ou já foi convidada) para desenvolver alguma iniciativa ou ação conjunta com outro Núcleo da SSVS relacionada a agravos ou doenças que se vinculam de alguma forma com o acesso a água potável ou com Programa Vigiagua?

1.2.

sim	
não	

1.3. Conforme a sua percepção, cite exemplos de quais núcleos ou gerência da SSVS convidam para essas ações conjuntas:

	Não se aplica (caso a sua resposta no item 1.1 tenha sido “não”)
	Núcleo Especial de Vigilância Epidemiológica;
	Núcleo Especial de Vigilância Ambiental;
	Núcleo Especial de Vigilância Sanitária;
	Núcleo Especial de Serviços de Verificação de Óbitos;
	Núcleo Especial de Prevenção e Atenção às Intoxicações;
	Núcleo Especial de Informação em Saúde;
	Núcleo Especial de Vigilância à Saúde do Trabalhador
	Laboratório Central de Saúde.
	Centro de Informações Estratégicas e Respostas em Vigilância em Saúde – CIEVS
	Gerência de Vigilância em Saúde

1.4. Caso a sua resposta no item 1.1 tenha sido “sim”, cite exemplos de iniciativas ou ação conjunta em que o setor, ou núcleo ou área técnica em que você atua foi convidado para desenvolver alguma iniciativa ou ação conjunta com outro Núcleo da SSVS relacionada a agravos ou doenças que se vinculam de alguma forma com o acesso a água potável ou com Programa Vigiagua:


1.5. Conforme a sua percepção, o não desenvolvimento de alguma iniciativa ou ação conjunta com outro Núcleo da SSVS relacionada a agravos ou doenças que se vinculam de alguma forma com o acesso a água potável ou com Programa Vigiagua impacta na vigilância em saúde realizada no cotidiano de trabalho do setor, ou núcleo ou área técnica em que você atua?

	Não se aplica (caso a sua resposta no item 1.1 tenha sido “sim”)
	Muito frequentemente impacta na vigilância em saúde realizada pelo setor
	Frequentemente impacta na vigilância em saúde realizada pelo setor
	Ocasionalmente impacta na vigilância em saúde realizada pelo setor

	Raramente impacta na vigilância em saúde realizada pelo setor
	Nunca impacta na vigilância em saúde realizada pelo setor

1.6 Conforme sua percepção, no cotidiano de trabalho do setor, ou núcleo ou área técnica em que você atua convida (ou já convidou) para desenvolver alguma iniciativa ou ação conjunta com outro Núcleo da SSVS relacionada a agravos ou doenças que se vinculam de alguma forma com o acesso a água potável ou com Programa Vigiagua?

sim	
não	

1.7 Caso a sua resposta no item 1.5 tenha sido “sim”, cite exemplos de alguma iniciativa ou ação conjunta que tenha sido desenvolvida com outro Núcleo da SSVS, a convite do setor, ou núcleo ou área técnica em que você atua:


1.8. Conforme sua percepção, no cotidiano da SSVS o setor, ou núcleo ou área técnica em que você atua convida (ou já foi convidou) outros setores da SESA (distintos da SSVS) para desenvolver alguma iniciativa ou ação conjunta relacionada a agravos ou doenças que se vinculam de alguma forma com o acesso a água potável ou com Programa Vigiagua?

sim	
não	

1.9 Caso a sua resposta no item 1.7 tenha sido “sim” e conforme a sua percepção, cite exemplos de ações desenvolvidas com outros setores da SESA e em conjunto com a SSVS:


1.10. Conforme a sua percepção, o não desenvolvimento de alguma iniciativa ou ação conjunta com outros setores da SESA relacionada a agravos ou doenças que se vinculam de alguma forma com o acesso a água potável ou com Programa Vigiagua impacta na vigilância em saúde realizada no ES?

	Não se aplica (caso a sua resposta no item 1.5 tenha sido “sim”)
	Muito frequentemente impacta na vigilância em saúde realizada no Espírito Santo
	Frequentemente impacta na vigilância em saúde realizada no Espírito Santo
	Ocasionalmente impacta na vigilância em saúde realizada no Espírito Santo
	Raramente impacta na vigilância em saúde realizada no Espírito Santo
	Nunca impacta na vigilância em saúde realizada no Espírito Santo

## 2. Ações intersetoriais

2.1. Conforme a sua percepção, as ações conjuntas realizadas relacionada a agravos ou doenças que se vinculam de alguma forma com o acesso a água potável ou com Programa VIGIAGUA são de caráter intersetorial?

sim	
não	

2.2. Comente a resposta do item anterior:


2.3. Caso queira fazer mais alguma observação quanto as questões deste questionário, favor utilizar o espaço abaixo:


## APÊNDICE B

### Questionário autoaplicável destinado aos participantes da pesquisa identificados como representante do componente político: Subsecretaria de Vigilância em Saúde e Gerência de Vigilância em Saúde

#### *EIXO C – Coordenação e integração*

1. Conforme sua percepção, no cotidiano de trabalho do setor em que você atua é desenvolvido alguma estratégia de coordenação intersetorial com os Núcleo da SSVS e/ou entre os demais setores da SESA para as questões relacionadas a agravos ou doenças que se vinculam de alguma forma com o acesso a água potável ou com Programa Vigiagua?

sim	
não	

2. Caso a resposta ao item 1 tenha sido “sim”, cite algum exemplo:


3. Caso a resposta ao item 1 tenha sido “sim”, e conforme a sua percepção, essas estratégias de coordenação intersetorial com os Núcleo da SSVS e/ou entre os demais setores da Sesa são planejadas conjuntamente entre as equipes e/ou chefes de Núcleos da SSVS?

sim	
não	

4. Caso a resposta ao item 3 tenha sido “sim”, e conforme a sua percepção, essas estratégias de coordenação intersetoriais com os Núcleo da SSVS e/ou entre os demais setores da Sesa são implementadas em conjunto?

sim	
não	

5. Conforme a sua percepção, com que frequência o não planejamento conjunto prejudica a promoção da vigilância em saúde no Espírito Santo?

	Não se aplica (caso a sua resposta no item 4 tenha sido “sim”)
	Muito frequentemente prejudica
	Frequentemente prejudica
	Ocasionalmente prejudica
	Raramente prejudica
	Nunca prejudica

6. Conforme a sua percepção, essas estratégias de coordenação intersetorial com os Núcleos da SSVS e/ou entre os demais setores da SESA para as questões relacionadas a agravos ou doenças que se vinculam de alguma forma com o acesso a água potável ou com Programa Vigiagua têm orçamento compartilhado (entre mais de um núcleo ou setor da SSVS ou setores da Sesa)?

sim	
não	

7. Conforme a sua percepção, a ausência de desse compartilhamento de orçamento prejudica a realização da estratégia de vigilância em saúde na SSVS?

	Não se aplica (caso a sua resposta no item 6 tenha sido “sim”)
	Muito frequentemente prejudica a realização da estratégia
	Frequentemente prejudica a realização da estratégia
	Ocasionalmente prejudica a realização da estratégia
	Raramente prejudica a realização da estratégia
	Nunca prejudica a realização da estratégia

8. Caso a resposta ao item 1 tenha sido “sim”, essas estratégias de coordenação intersetorial com os Núcleo da SSVS e/ou entre os demais setores da Sesa para as questões relacionadas a agravos ou doenças que se vinculam de alguma forma com o acesso a água potável ou com Programa Vigiagua são implementadas em conjunto?

sim	
não	

9. Conforme a sua percepção, comente como essa não implementação em conjunto de estratégias de coordenação intersetorial com os Núcleo da SSVS e/ou entre os demais setores da SESA para as questões relacionadas a agravos ou doenças que se vinculam de alguma forma com o acesso a água potável ou com Programa Vigiagua prejudica a realização da estratégia de vigilância em saúde na SSVS?

	Não se aplica (caso a sua resposta no item 8 tenha sido “não”)
	Muito frequentemente prejudica a realização da estratégia
	Frequentemente prejudica a realização da estratégia
	Ocasionalmente prejudica a realização da estratégia
	Raramente prejudica a realização da estratégia
	Nunca prejudica a realização da estratégia

Caso queira fazer mais alguma observação quanto as questões deste questionário, favor utilizar o espaço abaixo:


## APÊNDICE C

### **E-mail aos participantes da pesquisa, informações sobre o conteúdo da pesquisa, esclarecimento de dúvidas**

Prezado(a) .....

Gostaria de convidá-lo(a) para participar da pesquisa intitulada “**VIGILÂNCIA EM SAÚDE E A INTERSETORIALIDADE**: uma análise a partir do Programa de Vigilância da Qualidade da Água para o Consumo Humano – Vigiagua na Subsecretaria de Vigilância em Saúde do Espírito Santo sob a responsabilidade da mestrandia Aurea da Silva Galvão Almeida aluna regular do curso de mestrado em Política Social, ora vinculado ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Política Social da Universidade Federal do Espírito Santo – UFES.

O objetivo da pesquisa é analisar a intersectorialidade no planejamento da vigilância em saúde na Subsecretaria de Vigilância em Saúde do Espírito Santo (SSVS/ES), a partir do Programa Vigilância da Qualidade da Água - Vigiagua.

Para a sua participação na pesquisa, será encaminhado para seu e-mail de contato, com o compromisso do sigilo dessa informação um questionário semiestruturado autoaplicável que será realizada por meio digital. O acesso a equipamentos e à internet serão disponibilizados ao participante da pesquisa por parte da pesquisadora, caso o participante informar que não têm acesso aos equipamentos e à internet, sem que haja custo adicional.

Caso aceite participar da pesquisa, será encaminhado um questionário semiestruturado autoaplicável, cujo preenchido observará as seguintes orientações:

- a) leitura por parte do participante da pesquisa de uma questão contida no roteiro do questionário, com foco nas ações da área técnica em que atua, a partir do Programa Vigiagua;
- b) após a leitura, caberá ao participante da pesquisa se manifestar sobre a questão, sendo que, para os questionamentos em que for apresentada alguma opção de resposta, solicitamos que seja marcada apenas uma opção; e para os

questionamentos em que é solicitado a descrição da resposta, solicitamos que a mesma seja respondida de forma sucinta no campo disponível para tal fim.

c) o processo se repetirá para cada questão do roteiro;

d) assim que for concluído o preenchimento do questionário, no mesmo deverá ser devolvido por e-mail para a pesquisadora no mesmo endereço eletrônico em que o convite foi encaminhado.

Cada participante da pesquisa receberá um questionário que deverá ser respondido individualmente e o tempo médio previsto para o preenchimento do questionário autoaplicável é de até 45 minutos.

Importante destacar que, esta pesquisa foi avaliada e autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos/UFES e que todos os procedimentos experimentais estão de acordo e obedecendo aos princípios éticos, conforme Resoluções nº 466/12 e 510/16 do CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, que estabelecem as diretrizes e normas regulamentadoras para as pesquisas envolvendo seres humanos no país.

Caso aceite participar da pesquisa serão enviadas informações detalhadas em um termo de consentimento para que confirme estar de acordo em participar da pesquisa, sendo que, a pesquisadora se compromete a resguardar sua identidade durante todas as fases da pesquisa, inclusive após publicação.

Com os melhores cumprimentos.

Atenciosamente,

AUREA DA SILVA GALVÃO ALMEIDA

Mestranda e Política Social – PPGPS/ UFES

e-mail [aurea.almeida@edu.ufes.br](mailto:aurea.almeida@edu.ufes.br)

## APÊNDICE D

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O(A)

Sr.(a)

---

está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “Vigilância em Saúde e a Intersetorialidade: uma análise a partir do Programa de Vigilância da Qualidade da Água para o Consumo Humano – Vigiagua na Subsecretaria de Vigilância em Saúde do Espírito Santo (SSVS/ES)”, sob a responsabilidade da mestranda Aurea da Silva Galvão Almeida aluna regular do curso de mestrado em Política Social, ora vinculado ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Política Social da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

#### JUSTIFICATIVA

Esta pesquisa vincula-se ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Política Social da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) e está sendo desenvolvida com o propósito de analisar a intersectorialidade no planejamento da vigilância em saúde na Subsecretaria de Vigilância em Saúde do Espírito Santo (SSVS/ES), a partir do Programa Vigilância da Qualidade da Água – Vigiagua, especialmente, por debruçar-se na realidade da vigilância em saúde no Espírito Santo, e constitui-se em tema relativamente novo ou pouco explorado. Dessa forma, a partir da discussão da intersectorialidade na política pública, possibilitará mediante a reunião de evidências, oportunidade para potencializar as ações vinculadas a política social e o seu aprimoramento, por meio da integração de conhecimentos e diferentes instrumentos, além de ensejar repensar tecnologias de planejamento que possibilitem a articulação de setores e que amparem, de fato, os profissionais e gestores na tomada de decisão e execução de ações.

#### OBJETIVO DA PESQUISA

Analisar a intersectorialidade no planejamento da vigilância em saúde na Subsecretaria de Vigilância em Saúde do Espírito Santo (SSVS/ES), a partir do Programa Vigilância da Qualidade da Água - Vigiagua.

#### PROCEDIMENTOS PARA O QUESTIONÁRIO

Você foi convidado a participar da pesquisa a partir do apoio da Secretaria de Estado da Saúde (SESA) e da Subsecretaria de Estado da Vigilância em Saúde (SSVS) que nos informou seu e-mail de contato, com o compromisso do sigilo dessa informação. Para esse e-mail foi enviado o convite para participar da pesquisa. Por sua própria vontade você pode concordar em nos oferecer informações relacionadas às práticas cotidianas no/do seu trabalho, a partir do Programa Vigiagua.

O questionário semiestruturado autoaplicável será realizada por meio digital a partir do encaminhado para seu e-mail de contato, com o compromisso do sigilo dessa informação. O acesso a equipamentos e à internet serão disponibilizados aos participantes da pesquisa por parte da pesquisadora nos casos em que os participantes informarem que não têm acesso aos equipamentos e à internet, sem que haja custo adicional. O questionário semiestruturado autoaplicável para participação da pesquisa foi enviado previamente no e-mail convite com as orientações para o seu preenchimento.

O procedimento para realizar o questionário será o seguinte:

- a) leitura por parte do participante da pesquisa de uma questão contida no roteiro com foco nas ações da área técnica em que atua, a partir do Programa Vigiagua;
- b) após a leitura, caberá ao participante da pesquisa se manifestar sobre a questão;
- c) o processo se repetirá para cada questão do roteiro; d) assim que for concluído o preenchimento do questionário, no mesmo deverá ser devolvido por e-mail para a pesquisadora no mesmo endereço eletrônico em que o convite foi encaminhado. Cada participante da pesquisa receberá um questionário que deverá ser respondido individualmente.

Quanto ao uso das informações, esclareço que a sua identidade será preservada, e e-mail com o arquivo do questionário preenchido será acessado somente pela pesquisadora. Os dados serão utilizados exclusivamente para fins deste estudo e de publicações científicas dele provenientes. Os e-mails e a base dos dados produzidos em todas as etapas da pesquisa serão mantidos sob sigilo por parte da pesquisadora, em mídia digital física do tipo pen drive, e apagados de plataforma virtuais ou nuvem. Todo material resultante será guardado sob o poder da pesquisadora responsável durante 05 (cinco) anos, sendo então destruído.

## **DURAÇÃO E LOCAL DA PESQUISA**

O tempo médio previsto para o preenchimento do questionário autoaplicável é de até 45 minutos. O local no qual realizará o preenchimento do questionário digital ficará à escolha do participante, mas deverá ser reservado, sem contato com outras pessoas.

## **RISCOS E DESCONFORTOS**

O participante deve estar ciente de que a coleta de dados, quando realizada por meio digital, está sujeita a riscos do ambiente virtual, para minimizar esses riscos após o retorno dos questionários os dados serão apagados do meio virtual e mantidos em meio físico, do tipo *pen drive*. A participação nesta pesquisa não traz complicações legais, pois apenas será solicitado o relato voluntário de suas percepções e experiências sem a sua identificação. A sua participação poderá envolver riscos mínimos, como os seguintes: conflitos entre o que pensa e o que imagina que deve ser respondido; insegurança quanto à melhor resposta que deve ser fornecida; desconforto por ser perguntado sobre assuntos que podem lhe gerar certo acanhamento ou constrangimento. Para amenizar tais riscos, os objetivos deste estudo serão esclarecidos pela pesquisadora, antes de iniciar a sua participação. Se houver quaisquer constrangimentos ao responder alguma questão do questionário ou exaustão física/mental o participante da pesquisa poderá não responder ao item em questão. Informes sobre esses riscos, caso ocorram, serão prestados ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e à Coordenação Nacional de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (CONEP). Ao concordar em participar, você tem a liberdade de se recusar a responder qualquer pergunta ou de continuar a participar da pesquisa em qualquer momento, sem qualquer prejuízo, sem precisar se explicar ou justificar. Podendo solicitar a retirada das informações que já forneceu. Não haverá qualquer penalidade ou prejuízo decorrentes de sua desistência na participação da pesquisa.

## **BENEFÍCIOS**

Os resultados identificados trarão benefícios para os participantes que poderão participar da compreensão das práticas de gestão atuais com base nas quais eles atuam profissionalmente e da produção de subsídios para o desenvolvimento de um novo modelo de gestão com base no qual eles próprios poderão atuar profissionalmente na organização investigada, além de garantirem conhecimentos e informações relevantes para a comunidade científica e para a sociedade em geral.

### **ACOMPANHAMENTO, ASSISTÊNCIA E ACESSO PÓS-ESTUDO AO PRODUTO DA INVESTIGAÇÃO**

As informações obtidas serão analisadas em conjunto com a de outros participantes, sendo garantido o sigilo, a privacidade, a retirada do consentimento em qualquer fase da pesquisa, a indenização em caso de eventual dano dela decorrente e a confiabilidade dos resultados obtidos.

O participante tem direito de acompanhar esta pesquisa, em qualquer tempo, via contato com a pesquisadora. Além disso, ao ser encerrada, por meio de relatório final, esta pesquisa estará disponibilizada aos participantes e para toda a comunidade. É também garantida a assistência imediata e integral gratuita por danos decorrentes desta pesquisa.

### **GARANTIA DE RECUSA EM PARTICIPAR DA PESQUISA E/OU RETIRADA DE CONSENTIMENTO**

O(A) Sr.(a) não é obrigado(a) a participar da pesquisa, podendo deixar de participar dela em qualquer momento de sua execução, sem que haja penalidades ou prejuízos decorrentes de sua recusa. Caso decida retirar seu consentimento, o(a) Sr.(a) não mais será contatado(a) pelos pesquisadores.

### **GARANTIA DE MANUTENÇÃO DO SIGILO E PRIVACIDADE**

A pesquisadora se compromete a resguardar sua identidade durante todas as fases da pesquisa, inclusive após publicação.

### **GARANTIA DE RESSARCIMENTO FINANCEIRO**

O(A) Sr.(a) não terá nenhum tipo de despesa, bem como nada lhe será pago por sua participação; entretanto, caso haja alguma despesa com a participação na pesquisa, haverá ressarcimento.

### **GARANTIA DE INDENIZAÇÃO**

O(A) Sr.(a) terá garantia ao direito de buscar indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, de acordo com as diretrizes do item IV.4.c da Res. CNS 466/12.

### **INTERRUPÇÃO DO ESTUDO**

Caso haja interrupção do estudo os participantes serão informados pelo pesquisador responsável, que informará as providências referentes à destruição dos dados por eles disponibilizados, além de fornecer esclarecimentos e assistência adicionais eventualmente solicitados.

### **ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS**

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, o(a) Sr.(a) pode contatar o pesquisador AUREA DA SILVA GALVÃO ALMEIDA no telefone (27) 99223-1439 ou e-mail [aurea.almeida@edu.ufes.br](mailto:aurea.almeida@edu.ufes.br) ou no endereço Rua Peroba, 211, Colina de Laranjeiras, Serra, Espírito Santo, CEP.: 29.167-132.

Para relatar algum problema com a pesquisa ou fazer denúncia, o(A) Sr.(a) pode contatar o Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) / UFES / Campus Goiabeiras por meio do telefone (27) 3145-9820, e-mail [cep.goiabeiras@gmail.com](mailto:cep.goiabeiras@gmail.com), endereço: Av. Fernando Ferrari, 514, Campus Universitário, sala 07 do Prédio Administrativo do CCHN, Goiabeiras, Vitória - ES, CEP 29.075-910.

*Declaro que fui informado(a) e esclarecido(a) sobre o presente documento, entendendo todos os termos acima expostos, e que voluntariamente aceito participar deste estudo. Também declaro ter recebido uma via eletrônica via e-mail deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de igual teor e estou ciente da importância de salvar esse documento digital para registro e que o termo assinado pelo pesquisador me foi enviado via e-mail. **Declaro ainda que dei meu consentimento por meio do aceite deste termo via resposta do mesmo e-mail no qual recebi este documento, resposta na qual informo que concordo em participar da etapa do questionário digital autoaplicável da pesquisa.** Estou ciente que somente após esse procedimento, o questionário será conduzido, conforme a carta circular nº 1/2021-CONEP/SECNS/MS.*

---

Nome do participante da pesquisa

Na qualidade de pesquisador responsável pela pesquisa “Vigilância em Saúde e a Intersetorialidade: uma análise a partir do Programa de Vigilância da Qualidade da Água para o Consumo Humano – Vigiagua na Subsecretaria de Vigilância em Saúde do Espírito Santo”, eu, AUREA DA SILVA GALVÃO ALMEIDA, declaro ter cumprido as exigências do(s) item(s) IV.3 e IV.4 (se pertinente), da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Na qualidade de pesquisador da pesquisa “As práticas sociais na Subsecretaria de Estado da Vigilância em Saúde (SSVS) e suas interfaces na Rede de Atenção e Vigilância em Saúde (RAVS) no Espírito Santo: uma pesquisa-ação rumo à uma governança para a “Nova Vigilância em Saúde”, declaro que esta pesquisa foi avaliada e autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos/UFES e que todos os procedimentos experimentais estão de acordo e obedecendo aos princípios éticos, conforme Resoluções nº 466/12 e 510/16 do CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, que estabelecem as diretrizes e normas regulamentadoras para as pesquisas envolvendo seres humanos no país.

---

Nome e assinatura do Pesquisador