

INTERSETORIALIDADE UMA EQUAÇÃO POSSÍVEL NAS POLÍTICAS PÚBLICAS?

Autores: Camília Susana Faler, Doutoranda/PUCRS/Brasil.

Autores: Dra. Maria Isabel Barros Bellini/PUCRS/Brasil.

Autora principal: Camília Susana Faler, Rua Osvaldo Cruz nº30 Três Palmeiras/RS, CEP 99675000/Brasil- email: camilafaler@yahoo.com.br

RESUMO: A Política de Saúde Pública brasileira ao longo de sua constituição foi cingida por contradições, todavia através da luta do movimento sanitário, iniciada em 1980 se conquistou a obrigatoriedade do Estado em cumprir uma agenda para saúde voltada a garantia de direitos. Entretanto, abarcar os princípios como gratuidade, integralidade e medidas intersetoriais ainda é um dilema. Por isto, o governo tem promovido ações para integrar a Política de Saúde com as demais especialmente com a Educação na Saúde através de iniciativa como o Pró-Ensino na Saúde, que tem por objetivo possibilitar a produção de pesquisas científicas e tecnológicas e a formação para a área do ensino na saúde. Assim, esta Revisão de Literatura é parte da pesquisa de Doutorado intitulado "Intersectorialidade a Construção de um Conceito", que se encontra em andamento, e aponta preliminarmente que a intersectorialidade vem ganhando espaço nas construções teóricas bem como, aparecem como princípios normativos tanto para aprimorar atuação na área da gestão, quanto na arena prático – operativa.

Palavras-Chave: Política Social, Política de Saúde, Intersectorialidade

RESUMO: La política de la salud pública a través de su Constitución brasileña estaba ceñido por las contradicciones, sino a través de la lucha del movimiento de salud, se inició en el año 1980 ganó el obligación del Estado de cumplir con una agenda para la salud orientada a garantizar los derechos. Sin embargo, abrazando los principios como la gratuidad, lo completo y la acción intersectorial sigue siendo un dilema. Para ello, el gobierno ha promovido acciones para integrar la política de salud con otros especialmente con la Educación para la Salud a través de la iniciativa, como el Pro-Educación en Salud, cuyo objetivo es permitir la producción de la investigación y la formación científica y tecnológica para el área de la educación sobre la salud. Por lo tanto, esta revisión de la literatura es parte de la tesis doctoral titulada "Intersectorial Construcción de un concepto", que está en curso, y los puntos preliminares que interseccionalidad ha ido ganando terreno en las construcciones teóricas, así como aparecer como principios normativos para mejorar tanto actuación en el ámbito de la gestión, ya que el terreno de lo práctico.

Palabras Clave: Política Social, Política de Salud, Intersectorialidad

1 INTRODUÇÃO

As políticas sociais resultam de um processo social, econômico, e político, que (re) surgem a cada tempo histórico, para manter a reprodução social. São mediadas por mecanismos de contradição, pois tanto pode oferecer insumos básicos de proteção e sobrevivência, quanto para manter, a partir, da reorganização do capital a coesão social e a exploração do trabalho. Esta contradição mostra que o inacabado é fundamento da transformação: ela é o princípio básico do movimento que permite aos seres existirem e modificarem-se¹.

Não por acaso, as políticas sociais são cingidas de contradições, que se configuram como formas de interferência do Estado, visando à manutenção das relações sociais de determinada formação social². Dividida em setores, as políticas sociais reforçam o modelo positivista hierarquizado, que “significa dividir e classificar para depois poder determinar relações sistemáticas entre o que se separou”³.

Foi com a conquista dos direitos sociais, travada pela luta dos movimentos sociais, que se mostra necessário que as políticas sociais se articulem para atingir seu escopo, seja o da reprodução, seja na oferta de ações que determinam algum padrão de proteção social. Enraizadas nas clássicas formulações de Marx em relação ao Estado e às ações estatais, as quais estariam, em última instância, voltadas para garantir a produção e reprodução de condições favoráveis à acumulação do capital e ao desenvolvimento do capitalismo, outras se desdobram na análise da complexa questão da autonomia e possibilidade de ação do Estado capitalista frente às reivindicações e demandas dos trabalhadores e dos setores não beneficiados pelo desenvolvimento capitalista².

É neste bojo, que as políticas sociais brasileiras insurgem vinculadas aos interesses capitalistas com apoio do Estado, numa posição ora mínima, ora interventor-reguladora, que conservam em sua base o caráter fragmentário e setorial que são reforçados pela ofensiva neoliberal.

É neste campo de disputa e contradições que o direito a política de saúde se consolidou no Brasil, perfazendo uma trajetória árdua, de luta de classes, embasada num forte posicionamento antagônico as das classes dirigentes. Estes embates culminaram com a edição de diretrizes, normas e princípios que direcionam a política de saúde, a partir da Constituição de 1988.

Dentre os princípios da política de saúde cita-se a integralidade como um dos pilares condicionante para atingir a totalidade das ações. O conceito de integralidade remete a integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações⁴. Na mesma direção a Política Nacional de Promoção de Saúde apresenta a intersectorialidade como uma articulação entre os distintos setores, para pensar a questão complexa de saúde, assumir a co-responsabilização e buscar a garantia do direito humano a saúde. No entanto, trazer em pauta a intersectorialidade, é adentrar num campo complexo, “esse grau de complexidade, [...] significa que nenhum setor ou agência isoladamente será capaz de controlar todos os fatores que o determinam”⁵.

Assim, pendura a marca o campo operacional e de gestão da política de saúde, por entraves técnicos, políticos e econômicos que culminam na fragmentação e desarticulação das ações.

2 A CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E A INTERSETORIALIDADE

A vinda da Corte Portuguesa para o Brasil em 1808 determinou mudanças na administração pública colonial e também na área da saúde. Como sede provisória do império português, a cidade do Rio de Janeiro tornou-se centro das ações sanitárias. Era necessário, então, criar rapidamente centros de formação de médicos, que até então eram quase inexistentes em razão, em parte, da proibição de ensino superior nas colônias. Assim, por ordem real, foram fundadas as academias médico-cirúrgicas, no Rio de Janeiro e na Bahia, na primeira década do século XIX, logo transformadas nas duas primeiras escolas de medicina do país no século XX, iniciam-se políticas de saúde para enfrentar o quadro sanitário existente no país⁶.

A corte real instituiu por volta de 1850 uma Junta Central de Higiene Pública, na qual, as instâncias médicas assumiram o controle das medidas de higiene pública, no entanto, a fase imperial da história brasileira encerrou o século XIX, sem que, o Estado solucionasse os graves problemas de saúde da coletividade.

Com a Proclamação da República, em 1889, foi embalada a ideia de modernizar o Brasil. Nesse contexto, a medicina assumiu o papel de guia do Estado para assuntos sanitários, comprometendo-se a garantir a melhoria da saúde individual e coletiva e, por extensão, a defesa do projeto de modernização do país, no qual, tinha que enfrentar um país predominantemente rural, com um contingente de analfabetos estimado em 70% conforme o censo de 1920⁶.

Enquanto, paulatinamente, o setor saúde se molda no Brasil, implicitamente o termo intersectorialidade, aparece na segunda metade do século XIX na Europa, concomitante ao processo de urbanização e a revolução industrial. Nesta lógica, os intelectuais passaram a fazer as primeiras relações entre situação saúde/doença da população, relacionando-as com as condições de alimentação, trabalho, habitação, da habitação e sanitárias, bem como o papel do Estado sobre as condições de saúde da população⁷.

Destaca-se que tanto no Brasil quanto na Europa, no final do século XIX, no início do século XX, as condições de saúde da população eram miseráveis. No início do século XX, a cidade do Rio de Janeiro apresentava um quadro sanitário caótico, caracterizado pela presença de diversas doenças graves que acometiam a população, como a varíola, a malária, a febre amarela e, posteriormente, a peste⁶. Na Inglaterra no século XIX as condições de saúde dos trabalhadores eram miseráveis⁷.

Neste mesmo tempo histórico, ocorre uma disputa importante neste campo, um, na forma de conceber e explicar o processo de determinação da doença, a partir das condições de vida da

população, outro, com base na revolução pasteuriana, que fundamentou o paradigma da determinação biológica do processo saúde/doença. A partir da explicação biológica para gênese das doenças foi consubstanciada a prática da biomedicina, hegemônica na sociedade ocidental no século XX⁷.

Escorel, Nascimento e Edler⁸ ressaltam que no Brasil, no início do século XX as políticas de saúde, encontravam-se associadas aos problemas da integração nacional e à consciência da interdependência gerada pelas doenças transmissíveis. A aproximação entre as políticas ocorreu num encontro do movimento sanitarista, organizado em torno da proposta de políticas de saúde e saneamento, para demonstrar a crescente consciência por parte das elites políticas sobre os efeitos negativos do quadro sanitário existente no país.

Supõe, que ao aproximar as políticas de saúde as de saneamento, o movimento sanitarista no início do século XX, buscou-se acostar estas políticas numa lógica intersetorial. No entanto, a situações de caos de saúde da população, foi que estimulou os governos republicanos, pela primeira vez na história do país, a elaborar minuciosos planos de combate às enfermidades que reduziam a vida produtiva, ou útil, da população. A contínua intervenção estatal nas questões relativas à saúde individual e coletiva revela a criação de uma “política de saúde”, aos fins da década de 1920⁶.

Para atender estas demandas, em 1920 foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), o que deu as primeiras bases para a criação de um Sistema Nacional de Saúde, caracterizado pela concentração e pela verticalização das ações no governo central. Logo, em 1923 com a Lei Eloy Chaves a assistência médica, viria a ter reconhecimento legal como política pública.

Por outro lado, foi instituído as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) que tratava das organizações de direito privado, criadas para grupos específicos de servidores e organizadas segundo princípios de seguro social, ou seja, um modelo em que os benefícios dependiam das contribuições dos segurados que dava acesso à concessão de benefícios e serviços, especialmente da assistência médica.

No entanto, foi com as mudanças institucionais que ocorreram, a partir de 1930, que moldaram a política pública brasileira, estabelecendo um arcabouço jurídico e material que conformaria o sistema de proteção de saúde⁶.

O governo Vargas valorizou as políticas voltadas à proteção ao trabalho e no final dos anos 1930 substituiu as CAPs pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP), o qual trazia na sua estrutura algum tipo de assistência à saúde.

As políticas de saúde, então implementadas, corresponderam a alterações em diversos campos. Na esfera institucional, a principal mudança consistiu na criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), o qual cabia à saúde pública, tudo que dissesse respeito à saúde da

população que não se encontrava na área da medicina previdenciária, tendo sido desenvolvida no Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, como prestação de serviços para aqueles identificados como pré - cidadãos: os pobres, os desempregados, os que exerciam atividades informais ect⁶.

Com a promulgação da Constituição de 1946, a saúde pública, teve sua estrutura centralizada em múltiplos programas e serviços verticalizados para implementar campanhas e ações sanitárias, assim como sua burocracia foi confrontada com novos contextos e contornos políticos e sociais que caracterizaram o Brasil até 1964. Na década de 1950, um dos marcos na política de saúde foi à criação do Ministério da Saúde em 1953.

Já, no período militar de 1964-1984, o Sistema Nacional de Saúde implantado no Brasil se caracterizou pelo predomínio financeiro das instituições previdenciárias e pela hegemonia de uma burocracia técnica que atuava no sentido da mercantilização crescente da saúde⁶.

Em 1966 o governo unificou os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), concentraram-se todas as contribuições previdenciárias, ao mesmo tempo em que o novo órgão passou a gerir as aposentadorias, as pensões e a assistência médica de todos os trabalhadores formais, embora excluíssem dos benefícios os trabalhadores rurais e uma gama de trabalhadores urbanos informais. A saúde pública, relegada ao segundo plano, tornou-se um sistema ineficiente e conservador, cuja atuação restringia-se a campanhas de baixa eficácia.

Em 1975, a população se encontra com baixos salários, contidos pela política econômica e pela repressão, e convivem com o desemprego e as suas graves consequências sociais, como aumento da marginalidade, das favelas e da mortalidade infantil. Dentre as várias mazelas perpassadas cita-se a incapacidade do sistema em atender uma população cada vez maior de marginalizados que, sem carteira assinada e contribuição previdenciária, se via excluídos do sistema.

Destarte, basicamente se definia as ações do Ministério da Saúde no início dos anos 1980, atuações exclusivamente de promoção da saúde e prevenção de doenças, como campanhas de vacinação e controle de endemias, não considerando a saúde como um direito, tão somente era um benefício da previdência social⁹. No entanto, este cenário começa dar indícios de mudanças através das articulações Dos movimentos sociais.

3 O MOVIMENTO SANITÁRIO NA POLÍTICA DE SAÚDE

Durante as décadas de 1970-1980, através dos movimentos sociais, tornaram-se mais frequentes as denúncias sobre a situação caótica da saúde pública, dos serviços previdenciários, a desatenção médica que motivaram as reivindicações pela solução imediata para os problemas

criados pelo modelo de saúde existente. Nesse contexto, sindicatos das diversas categorias profissionais da saúde principalmente médicos, acadêmicos e cientistas, debatiam em seminários e congressos as epidemias, as endemias e a degradação da qualidade de vida do povo.

Escorel, Nascimento e Edler⁸ aponta que na década 1970, as ideias da medicina social penetraram nos meios acadêmicos brasileiros. Sua abordagem contrapunha-se à “concepção positivista de uma ciência universal, empírica, atemporal e isenta de valores”, uma abordagem médico-social fundada na percepção do caráter político da área da saúde.

Na década de 1970, nas Conferências Internacionais de Promoção de Saúde, especialmente na Declaração de Alma-Ata de 1978, em Ottawa no ano de 1986 e na Declaração de Adelaide em 1988, surge a categoria intersectorialidade¹⁰. A partir de então, na política de Saúde, ganha notoriedade com a 8ª Conferência de Saúde em 1986, em que, neste evento se deliberou a saúde como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde, pressupondo, nesta ótica, sendo necessário que se estabeleça ações intersectoriais entre as políticas¹¹. Assim sustenta-se que a saúde é um dos direitos fundamentais do homem, sob a responsabilidade política dos governos, e reconhece-se a sua dimensão intersectorial.

No entanto, Cordeiro¹² ressalta que este movimento não se consolida tão amavelmente, pois encontra resistência no governo militar, que priorizava uma medicina de cunho individual e assistencialista, em detrimento de ações no campo da saúde coletiva.

Portanto, o movimento sanitário, pode ser entendido como movimento de resistência ao modelo vigente, com uma prática política, de pensamento reformista, que buscava construir uma nova agenda no campo da saúde. O Projeto de Reforma Sanitária foi fruto de lutas e mobilização dos profissionais de saúde, articulados ao movimento popular, sendo sua preocupação central assegurar que o Estado atue em função da sociedade pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde¹³.

A década de 1980 inicia-se um movimento cada vez mais forte em oposição ao sistema de saúde governamental. As propostas alternativas ao modo oficial de atenção à saúde caracterizam-se pelo apelo à democratização do sistema, com participação popular, à universalização dos serviços, à defesa do caráter público do sistema de saúde e à descentralização⁶.

Com o fim do regime militar em 1985, o movimento sanitário assume efetivamente posições estratégicas em instituições responsáveis pela política de saúde no país, como a articulação da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986. Esse evento é considerado o momento mais significativo do processo de construção de uma plataforma e de estratégias do “movimento pela democratização da saúde em toda sua história”⁸.

Os princípios da Reforma Sanitária deliberados na 8ª Conferência Nacional de Saúde 1986, evidenciou-se que as modificações no setor da saúde transcendiam não simplesmente a uma reforma administrativa e financeira, mas havia necessidade de uma reformulação mais profunda, com a ampliação do conceito de saúde e sua correspondente ação institucional⁶.

Seu documento final define o conceito ampliado de saúde sendo resultantes do acesso equânime as demais políticas sociais, e que se constituísse em um novo arcabouço institucional, com a separação total da saúde em relação à Previdência¹¹. Em virtudes destas reivindicações a Política de Saúde chega à Assembleia Nacional Constituinte com sua proposta discutida, legitimada e completa, do ponto de vista do ideário do movimento sanitário⁸. Em 1988 a Constituição Federal através do artigo 196 que 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. Dois anos mais tarde, 1990 através da Lei 8.080, foi aprovado a criação do Sistema Único de Saúde, pautado pelos princípios de universalidade, equidade, integralidade e organizado de maneira descentralizada, contando com participação da popular⁶.

4 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) NO BRASIL

Antes da instituição do SUS a atuação do setor público na chamada assistência médico-hospitalar era prestada por intermédio do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), autarquia do Ministério da Previdência e Assistência Social, e a Assistência à Saúde desenvolvida beneficiava apenas os trabalhadores da economia formal, segurados do INPS e seus dependentes, não tendo caráter universal⁹.

A Constituição brasileira estabelece que a saúde seja um dever do Estado, sendo um marco fundamental na redefinição das prioridades da política do Estado na área da saúde pública.

O Sistema Único de Saúde (SUS) criado pela Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, é constituído pelo conjunto das ações e de serviços de saúde sob gestão pública. Está organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas e atua em todo o território nacional, com direção única em cada esfera de governo. O SUS não é, porém, uma estrutura que atua isolada na promoção dos direitos básicos de cidadania. Insere-se no contexto das políticas públicas de seguridade social, que abrangem, além da Saúde, a Previdência e a Assistência Social⁶.

O SUS define as ações e serviços públicos de saúde que integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II. Atendimento integral, com

prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III. Participação da comunidade. Parágrafo único – O Sistema Único de Saúde será financiado, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes¹⁴.

Dispõe ainda sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, através de um conjunto de 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. A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde em caráter complementar.

Para materializar a participação popular nas definições desta política, o SUS determina através da Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, a inclusão da comunidade na gestão deste sistema, define sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros nesta área, além de instituir as Conferências e os Conselhos de Saúde em cada esfera de governo. Em seu parágrafo 2º, a Lei n. 8.142/90 determina que: “O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo”¹⁴.

Essa mesma Lei trata da alocação dos recursos do Fundo Nacional de Saúde, do repasse de forma regular e automática para municípios, estados e Distrito Federal. Assim, o Sistema Único de Saúde (SUS) vai se constituindo como um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Ele abrange desde o simples atendimento ambulatorial, transplantes de órgãos, tratamento e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis como AIDS etc, para toda a população do país que necessitar, assim, amparado num conceito ampliado de saúde, foi criado, para ser o sistema de saúde dos mais de 180 milhões de brasileiros¹⁶.

Porém, o acirramento das contradições perante o processo de efetivação das ações de saúde e os princípios que a determinam, são ainda cruzados pela globalização em curso, no qual o complexo médico-industrial – a indústria farmacêutica, a de equipamentos e a de insumos médicos – destaca-se como um dos mais ativos polos do capitalismo, pressionando pelo crescimento da saúde como mercadoria e como setor de realização do lucro, [...] acentuam-se os conflitos quando a agenda passa a ser pautada por certa reforma do Estado influenciada pelo movimento da globalização e pelos postulados do neoliberalismo¹⁶.

Os novos dilemas de mercadorização/privatização do setor de saúde, presente na década de 1990, se configuram uma “nova roupagem” dos velhos dilemas de acessar a política de saúde, na

ótica universal, o que caracteriza as contradições existentes no lócus desta política social. Assim, ganha forças ações intersetoriais e articulação entre várias instituições, como as de ensino e formação para a capacitação e qualificação dos trabalhadores da saúde.

5 INTERSETORIALIDADE E FORMAÇÃO PARA SAÚDE: EQUAÇÕES POSSÍVEIS?

Dentre os princípios organizativos implícitos do SUS, a intersetorialidade prescreve o comprometimento dos diversos setores do Estado com a produção da saúde e o bem-estar da população, além de incitar como fundamental a garantia dos direitos universais nas diferentes políticas. A integração entre as políticas sociais torna-se uma prerrogativa extraordinária, pois, perpassa criar um elo entre as ações para atingir a totalidade os sujeitos em suas necessidades.

Apesar das especificidades e particularidades de cada política, a lógica perpassa alcançar suas ações intersetoriais, pois o conceito de intersetorialidade se volta “para a construção de interfaces entre setores e instituições governamentais (e não governamentais), visando o enfrentamento de problemas sociais complexos que ultrapassem a alçada de um setor de governo ou área de política pública”. Sendo assim, em ambas as concepções estão presentes, para sua consecução, o imperativo da integração entre as políticas, uma vez que tanto a Seguridade Social quanto a intersetorialidade se confrontam e devem responder à complexidade das demandas sociais contemporâneas¹⁷.

A política de saúde presume contemplar “um olhar ampliado” daquilo que o sujeito apresenta como demanda. Essa condição é o que pressupõe a integralidade como princípio fundamental do SUS. Garante ao usuário uma atenção que abrange as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do Sistema de Saúde. A integralidade também pressupõe a atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade (inserção social) e não num recorte de ações ou enfermidades¹⁸.

Todavia, para atingir este intento, o movimento da Reforma Sanitária foi incisivo ao considerar os aspectos de saúde a partir de vários determinantes, e que para atingir a intersetorialidade na política de saúde, é preciso o desenvolvimento de ações integradas entre os serviços de saúde e outros órgãos públicos, com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde, potencializando, assim, os recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos disponíveis evitando duplicidade de meios para fins idênticos¹⁸.

A intersetorialidade é uma estratégia política complexa, cujo resultado na gestão de uma cidade é a superação da fragmentação das políticas nas várias áreas onde são executadas. Tem

como desafio articular diferentes setores na resolução de problemas no cotidiano da gestão e torna-se estratégica para a garantia do direito à saúde, já que saúde é produção resultante de múltiplas políticas sociais de promoção de qualidade de vida¹⁹.

Essa condição é corroborada por Nogueira e Miotto²⁰, na qual “a intersetorialidade deve permitir considerar o cidadão na sua totalidade, nas suas necessidades individuais e coletivas, demonstrando que ações resolutivas em saúde requerem necessariamente parcerias com outros setores”.

Além de o governo brasileiro estar buscando promover ações que integram a Política Pública de Saúde com outras políticas sociais, nas últimas décadas tem se estimulado iniciativas para aproximar estas políticas com o ensino e a pesquisa. Estas propostas foram alavancadas com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e de Educação na Saúde - SGTES, em 2003, que vinculada ao Ministério da Saúde, busca dentre várias ações, na área da educação na saúde, a efetivação de atividades de formação e capacitação de recursos humanos para área de saúde.

Esta integração tem permitido que a Educação na Saúde, caracterizada por produzir e sistematizar e desenvolver conhecimentos relativos à formação para a atuação em saúde execute iniciativas como o Pró-Ensino na Saúde, que gerenciada pela CAPES Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, tem possibilitado a produção de pesquisas científicas e tecnológicas e a formação para a área do ensino na saúde contribuindo, assim, como tem desenvolvido consolidado esta área de formação, considerada estratégica para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Destaca-se como resultados o envolvimento de instituições de ensino como a Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS, que através do Programa de Pós Graduação em Serviço Social da PUCRS - Núcleo de Pesquisa NETSI executam projetos, cujo objetivo central, é a promoção e construção de ações voltadas ao ensino, pesquisa, formação e qualificação profissional em saúde, através do Programa denominado Pró ensino na Saúde - Edital 024. O Projeto em execução é intitulado “**Integração entre universidade e política de saúde: intersetorialidade e ensino em saúde**” e entre as ações oferta de bolsas de Doutorado e Mestrado cujo objetivo transversaliza produzir conhecimento e qualificação profissionais para fortalecer a saúde publica.

Assim, diante das inquietações acerca das concepções que cercam os princípios normativos das políticas públicas, em especial na área da saúde, a intersetorialidade, torna-se objeto da pesquisa de Doutorado intitulado “Intersetorialidade a Construção de um conceito”, que se encontra em andamento, que tem como objetivo geral investigar e analisar a concepção de intersetorialidade que ampara a gestão federal e estadual das Políticas de Saúde, Educação e Assistência Social, a fim de buscar clareza conceitual que possa contribuir para a gestão das políticas públicas, já que neste

contexto, faz-se relevante compreender sua concepção, pois comumente é utilizada para designar as políticas públicas tanto no campo da gestão como na arena pratico – operativo.

Esta propositura pretende problematizar uma textura que molda o quadro de ações da saúde, que perpassa ultrapassar inúmeros entraves, nos rígidos processos de formação profissional, no corporativismo de categorias e equipes de trabalho e nos interesses políticos e econômicos, que gestiona esta política. Este processo é corroborado por estudos empíricos, no qual, a falta de articulação intersetorial, a disputa por campos profissionais, pela fragmentação e burocratização dos serviços, são desafios dentro da política de saúde²¹.

Destarte, os desafios permanecem a cada tempo histórico, em que os princípios que condicionam a política de saúde, não conseguem ultrapassar as barreiras da integralidade e da intersetorialidade, pois se encontram vinculadas a lógica liberal que comandam a esfera governamental, reforçando a ótica clientelista e o olhar individualizado no sujeito, negando, por conseguinte, as causas que determina suas vulnerabilidades.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As contradições na implantação das políticas públicas têm evidenciado as incongruências históricas que norteiam o sistema de proteção social brasileiro. Não por acaso, o enfoque setorial e desarticulado das políticas, cumpre a função de manter a reprodução nas relações sociais. Essas medidas reforçam o modelo burocrático de gestão das políticas públicas, seu caráter hierarquizado e centralizador. No entanto, é preciso mencionar o movimento de resistência e luta especialmente o movimento da reforça sanitária, que conquistou a garantia dentre outros princípios o da universalidade e da integralidade na política de saúde.

A intersetorialidade neste contexto está posta em cena para incidir os princípios do SUS, atingir os sujeitos na totalidade de suas necessidades, através de estratégias propositivas e inovadoras. As produções do conhecimento sobre essa categoria, como produto das pesquisas empíricas feitas pela academia, consistem instrumentos teórico e científico que podem servir de fortalecimento para a política de saúde bem como direcionar as ações governamentais.

REFERÊNCIAS

1. GADOTTI, M. Concepções dialéticas da educação – um estudo introdutório. 3 ed. São Paulo: Cortez, 1997.
2. HOFLING EM. Estado e políticas (públicas) sociais. Cad. CEDES. 2001. vol.21, n.55, pp. 30-41.

3. SANTOS, BS. Um discurso sobre as ciências na transição para uma ciência pós-moderna. *Estud. av.* 1988, vol.2, n.2, pp. 46-71
4. HARTZ, ZM.CONTRADRIPOULOS, A P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros” *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20 Sup 2:S331-S336, 2004
5. WESTPAL, MF; ZOGLIO, E. Políticas públicas e investimentos: a intersectorialidade In: Fundação Prefeito Faria Lima. CEPAM. O município no século XXI: cenários e perspectivas. São Paulo, CEPAM, 1999. p.111-21
6. BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2011.
7. ANDRADE LOM. A saúde e o dilema da intersectorialidade. São Paulo: Hucitec; 2006
8. ESCOREL, S.; NACIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, N.T.; Gerschmam S.; Edler, F. C.; Suarez, J. M. (Orgs.). *Saúde e democracia: história e perspectivas doSUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 59-81
9. SOUZA, RR. Construindo o SUS: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo /Renilson Rehem de Souza. – 2002.
10. BRASIL, Ministério da Saúde. O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
11. BRASIL, Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde, 8ª, 1986. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 1987.
12. CORDEIRO, H. O Instituto de Medicina Social e a luta pela reforma sanitária: contribuição à história do SUS. *Physis*, n. 14, v. 2, p. 343-362, 2004.
13. BRAVO, IS, MATOS, MC. Projeto ético Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In *Serviço Social e Saúde*, (org) MOTA...(et al.). Editoras Cortez, OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 3ª edição. Brasília, 2008.
14. BRASIL, Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.
15. BRASIL, http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1395 acesso em março de 2014.
16. ELIAS, PE. Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. São Paulo *Perspec*, 2004, vol.18, n.3, pp. 41-46.
17. MONNERAT, GL, SOUZA R G. Da Seguridade Social à intersectorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. *R. Katál.*, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 41-49, jan./jun. 2011
18. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. Brasília, 2010

19. BRASIL, Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
20. NOGUEIRA VMR, MIOTO RCT. Desafios Atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as Exigências para os Assistentes Sociais in Serviço Social e Saúde, Formação e Trabalho Profissional in Mota, Ana Elizabete (et al), (orgs) – 3ª edi. Cortez, 2008. São Paulo
21. MIOTO, RCT, SCHUTZ, F. Intersetorialidade na Política Social: Reflexões a partir do Exercício Profissional dos Assistentes Sociais. DIPROSUL, Pelotas, 2011