

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA - UFRB  
CENTRO DE ARTES, HUMANIDADES E LETRAS - CAHL  
COLEGIADO DE SERVIÇO SOCIAL

APREENDENDO A INTEGRALIDADE NA TRANSVERSALIDADE ENTRE AS  
POLÍTICAS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL:

A contribuição do Centro de Referência da Assistência Social – CRAS na  
integralidade da atenção básica em saúde no bairro Barro Vermelho no município de  
Itaberaba –BA.

INGRID ALMEIDA DE SOUZA

CACHOEIRA

2013

INGRID ALMEIDA DE SOUZA

APREENDENDO A INTEGRALIDADE NA TRANSVERSALIDADE ENTRE AS  
POLÍTICAS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL:

A contribuição do Centro de Referência da Assistência Social – CRAS na  
integralidade da atenção básica em saúde no bairro Barro Vermelho no município de  
Itaberaba –BA.

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Universidade  
Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB, para obtenção do  
grau de Bacharel em Serviço Social.

Valéria Miranda dos Santos Noronha

**Orientadora**

CACHOEIRA

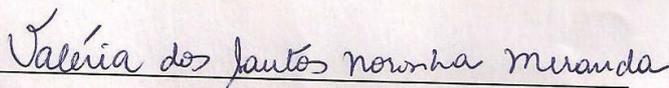
2013

INGRID ALMEIDA DE SOUZA

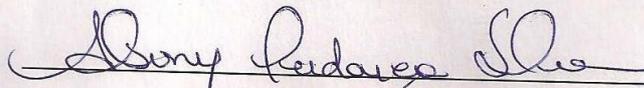
APREENDENDO A INTEGRALIDADE NA TRANSVERSALIDADE ENTRE AS  
POLÍTICAS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL: A contribuição do Centro de Referência  
da Assistência Social (CRAS) na integralidade da Atenção Básica em Saúde no bairro Barro  
Vermelho no município de Itaberaba – BA.

Cachoeira – BA, aprovada em 25/10/2013.

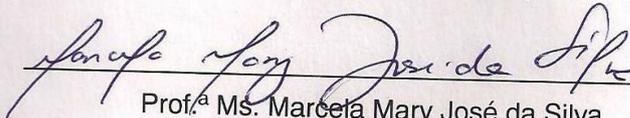
BANCA EXAMINADORA



Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Valéria dos Santos Noronha Miranda  
(Orientadora – UFRB)



Prof.<sup>a</sup> Ms. Albany Mendonça Silva  
(Membro Interno – UFRB)



Prof.<sup>a</sup> Ms. Marceia Mary José da Silva  
(Membro Interno – UFRB)

A todos que acreditam na proposta do Sistema Único de Saúde – SUS.

## AGRADECIMENTOS

Como em todo processo e construção na vida, ninguém percorrer os caminhos sozinho, somos seres condicionados a ajuda e ao afeto do outro, caso contrario não haveria troca de experiência e construção de conhecimento, não haveria o prazer de compartilhar a conquista, assim sendo, não haveria aprendizado, não haveria felicidade. Por isso, e pelo amor e gratidão que tenho aos que estiveram ao meu lado durante as fases que precederam e constituíram este trabalho monográfico, venho, neste espaço, agradecer.

Esta tarefa, que aqui me destino, jamais caberia nestas folhas. A presença e significado de cada um aqui citado ou referido são abstratas e valiosas de mais para serem agradecidas através de palavras. A minha maior expressão de agradecimento sempre estará no meu olhar e abraço.

Acima e antes de tudo agradeço ao meu Deus por ser para mim como uma pessoa, disponível a relacionar-se; por ouvir e responder as minhas angústias, por me orientar com amor e sabedoria em cada escolha, sendo um amigo e pai inigualável.

Ao meu pai por me ensinar afetivamente, através de suas atitudes diárias, a ter caráter e assumir responsabilidades; por ser-me referência em todos os momentos que precisei agir com sabedoria.

A minha mãe por me colocar no lugar de onde nunca quero sair, no lugar onde sou uma “princesa” rodeada de amor e encorajamento.

Ao meu irmão pela amizade que traz leveza a minha rotina; por me fazer rir os melhores risos.

A toda minha família, avôs, tios e tias, primos e primas, por acreditarem em mim, transmitindo-me a confiança que me ajudou a concluir este projeto.

Aos meus irmãos em Cristo, por me colocarem em suas orações, compartilhando comigo o peso das dificuldades e a alegria das vitórias.

As amigas que não reconheceram na distância empecilho para ser e estar presentes.

Aos discentes da turma de Serviço Social 2009.2 da UFRB por fazer destes quatro anos de graduação um palco de aprendizado ético e político sobre a nossa profissão. Em especial as amigas que extrapolaram a convivência em sala de aula, dando alegria as minhas tardes e noites.

Aos parceiros do EVSUS por estarem ao meu lado em momentos tão especiais, através dos quais aprendi a acreditar na proposta do SUS.

Ao corpo discente da UFRB pela arte de levar-me ao conhecimento. Em especial Rosenária Ferraz, Marina Silva e Albany Mendonça pelas orientações nas etapas de estágios e a Valéria Noronha por acreditar nas minhas ideias e escrita, pela serenidade e calma em todas as orientações para este trabalho e por estar presente mesmo a 300 Km de distância.

As minhas supervisoras de campo de estágio: Mônica Calil e Ivana Rodrigues, por possibilitarem conhecimento sobre o âmbito da prática profissional, inspirando-me as ideias para escolha do tema desta monografia.

Aos profissionais da Unidade Básica de Saúde e Centro de Referência de Assistência Social do bairro Barro Vermelho em Itaberaba – BA, por possibilitarem a aproximação e pesquisa a realidade, através das contribuições de cada um.

E a todos que aqui não foram citados, mas que de alguma forma ou em algum momento, passaram e estiveram na minha vida dando-me coragem, animo e força para idealizar esta construção e enfim concluí-la.

(...) para a construção do Cuidado, tão importante quanto investir na reflexão e transformação relativas às características das interações interpessoais nos atos assistenciais e a partir deles, é debruçar-se, uma vez mais e cada vez mais, sobre as raízes e significados sociais dos adoecimentos em sua condição de obstáculos coletivamente postos a projetos de felicidade humana. (AYRES, 2004, p. 27)

## RESUMO

O trabalho monográfico, ora estruturado, constitui-se pela busca de elementos teóricos e reais para compreender e (re) conhecer a intersetorialidade entre as políticas de saúde e assistência social, através da transversalidade e trabalho em rede entre a Unidade de Saúde da Família (USF) e o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) no bairro Barro Vermelho no município baiano de Itaberaba. Com a finalidade de consubstanciar a proposta norteadora do trabalho buscar-se-á na análise do processo histórico e político-ideológico do Movimento da Reforma Sanitária os elementos que justificam a necessidade e relevância da intersetorialidade, enquanto estratégia de gestão, entre a política e saúde e as demais políticas sociais e econômicas, em especial a política de assistência social. Parte-se do pressuposto de que o modelo de atenção à saúde, orientado pela Reforma Sanitária, propõe novas estratégias de prática na área de saúde. Pela apreensão do conceito ampliado de saúde e seus determinantes, os quais evidenciam o princípio da integralidade tanto no cuidado quanto na orientação das práticas de saúde, reconhece-se na proposta de prática de transversalidade e de trabalho em rede entre os serviços de saúde e assistência social grande potencialidade para a promoção e proteção da saúde, tendo em vista os significados sociais dos adoecimentos. O estudo, proposto por este trabalho, decorrerá de uma pesquisa qualitativa a respeito da existência da intersetorialidade e trabalho em rede entre a USF e CRAS, a qual se materializará através da realização de entrevistas semi-estruturadas junto aos profissionais destas unidades e pesquisa documental nas mesmas. Tais instrumentais mediaram à obtenção de dados sobre os quais foram empreendidas análises orientadas pelo método histórico dialético e embasadas pelos referenciais teóricos anteriormente expostos nos capítulos anteriores. As análises dos dados da pesquisa visaram identificar como os profissionais destas unidades percebem a necessidade da política de saúde em articular-se com as demais políticas sociais com vistas à garantia do direito à saúde. Ainda, buscou-se apreender a percepção sobre a relação entre a política pública de saúde e assistência social e a visão dos profissionais acerca da existência de projetos e/ou propostas voltadas para o trabalho em rede entre as unidades, além de suas opiniões profissionais quanto a importância da intersetorialidade enquanto estratégia de gestão. Percebeu-se que existem, pontualmente, entre as unidades ações intersetoriais voltadas aos condicionantes em saúde, mas não se encontrou subsídios para afirmar a existência de uma gestão intersetorial. Assim, a transversalidade entre as abordagens práticas destas unidades, apoiadas pela estratégia de intersetorialidade e resultante no trabalho em rede entre estas, constitui-se uma possibilidade.

**Palavras-chave:** Reforma Sanitária, intersetorialidade, integralidade, determinantes em saúde, trabalho em rede, saúde e assistência social.

## ABSTRACT

The monograph, well structured, is by the pursuit of real and theoretical elements to understand and ( re) learn the intersectoral policies between health and social care, through mainstreaming and networking between the Family Health Unit ( USF ) and Reference Centre of Social Assistance ( CRAS ) in Barro Vermelho neighborhood in the city of Bahia Itaberaba. In order to substantiate the proposed guiding job search will be on the analysis of historical process and political- ideological Sanitary Reform Movement elements justifying the need and relevance of intersectionality as management strategy, between politics and health and other social and economic policies, in particular the social assistance policy. This is on the assumption that the model of health care -oriented health reform, proposes new strategies in health care practice. The seizure of the broader concept of health and its determinants, which demonstrate the principle of comprehensive care as much in the direction of health practices, it is recognized in the proposed practice of mainstreaming and networking between health services and care social great potential for the promotion and protection of health, given the social meanings of illnesses. The study proposed by this work, run a qualitative research about the existence of intersectoral cooperation and networking between USF and CRAS, which is compounded by conducting semi-structured interviews with professionals of these units and documentary research in same. Such mediated instrumental to obtaining data on which analysis will be undertaken guided by dialectical and historical method embasadas by theoretical previously exposed in previous chapters. The analysis of the survey data are intended to identify these units as professionals realize the need of health policy articulated with other social policies aimed at ensuring the right to health .Still , we tried to apprehend the perception about the relationship between public policy and health and social care professionals' view of the existence of projects and / or proposals focused on the networking between units, in addition to their professional opinions regarding importance of intersectionality as a management strategy. The aim is therefore to realize practical approaches intersections among these units, supported by intersectoral strategy and resulting in networking between them, constituted as a reality or a possibility.

**Keywords:** Health Reform, intersectionality, wholeness, health determinants, networking, health and social care.

## **LISTA DE SIGLAS**

AB - Atenção Básica

APS - Atenção Primária à Saúde

ABRASCO - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde coletiva

AIS - Ações Integradas de Saúde

BPC - Benefício de Prestação Continuada

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CF/88 - Constituição Federal de 1988

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CRAS - Centro de Referência da Assistência Social

CREAS - Centro de Referência Especializado da Assistência Social

ESF - Estratégia Saúde da Família

EVSUS - Estágio de Vivência no Sistema Único de Saúde

LOAS - Lei Orgânica

NOB RH/SUAS - Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social

NOB SUS 01/96 - Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde de 1996

PAIF - Atendimento Integral à Família

PBF - Programa Bolsa Família

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNAS - Política Nacional de Assistência Social de Assistência Social

PSF - Programa de Saúde da Família

RSB - Reforma Sanitária Brasileira

SBPC - Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência

SUAS - Sistema Único de Assistência Social

SUDS - Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

USF - Unidade de Saúde da Família

8ª CNS - 8ª Conferencia Nacional de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>2 A QUESTÃO SAÚDE PARA ALÉM DA ANÁLISE SETORIAL: DA PROPOSTA DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA À CONSTITUCIONALIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b> .....	17
2.1 A Reforma Sanitária: Processo de Construção do “Paradigma Sanitário” .....	17
2.2 O Sistema Único de Saúde: A Incorporação Institucional dos Marcos Conceituais da Reforma Sanitária Brasileira .....	26
2.3 O Princípio da Integralidade Enquanto Forma de Organizar as Práticas em Saúde: Quando as Políticas se Tocam .....	30
<b>3 TECENDO AS REDES NA SAÚDE PÚBLICA: A TRANSVERSALIDADE ENTRE O SISTEMA DE SAÚDE E O SISTEMA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL</b> .....	39
3.1 O Sistema de Saúde: Da Rede de Serviços as Redes de Sistema .....	39
3.2 A Intersetorialidade: Uma Estratégia de Gestão para as Políticas Sociais .....	44
3.3 O Apoio das Ações Intersetoriais no Cuidado à Saúde: O Trabalho em Rede entre a Unidade de Saúde da Família e o Centro de Referência da Assistência Social .....	51
<b>4 A TRANSVERSALIDADE NAS AÇÕES DA USF E CRAS: UMA POSSIBILIDADE OU UMA REALIDADE?</b> .....	60
4.1 O Percurso Metodológico .....	60
4.2 Conhecendo a Realidade: A Pesquisa de Campo .....	64
4.2.1 O Diagnóstico Sócio Territorial de Itaberaba-BA e a Caracterização do Serviços da UBS e CRAS no Bairro Barro Vermelho .....	66
4.2.2 Análise das Falas dos Profissionais: Um Reflexo da Dimensão Coletiva com Base na Visão Individual .....	73
<b>5 A TÍTULO DE CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	86
<b>6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	90
<b>7 APÊNDICE</b> .....	93

## 1 INTRODUÇÃO

O trabalho monográfico, ora estruturado, construiu-se pela análise do objeto de estudo que atende pela seguinte delimitação: “Apreendendo a integralidade na transversalidade entre as políticas de Assistência Social e Saúde: A contribuição do Centro de Referência da Assistência Social – CRAS na integralidade da Atenção Básica em Saúde no bairro Barro Vermelho no município de Itaberaba, BA”. No intento de alicerçar a pesquisa da realidade que constitui o objeto de estudo, foi antes formulado no corpo do trabalho uma análise dos referenciais teóricos que embasam uma construção teórica do tema, além de justificar política e ideologicamente a validade da pesquisa.

Assim sendo, o estudo destacará a importância da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) enquanto processo de luta em função da ampliação do conceito saúde - reconhecendo-o como direito universal incorporado ao sentido de cidadania e entendendo-o em suas múltiplas determinações - resultante das transformações significativas do setor saúde através da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). Com base na proposta política/ideológica sustentada pela RSB, serão sinalizados os elementos fundamentais que demarcam a importância da articulação entre a política de saúde e as demais políticas sociais, em especial com a política de assistência social, enquanto parte das ações necessárias para a prestação do “cuidado” integral na saúde. Para tanto, será feito uso da explanação sobre a estrutura do sistema atual de saúde, bem como do modelo de atenção que norteia a produção dos serviços no sistema com a finalidade de afirmar que: a incorporação do sentido amplo de saúde e seus determinantes na constitucionalização e estrutura do sistema de saúde reconhece a participação das ações das demais políticas públicas no cuidado e garantia da saúde, abrindo espaço para a incorporação de novas práticas gerenciais nestas esferas, tocando assim nas categorias de gestão, trabalho em rede, intersetorialidade e transversalidade.

O processo de identificação e delimitação deste objeto foi mediado pela vivência como Estagiária da Secretaria Municipal de Assistência Social em Maragogipe-BA e pela imersão na realidade do cotidiano do SUS proposto pelo Estágio de Vivência no Sistema Único de Saúde (EVSUS). Na condição de estagiária, foi possível o amadurecimento do “olhar” sobre as potencialidades intrínsecas às ações intersetoriais destas políticas com vistas à garantia do acesso à saúde, bem como à sua promoção e proteção. Este olhar gerou forte interesse e engajamento - tendo em vista que a escolha de um objeto de pesquisa é um posicionamento

político - na ideia de que a continuidade ao processo da Reforma Sanitária deve extrapolar as questões técnicas institucionais e alcançar as questões referentes à reconceitualização das necessidades de saúde e as estratégias para provê-las direcionando uma crítica às práticas sanitárias tradicionais centradas no modelo curativo.

O primeiro capítulo pretende empreender uma discussão sobre a construção histórica brasileira da concepção de saúde, em seu sentido mais abrangente, a qual requer atenção aos elementos históricos, teóricos e políticos que a constituem. Assim sendo, debruçar-se-á sobre a apreensão do Movimento da Reforma Sanitária que, enquanto processo, resultou na reestruturação do setor saúde através da criação do Sistema Único de Saúde e permanece nos dias atuais na luta pela reconceitualização das necessidades de saúde e crítica às práticas sanitárias tradicionais e biologicistas. A reflexão abrange o deslocamento da ênfase da questão dos serviços para as condições de saúde e seus determinantes, reafirmando o princípio doutrinário da integralidade na atenção à saúde da população.

Neste sentido será feita uma breve análise do desenvolvimento da RSB desde seu surgimento na década de 1970 até a constitucionalização do SUS, abordando os principais elementos históricos que forneceram as bases reais e concretas para seu desenvolvimento e os referenciais teóricos e ideológicos – inscreve-se aqui a apreensão da superação da medicina curativa, a crítica à medicina preventiva e os rumos que foram estabelecidos até a constituição dos campos da Medicina Social e da Saúde Coletiva - que orientaram a construção do movimento e respaldaram a proposta de reforma ao setor.

Nesta fundamentação ideológica, o Movimento Sanitário concebeu a saúde na sua realidade material, não como um bem, mas sim, como um processo e uma produção. Essa percepção elevou à compreensão do significado de saúde, levando ao questionamento à concepção de saúde restrita a dimensão biológica e individual. Assim sendo, o conceito de saúde passou a contemplar o direito à qualidade de vida. Saúde e doença na coletividade passaram a ser fenômenos que, para além da dimensão biológica, são determinados social e historicamente. Saúde é um componente do processo de reprodução social.

O estudo também contemplará uma explanação sobre o SUS - sistema que materializa uma mudança politicamente profunda no paradigma assistencial da saúde. Esta materialização é resguardada por seus princípios e diretrizes especialmente pelo princípio da integralidade, o qual, em seus vários sentidos, resguarda o (re) conhecimento da percepção de totalidade sobre a saúde, suas necessidades e ações para assegurá-la enquanto direito universal. Sobre este embasamento pretende-se com base no pressuposto pelo princípio da integralidade, reforçar a ideia da intersectorialidade entre as políticas de saúde e as demais, em especial a de assistência

social. Esta ideia encontra apoio na compreensão de que a saúde é determinada por agentes múltiplos – biológicos, ecológicos, sociais, psicológicos. A gestão e a assistência à saúde pressupõe considerar seus vários determinantes, as diversas políticas que perpassam o SUS, estabelecem sua transversalidade necessitando de uma interlocução entre as suas várias esferas como um dos modos de garantir o direito à saúde.

O segundo capítulo será norteado pelas discussões do primeiro capítulo, resgatando e avançando as análises empreendidas. No intuito de contemplar o objeto de estudo do respectivo trabalho científico, se considera que a amplitude da proteção à saúde estará sempre proporcional à apreensão da importância do bem-estar dos indivíduos para constituição de uma sociedade saudável. Supera-se assim o contentamento da viabilização do direito a saúde como sendo a mera satisfação da cura de doenças e agravos. Esses argumentos indicam que as necessidades de saúde não podem ser tratadas como objeto e finalidade apenas do SUS, é necessária parceria com diversos outros sistemas das políticas sociais para que se viabilizem níveis razoáveis de bem-estar para todos.

Ainda, buscar-se-á evidenciar, por meio de uma reflexão, a relevância dos serviços do Centro de Referência da Assistência Social no fortalecimento da integralidade do cuidado em uma Unidade Básica de Saúde, contribuindo para a produção da atenção e da organização dos serviços no SUS, enfatizando especialmente os componentes: rede dos serviços de saúde e as organizações. Justifica-se esta opção analítica com a lógica de que a análise destes componentes do sistema de saúde comprova a relevância da transversalidade entre a política de saúde e as demais políticas sociais e conseqüentemente entre os serviços prestados pelos sistemas destas políticas, salientando relevância fundamental da articulação entre saúde e assistência social.

A dimensão de integralidade pressupõe a prestação dos serviços de saúde de modo articulado, garantindo o direito à saúde considerando a prevenção, promoção, reabilitação e cura como um processo que implica na própria noção de totalidade. É mediante a consideração da concepção ampliada de saúde, defendida pelo SUS, que torna-se claro a necessidade da gestão local articular-se com as demais políticas sociais, incentivando a intersetorialidade no planejamento e execução de ações que alcancem impactos positivos nas condições de saúde. Assim sendo, pode-se afirmar que a transversalidade entre as políticas sociais é, pois, um valor social na proteção à saúde.

A proposta central da pesquisa visa o (re) conhecimento e análise da transversalidade entre as ações de uma unidade da política de saúde e um programa da política de assistência social. Tal proposta se consubstanciará mediante a compreensão do sentido amplo de saúde e

seus determinantes, destacando que isoladamente a política pública de saúde torna-se insuficiente para garantir o acesso e o cuidado à saúde. De modo a comprovar que a efetiva garantia do direito à saúde requer ações integradas entre as políticas sociais e econômicas. Com isso, as inquietações para o estudo provocaram os seguintes questionamentos: Qual é a relação entre as políticas de saúde e assistência social? Quais os objetivos dos programas e projetos desenvolvidos nas instituições que compõem o objeto pesquisado e a aproximação entre essas ações? O estudo buscou comprovar as potencialidades da gestão intersetorializada entre as políticas de saúde e assistência social, tomando como base a realidade do bairro Barro Vermelho em Itaberaba-BA.

Tais fins foram atingidos mediante pesquisa quantitativa, utilizando um estudo exploratório. A pesquisa se constituirá, metodologicamente, pela realização de entrevistas e análise documental. Vale ainda ressaltar que os sujeitos da pesquisa foram os profissionais de saúde que compõem o Programa de Saúde da Família e os profissionais que atuam no Centro de Referência da Assistência Social, ambos do bairro Barro Vermelho na cidade de Itaberaba-BA.

## **2 A QUESTÃO SAÚDE PARA ALÉM DA ANÁLISE SETORIAL: DA PROPOSTA DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA À CONSTITUCIONALIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.**

Em face às necessidades de saúde da população brasileira em meados da década de 1970 tornou-se proeminente a necessidade da politização<sup>1</sup> da questão saúde no cenário das políticas públicas nacionais. Da percepção desta necessidade nasce o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira que reconhece a saúde, antes de tudo, como resultado das formas de organização social.

Empreender uma discussão sobre a construção histórica brasileira da concepção de saúde, em seu sentido mais abrangente, requer atenção aos elementos históricos, teóricos e políticos que a constituem. Assim sendo, este item debruçar-se-á sobre a apreensão do Movimento da Reforma Sanitária, enquanto processo, que resultou na reestruturação do setor saúde através da criação do Sistema Único de Saúde e permanece nos dias atuais na luta pela reconceitualização das necessidades de saúde e crítica às práticas sanitárias, motivando o deslocamento da ênfase da questão dos serviços para as condições de saúde e seus determinantes, reafirmando o princípio doutrinário da integralidade na atenção à saúde da população.

### **2.1 A Reforma Sanitária: Processo de Construção do “Paradigma Sanitário”**

A ótica pela qual se concebe a compreensão atual de saúde nasce no Brasil com o debate desenvolvido no Movimento da Reforma Sanitária, o qual impulsionou o questionamento da concepção de saúde restrita à condição biológica e individual. Este movimento surge no cenário nacional na segunda metade da década de 1970 encabeçado por

---

<sup>1</sup> A ideia de politização da questão saúde equivale a compreensão das políticas de saúde como parte do processo de legitimação do poder do Estado, e, conseqüentemente, da manutenção do domínio de classes.

segmentos populares, estudantes, pesquisadores, instituições de ensino e pesquisa e profissionais de saúde. A Reforma Sanitária Brasileira, enquanto movimento, processo, projeto e proposta social, questionou o “paradigma biomédico” (Paim, 1997) dominante nas políticas públicas e nas instituições sanitárias, lançando mão da busca de paradigmas alternativos<sup>2</sup> para orientação das práticas de saúde.

Tomando como base a história contínua como sendo um verdadeiro correlato indispensável à função fundadora de qualquer objeto de estudo, julga-se pertinente a leitura do texto histórico do Movimento Sanitário no Brasil para compreender como as transformações no setor saúde, decorrentes a partir da realidade do regime militar de 1964, tornou latente a necessidade tanto da crítica ao saber biomédico hegemônico na área quanto à criação de um saber contra-hegemônico e politicamente efetivo.

As transformações ocorridas na sociedade brasileira a partir do golpe militar de 1964 inauguraram no cenário nacional um modelo burocrático-autoritário que remodelou o país sobre base de um novo desenvolvimento econômico-social e político através de mecanismos basicamente coercitivos, que, no quadro de uma estratégia de classes, instrumentalizou uma estratégia de dominação da burguesia no Brasil (Bravo, 2011). Nos ditames deste regime militar o cidadão foi anulado e a grande maioria da sociedade civil foi submetida ao controle e exploração. As questões sociais eram cada vez mais despolitizadas, sendo tratadas sobre uma racionalidade técnica e uma intervenção baseada na assistência-repressão. Neste mesmo quadro, a saúde pública era marcada pela

(...) ausência de planificação, falta de capacidade gerencial e pouca participação da iniciativa privada; os problemas de saúde deveriam ser resolvidos pela tecnocracia, através da privatização dos serviços. As doenças que afetavam os grandes segmentos da população brasileira eram de responsabilidade do Ministério da Saúde, enquanto o atendimento médico individual ficou sobre responsabilidade do setor previdenciário. (...) A dicotomia saúde pública e saúde curativa permaneceu de forma acentuada sendo dada pouca importância às medidas de atenção coletiva à saúde da população. (BRAVO, p.59, 2011)

Com base nas análises empreendidas por Luz (1979) nada houve no setor saúde entre os anos de 1968 e 1974 além de uma integração de programas setoriais da atenção médica. Não havia planejamento ou planos de saúde. Dos departamentos de medicina preventiva ganhavam fôlego, os até então menosprezados, sanitaristas, que identificavam-se com um

---

<sup>2</sup> Esta ideia de “paradigma” é utilizada por Paim (1997) para corresponder a um conjunto de noções representações e crenças, tornando-se, neste contexto, um referencial para a ação em saúde.

projeto nacional desenvolvimentista e, conseqüentemente, com a prática preventiva que condiziam com propostas inovadoras.

Sobre a implantação de um novo padrão de organização dos serviços médicos previdenciários passou-se, neste período, a priorizar a contratação de serviços terceirizados em detrimento da prestação dos serviços da própria Previdência. Isto fez com que o Estado desse incentivo ao crescimento e expansão da iniciativa privada. Assim sendo, a prática médica tornou-se altamente lucrativa.

O contexto brasileiro na década de 1970 marcava-se pelo mal estar na área política e econômica em decorrência da crise do “milagre econômico<sup>3</sup>”. A instabilidade na economia e na legitimidade do regime autocrático – provocado pelo início do reaparecimento das forças sociais - forçou o governo a buscar formas alternativas de lidar com a questão social, através do alargamento das políticas sociais, tendo em vista o crescimento das demandas decorrente da alta nos níveis de pauperização das classes trabalhadoras. Este contexto fez obrigatória a realização de algumas modificações no campo da saúde. Foram empreendidas reformas institucionais que não tocavam nos determinantes estruturais desta política. Assim sendo, permaneceu-se o privilégio à iniciativa privada, mediante a compra de serviços neste setor. Continuou intacta a dicotomia entre assistência médica e saúde coletiva, uma vez que não havia medidas de articulação entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência. Deste modo, fica claro que as modificações no âmbito da política pública de saúde não romperam com o modelo de política adotado no pós-64 (Bravo, 2011).

Com base nas análises de Paim (2009) o sistema de saúde brasileiro tendia, cada vez mais, a excluir milhões de brasileiros da atenção a saúde, ou minimizar esta atenção através da oferta de serviços de baixa qualidade. As reformas ocorridas no setor saúde no período de 1974 a 1979 - dentre as quais destaca-se a fixação do Sistema Nacional de Saúde que visou disciplinar e organizar as diversas modalidades de prática médica vinculadas a previdência social – não foram suficientes para avançar na melhoria dos serviços públicos de saúde enquanto resposta as necessidades de saúde da população.

No ano de 1979 o espaço político brasileiro começa a passar por um processo de abertura. Este processo começou com o projeto do governo Geisel que visava uma

---

<sup>3</sup> O Milagre Econômico foi uma denominação dada a um momento resultante de um conjunto de medidas governamentais que elevaram o crescimento econômico durante o período da Ditadura Militar, mais precisamente durante os anos de 1969 e 1973, no mandato do general Emílio Médice.

progressiva distensão entre os blocos sociopolíticos, a fim de conter a oposição de frações da elite. Nestes termos, o pretendido era reconquistar a maioria eleitoral para a ala civil do regime, distanciando-se da possibilidade de entrega do poder à oposição democrática. Contudo, a consistência da crise econômica, resultante do expressivo endividamento externo, somado ao reingresso da classe operária na cena política barrou os propósitos deste governo.

O governo de Figueiredo, sucessor de Geisel, herdou a crise econômica que passou a agravar-se no período de 1980 a 1985. Esta década de 1980 foi assim marcada pela ampliação dos movimentos sociais urbanos e pela consolidação dos movimentos sindicais, que em fase da conjuntura política, econômica e social viu-se na necessidade de articular-se para garantir melhoras nas condições de vida, dentre estas estava à questão saúde.

De camadas da sociedade civil surgiram propostas questionadoras sobre as distorções e insuficiências da Política Nacional de Saúde. A esta voz de reclamações elevadas ao setor, levantada por segmentos da população, juntou-se a mobilização de profissionais de saúde em torno dos interesses coletivos. Os setores progressistas de profissionais de saúde pública já se organizavam desde meados da década 1970, época em que ocorreu forte crescimento de encontros e produções teóricas na área de saúde coletiva. A ocorrência destes encontros foi especialmente estimulada e articulada pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). O CEBES, constituída enquanto entidade civil e criada em 1975, objetivava a defesa da ideia de Saúde Coletiva através da produção de conhecimentos a respeito da saúde da população e articulação desse conhecimento e das demais produções da área com uma “prática política concreta” (Bravo, p.77, 2011). Estas produções contemplavam análises da condição de saúde da população levando em consideração elementos da realidade econômica e social como determinantes para a condição de saúde, como bem salienta Bravo:

Os estudos enfatizaram a análise das transformações ocorridas no setor saúde, relacionando-as com os efeitos perversos da economia centralizadora que agravou as condições de vida e higiene da população, dificultando seu acesso a bens essenciais, tornando-a mais vulnerável às enfermidades e outros danos a saúde. O debate colocou a relação da prática em saúde com a estrutura de classes, sofrendo a determinação estrutural e conjuntural da sociedade. (BRAVO, p. 76 e77, 2011)

Com a ampliação da prática política das entidades representativas de profissionais da área de saúde, elevada pela forte articulação com movimentos populares no período entre o

final da década de 1970 e início da de 1980, a relação saúde e democracia passou a estreitar-se. Ampliando assim a luta pela saúde, de modo a perpassar as questões específicas desta esfera através da ênfase dada a questões concretas da vida, tais como: saneamento, luz, água, transporte dentre outros, que para além da melhoria dos serviços assistenciais de saúde representavam propostas alternativas a esta política, de modo a enfatizar o setor público e a promoção a saúde.

Este movimento de questionamento e tentativa de reestruturação da política de saúde que tem seu âmago nas mobilizações da sociedade civil e recebe apoio e sustentação da organização de profissionais, estudantes e pesquisadores da área de saúde constitui-se no Movimento Sanitário, o qual constrói o projeto de reforma sanitária, como uma reforma social que transcenderia a administração setorial dos serviços de saúde. Este começa a ganhar corpo na metade da década de 1970, motivando-se pela impossibilidade de aceitação à política de saúde da época, alcança seu auge na década de 1980 tendo como resultado principal a instrumentalização da construção do SUS e estende-se até os dias atuais. A luta pela democratização da saúde e reestruturação do sistema de serviços empreendidos pelo movimento da reforma sanitária estabelece a publicização da saúde como vetor direcional da reforma. Nestes termos, entra-se em acordo com Fleury (2006) quando compreende-se que o objetivo fundante da RSB é tornar possível a obtenção efetiva da saúde a toda população brasileira, sem excluir as parcelas da população cujas condições materiais de existência atuam exatamente no sentido inverso a possibilidade do acesso a saúde. Partindo destes pressupostos, torna-se compreendido que democratizar a saúde é o mesmo que publicizá-la.

Em sua trajetória a RSB se constituiu por dois vieses. O primeiro é compreendido pelo “braço civil” e o segundo pelo “braço estatal” (Dâmaso, 2006). Neste primeiro momento é notável a relevância da participação do CEBES que, como já exposto, contribuiu, juntamente com instituições acadêmicas e sociedades científicas como a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC) e Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde coletiva (ABRASCO), para produção e articulação de conhecimentos a respeito da área de saúde, levando estes conhecimentos a articulação com uma prática política, sendo o CEBES o gestor da ideia da Reforma Sanitária Brasileira. Neste “braço civil” inscreve-se, portanto, a elaboração dos marcos conceituais e ideológicos que conduziram e deram sentido a reforma, em especial a apreensão de um novo conceito de saúde que implicou na adoção de um novo método de compreensão das necessidades de saúde da população.

Em sua fundamentação ideológica, o Movimento Sanitário concebeu a saúde na sua realidade material, não como um bem, mas sim, como um processo e uma produção. Essa percepção elevou à compreensão do significado de saúde, levando a questionamento a concepção de saúde restrita a dimensão biológica e individual, assim sendo, o conceito de saúde passou a contemplar o direito a qualidade de vida. Saúde e doença na coletividade passaram a ser fenômenos que, para além da dimensão biológica, são determinados social e historicamente, sendo assim saúde é um componente do processo de reprodução social.

A concepção de saúde fundou um marco ideológico que conduz, a partir de então, as práticas em saúde ao sentido de prática política. Este novo campo teórico que sustenta a compreensão de saúde não se limita ao saber médico, este é pautado em uma metodologia “histórico-estrutural” (DÂMASO, p. 79, 2006) do processo de saúde e adoecimento de modo a elevar o reconhecimento da participação dos elementos psíquico e social na determinação da saúde abrindo espaço para produção de práticas de cuidado que levem em consideração o saber histórico-social. Assim, o cuidado à saúde recebe uma perspectiva humanizada, com base no reconhecimento integral dos aspectos sociais que determinam a saúde dos indivíduos, nesta perspectiva afirma Ayres:

(...) para a construção do Cuidado, tão importante quanto investir na reflexão e transformação relativas às características das interações interpessoais nos atos assistenciais e a partir deles, é debruçar-se, uma vez mais e cada vez mais, sobre as raízes e significados sociais dos adoecimentos em sua condição de obstáculos coletivamente postos a projetos de felicidade humana e, de forma articulada, da disposição socialmente dada das tecnologias e serviços disponíveis para sua superação. Nesse sentido, julgamos de fundamental relevância, na produção sobre o Cuidado, a articulação de iniciativas teóricas e práticas que vinculem os cuidados individuais a aproximações de corte sócio-sanitário. (AYRES, p. 27, 2004)

A adoção deste método histórico-estrutural pela Reforma Sanitária para embasar a compreensão de saúde dá origem ao conhecimento da Saúde Coletiva. Pra chegar a esta percorreu-se um processo não linear, onde se passou por momentos distintos, desde a superação da medicina curativa-higiene, a crítica à medicina preventiva para enfim alcançar a apreensão da medicina social que deu base para a Saúde Coletiva.

Ao dar início a um processo de rompimento com o paradigma biomédico a RSB elaborou a construção de um paradigma alternativo que orientasse as ações em saúde. Neste

intento é criado o “paradigma sanitário” enquanto proposta contra-hegemônica, uma vez que vai de encontro com as bases teóricas do saber predominante nas práticas de saúde e na lógica da política desta área prevalecente até a década de 1970. O paradigma sanitário possui inicialmente seu fundamento teórico na medicina preventiva que se deu a partir de elaborações críticas dirigidas as sustentações teóricas e técnicas do discurso médico hegemônico. Esta racionalidade fazia uso de conceitos como processo de saúde-doença, história natural das doenças, multicausalidade, integração resistência e mudança. Através da articulação de um conjunto de medidas de prevenção, buscava incorporar na prática médica atitudes preventivas e sociais. O proposto era manter a organização dos serviços de saúde na perspectiva da medicina liberal, apresentando uma possibilidade de redefinição das possibilidades médicas através da mudança na educação (Paim, 2011).

A medicina preventiva teve como principais marcos conceituais a medicina integral e a medicina comunitária, absorvendo a partir destes o modelo de história natural das doenças e uma nova estratégia de operacionalização nos serviços de saúde com ênfase nas noções de regionalização e hierarquização dos serviços, participação comunitária e multiprofissionalidade (Paim, 1997). Ao passo que se incorporou a crítica a medicina preventiva houve uma aproximação teórico/conceitual a Medicina Social, da qual evoluiu-se para constituição da Saúde Coletiva (Paim, 2011). Desta última emerge a compreensão de que saúde e doença na coletividade não podem ser explicitadas exclusivamente nas suas condições biológicas e ecológicas, fomentando a idéia de que estes fenômenos são determinados socialmente e historicamente, enquanto componentes do processo de reprodução social (Paim, 1997). Como bem afirma Silva:

Considera-se saúde e doença como um único processo que resulta da interação do homem consigo mesmo, com outros homens na sociedade e com elementos bióticos e abióticos do meio. Esta interação se desenvolve nos espaços sociais, psicológicos e ecológicos, e como processo tem dimensão histórica (...). A saúde é entendida como um estado dinâmico de adaptações a mais perfeita possível às condições de vida em dada comunidade humana, num certo momento da escala histórica. (SILVA, p. 31-32, 1973)

A Saúde Coletiva traz, portanto, um conceito de saúde que a compreende em sua multicausalidade. Nesta perspectiva, a saúde é constituída pela simultaneidade complexa de processos em ordens diferenciadas das esferas: física, mental e social, as quais guardam em si

implicações e reciprocidades de modo a determinar a saúde, sendo, pois, organizadas em diversas ordens e distintas complexidades. A partir de então, não se trata mais de lidar com corpos doentes, para os quais predomina o domínio do saber necessariamente clínico, pois se extrapola o nível dos corpos individuais uma vez que se reconhece os fatores psíquico e social como condicionantes do corpo. Assim sendo, a Saúde Coletiva dá atenção e enfoque aos processos que mantêm a saúde ou provocam doenças, abrangendo assim o olhar do processo saúde/doença, de modo a apreender os corpos sociais, pois não se trata de meros indivíduos doentes, mas sim de sujeitos sociais inseridos em relações sociais, e é no âmbito destas relações onde se estabelece as condições de vida saudável e de acesso aos bens e serviços de saúde.

A politização da questão saúde sustentada nas bases ideológicas e conceituais e guardadas nas produções do saber sobre Saúde Coletiva, expressaram-se no levante da primeira proposta do Sistema Único de Saúde formulado em 1979 pelo CEBES, que mesmo justificando um conjunto de princípios e diretrizes para sua criação, só teve sua proposta incorporada a Constituição da República nove anos depois. Pode-se retomar as considerações a respeito dos véis que constituíram a RSB, cabe aqui abordar sobre o segundo destes véis, o qual se representa pelo “braço estatal”. Este último é composto pelos marcos institucionais de grande representatividade política. Aqui inscrevi-se inicialmente as medidas de integração das ações e as unificações dos serviços de saúde mediante convênios entre os governos federal, estadual e municipal a partir de 1983. Entre estas iniciativas pode-se dar destaque as Ações Integradas de Saúde (AIS)<sup>4</sup> e os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS)<sup>5</sup>; com base nas análises de Paim (2009) estas medidas serviram de pontes facilitadoras para a travessia simbólica representada pela implementação do SUS.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS), que, realizada em 1986, debateu e sintetizou diversos estudos e proposições para a Reforma Sanitária. Foi do relatório final deste evento que originou-se o capítulo “Saúde” da Constituição de 1988, que representando o

---

<sup>4</sup> As AIS visavam reunir, através de um planejamento único e integrado, os recursos federais, estaduais e municipais para atenção à saúde, com gerência nos níveis central, regional e local. As Ações Integradas de Saúde pautavam-se nos princípios de universalização, direito universal à assistência à saúde a toda população brasileira; potencialização e priorização dos serviços de atenção primária a saúde, com ênfase na prevenção; descentralização das decisões administrativas, técnicas e políticas referentes à política da saúde. Mantinha-se, ainda, como estratégia a regionalização e a hierarquização dos serviços de saúde (Bravo, 2011).

<sup>5</sup> Após a realização da 8ª CNS coube ao governo assumir a bandeira da Reforma Sanitária, acoplando as AIS medidas nas áreas de habitação, saneamento, alimentação, entre outras. A consolidação das AIS fez necessária a constituição do SUDS, o qual foi aprovado pelo presidente da República em julho de 1987. O SUDS representou a maior reforma administrativa até então começada pela previdência social. O SUDS consolidou uma proposta de descentralização, criação de um sistema único e do projeto de municipalização (Bravo, 2011).

principal marco político deste “braço estatal” da RSB, posteriormente, desdobra-se nas leis orgânicas de saúde (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90) que permitem a implementação do SUS.

A leitura do que ideologicamente sustenta a Reforma Sanitária deixa claro que ela inaugurou uma nova bandeira na luta pela democratização da política pública de saúde, mostrando-se cada vez mais como sendo uma reforma social. Agora, pois, como bem afirma Damaso,

Não se trata apenas mais de organizar e prover os benefícios a saúde - a moda de um assistencialismo – ainda que democrático ou comunitário - mas sim de organizar-se numa luta, ingressando ativamente na arena política. Não se trata de melhorar o sistema, mas de transformá-lo estruturalmente, invertendo a lógica do seu funcionamento, introduzindo no planejamento de saúde a categoria das lutas de classes. Não se trata mais de assistir e de integrar os doentes, mas de atuar nos níveis das condições sociais de produção das doenças. (DAMASO, p.72, 2006)

O SUS, enquanto proposta de uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, de atendimento integral, de participação da comunidade (Paim, 1997) e de ações de promoção, proteção e recuperação de saúde que tem como matriz conceitual o paradigma originário do movimento preventista e da saúde comunitária, assim como o SUDS, é considerado um processo fundamental para Reforma Sanitária, porém, estes não podem ser confundidos com a própria Reforma. Não existe a espera que a RSB venha ser declarada como implementada. Este movimento contínuo, contudo, constitui-se pela articulação das práticas teóricas, políticas e ideológica numa luta contra-hegemônica (Paim, 1997). Nestes termos, é coerente afirmar que esta Reforma engloba uma infinidade de objetivos e concepções que ultrapassam as tarefas de organização do Sistema Único de Saúde, como argumenta Paim:

A Reforma Sanitária Brasileira tem como princípio orientador a promoção da justiça social. Concebemos saúde como componente indissociável da Seguridade Social (...). A defesa da Reforma Sanitária significa o envolvimento na promoção de uma cultura de paz e tolerância por meio de manifestações permanentes e de ações regulares que intervenham nos determinantes e condicionantes de violência em todos os seus âmbitos e aspectos. (PAIM, p.51, 2009)

É pertinente salientar que a RSB não ganha horizontes se confinada aos limites de uma reforma administrativa setorial, na qual a lei estabeleça, minimamente, a organização do SUS. Assim sendo, é notório a necessidade de se ampliar esforços nos campos cultural e político, a fim de se reconceitualizar as necessidades de saúde e direcionar crítica às práticas sanitárias de modo a deslocar a ênfase da questão dos serviços para as condições de saúde e seus determinantes. O estilo de vida prevalente no Brasil, repleto de desigualdades e gerador de doenças e agravos, produz, necessariamente, uma população carente de serviços médicos que não podem ser ignorados. Contudo, é proeminente a necessidade de se reorientar o sistema de atenção a doença vigente para a construção de um sistema de saúde que além de controlar danos e riscos preocupe-se com os determinantes sócio-ambientais. Caso contrário, a luta pela política pública de saúde se tornará cada vez mais administrativa e menos sanitária.

## **2.2 O Sistema Único de Saúde: A Incorporação Institucional dos Marcos Conceituais da Reforma Sanitária Brasileira.**

A reforma no setor saúde brasileiro, empreendida pelo Movimento Sanitário, teve, até aqui, como principal conquista a constitucionalização do Sistema Único de Saúde, o qual, enquanto sistema universal e gratuito modificou historicamente a assistência a saúde no país. Sendo, pois, um marco fundamentalmente histórico na existência das políticas públicas sociais, o SUS por inclinar-se para a consolidação de um modelo de atenção no qual o usuário deve estar no centro das formulações e operacionalizações dos serviços de saúde, apresenta-se como uma política de caráter eminentemente democrático.

É impensável uma discussão sobre a abrangência da questão saúde sem tocar na representatividade do SUS na ordenação dos serviços de saúde, mesmo partindo do pressuposto de que este sistema em si só não é suficiente para o cuidado da saúde da população, tendo em vista a representatividade dos determinantes sociais nos níveis de saúde e adoecimento da população, que fazem necessária a ação das demais políticas sociais e econômicas.

Falar sobre a criação do SUS requer o (re) conhecimento da 8ª Conferência Nacional de Saúde, uma vez que foi neste evento que a proposta da Reforma Sanitária se torna politicamente concreta. Ao tornar claro e consolidado os princípios da reforma a 8ª CNS constitui a saúde como direito que deve ser exercido em sua totalidade, fazendo consenso a seguinte compreensão sobre saúde: resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Esta percepção plena do que seja saúde, a afasta do reducionismo que a compreendia como mera recuperação de doença.

Junto com a ampliação do conceito de saúde, a 8ª Conferência ratifica, através dos debates empreendidos, a discussão sobre a unificação, descentralização, hierarquização e a participação popular nos serviços e ações de saúde. A formulação destas produções, nesta Conferência, e sua incorporação no capítulo “saúde” da Constituição Federal de 1988 (CF/88), definiu na reformulação da Política Nacional de Saúde as seguintes questões fundamentais:

(...) conceito de saúde com todos os seus determinantes e condicionantes, o direito universal e igualitário à saúde, o dever do Estado na proteção, promoção e recuperação da saúde, a natureza pública nas ações e serviços de saúde, a organização das ações do Estado em uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um Sistema Único de Saúde, gratuito, descentralizado, para Estados e Municípios, sob controle social, subordinação do setor privado às normas do Sistema Único e, quando necessário, contratado sob as normas do direito público; diretriz de estatização progressiva, desvinculação do Sistema de Previdência Social, com financiamento autônomo, preservada a gradualidade na substituição das fontes previdenciárias; estabelecimento de pisos e gastos. (MIRANDA apud RODRIGUEZ e NETO, p.70, 1997).

Após criados os alicerces para construção dos SUS na 8ª Conferência Nacional de Saúde durante a Assembléia Constituinte (1987 - 88) o movimento da reforma sanitária conseguiu garantir, apesar da oposição do setor privado, a aprovação da reforma através da admissão do SUS no art. 198º da CF/88.

Com base no disposto na Constituição de 1988 e nas legislações complementares a questão da política pública de saúde - aqui se refere a lei 8.080/90 e a lei 8.142/90 – o sistema de saúde atual no Brasil é composto por uma rede complexa de prestadores e compradores de serviços que competem entre si, criando um ajuste entre setores públicos e privados. Assim sendo, este sistema em vigor, constitui-se por três subsetores, quais sejam estes: subsetor

público, subsetor privado e o subsetor saúde complementar. Neste primeiro os serviços são financiados e providos pelo Estado, nos níveis: federal, estadual e municipal; o segundo dispõe de serviços – com fins lucrativos ou não – financiados de diversas maneiras com recursos públicos ou privados; o último citado faz-se por diferentes tipos de planos privados de saúde e apólices de seguro (Paim, Travassos e Almeida, 2011).

O SUS enquanto macro política de saúde, é a implementação real deste citado subsetor público, que em alguns momentos vê-se imbricado com o subsistema privado de saúde através da terceirização dos serviços pelo SUS. Mesmo com esta prerrogativa ao sistema privado de saúde, em poder oferecer serviços dentro do sistema de saúde público, é consenso a responsabilidade total do Estado na administração do SUS. Ao Sistema de Saúde compete a responsabilidade de planificar e executar a Política Nacional de Saúde de modo a estabelecer mecanismos eficazes de financiamento, com organização descentralizada às esferas de governos e abertura a participação democrática dos cidadãos nos diversos níveis e instâncias do sistema.

O Sistema Único de Saúde nasce, portanto, como afirmação da Reforma Sanitária Brasileira. O SUS vem a sistematizar o acesso universal e igualitário aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. O primeiro destes serviços, faz referência ao fomento, cultivo e estímulo a saúde e a qualidade de vida das pessoas e comunidades. As ações neste sentido podem ser originárias de medidas gerais e inespecíficas, ou seja, podem ser quaisquer ações que repercutam positivamente nas condições de vida, educação, atividades físicas, lazer, paz alimentação, arte, cultura, diversão, entretenimento, ambiente saudável, dentre outras. Promover a saúde é, pois, agir sobre os condicionantes socioambientais da saúde, fomentando o bem-estar e a qualidade de vida. Quanto aos serviços de proteção à saúde, estes correspondem as ações que visam a redução ou eliminação de riscos a saúde da população. Recuperar a saúde por sua vez, consiste em uma gama de serviços destinados ao diagnóstico precoce, tratamento oportuno e limitação do dano no processo de adoecimento (Paim, 2009).

As ações institucionais do SUS são resguardadas por princípios finalísticos, que dizem respeito à natureza do sistema, e por princípios estratégicos, que dizem respeito às diretrizes políticas, organizativas e operacionais, que apontam como deve ser constituído e institucionalizado o sistema. Com base no art. 7º da Lei Orgânica de Saúde (lei 8.080/90) *todas as ações e serviços públicos de saúde contratados ou conveniados que integrem o*

*Sistema Único de Saúde – SUS* são desenvolvidas segundo os seguintes princípios: universalização no acesso aos serviços de saúde, integralidade na assistência, preservação na autonomia das pessoas, igualdade da assistência a saúde, direito a informação aos usuários quanto a sua saúde, divulgação de informação a respeito do potencial dos serviços, utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades no sentido de alocação de recursos e orientação programática, participação da comunidade, descentralização político-administrativa – aqui inscrevi-se as orientações de ênfase na descentralização dos serviços para os municípios e de regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde -, integração das ações de saúde com meio ambiente e saneamento básico, conjugação dos diversos recursos da união, estados, distrito federal e municípios na prestação de serviços de assistências à saúde da população, capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência e organização dos serviços público de modo a evitar a duplicidade de meios para fins idênticos.

Dentre todos os princípios e diretrizes citadas, cabe trazer considerações sobre alguns destes que de maneira especial dão significado e sentido ao funcionamento do SUS. Cabe, pois, dar ênfase ao princípio finalístico da universalidade, o qual supõe o direito a saúde para todos, sendo uma característica do sistema a ser construída e, ao mesmo tempo, o seu próprio caminho de construção. Outro princípio que merece atenção é o da igualdade da assistência a saúde, sem preconceitos ou privilégio de qualquer espécie; este princípio reafirma a universalidade não só enquanto princípio, mas também, e principalmente, enquanto direito do cidadão. O princípio da integralidade de assistência, por sua vez, é compreendido como o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos. Além de pressupor a integralidade nos processos e procedimentos que compõem as ações de cuidado da saúde, o princípio da integralidade no SUS implica na apreensão integral da própria concepção do cuidado a indivíduos e grupos. Com base nestes pressupostos pode-se assegurar que a atenção integral à assistência à saúde é condicionada pelo acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Norteados pelos princípios e diretrizes estão os objetivos e atribuições do Sistema Único de Saúde. Estes compõem-se pela assistência – ou prestação de serviço – à saúde das pessoas, pela vigilância sanitária, pela vigilância epidemiológica, pela saúde do trabalhador e pela assistência terapêutica e integral e farmacêutica. A respeito dos objetivos cabe, com base no reconhecimento do SUS enquanto proposta afirmadora dos princípios e preceitos do Movimento Sanitário, ressaltar que a assistência às pessoas – ou, como já salientado,

prestação de serviços a saúde - não se resume à assistência médica hospitalar, definindo-se assim de forma mais abrangente, a assistência às pessoas recebe embasamento na expressão “atenção a saúde”, a qual faz referência a uma atenção voltada a tudo que envolve o cuidado com a saúde do ser humano, incluindo as ações e serviços de promoção, prevenção, reabilitação e tratamento (Paim, 2009).

Enquanto materialização da Política de Saúde, o SUS envolveu políticas específicas de promoção a saúde, atenção básica, regulação, humanização, urgência e emergência, saúde da mulher, combate ao racismo institucional, redução mortalidade por acidentes e violências, entre outras. Estas políticas do SUS que incidem sobre as práticas de cuidado em saúde inspiram-se na defesa da saúde autenticamente democrática, reconhecendo o caráter sócio econômico das condições de saúde e a responsabilidade parcial das ações médicas, desta forma busca-se a transformação do ato médico em bem social, como preconizado pelo Movimento Sanitário e resguardado na Reforma Sanitária.

Ao instituir o direito a saúde, não mais limitado a assistência médica curativa, a Política Nacional de Saúde estende-se ao reconhecimento da importância à prevenção de doenças, ao controle de riscos e à promoção a saúde. O art. 3º da lei 8.080/90 afirma em parágrafo único que se diz respeito também a saúde as ações que se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem estar físico, mental e social. Assim sendo, as ações de serviços de saúde são de relevância pública e extrapola os limites de ações institucionais do SUS, uma vez que o cultivo ao bem estar e a qualidade de vida exige a ação integrada das diversas políticas sociais e econômicas. Neste sentido, é pertinente constatar que a Lei Orgânica de Saúde reconhece em seu próprio texto constitucional a necessidade da participação das demais políticas sociais e econômicas no cuidado a saúde da população.

### **2.3 O princípio da integralidade enquanto forma de organizar as práticas em saúde: Quando as políticas se tocam.**

A prestação de atenção a saúde recebe o status de uma das funções principais no sistema atual de serviços de saúde, juntamente com a infra-estrutura, a organização, a gestão e o financiamento (Paim, 2011). Pensar sobre a prestação de atenção requer análise das noções que lhes são referências. Em termos mais claros, é pertinente, ao citar a questão da prestação de serviços, abordar a existência de modelos de atenção.

Se a prestação de atenção refere-se ao cuidado, à assistência, à intervenção e às ações e práticas de saúde, ao falar de modelos de atenção certifica-se a existência de um conjunto de fundamentos, ou de uma lógica, enfim, de uma racionalidade que informa e orienta o cuidado, a assistência, a intervenção e as ações e práticas de saúde. A partir deste breve esclarecimento pode-se dar um passo a diante e direcionar-se para uma análise acerca das racionalidades que orientaram os principais modelos<sup>6</sup> de atenção no sistema de saúde brasileiro – desde a década de 1970 até a atualidade do Sistema Único de Saúde -, dando atenção especial a relação destes modelos com o princípio da integralidade.

As racionalidades que orientaram as práticas em saúde, ou melhor, que inspiraram os modelos de atenção orientando a prestação de serviços ou práticas de saúde, foram e são os marcos conceituais que participaram do desenvolvimento da Reforma Sanitária. Esta constatação é um tanto quanto óbvia, se atentar-se para o fato de que o desenvolvimento destes modelos de prestação de serviço a saúde é consequência do desenvolvimento das formulações ideológicas e políticas do Movimento Sanitário, sendo, portanto, parte da Reforma Sanitária no Brasil.

A primeira racionalidade, portanto, a pautar as práticas de saúde no período da década de 1970 derivou da crítica a percepção reducionista da doença, enquanto condicionada por uma única causa. Deu-se então fundamento ao modelo ecológico, o qual proporcionou base para diversas ações em saúde orientadas pela concepção de multicausalidade. Esta racionalidade parte da influência do movimento da medicina preventiva que, como já destacado no tópico anterior, difundia o modelo de história natural das doenças estabelecendo assim níveis de prevenção. Outro movimento que influenciou este modelo de atenção a saúde foi o da medicina comunitária, este incentivava a continuidade na atenção ao cuidado através das propostas de regionalização e de integração das ações e serviços (Paim, 2011). Com o desenvolvimento das ações passou-se a surgir críticas a estas, uma vez que notou-se a

---

<sup>6</sup> Sobre a expressão “modelo” empregada neste estudo, compartilha-se da compreensão de Paim (2011) sobre o termo, quando este afirma ser o termo modelo uma representação de realidade de saúde, a qual não significa algo exemplar ou único.

centralização de recursos nos níveis de atenção correspondente a assistência hospitalar. A observação desta crítica à centralização de tecnologia nos hospitais, criou respaldo para rotular de hospitalocêntrico<sup>7</sup> este modelo de atenção.

Ainda na década de 1970, mais precisamente no seu fim, começa a surgir, com o movimento da Atenção Primária à Saúde (APS)<sup>8</sup>, o modelo da Atenção Básica (AB). Este modelo através da crítica político-ideológica sustentava propostas de reformulação da política pública de saúde e do sistema de serviços, indo de encontro ao modelo hospitalocêntrico. Era clara a ênfase dada as ações preventivas, pressupondo a diminuição da centralização das ações assistenciais.

Em sequência, movida pela consideração e (re) conhecimento dos determinantes sociais e psicológicos na condição de saúde surge o modelo de promoção a saúde que propicia práticas de cuidado a saúde para além da assistência médica. Nas palavras de Paim

Diante dos custos crescentes da assistência médica, enfatiza-se que o perfil epidemiológico poderia ser mais bem explicado pelos determinantes ambientais e pelo estilo de vida do que propriamente pelas intervenções do sistema de saúde. Esta concepção foi reforçada com o movimento da promoção de saúde, que teve como marco a Carta de Ottawa, em 1986, enfatizando os determinantes ambientais e pelo estilo de vida do que propriamente pelos determinantes de saúde. Consequentemente, as combinações tecnológicas a serem acionadas estariam mais voltadas para tais determinantes, configurando o modelo de promoção a saúde. (PAIM, p. 63, 2011)

Este modelo de promoção à saúde afirma ser condições e requisitos para saúde: a paz, a educação, a alimentação, a renda, o ecossistema estável, os recursos sustentáveis, a justiça social e a equidade. A promoção a saúde visava, pois, a disponibilidade de meios que permitissem a todas as pessoas realizarem plenamente seu potencial de saúde, através da garantia da igualdade de oportunidades. Assim sendo, este modelo, reconhecia três campos que favoreciam à produção de saúde: reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidade pessoais e reorientação do sistema de saúde (Paim, 2011).

---

<sup>7</sup> Nas análises de Paim (2011) o modelo hospitalocêntrico refere-se refere à combinação de tecnologias centradas nos hospitais através da concentração de recursos na assistência hospitalar.

<sup>8</sup> A Atenção Primária a Saúde desenvolve-se no corpo doutrinário na Declaração da Alma-Ata. Nesta foram feitas distinções a cerca da concepção de atenção primária, de maneira a fundamentar as políticas e práticas de saúde (Paim, 2011).

É perceptível na construção histórica dos modelos de atenção e cuidado da saúde no Brasil que a ideia de integração das ações preventivas e curativas e de sua organização em redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços passa a ser progressivamente difundida no período compreendido entre as décadas de 1970 e 1980. A incorporação dessas ideias nos modelos de atenção a saúde foi sendo cada vez mais incorporada, na superação de um modelo a outro, conforme o avanço da sistematização das bases conceituais da Reforma Sanitária, especialmente no que se refere à maior explicitação do princípio da integralidade. Neste sentido, o maior grau de clareza e desenvolvimento do princípio da integralidade inspirou iniciativas políticas mais amplas, no que se refere a uma apreensão ampliada da concepção de saúde, a diminuição da centralização das ações assistenciais em favorecimento de ações preventivas e o (re) conhecimento dos determinantes sociais e psicológicos na condição de saúde. Com relação aos debates desenvolvidos a respeito da integralidade nas práticas de cuidado, assistência e prevenção na saúde Paim afirma:

Este debate foi desenvolvido pelo movimento sanitário na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), na sistematização das bases conceituais da Reforma Sanitária Brasileira e no esforço de implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde mediante a organização de distritos sanitários. Posteriormente, o princípio da integralidade foi inserido na Constituição, na Lei Orgânica de Saúde e nas normas operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS) que postulavam a mudança do modelo de atenção, além de ser fortalecido com as decisões em torno da promoção da saúde. (PAIM, p.64, 2011)

Os princípios e diretrizes – com maior enfoque ao princípio da integralidade – acolhidos no arcabouço constitucional do SUS descendem diretamente das reivindicações postas pelo movimento sanitário, o qual se apóia na concepção de saúde como direito de todos e motivado pela busca de uma sociedade mais justa. Assim sendo, a integralidade antes de ser uma diretriz do SUS definida no texto constitucional de 1988 em seu art. 198<sup>9</sup> é uma “bandeira de luta” (Mattos, 2011).

Nestes termos a integralidade constitui-se como um enunciado de características do sistema e das práticas de saúde. Ela parte de uma luta empreendida pelo movimento sanitário e expressa a continuidade desta mesma luta. Não cabendo nela uma definição unívoca, pois

---

<sup>9</sup> A Constituição de 1988 em seu art. 198 não utiliza exatamente o termo integralidade, ele faz uso da expressão atenção integral, contudo, o sentido deste termo equivale às noções de integralidade na atenção a saúde.

cabe a ela e nela sentidos que expressão a reivindicação dos atores sociais que compõem e compõe a Reforma Sanitária. Segundo Paim:

A integralidade foi concebida pela Reforma Sanitária em quatro perspectivas: 1) como integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, compondo níveis de prevenção primária, secundária e terciária; 2) como forma de atuação profissional abrangendo as dimensões biológicas, psicológicas e sociais; 3) como garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde; 4) como articulação de um conjunto de políticas públicas vinculadas a uma totalidades de projetos de mudanças (Reforma Urbana, Reforma Agrária etc.), que incidissem sobre as condições de vida, determinantes de saúde e dos riscos de adoecimento, mediante ação intersetorial. Progressivamente diferentes sentidos e significados passaram a ser atribuídos a este princípio constatando-se um esforço de reflexão teórica e de pesquisa para o estabelecimento de critérios que permitam a adoção do princípio da integralidade. Assim os serviços e sistemas de saúde organizados nesta perspectiva incorporariam certas premissas: primazia das ações de promoção e prevenção; garantia de atenção nos três níveis de complexidade de assistência médica; articulação das ações de promoção, prevenção, cura e recuperação; abordagem integral do indivíduo e das famílias. (PAIM, p. 64, 2011)

Na compreensão da integralidade, enquanto princípio doutrinário do SUS, inscrevi-se o reconhecimento da relevância de iniciativas que promovam a qualidade de vida e do meio ambiente, de modo a assegurar a promoção à saúde. Assim, faz-se necessário a soma de esforços contra o reducionismo na percepção dos problemas de saúde, de modo a não negligenciar as diversas dimensões da vida humana, que, mesmo não pertencendo ao âmbito biológico, participam da determinação na condição de saúde.

Através da incorporação desta lógica de percepção da saúde em relação com seus determinantes a Constituição Federal de 1988 ao dispor sobre as ações de saúde afirma o *atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais* (BRASIL, 1988, art. 198) como diretriz organizacional do sistema de saúde. A lei 8.080/90, posterior a Constituição Cidadã, assegura a integralidade como princípio doutrinário do Sistema Único de Saúde a título de complementaridade do disposto no art. 198 desta Constituição.

A prática e o cuidado integral a pessoas, grupos e coletividades, percebem o usuário como sujeito histórico, social e político articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e a sociedade a qual este se insere. Neste sentido, o cuidado a saúde recebe uma perspectiva humanizada, com base no reconhecimento integral dos aspectos sociais que determinam a

saúde dos indivíduos. O princípio da integralidade no SUS compreende tanto o cuidado em saúde, ao compreender a pessoa na sua totalidade considerando os aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais, quanto a organização das práticas de saúde, ao articular processos de trabalho e tecnologias distintas, possibilitando que trabalhos parcelares resultem numa intervenção mais abrangente e completa.

Sem a pretensão de limitar o entendimento das noções de integralidade no cuidado à saúde, é possível trazer a abordagem de três dimensões assumidas por este princípio, quais sejam elas: a integralidade enquanto característica da boa “prática clínica”, a integralidade como parâmetro de organização das práticas e serviços de saúde e integralidade enquanto valor defendido na transversalidade entre as políticas de saúde e as demais políticas sociais.

A primeira destas dimensões se caracteriza pela prática clínica médica que se posiciona contra a redução dos usuários ao sistema biológico. A partir de então os profissionais de saúde não poderiam limitar-se a atenção restrita ao sofrimento do indivíduo, passa a ser reconhecida a necessidade dos profissionais atentarem-se para uma visão abrangente das necessidades dos usuários. Não se trata de diminuir a relevância do conhecimento e da prática clínica, mas de agregar a esta a ferramenta da linguagem e da escuta nos atendimentos de modo a possibilitar que os profissionais de saúde reconheçam potenciais demandas de ação – não percebidas pelos usuários - no sentido tanto da assistência clínica quanto da promoção e proteção a saúde. Sobre estas considerações Mattos afirma:

A atitude do médico que diante de um encontro com o paciente motivado por algum sofrimento, aproveita o encontro para apreciar fatores de risco de outras doenças que não as envolvidas no sofrimento concreto daquele paciente, e/ou investigar a presença de doenças que ainda não se expressaram em sofrimento, ilustra um dos sentidos da integralidade. Nota-se que neste sentido específico articula-se prevenção com assistência. (MATTOS, p. 97 – 98, 2011).

A integralidade, neste sentido, é, pois, um valor a ser guardado na postura dos profissionais da área de saúde, podendo propor incorporações ou redefinições mais radicais da equipe de saúde e de seus processos de trabalho, em nome do combate a ações em saúde fragmentárias e reducionistas.

O sentido da integralidade condizente ao parâmetro de organização das práticas em saúde refere-se à articulação dos serviços prestados nesta esfera. Como já exposto em tópico

anterior, o sistema de saúde na década de 1970 consolidava-se mediante uma cisão entre as instituições responsáveis pela saúde pública e pela assistência médica – Ministério da Saúde e Ministério da Previdência Social, respectivamente -, implicando, obviamente, na separação entre as ações desenvolvidas por estas instituições, já que o discurso da época sustentava-se mediante a compreensão de que as práticas em saúde pública eram distintas das práticas assistenciais.

Essa estrutura dicotomizada do sistema de saúde foi criada em pelo menos duas perspectivas. A primeira resultava da impressão de que a prioridade da política de saúde vigente era a assistência médica da Previdência, em detrimento da saúde pública. Impressão, aliás, superficial. Melhor seria afirmar que, até a criação do SNS, não havia uma política de saúde na qual pudessem ser colocadas lado a lado a saúde pública e assistência médica. (MATTOS, p.102, 2011).

A proposta de se organizar os serviços e práticas na área da saúde, com base na integralidade, enquanto parâmetro para tal organização, pressupõe o combate a realidade da estruturação dos serviços de saúde da década de 1970. O princípio da integralidade lança, pois, a proposta de se articular assistência e prática de saúde pública. A integralidade neste sentido corresponde exatamente a uma crítica a dissociação entre assistência médica e saúde pública. Neste sentido, recusa-se não só à desarticulação entre estes serviços que constituem a esfera da saúde, mas também à fragmentação das atividades dentro das unidades de saúde.

À esta última consideração, a respeito da fragmentação das atividades dentro das unidades de saúde, a noção de integralidade fez surgir a percepção da necessidade de “horizontalização” (Mattos, 2011) dos serviços e programas de saúde. Esta horizontalização diz respeito à proeminência de se pensar as práticas primeiramente sobre o horizonte da população a qual se atende e das suas necessidades. Neste sentido, integralidade perpassa a ideia de atitude e assume o papel de modelo de organização do processo de trabalho, modelo este que prioriza a apreensão ampliada das necessidades da população usuária dos serviços.

O último sentido da integralidade, abordado neste estudo, refere-se a este princípio enquanto valor defendido na transversalidade entre as políticas de saúde e as demais políticas sociais. Aqui compreende-se que o termo assistência integral, utilizado pela Constituição Federal para determinar a integralidade enquanto diretriz do Sistema Único de Saúde, indica que os problemas de saúde são amplos, logo, estes exigem medidas irrestritas. Em termos

mais claros, concebe-se este sentido de integralidade como uma recusa a redução do objeto da política pública de saúde, e, paralelamente, a recusa a desconsideração das ações das diversas políticas sociais que poderiam agir positivamente sobre a condição de saúde.

As respostas aos problemas de saúde devem abarcar suas mais diversas dimensões. Apoiando-se no sentido amplo de saúde, entende-se que as dimensões que podem compor um problema de saúde extrapolam o campo da saúde biológica. Torna-se exigência, para dar-se respostas aos problemas de saúde, ir além do ofertado pela política pública de saúde, transgredindo assim os espaços das políticas públicas setoriais.

Nestes termos, o princípio da integralidade merece ser concebido enquanto valor presente em todas as práticas de saúde, e não apenas em relação às práticas de saúde do SUS; reporta-se aqui a larga compreensão do que seja “práticas de saúde”, reconhecendo-as como práticas que toquem as áreas de: alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais. Assim sendo, os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país.

É possível ressaltar o sentido de integralidade no desenho das políticas públicas, uma vez que esta possui a capacidade de fomentar a articulação de um conjunto de políticas que, vinculadas a uma totalidade de projetos de mudanças, incidem positivamente sobre as condições de vida, dos determinantes de saúde e dos riscos de adoecimento, mediante ação intersetorial.

Assim sendo, o princípio da integralidade guarda em si a afirmação da necessidade da percepção do indivíduo na sua totalidade no momento da relação profissional/usuário, da interação entre profissionais e equipes do setor saúde e para além dele. Sobretudo, o princípio da integralidade fundamenta ainda a precisão da interação entre a política de saúde e as demais políticas públicas, ampliando-se assim a percepção das necessidades de saúde, bem como potencializando o poder de resolutividade das ações públicas em saúde, por meio da recusa ao reducionismo setorial. Esta integração entre as políticas, proposta pelo princípio da integralidade, já vinha sendo reforçada pela Constituição Federal de 1988.

O texto constitucional de 1988 em seu art. 196, afirma a saúde como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco a doença e de outros agravos”. Esta previsão legal guarda em si o reconhecimento da importância das políticas econômicas e sociais na garantia do direito a saúde. É interessante

reconhecer que a previsão da relevância destas políticas para o direito a saúde antecede a referência à garantia do “acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”. Partindo destes pressupostos fica claro que o direito a saúde é antes garantido pela articulação das ações de diversas políticas públicas na criação de condições de vida saudáveis para a população. É na ausência destas ações, ou na insuficiência de suas articulações, que cabe o acionamento de serviços de proteção e recuperação do estado de saúde. Entra-se em consonância com Paim quando este afirma:

(...) sem abdicar ao direito de defender os serviços de saúde para todos os brasileiros, obrigação intransferível do SUS, a luta pelo direito a saúde passa, necessariamente, pela reorientação das políticas públicas econômicas e sociais que favoreçam a redução das desigualdades, a cidadania plena, a qualidade de vida e a democracia. (PAIM, p. 120, 2009)

Cuidado integral implica cuidar inteiramente o indivíduo, para tanto, cuidar integralmente a saúde requer, necessariamente, parcerias com vários setores públicos, uma vez que o indivíduo que acessa os serviços de saúde, pode, pela mesma demanda necessitar da assistência de diversas outras políticas públicas.

Com base em todos estes pressupostos pode-se perceber que o SUS foi criado mediante o reconhecimento de que é preciso expandir o cuidado a saúde através de ações das demais políticas públicas e este reconhecimento é guardado no princípio da integralidade. Destarte, a integralidade da atenção é possibilitada mediante a estratégia política da intersetorialidade na gestão, resultando na superação da fragmentação das políticas nas várias áreas onde são executadas.

### **3 TECENDO AS REDES NA SAÚDE PÚBLICA: A TRANSVERSALIDADE ENTRE O SISTEMA DE SAÚDE E O SISTEMA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL**

As demandas sociais ou de políticas públicas - que não fazem parte das competências de uma única parte da estrutura orgânica vertical da corporação, mas que implicam em toda a organização ou de parte significativa dela - fazem surgir a necessidade de dispor de uma visão integrada de determinados segmentos de população considerados como prioritários do ponto de vista da ação pública. Essas situações têm forçado o setor público a adotar visões, ou referências estruturantes na sua intervenção que não se ajustam às divisões clássicas da organização e que requerem novas respostas organizativas ou novas formas de trabalho.

É partindo destes pressupostos que este capítulo pretende abordar a relevância da integração entre as políticas sociais, através da intersectorialidade enquanto proposta política para a gestão destas, de modo a orientar o trabalho em rede entre os sistemas que materializam as respectivas políticas públicas. Será dada atenção especial a intersectorialidade entre a política de saúde e assistência social, evidenciando a transversalidade entre os sistemas das políticas em destaque através da possibilidade de trabalho em rede entre a USF e o CRAS.

Para tais análises, tentar-se-á, primeiramente, compreender a estrutura do sistema de saúde e sua rede de serviços, de modo a evidenciar o reconhecimento destes quanto à necessidade de articulação com os demais sistemas que materializam as políticas sociais, em especial com o sistema da política de assistência social.

#### **3.1 O Sistema de Saúde: Da Rede de Serviços às Redes de Sistemas.**

A política pública de saúde, enquanto marco legal estabelece no campo institucional simbólico a garantia da saúde enquanto direito de todos e dever do Estado. Ao delinear os princípios e diretrizes de universalidade, integralidade, respeito à dignidade humana,

igualdade, direito a informação da pessoa assistida sobre sua condição de saúde, a descentralização e participação da comunidade, dentre outros, constitui um Sistema de Saúde condizente com a concepção de saúde apreendida pelo Movimento da Reforma Sanitária no Brasil.

O SUS, enquanto sistema de saúde brasileiro é resultado direto de um permanente processo social que visa a mudança da forma como o Brasil garante a atenção em saúde dos seus cidadãos. Pode-se considerar que o Sistema Único de Saúde

(...) influencia mudanças na sociedade. Hoje, por exemplo, a noção de direitos a saúde é muito mais forte e difundida e influenciou outras áreas sociais. Também a noção ampliada de saúde, entendida em suas determinações sociais mais gerais, é compartilhada por mais pessoas. (...) A relação entre sistema de saúde e a dinâmica social vai gerando, ao longo do tempo, os valores sociais sobre a proteção à saúde, ou seja, a forma como a sociedade concebe a saúde e o risco de adoecer e como trata os problemas relacionados ao processo saúde enfermidade. A proteção a saúde será tanto mais ampla quanto mais a sociedade entender a saúde como um problema coletivo, não de cada indivíduo ou família, mas de todos os cidadãos. (LOBATO E GIOVANELLA, p. 110, 2008).

Partindo destes pressupostos, entende-se que o SUS envolve uma gama de organizações, regras e serviços em saúde que objetivam alcançar resultados condizentes com uma proteção a saúde mais ampla, direcionando-se como um sistema universal, público que incorpora a proteção à saúde como direito a cidadania. A amplitude da proteção à saúde será sempre proporcional a apreensão da importância do bem-estar dos indivíduos para constituição de uma sociedade saudável. Supera-se assim o contentamento da viabilização do direito a saúde como sendo a mera satisfação da cura de doenças e agravos. Esses argumentos indicam que as necessidades de saúde não podem ser tratadas como objeto e finalidade apenas do SUS, é necessária parceria com diversos outros sistemas das políticas sociais para que assegure níveis razoáveis de bem-estar para todos.

Um sistema de saúde representa o conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais responsáveis pela estrutura e rumos dos processos referentes à saúde de uma determinada população; concretizando organizações, regras e serviços que objetivam o alcance de resultados condizentes com a concepção de saúde prevalecente na sociedade. A organização, o funcionamento e os resultados das ações de um sistema público de saúde dependerão do quanto o Estado toma para si esta responsabilidade. Assim sendo, a

composição do sistema de saúde e sua própria dinâmica serão condizentes as características históricas, econômicas, políticas e culturais de cada sociedade (Lobato e Giovanella, 2008).

O conhecimento do modelo de proteção social que orienta o posicionamento do Estado frente às demandas e necessidades da população permite que se amplie a análise sobre as políticas sociais identificando suas características e buscando compreender, de maneira integrada, tanto a oferta de serviços como suas possibilidades de articulações. No caso brasileiro o sistema de saúde é condicionado por um modelo de proteção social<sup>10</sup> baseada na ideia de seguridade social<sup>11</sup>, onde a política de saúde deve coexistir em articulação com as políticas de assistência social e previdência, constituindo assim o tripé da seguridade social. Ao alargar o arco dos direitos sociais, a CF/88 estabelece a Seguridade Social como modelo de proteção social no país, o qual institui o reconhecimento da obrigação do Estado em prestar serviços de saúde de forma universal, pública e gratuita, em todos os níveis de complexidade por meio da instituição do Sistema Único de Saúde, sobre reconhecimento da necessidade de articulação e integração com as demais políticas de seguro social e assistência social.

Com base nas considerações de Lobato e Giovanella (2008) um sistema é constituído pelo conjunto de partes integradas e interdependentes tendo como objetivo alcançar determinados fins. Ainda recorrendo às análises destes autores o sistema de saúde é dividido entre estrutura – a qual corresponde à esfera dos recursos e redes de serviços – e a organização dos serviços. Com a finalidade de contemplar o objeto de estudo deste trabalho científico, o qual consiste na apreensão da relevância dos serviços do Centro de Referência da Assistência Social na integralidade do cuidado em uma Unidade de Saúde da Família, dar-se-á atenção a organização dos serviços no SUS, dando ênfase especial aos componentes: rede dos serviços de saúde e as organizações. Justifica-se esta opção analítica com a lógica de que a análise destes componentes do sistema de saúde comprova a relevância da transversalidade

---

<sup>10</sup> A proteção social pode ser definida como um conjunto de iniciativas públicas ou estatalmente reguladas para a provisão de serviços e benefícios sociais visando enfrentar situações de risco social e privações sociais. A proteção social organizada progressivamente, a partir do sec. XIX, nos países ocidentais, não só instituiu benefícios e serviços públicos, como também os associou a um sistema de obrigações jurídicas e de cotizações obrigatórias que acabaram por dar origem a novos direitos na esfera pública: os direitos sociais. (Jaccoud, 2009)

<sup>11</sup> O projeto de seguridade social propõe proteção uniforme aos riscos estendida a toda população e em sua organização institucional e cujo acesso independe de contribuição passada ou de filiação a caixas de seguro. A seguridade social esta identificada à solidariedade com o indivíduo nas situações de dificuldades de prover o seu sustento, ou de provê-lo adequadamente (Jaccoud, 2009). Nesta perspectiva, entende-se a proteção social como um direito de todos os cidadãos. Contudo, por mais contraditório que possa parecer, assim como em outros países ocidentais, no Brasil o modelo de proteção universal representado pela seguridade social coexiste com o modelo de seguro social - este representa um sistema de cotizações de caráter obrigatório garantido pelo Estado, que abre acesso a uma renda nos casos em que o risco de doença, invalidez, velhice e desemprego impeçam o trabalhador de suprir, pela via do trabalho, a sua subsistência, assim, o acesso ao direito é condicionado e proporcional a contribuição do cidadão – o qual orienta a lógica de funcionamento do setor previdenciário.

entre a política de saúde e as demais políticas sociais e conseqüentemente entre os serviços prestados pelos sistemas destas políticas, salientando a articulação entre saúde e assistência social.

Os serviços de saúde constituem-se enquanto um sistema dentro do sistema de saúde. Eles objetivam ações, desenvolvidas pelas instituições prestadoras dos serviços, sobre as condições de vida e saúde da população. Os serviços de atenção a saúde podem ser divididos em serviços coletivos – destina-se a prevenção e promoção da saúde - e serviços de assistência médica – comum a ações de proteção e recuperação da saúde -, compondo assim uma rede de serviços prestados na área de saúde.

Os sistemas procuram organizar seus serviços em níveis de atenção de acordo com a complexidade da assistência, o que orienta as práticas adotadas, a inserção dos profissionais e a relação com outros serviços. Assim, na maior parte dos sistemas, é possível identificar na rede de assistência médico-sanitária uma rede básica ou primária e uma rede especializada. Em geral, os sistemas universais dão ênfase à atenção básica e a prevenção (LOBATO E GIOVANELLA, p. 127, 2008).

A visão que orienta sistemas universais como o SUS a dar ênfase à atenção básica e a prevenção deriva dos referenciais teóricos e ideológicos defendidos pelo Movimento Sanitário. Nesta perspectiva, as ações e serviços do atual sistema de saúde brasileiro são levados a satisfazer as necessidades para o bem-estar coletivo e individual, tendo em vista que a saúde da população contempla aspectos múltiplos – biológico, social, mental e cultural - que determinam o processo de adoecimento. Ao comprovar e revelar a amplitude dos aspectos que determinam a saúde fica claro que a melhor estratégia para se cuidar dela é antecipando-se ao surgimento e agravamento do processo de doença, empreendendo ações que promovam a saúde.

A prestação de serviços é o objetivo central do Sistema Único de Saúde, bem como de qualquer outro sistema. Como já debatido em um tópico do capítulo anterior neste trabalho, a prestação de serviços será orientada pelo modelo de atenção a saúde adotado pelo sistema. Na realidade brasileira os modelos de prestação de serviços de saúde, desde a década de 1970, foram conseqüências do desenvolvimento das formulações ideológicas e políticas do Movimento Sanitário, sendo, portanto, parte da Reforma Sanitária no Brasil.

Sobre a estrutura da prestação de serviços é pertinente ressaltar que o maior grau de clareza e desenvolvimento do princípio da integralidade inspirou modelos de atenção à saúde inclinados para AB e para promoção da saúde apoiadas por iniciativas políticas mais amplas, no que se refere a uma apreensão ampliada da concepção de saúde, a diminuição da centralização das ações assistenciais em favorecimento de ações preventivas e o (re) conhecimento dos determinantes sociais e psicológicos na condição de saúde. Neste sentido, as ações de cuidado e atenção à saúde recebem uma perspectiva humanizada, com base no reconhecimento integral dos aspectos sociais que determinam a saúde dos indivíduos. O princípio da integralidade no SUS compreende tanto o cuidado em saúde, ao compreender a pessoa na sua totalidade considerando os aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais, quanto a organização da prestação de serviços em saúde, ao articular processos de trabalho e tecnologias distintas, possibilitando que trabalhos parcelares resultem numa intervenção mais abrangente e completa.

A materialização dos serviços de saúde fica a cargo das organizações que compõem o sistema, as quais se caracterizam como estruturas responsáveis pela condução das atividades, ações e serviços de saúde. A título de destaque pode-se citar os Ministérios, Departamentos e Secretarias de Saúde como as principais organizações deste sistema. Na perspectiva da concepção ampliada de saúde e de seus determinantes tem sido cada vez mais latente o reconhecimento de Ministérios de outras políticas públicas na participação do sistema de saúde. Nas palavras de Lobato e Giovanella:

(...) diversos órgãos da estrutura estatal exercem atividades ou ações de saúde, como os ministérios do Trabalho, da Educação, da Agricultura, entre outros. Destaca em especial os ministérios da Seguridade ou Bem-Estar Social, que em muitos países possuem atribuições de assistência social diretamente ligadas à saúde, como os serviços continuados para idosos e deficientes. (LOBATO E GIOVANELLA, p. 129, 2008)

Nesta mesma perspectiva de (re) conhecimento da amplitude dos aspectos que determinam a saúde é que se entende a necessidade de se admitir e reconhecer organizações de diversos sistemas das diversas políticas sociais que, através de suas ações, contribuem para o cuidado a saúde. Assim sendo, um sistema não é um conjunto fechado e sua dinâmica esta sempre relacionada aos outros sistemas que executam as demais políticas sociais, sendo todas partes da dinâmica social.

A partir destes pressupostos, é fácil entender que a atual rede de prestação de serviços do SUS - estruturada sobre um modelo de atenção ancorado no princípio da integralidade dando atenção especial a questão da promoção e prevenção da saúde - requer a incorporação de organizações de outras políticas públicas ao conjunto de organizações do sistema de saúde. Em termos mais claros, a atual rede de serviços deve estar articulada às demais redes dos outros sistemas das políticas sociais. Esta incorporação demanda uma estratégia de gestão que possibilite a aproximação destas organizações e a articulação de práticas potencialmente relevantes à condição de saúde. Sobre gestão compreende-se as ações de organização e estruturação das ações de serviços nos sistemas. Cabe a função de gerenciamento delinear as diretrizes, o planejamento, o financiamento e contratação de serviços, a estruturação de redes de serviços em seus distintos níveis, o dimensionamento da oferta, o controle e avaliação das ações (Lobato e Giovanella, 2008).

A diretriz da descentralização<sup>12</sup> e o princípio da integralidade, presentes no sistema de saúde brasileiro, fazem necessária a adoção de estratégias políticas de gestão que contemplem, além da autonomia local, a interação constante com outros níveis do governo. É mediante a consideração da concepção ampliada de saúde, defendida pelo SUS, que torna-se claro a necessidade da gestão local articular-se com as redes de serviço das demais políticas sociais, incentivando a intersectorialidade no planejamento e execução de ações, para que estas alcancem impactos positivos nas condições de saúde. Assim sendo, pode-se afirmar que a transversalidade entre as políticas sociais é, pois, um valor social na proteção à saúde.

### **3.2 A intersectorialidade: Uma estratégia de gestão para as Políticas Sociais.**

---

<sup>12</sup>A descentralização indica um processo onde os governos locais são responsáveis pelas principais ações que permitem assegurar a qualidade de vida dos cidadãos. Com o aumento de suas responsabilidades, a cidade constituiu-se como um ator político fundamental e pólo central na articulação entre sociedade civil, iniciativa privada e as diferentes instâncias governamentais – em especial os sistemas que materializam as políticas sociais -, devendo ser capaz de incentivar a cooperação social na busca de respostas integradas a diversos problemas como saúde, emprego, educação, cultura, moradia, transporte, dentre outras.

A intersetorialidade, no campo das políticas públicas, representa a possibilidade de superação das práticas fragmentárias ou sobrepostas em relação com os usuários de serviços estatais, sendo assim um novo pressuposto para a gestão pública. A Constituição Federal de 1988 afirma o Estado brasileiro como sendo um estado democrático e de direito, e sobre esta determinação indica ações governamentais integradas intersetorial e interinstitucionalmente através da constituição das diretrizes das diversas políticas públicas destinadas a garantir direitos.

O termo intersetorialidade pode abrir margem para uma série de compreensões quanto a sua aplicabilidade prática. Pode-se atribuí-la ao sentido de integração entre as três esferas do governo, ou entre os níveis de governos e a população usuária da política, ou de articulação entre os serviços e ações das diversas políticas, ou, ainda, pode assumir todos estes sentidos simultaneamente. Contudo, a fim de contemplar o foco deste objeto de estudo será dada ênfase na intersetorialidade enquanto proposta de trabalho em rede entre as políticas públicas, constituindo-se como estratégica política no planejamento e gestão destas, mais especificamente entre as políticas de saúde e assistência social.

#### Segundo Paim:

A intersetorialidade como prática de gestão na saúde permite o estabelecimento de espaços compartilhados de decisões entre instituições e diferentes setores do governo que atuam na produção da saúde na formulação, implementação e acompanhamento de políticas públicas que possam ter impacto positivo sobre a saúde da população (...). Intersetorialidade remete também ao conceito/ideia de Rede, cuja prática requer articulações, vinculações, ações complementares, relações horizontais entre parceiros e interdependência de serviços para garantir a integralidade das ações. (PAIM, 2009, p. 121)

As ações intersetoriais têm como auxílio, tanto para sua compreensão quanto para sua execução, o trabalho em rede, o qual se constitui como um recurso no processo de gestão intersetorial de políticas públicas (Junqueira, 2004). A constituição e operacionalização de redes específicas de cada sistema das políticas não são suficientes para a garantia e acesso dos direitos sociais. É, pois, necessário edificar uma “rede inter-políticas sociais” (Oliveira, 2001), constituindo assim uma organização integrada e complementar de benefícios, serviços, programas e projetos, formando um sistema de atendimento que incida sobre a necessidade da política social em questão. O conjunto de ações de uma rede de políticas sociais deve

compartilhar objetivos comuns, atuando de forma integrada, aderindo a procedimentos normativos e processuais de caráter coletivos, observando as legislações vigentes.

Assim, compreende-se que a ideia de intersetorialidade como estratégia política para o gerenciamento das políticas e seus sistemas é materializada através do trabalho em rede. Tecer redes entre as políticas, por sua vez, equivale construir:

(...) estruturas nas quais as políticas públicas e a governabilidade são ordenadas cooperativamente a fim de dar conta dos problemas de interdependência e complexidade inerentes às relações intergovernamentais. (...) Nesta perspectiva, as redes de políticas tem sido compreendidas como uma estrutura organizacional em que os serviços e os bens públicos são planejados, concebidos, produzidos e ofertados de maneira a compartilhar objetivos, integrar estruturas, desenvolver compromissos e gerar interação. (ANDRADE, p. 54-55, 2006)

A intersetorialidade sugere a ideia de rede como um processo de ordenação de uma nova ordem para gestão dos sistemas que materializam as políticas públicas. Isso, por que, entende-se que rede é um conjunto de relações estáveis na integração de uma variedade de sistemas das políticas que ao compartilharem interesses comuns buscam alcançar cooperativamente metas.

Trabalhar em rede sugere aos sistemas uma relação onde

(...) as diferenças se expressão e se representam numa interlocução possível; na qual valores circulam, argumentos se articulam e as opiniões se formam; na qual parâmetros públicos podem ser construídos e reconstruídos como balizas para o debate entorno de questões pertinentes; e na qual, enfim, a dimensão ética da vida social pode se constituir através da convivência democrática com as diferenças e conflitos que elas carregam (...) é uma trama que vai como mapeando e explicando a composição de diversos conflitos. Fazendo circular a linguagem do direito, desprivatizar carências e necessidades, demandas e aspirações. (ANDRADE apud TELLES, p.56, 2006)

O trabalho em rede combate a estrutura segmentada, tradicionalmente, setorializada dos governos em saberes e conhecimentos setorializados e especializados, que historicamente vem protagonizando efeitos negativos sobre os usuários das políticas públicas. Uma vez que possibilitada a apreensão destes sujeitos enquanto integrantes de uma realidade de múltiplas determinações que também inclui aspectos subjetivos, cria-se a capacidade destes de

perceber-se enquanto indivíduos dotados de direitos, que usufruem de ações e serviços estatais necessários graças aos problemas e situações criados socialmente pela própria ineficiência dos governos<sup>13</sup> ou dos processos históricos.

O trabalho em rede eleva, mediante as práticas integrais e integradas, o cidadão, não só ao recebimento articulado dos direitos, mas, também, a uma compreensão ampla e integral dos fatores que o levam a necessitar da política, aproximando-o da sua própria apreensão enquanto cidadão portador de direitos. Do contrário, a prestação de serviços e ações estatais disponibilizada de forma setorializada, respondendo minimamente o problema imediatamente latente, leva o usuário a ter uma compreensão de si condizente com a ideia de que ele se torna objeto da política por sua “condição de incapacitado”<sup>14</sup>, recebendo o direito numa perspectiva de ajuda e submissão, o que descaracteriza a essência do direito e da cidadania<sup>15</sup>.

O estabelecimento de redes permite instituir formas de integralidade da assistência aos vários grupos sociais, pois proporciona uma gama de ações, vinculadas as várias políticas sociais públicas, que atendem o sujeito usuário em sua complexa vida social. Para que ocorra a formação das redes são necessárias algumas categorias que orientem as ações integradas, sobre estas, pode-se aqui destacar: a integralidade e a resolutividade. A integralidade exige complementaridade e articulação nas ações interinstitucionais que operacionalizam a política social em questão com as demais políticas sociais, via rede inter-políticas sociais. A resolutividade, por sua vez, concebe a associação entre atender com agilidade e qualidade as necessidades do usuário. A agilidade e a qualidade das ações requerem a compreensão de que nenhum serviço e política social são completos, desta forma, a prestação de qualquer serviço insere-se no exercício do trabalho coletivo. Pressupõe-se, então, interdependência entre os serviços, benefícios, programas e projetos das políticas sociais.

A intersetorialidade, enquanto estratégia encontra na transversalidade subsídio para a execução do trabalho em rede. A transversalidade é uma perspectiva sobre a qual pode-se

---

<sup>13</sup> Não se pretende aqui culpabilizar os governos em nenhuma de suas esferas pela ocorrência de todas as problemáticas econômicas e sociais que atingem os cidadãos. Contudo, seria ingenuidade não reconhecer que o Estado, por ter o papel de desempenhar a proteção social à população, participa, através de sua omissão ou ineficiência, da responsabilidade por estas problemáticas.

<sup>14</sup> Entende-se aqui por condição de incapacitado a situação de falta de condições do cidadão para arcar com suas necessidades básicas. A incapacidade é, pois, um risco social por excelência (PNAS, 2004).

<sup>15</sup> Carvalho (2002) define cidadania como o exercício pleno dos direitos políticos, civis e sociais, uma liberdade completa que combina igualdade e participação numa sociedade ideal, talvez inatingível. Carvalho entende que esta categoria de liberdade consciente é imperfeita numa sociedade igualmente imperfeita. Neste sentido, numa sociedade de bem-estar social, utópica, por assim dizer, a cidadania ideal é naturalizada pelo cotidiano das pessoas, como um bem ou um valor pessoal, individual e, portanto, intransferível.

pensar a integração de ações governamentais com vistas à maior efetividade. Podendo ser compreendida tanto como conceito quanto como um instrumento organizativo, a transversalidade tem a função de ampliar a capacidade de atuação dos sistemas com relação a alguns temas para os quais a organização clássica não é adequada. Em outros termos, a transversalidade é uma proposta por meio da qual se busca dar respostas organizativas à necessidade de incorporar temas, visões, enfoques, públicos, problemas, objetivos, etc. às tarefas da organização que não se encaixam em apenas uma das estruturas organizativas verticais, significa, então, introduzir linhas de trabalho não estabelecidas verticalmente. Neste sentido, a transversalidade constrói uma proposta que deve impregnar e condicionar as áreas de atuação das políticas, ou seja: possibilita que todas as estruturas verticais comportem sinergicamente a obtenção de um objetivo comum que não é específico de cada uma delas em particular. Assim, busca incorporar, no trabalho do conjunto ou de parte significativa da organização, o tratamento de políticas, problemas, segmentos da população, etc. que reflitam a multidimensionalidade da realidade, sem eliminar nenhuma das dimensões já incorporadas ao seu trabalho (Bernardi, 2010).

A integração entre as políticas não deve limitar-se ao objetivo em comum no foco de suas ações. Integrar as ações consiste em articular todo o processo de planejamento, gestão e execução destas políticas, fazendo necessária a readequação dos serviços profissionais e instituições. Esta afirmação traz implicações importantes para a organização do trabalho e o planejamento, que ao invés de serem setoriais passam a ser definidos com base territorial. Uma gestão que prima pela integração da administração e execução das ações com as demais políticas, não pode deixar-se compor por estruturas fragmentadas, burocratizadas, ações paralelas e setores endógenos. A peça orçamentária não deve refletir clausuras setoriais nem a separação dos setores, por mais que seja complexo e difícil, a tarefa é estender a integração para todas as áreas da gestão incluindo a área do orçamento público. Trata-se, portanto, de aderir a intersectorialidade como estratégia política na gestão das políticas públicas, subsidiando assim:

(...) articulação de saberes com vistas ao planejamento para a realização e avaliação de políticas, programas e projetos, com o objetivo de alcançar resultados sinérgicos em situações complexas. (INOJOSA, p.102, 2001).

Pode-se perceber a aplicação da intersetorialidade em fases distintas na gestão das políticas. A lógica intersetorial está presente desde o momento de se considerar os interesses e finalidades das ações e serviços, em outros termos no momento de planejamento, isto por que se evidencia a busca de soluções efetivas<sup>16</sup> para a complexidade da realidade social. Atribui-se, também, a intersetorialidade a capacidade de otimizar os recursos públicos através de operacionalização de soluções integradas dos problemas da realidade social, sendo, assim, critério para eficiência<sup>17</sup> da gestão. É necessariamente expressiva a participação da intersetorialidade na orientação para o trabalho em redes, o que significa o desenvolvimento das ações de forma conjunta, visando atender os segmentos vulnerabilizados sobre práticas que primam por integração entre atores sobre relações horizontais, construindo ações de caráter complementar e integral, alcançando a eficácia<sup>18</sup> dos objetivos traçados no planejamento das ações.

Nestes termos, é claro a percepção de que a intersetorialidade, enquanto proposta materializada pelo trabalho em rede entre as políticas, não se contenta com a articulação da execução dos serviços através de práticas interdisciplinares e multiprofissionais entre as equipes dos diversos programas e unidades das políticas. A intersetorialidade enquanto estratégia política da gestão deve ser incorporada a dinâmica de governo destas políticas, ocupando espaço relevante nas Secretarias de governo. Assim, propor a estratégia de ações intersetoriais é referir-se há algo muito mais amplo que o diálogo entre os profissionais que materializam a política através da execução de serviços e ações. Refere-se, pois, ao diálogo entre os processos de gestão articulando-os através de suas afinidades de objetivos e metas, resultando numa proposta de intervenção estruturada com base na objetivação da atenção integral a demanda que as une. Tudo isso equivale em dizer que a intersetorialidade sugere um desafio a gestão das políticas públicas brasileira, pois contrapõe-se a cultura tradicional prevalecente nos espaços de gestão, a qual compartilha de “uma cadeia de serviços similares, subordinados, em geral, a uma organização que exerce a gestão de forma centralizada e hierarquizada” (BAPTISTA, p. 58, 2000)

Bem como a saúde, todos os outros problemas e necessidades humanas/sociais são multidimensionais. Não é possível alcançar resolutividade a estas necessidades com ações

---

<sup>16</sup>Entende-se por efetivas as ações capazes de atender às expectativas da sociedade. (Tenório, 2006)

<sup>17</sup> Partilha da compreensão de Tenório (2006) sobre eficiência da gestão, quando este afirma ser eficiente a gestão que alcança, mediante medidas orçamentárias e administrativas, a capacidade de otimizar os recursos disponíveis.

<sup>18</sup> Compreende-se que alcançar a eficácia através das ações e serviços seja necessariamente cumprir os objetivos determinados no planejamento das ações. (Tenório, 2006)

setorializadas ou com simples mudanças na gestão pública das políticas que atendem estas necessidades. A concepção do direito à saúde como direito a qualidade de vida, faz nascer à precisão de se promover à saúde, antes de tudo, mediante ações que criem condições de vida saudável. Segundo a lei 8.080/90 os condicionantes de saúde são: alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e os acessos aos bens e serviços essenciais.

Esta concepção de direito a saúde ancora-se na perspectiva do Movimento da Reforma Sanitária, o qual impulsionou o questionamento da concepção de saúde restrita à condição biológica e individual, determinando que as análises da condição de saúde da população devem levar em consideração elementos da realidade econômica e social como determinantes para a condição de saúde. Neste sentido, amplia-se a concepção de saúde e as áreas de intervenção para assegurá-la, de modo a perpassar as questões específicas desta esfera através da ênfase dada a questões concretas da vida, tais como: saneamento, luz, água, transporte dentre outros. Os condicionantes de saúde determinados na lei 8.080 reforçam o novo conceito de saúde, o qual passou a contemplar o direito a qualidade de vida. Saúde e doença na coletividade passaram a ser fenômenos que, para além da dimensão biológica, são determinados social e historicamente, sendo assim saúde é um componente do processo de reprodução social. Nestes termos, o conceito de saúde pensado pelo Movimento da Reforma Sanitária e delimitado na 8ª CNS implica na adoção de um novo método de compreensão das necessidades de saúde população.

Partindo desta determinação legal dos aspectos que constituem uma vida saudável, a qual ancora-se na concepção ampliada de saúde sustentada proposta pela Reforma Sanitária, fica evidentemente claro que o trabalho de assegurar o direito a saúde é competência compartilhada de uma série de políticas públicas. Buscar alcançar resultados integrados visando efeitos gerados pela ação simultânea de vários agentes, leia-se políticas públicas, e que produza um resultado maior que a soma das partes isoladas é, necessariamente, recorrer a intersectorialidade entre as políticas. Deste modo vai-se além da ideia de transdisciplinariedade<sup>19</sup> para o campo das organizações, ultrapassa o simples juntar setores, cria-se uma nova dinâmica para o aparato governamental, com base territorial e populacional (Bernardi, 2010).

---

<sup>19</sup>Transdisciplinariedade, com base nas análises de Bernardi (2010), indica a integração da disciplina de um campo particular sobre a base de uma axiomática geral compartilhada; estruturadas em sistemas de vários níveis e com objetivos diversificados, sua coordenação é assegurada por referência a uma base de conhecimento comum, com tendência a horizontalização das relações interdisciplinares.

### **3.3 O apoio das ações intersetoriais no cuidado à saúde: O trabalho em rede entre a Unidade de Saúde da Família e o Centro de Referência da Assistência Social.**

Dentre as possibilidades de articulação da política de saúde com as demais políticas públicas, no intuito de garantir o direito a saúde, pode-se evidenciar a integração entre as políticas de saúde e assistência social. A atenção à transversalidade entre estas políticas se justifica pela proeminência dos significados sociais na condição de saúde, bem como do adoecimento. As determinações sociais do processo saúde/doença exigem o (re) conhecimento das particularidades que interligam a política de saúde à política de assistência social, e vice-versa.

Retomando os fatores determinantes e condicionantes da saúde, expressos pela Lei 8.080/90 em seu art. 3º, pode-se destacar os seguintes determinantes: alimentação, moradia, trabalho, renda e lazer, com a finalidade de comprovar que a política de assistência social possui como objetivo a intervenção positiva sobre fatores da vida social que, diretamente, determinam e condicionam a saúde.

Nestes termos, cabe aqui uma breve discussão a respeito dos determinantes sociais, a fim, de compreender sua participação na saúde. Esta participação define, no campo ideológico, a compreensão de saúde e, no campo prático, a determinação do nível de saúde, ampliando tanto os aspectos que definem a questão saúde como o conhecimento ampliado sobre as práticas para sua promoção e proteção.

O esforço para compreensão do processo saúde doença sempre deparou-se com a percepção da existência de determinantes neste processo, deixando claro que intervir em saúde ou no processo de adoecimento equivale em intervir nos determinantes que os condicionam (Carvalho e Buss, 2008). Os modelos de atenção a saúde se orientam de acordo com a perspectiva pela qual se compreende estes determinantes. Pode-se apoiar como fez a visão biomédica e hospitalocêntrica, na compreensão destes como exclusivos a fatores biológicos ou pode-se alargar a percepção e apreender os determinantes do processo saúde/doença como composto por diversos fatores – físicos, metafísicos, naturais, sociais,

individuais, coletivos, dentre outros – como propôs os referenciais teóricos que nortearam o desenvolvimento do Movimento Sanitário.

O avanço no conhecimento das causas e determinações do processo saúde/doença, o qual dá fôlego à utilização das medidas de proteção à saúde e combate a doença, chega hoje a um posicionamento de ênfase ao “estilo de vida” e as condições sociais, econômicas e ambientais nas quais as pessoas nascem e desenvolvem-se. Este posicionamento entende os determinantes como sendo compostos pela reunião de um conjunto de fatores de expressão coletiva, como: acesso a educação, moradia, alimentação, serviços urbanos e uma gama de agentes externos, cujo controle individual é restrito. Somado a estes agentes externos está o “estilo de vida”. Esta categoria compreende hábitos pessoais e culturais, sendo assim fatores sob maior controle dos indivíduos.

Para além do campo biológico e do sistema organizado para cuidar da saúde, o qual empreende intervenções médico sanitárias, reconhecer tão claramente as condições sociais e econômicas e o estilo de vida como também determinantes da saúde, é concordar com uma concepção sobre adoecimento e vida saudável dependente não só de aspectos físicos ou genéticos, mas também, dependentes das relações sociais e econômicas que engendram formas de trabalho, lazer, alimentação, educação, moradia, entre outras.

Com base na percepção de seus diversos determinantes, saúde é entendida como produto de um amplo espectro de fatores relacionados à qualidade de vida. Tomando como base esta percepção ampla dos determinantes, é pertinente aguçar atenção sobre as possibilidades de uma leitura “social” sobre o processo saúde-doença, uma vez que as desigualdades nos campos sociais e econômicos geram agravos a saúde da população. Assim sendo, pode-se perceber que a atual compreensão de saúde a percebe como resultado de um processo de interação contínua entre o indivíduo e o ambiente físico e social em que vive. Os principais determinantes das iniquidades em saúde<sup>20</sup> relacionam-se com as formas como se organiza a vida social. Destarte, as ações que interferem nos níveis de saúde não podem ser fechadas as possibilidades de ações sanitárias, mas extrapola-se para as modalidades do econômico e do social.

Foi calcado nestas perspectivas que a RSB buscou aprofundar o conhecimento sobre as relações dos determinantes socioeconômicos e a situação de saúde a fim de construir um

---

<sup>20</sup>Pode-se abordar dois dos principais fatores para estas iniquidades: a má distribuição de renda e o desgaste das relações de solidariedade e confiança entre pessoas e grupos (Carvalho e Buss, 2008).

modelo de atenção a saúde que embasasse ações concretas para dar resposta às necessidades da população. Baseado nestes conhecimentos a respeito dos determinantes sociais a tradição do sanitarismo brasileiro considera que

Enfrentar a causa das causas, as determinações econômicas e sociais mais gerais do processo saúde-enfermidade, envolve, portanto ações não apenas no sistema de atenção a saúde, com mudanças nos modelos assistenciais e ampliação da autonomia dos sujeitos, mas também intervenções nas condições socioeconômicas, ambientais e culturais por meio de políticas públicas intersetoriais. (CARVALHO E BUSS, p. 160, 2008).

A Reforma Sanitária brasileira teve forte êxito no fomento à apreensão desta leitura social sobre o processo saúde-doença – a qual equivale ao reconhecimento dos determinantes sociais e econômicos somados aos biológicos - abrindo espaço para a proeminência de ações econômicas e das diversas áreas sociais no cuidado à saúde. A maior expressividade deste êxito está na clara incorporação deste reconhecimento na constitucionalização do Sistema de Saúde, quando dispõe-se no art. 2º da Lei 8.080/90 a afirmação de que *o dever do Estado de garantir a saúde consiste na reformulação de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação.*

A consciência dos determinantes sociais na situação de saúde de indivíduos e populações, como exposto nos argumentos acima, inspira-se numa apreensão dialética da saúde. Isso porque parte de uma explicação da “saúde” em todas as suas modalidades, como um todo composto por várias totalidades em permanente movimento, constituindo assim sua dinâmica (Santos, 2010). Em termos menos teóricos, este método de compreensão dialético reconhecesse a saúde como um todo composto por vários determinantes – leiam-se totalidades - que em constante movimento e articulação condicionam e determinam a essência deste todo que é o estado de saúde.

O entendimento de saúde, enquanto um todo complexo composto e determinado por diversas totalidades em movimento e articulação, defendido por autores como Paim (2011), equivale afirmar que saúde é um bem público construído com a participação solidária de todos os setores da sociedade brasileira, já que as totalidades que a compõe participam, em igual dinâmica, de tantos outros objetos das diversas políticas sociais.

Se a determinação do que seja saúde parte desta leitura integrada dos fatores que a determinam, por pura coerência, é certo afirmar que as ações em saúde devem orientar-se por uma compreensão não só da diversidade das políticas que podem contribuir para promoção e proteção da saúde, mas, também, pela necessidade de integrar as ações destas diversas políticas sociais. Pressupõe-se assim ênfase na necessidade de criação de espaços institucionais para o enfrentamento dos determinantes sociais da saúde, sobretudo visando integrar a ação de diversos setores governamentais e da sociedade.

Pode-se justificar este argumento com a consideração de que uma vez que a amplitude dos determinantes sociais que condicionam a saúde extrapola as competências e atribuições das instituições de saúde, torna-se obrigatória a ação coordenada dos diversos setores e instâncias governamentais. Assim a intersectorialidade é, pois, um pilar fundamental para fomentar intervenções de políticas e seus sistemas que assegurem a melhoria das condições de vida da população garantindo a superação de abordagens setoriais fragmentárias e promovendo uma ação planejada e integrada dos diversos níveis da administração pública.

Focados nestas perspectivas Buss e Carvalho argumentam:

A retórica baseada nas determinações sociais e culturais do processo saúde-doença e na necessidade de estratégias de conquista da saúde baseadas em intervenções além das práticas médico-assistenciais logrou induzir práticas inovadoras, tanto no campo da intersectorialidade como no campo da educação e mobilização por mudanças de comportamentos, principalmente estas últimas. (CARVALHO E BUSS, p. 155, 2008)

Pode-se conceber a intersectorialidade e transversalidade entre a política de saúde e as demais políticas sociais como uma estratégia de gestão orientada pelos princípios da Reforma Sanitária e do seu movimento crítico ao modelo médico hegemônico que, com base numa abordagem estruturalista e uma pedagogia libertadora<sup>21</sup>, foi refinando um campo de pensamento e prática que se consolidou no Brasil como o campo da saúde coletiva. É neste campo que se constrói um modelo de atenção a saúde muito mais voltada à prevenção e

---

<sup>21</sup> O uso da expressão “pedagogia libertadora”, ao referir-se ao movimento crítico da Reforma Sanitária Brasileira, faz-se menção as construções de Paulo Freire (1984) a respeito da adaptação do indivíduo à sociedade de classes, de modo a pressupor uma análise crítica do capitalismo. Nestes termos Freire constrói a concepção de pedagogia libertadora onde acredita-se que o cidadão é o indivíduo capaz de, na relação com a sociedade, atuar num sentido de transformação social.

promoção da saúde, exatamente por reconhecer a relevância e amplitude dos determinantes sociais na saúde da população.

Como exposto na construção das análises empreendidas neste item, os determinantes sociais, que condicionam a saúde da população, oriundos de diversos âmbitos da vida em sociedade, asseguram a necessidade de ações integradas entre as várias políticas públicas. Porém, a fim de ater-se ao objeto de estudo deste trabalho voltar-se-á atenção especial para a articulação entre o sistema de saúde e o sistema de assistência social, buscando trazer elementos que justifiquem esta articulação e citar uma das tantas possibilidades de transversalidade entre estes sistemas.

A articulação entre estas políticas podem consistir em duas bases de relação. Primeiramente, saúde e assistência social são vistas como indissociáveis, tendo em vista a já explicitada compreensão do direito a saúde enquanto garantia de uma vida saudável. Assim sendo, todas as ações que contribuam positivamente para a elevação da qualidade de vida participará da promoção a saúde. Nestes termos, é coerente afirmar que as ações desenvolvidas no bojo dos programas e projetos assistenciais participam da construção do acesso dos cidadãos ao direito a saúde. É neste sentido que a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) declara que é preciso considerar

(...) que muitos dos resultados das ações da política de assistência social impactam em outras políticas sociais e vice-versa, é imperioso construir ações territorialmente definidas, juntamente com essas políticas. (...) O novo paradigma da gestão pública articula descentralização e intersetorialidade, (...) ao invés de metas setoriais a partir de demandas ou necessidades genéricas, trata-se de identificar os problemas concretos, as potencialidades e as soluções similares, e intervir através das políticas públicas, com o objetivo de alcançar resultados integrados e promover impacto positivo nas condições de vida. (PNAS, 2004)

Partindo destes pressupostos é consenso a percepção das potencialidades na articulação destas políticas, uma vez que a gestão não fragmentada destas abre espaço para a percepção da totalidade das demandas a partir da integração entre os setores para uma efetiva ação pública, que vise o atendimento não só ao necessitado, mas principalmente a necessidade.

A outra base na qual se pauta a relação entre estas políticas, parte do reconhecimento do quanto às várias violações dos direitos sociais acarretam no aumento dos índices de

adoecimento, implicando na qualidade de vida, negando as condições para o direito a saúde. Nestes termos, a função de programas assistenciais que objetivam a proteção social e o cuidado e acolhimento em casos de violação de direito fazem parte do processo de prevenção e recuperação da saúde, uma vez que o adoecimento biológico muitas vezes é consequência do “adoecimento” social e/ou psicológico. A negligência desta compreensão pelas equipes que materializam os serviços de saúde, motivada pela restrição a lógica biomédica, reflete no insucesso das tentativas de tornar os atendimentos plenamente integrais.

Dentro de toda complexidade dos serviços ofertados pelo SUS, pode-se perceber a existência de serviços à saúde que guardam grandes potencialidades em ações de garantia do direito à saúde, se proposto iniciativas de articulação com programas e projetos de outros sistemas das diversas políticas públicas, em especial com programas específicos da assistência social. Dentre estes serviços de saúde, destaca-se a Atenção Básica, nas palavras de Paim, Travassos e Almeida:

O desenvolvimento da atenção primária – ou atenção básica como é chamada no Brasil – tem recebido muito destaque no SUS. Impulsionada pelo processo de implementação e apoiada por programas inovadores, a atenção básica tem o objetivo de oferecer acesso universal e serviços abrangentes, coordenar e expandir a cobertura para níveis mais complexos de cuidado (p. ex. assistência especializada e hospitalar), bem como implementar ações intersetoriais de promoção de saúde e proteção de doenças. (PAIM, TRAVASSOS, ALMEIDA, p. 21, 2011).

A partir da referência analítica destes autores quanto às atribuições da atenção básica, fica claro que esta pode ser compreendida como espaço estratégico para o empreendimento de ações e intervenções na área de saúde articuladas com as demais políticas. A Atenção Básica, também conhecida como Atenção Primária a Saúde, pode ser interpretada de forma abrangente, como uma concepção de modelo assistencial e de organização do sistema de saúde. Este modelo reforça questionamento ao modelo biomédico, criticando suas diversas origens e propõe destaque aos determinantes sociais mais gerais dos processos saúde-enfermidade e a exigência de novas abordagens em atenção à saúde.

A APS adotada pelo sistema de saúde brasileiro desenvolve-se no corpo doutrinário na Declaração da Alma-Ata. Nesta, foram feitas distinções acerca da concepção de atenção básica, de maneira a fundamentar as políticas e práticas de saúde (Paim, 2011). Segundo Giovanella e Mendonça

A Declaração da Alma-Ata afirma a responsabilidade dos governos sobre a saúde de seus povos por meio de medidas sanitárias e sociais, reiterando a saúde como direito humano fundamental e uma das mais importantes metas sociais mundiais. Destaca que a realização dessa meta demanda a ação de muitos outros setores sociais econômicos, além do setor saúde. (...) A concepção de atenção primária expressa na Declaração da Alma-Ata é abrangente, pois considera a atenção primária a saúde como função central do sistema nacional de saúde e como parte do processo mais geral de desenvolvimento social e econômico das comunidades, o que envolve a cooperação com outros setores de modo a promover o desenvolvimento social e enfrentar os determinantes de saúde mais amplos de caráter socioeconômicos. (GIOVANELLA E MENDONÇA, p. 578 – 579, 2008)

A Alma-Ata declara a AB como atenção essencial à saúde, onde devem ser incorporados métodos e tecnologias científicas sem desconsiderar as “práticas tradicionais” de cuidado à saúde adotadas pela comunidade, pressupondo assim a valorização do saber e da participação comunitária (Giovanella e Mendonça, 2008). Sob a prerrogativa de acesso gratuito e o mais próximo possível dos indivíduos e famílias a AB representa o primeiro nível de contato com o sistema de saúde. A Declaração da Alma-Ata enfatiza ainda a necessidade de ações de outros setores, pois acredita que a saúde enquanto estado de pleno bem-estar físico, mental e social, envolve, além do setor saúde, todos os setores e aspectos correlatos do desenvolvimento nacional e comunitário, implicando no reconhecimento da integralidade entre setores e equipes de saúde através da compreensão destes a respeito do amplo espectro de necessidades considerando-se os âmbitos orgânicos, psíquicos e sociais de saúde.

A AB estrutura-se como uma política do SUS que implementa-se por meio de unidades de atenção, estas são chamadas de: Unidades de Saúde da Família. Nesta unidade é materializado o Programa de Saúde da Família (PSF)<sup>22</sup>. Este programa reorganiza as unidades básicas de saúde para que se concentrem nas famílias e comunidades. Enquanto estratégia, a Saúde da Família teve seu processo organizativo disciplinado pela Norma Operacional Básica do SUS de 1996 (NOB SUS 01/96), o qual, com base na concepção ampliada de atenção a saúde e de integralidade das ações, organizou seus serviços nos campos de atenção assistencial, intervenções ambientais e de políticas extra-setoriais.

Com base nas análises de Paim, Travassos e Almeida (2011) o PSF tem sido tem sido a principal estratégia de estruturação da atenção básica dos sistemas locais de saúde, desde 1998. Uma de suas principais características é a ênfase na reorganização de unidades básicas

---

<sup>22</sup> Criado inicialmente como programa vertical que oferecia especialmente serviços de saúde materno-infantil a populações mais carentes ou de alto risco, o PSF tem sido a principal estratégia de estruturação da atenção básica dos sistemas locais de saúde, desde 1998. (PAIM, 2011, p. 22)

de saúde para que se concentrem nas famílias e comunidades, de modo a integrar a assistência médica com a promoção de saúde e ações preventivas. A proposta do modelo assistencial adotado pelo PSF no Brasil recebe forte influência da origem histórica desta proposta nos países: Cuba e Canadá; nas considerações de Giovanella e Mendonça (2008) nestes países desenvolveu-se uma perspectiva para a atenção e cuidado à saúde onde salientava-se a importância do objeto de prevenção das doenças e da promoção da boa saúde para população, além da organização de um sistema de saúde adequado, assumido como responsabilidade governamental, pondo, assim, em evidência a relação da saúde com as condições de vida, e particular o saneamento ambiental e a nutrição (disponibilidade de alimentos). A adoção e expansão do PSF têm criado e fortalecido estruturas regulatórias nas secretarias municipais de saúde e nas Unidades de Saúde da Família.

Percebendo o USF, por desenvolver o PSF e definir suas ações através da Estratégia Saúde da Família (ESF), como espaço privilegiadamente aberto para articulações multiprofissionais e intersetoriais no intuito de fomentar a proteção a saúde é promissor pensar a articulação entre esta unidade e o Centro de Referência da Assistência Social <sup>23</sup>. Uma vez que este último atua na oferta de serviços que visem o combate e prevenção da violação de direitos, contribuindo para criação de condições sociais ideais para a garantia da qualidade de vida saudável e minimizando as problemáticas sociais que determinam os riscos e agravos dos adoecimentos da população. Ao dispor sobre as funções do CRAS a PNAS deixa claro que este programa tem em suas atribuições o dever de articular-se com as demais políticas a fim de garantir os direitos sociais através do

(...) encaminhamento da população local para as demais políticas públicas e sociais, possibilitando o desenvolvimento de ações intersetoriais que visem à sustentabilidade, de forma a romper com o ciclo de reprodução intergeracional do processo de exclusão social, e evitar que estas famílias e indivíduos tenham seus direitos violados, recaindo em situações de vulnerabilidades e riscos. (PNAS, p.51, 2004)

Pautando-se na compreensão de saúde já analisada anteriormente, há subsídios teóricos para afirmar que é válido que o USF recorra à articulação com programas

---

<sup>23</sup> O CRAS é uma unidade pública estatal de base territorial, localizada em áreas de vulnerabilidade social, que abrange um total até de 1.000 famílias/ano. Executa serviços de proteção social básica, organiza e coordena a rede de serviços sócioassistenciais locais da política de assistência social. O CRAS atua com famílias e indivíduos em seu contexto comunitário, visando a orientação e o convívio sociofamiliar e comunitário. Neste sentido é responsável pela oferta do Programa Integral a Família. (PNAS, 2004)

assistenciais, como o CRAS, para que se alcance o objetivo de promoção a saúde, tendo em vista o significado dos determinantes sociais na condição de saúde. Entende-se que a transversalidade através do trabalho em rede entre as ações desenvolvidas no CRAS e USF, orientados pela intersectorialidade na gestão das políticas de saúde e assistência social, contribui para a integralidade da atenção à saúde da população. Uma vez que, ao fomentar práticas integradas que potencializam a capacidade de alcance dos diversos determinantes da condição de saúde, a transversalidade entre estas unidades permite que a atenção contemple vários aspectos da saúde da população tornando-a mais integral. Partindo da compreensão da integralidade como uma dimensão que compreende saúde como um todo composto pela relação de diversas totalidades, é coerente afirmar que ao contribuir para a formulação de ações com capacidade para um alcance mais amplo e abrangente dos determinantes sociais a estratégia de intersectorialidade na gestão e transversalidade nas ações entre a política de saúde e as demais políticas sociais é pressuposto do princípio da integralidade para o cuidado a saúde.

É ciente que mesmo em casos onde há negligência, por parte da gestão e/ou equipe, quanto à necessidade de intersectorialidade e transversalidade entre programas de saúde e assistência, ainda assim há participação significativa das ações de assistência social no cuidado a saúde, pois é inegável que o objeto de intervenção da política de assistência social<sup>24</sup> é, na grande maioria das vezes, se não a causa, o agravante dos adoecimentos biológicos, o que equivale em dizer que o adoecimento biológico, muitas vezes, é uma expressão do “adoecimento social”. Este reconhecimento ancora-se no cerne da concepção ideológica que movimenta a Reforma Sanitária, pondo-a em curso até os dias atuais. O que se perde com a negligência do reconhecimento deste ponto que une a política de saúde a de assistência social e a potencialidade nas ações de ambas as políticas públicas. Perde-se, portanto, a oportunidade de levá-las a aproximar-se do princípio da universalização dos direitos sociais através da integralidade na aquisição dos direitos por parte dos usuários, possibilitando-o ver-se não mais como receptor de auxílios fragmentados, mas portador de direito sociais articulados e condicionados pela sua condição de cidadão.

---

<sup>24</sup> Entende-se aqui que os objetivos da intervenção da política de assistência social equivalem a idealização do alcance, através de intervenções diversas, do combate a violação dos direitos sociais e o acolhimento/acompanhamento nos casos de violações dos mesmos.

#### **4 A transversalidade nas ações da USF e CRAS: Uma Realidade ou uma Possibilidade?**

A pesquisa, proposta por este estudo, se esforçará para (re) conhecer e analisar a transversalidade entre as políticas de saúde e assistência social através da articulação entre as ações da Unidade de Saúde da Família e do Centro de Referência da Assistência Social do bairro Barro Vermelho de Itaberaba-BA. Para tanto, a proposta da pesquisa visa identificar como os profissionais destas unidades percebem a necessidade da política de saúde em articular-se com as demais políticas sociais com vistas à garantia do direito à saúde. Ainda, busca-se apreender a percepção sobre a relação entre a política pública de saúde e assistência social e a visão dos profissionais acerca da existência de projetos e/ou propostas voltadas para o trabalho em rede entre as unidades, além de suas opiniões profissionais quanto a importância da intersetorialidade enquanto estratégia de gestão. Busca-se, pois, perceber se a transversalidade entre as abordagens práticas destas unidades, apoiadas pela estratégia de intersetorialidade e resultante no trabalho em rede entre estas, constitui-se como uma realidade ou uma possibilidade.

Não obstante, antes de empreender a apresentação e análise dos dados pesquisados conferindo uma leitura crítica e propositiva a respeito do objeto de estudo, será resgatando o percurso metodológico adotado para aproximação da realidade e realização da pesquisa, clareando as concepções que deram sentido e entendimento quanto ao ato da pesquisa, orientando assim toda produção de conhecimento propiciado pela coleta e análise dos dados.

##### **4.1 O Percorso Metodológico.**

A busca do conhecimento da realidade tem como instrumento privilegiado a ciência e suas técnicas para desvelar o real. Mesmo sendo a ciência apenas uma forma de expressão desta busca, não exclusiva, não conclusiva e não definitiva apóia-se nela para investigar meios

de construção de saberes que possam transformar a realidade social adequando-a as necessidades dos indivíduos.

O tema desta pesquisa inscreve-se no âmbito das ciências sociais. Sendo uma pesquisa social, busca a apreensão de um objeto histórico, detentor de consciência histórica. Trata-se, pois, de uma realidade da qual, o próprio pesquisador, pela sua condição de ser humano, é um de seus agentes. Partindo destes pressupostos, pode-se atribuir a pesquisa na área das ciências sociais o perfil político ideológico, pois concorda-se com Minayo quando ela afirma que as ciências sociais são

(...) intrínseca e extrinsecamente ideológicas. Ninguém hoje ousa negar que toda ciência é comprometida. Ela veicula interesses e visões de mundo historicamente construídas, embora suas contribuições e seus efeitos teóricos e técnicos ultrapassem as intenções de seu desenvolvimento. (MINAYO, p. 14, 1994)

Entende-se por pesquisa uma atividade básica de toda ciência, a qual se legitima pelo exercício constante de indagação e construção da realidade, estando constantemente relacionados a interesse e circunstâncias socialmente condicionadas. Apoiando-se nas considerações de Minayo (1994) pode-se entender a pesquisa como uma prática teórica que vincula pensamento e ação, alimentando a atividade de ensino e atualizando-a frente à realidade do mundo. Segundo Guerra:

A pesquisa na qual se faz necessário o “mergulho na realidade social” é, portanto um processo sistemático de ações, visando investigar/interpretar, desvelar um objeto que pode ser um processo social, histórico, um acervo teórico ou documental. (...) A pesquisa científica exige rigor, métodos e técnicas apropriadas e não pode ser identificada como mera sistematização de dados, de modo que há que se desenvolver determinados conhecimentos que são procedimentais. (GUERRA, p. 707, 2009).

A pesquisa, aqui empreendida, constitui-se por fases distintas porém complementares. A primeira é a fase da pesquisa bibliográfica, através dela foi feito levantamento e análise dos marcos conceituais e principais categorias que determinam, envolvem e dão sentido a temática proposta pela delimitação do objeto da pesquisa, gerando assim um arcabouço teórico-bibliográfico a respeito do tema. A segunda fase da pesquisa de campo é o momento de aproximação da realidade e busca por elementos que permitam sua análise.

Toda pesquisa constitui-se metodologicamente. A metodologia determina tanto o processo da pesquisa como a determinação do sentido desta. Assim sendo, a metodologia é “o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade” (MINAYO, p.16, 1994), constituindo-se pelas concepções teóricas de abordagem, pelo conjunto de técnicas que possibilitam a construção da realidade e o potencial criativo do investigador.

A teoria, ao abarcar uma diversidade de concepções teóricas para abordagem do objeto da pesquisa, constituindo tanto o método orientador da obtenção de dados e análise para o mesmo, quanto os conceitos que veiculam seu sentido. Para a realização desta pesquisa, bem como da construção teórica que a subsidia, é adotado a concepção teórico-metodológica em Marx, a qual compreende o conhecimento teórico como sendo

(...) o conhecimento do objeto tal como ele é em si mesmo, na sua existência real e efetiva, independentemente dos desejos, das aspirações e das representações do pesquisador. A teoria é, para Marx, a reprodução ideal do movimento real do objeto pelo sujeito que pesquisa: pela teoria, o sujeito reproduz em seu pensamento a estrutura e a dinâmica do objeto que pesquisa. E esta reprodução (que constitui propriamente o conhecimento teórico) será tanto mais correta e verdadeira quanto mais fiel o sujeito for ao objeto. (NETTO, p.673, 2009).

Quanto ao método-teórico que orientará o processo de pesquisa, pode-se entendê-lo como orientador para um processo de mediação<sup>25</sup> do objeto de estudo, apreendendo-o em seus âmbitos: universal, particular e singular<sup>26</sup>. Neste processo pretenderá uma abstração<sup>27</sup> do objeto de modo a compreendê-lo em sua estrutura e movimento, alcançando assim o conhecimento do concreto<sup>28</sup>. Este processo nada mais é que a transposição do real pelo

---

<sup>25</sup> O processo de mediação compreende o descobrimento do objeto pelo pensamento, através de aproximações sucessivas, construindo e reconstruindo o objeto, percebendo as determinações universais que incidem sobre sua singularidade determinando assim suas particularidades, o que permite reconhecer o objeto para além da “epiderme do real” (GUERRA, p. 706, 2009), reconhece-o na sua essência.

<sup>26</sup> O âmbito universal, singular e particular são características de toda realidade social. O nível do universal é o âmbito que mostra a legalidade da realidade investigada, é a apreensão das leis que envolvem e determinam o singular e particular. O singular é a lei expressa de forma superficialmente aparente, é o lugar onde se manifesta o resultado da ação prática dos homens. Já o nível do particular, é o campo onde se localiza a mediação entre esses dois níveis. O processo de apreensão do real pela consciência parte-se do singular para o universal, sendo preciso voltar ao singular, essas passagens são mediadas pela categoria da particularidade, a qual percebe as relações entre estes dois níveis (Santos, 2010).

<sup>27</sup> A abstração, segundo Netto (2009), é a capacidade intelectual que permite extrair da contextualidade determinada um elemento, isolando-o e examinando-o.

<sup>28</sup> Conhecer o concreto equivale em perceber a realidade nas suas determinações constitutivas, perpassando a sua expressão imediata e superficial. (Netto, 2009)

pensamento originando o ideal. Este processo é composto por dois momentos, o primeiro, parte da experiência imediata com o objeto ou com a “singularidade”, destina-se, pois a decompor o objeto de modo a sair de sua superficialidade e buscar sua estrutura e determinações. Caminha-se para o entendimento e compreensão das leis universais que incidem sobre este objeto de modo a determiná-lo. Esta mediação entre o “universal” e o “singular”, originando a “viagem de volta” (NETTO, p. 184, 2009), irá recompor o objeto, mas não mais tendo em vista sua representação caótica e superficial, a atenção é dada as “particularidades”, que com a incidência das leis universais determinam a estrutura e o movimento do objeto. Neste sentido, parte-se do singular para compreender a incidência da universalidade que condiciona sua particularidade. Segundo Netto (2009) este é o método teórico ideal para obtenção do real. É neste movimento, através de sucessivas aproximações do pesquisador a essência do objeto, que se cria o real no pensamento dando origem a teoria.

Nestes termos, a luz deste método que é material-histórico e dialético – pois se parte do pressuposto de que a matéria precede o conceito, reconhecendo o processo histórico, específico ao ser social e, por tudo isso, busca explicar o ser em todas as suas modalidades -, serão buscadas análises da realidade dos trabalhos e ações entre a USF e CRAS do bairro Barro Vermelho no município de Itaberaba – BA, que demonstrem não apenas respostas positivas ou negativas sobre a existência de transversalidade e trabalho em rede entre estas unidades, mas, que, também, demonstrem as determinações que constituem esta realidade, refere-se aqui as relações político-institucionais, político-culturais, ideológicas e éticas que levam a realidade a se constituir como tal. Para tanto será utilizada toda construção teórica exposta nos capítulos anteriores para respaldar a interpretação das informações obtidas sobre a realidade.

Enquanto concepção das formas de apreender a realidade a teoria e a metodologia são indissociáveis. A metodologia compreende, ainda, um aparato instrumental devendo ser claro e coerente, sendo capaz de encaminhar os impasses teóricos para o desafio da prática. Com relação às técnicas utilizadas na metodologia deste trabalho, foram escolhidas as técnicas de pesquisa documental e entrevista semi-estruturada. Percebe-se que, através da pesquisa documental encontra-se subsídios para maior compreensão do funcionamento das unidades e da realidade a qual estas intervêm, com base em registros das ações e demandas ofertadas, relatórios quanto ao perfil dos usuários e caracterização da área de atuação, dentre outros. Já com entrevista semi-estruturada, tem-se a capacidade de se obter informes contidos na fala dos atores sociais – que neste caso são os profissionais que atuam na USF e CRAS -, obtendo

assim um reflexo da dimensão coletiva a partir da visão individual. Esta técnica verbal reforça a importância da linguagem e do significado da fala, servindo como meio de coleta de informações sobre determinado tema científico (Minayo, 1994). Assim se utilizará da técnica de análise de discurso pois acredita-se que esta permite um cuidado analítico no desafio de sistematizar as informações coletadas. Com base em Severino esta técnica

Envolve, portanto, a análise do conteúdo das mensagens, os enunciados dos discursos, a busca do significado das mensagens. As linguagens, a expressão verbal, os enunciados são vistos como indicadores significativos, indispensáveis para a compreensão dos problemas ligados às práticas humanas e a seus componentes psicossociais (SEVERINO, 2007, p. 121).

Nestes termos, fica claro que a pesquisa aqui exposta e analisada é de caráter qualitativo, pois se preocupa com um nível da realidade que não pode ser quantificado. O trabalho proposto se voltará para o universo dos significados, motivos, aspirações, valores e atitudes, dos profissionais da USF e CRAS a respeito da transversalidade entre as políticas de saúde e assistência social sobre a perspectiva da integralidade. Assim sendo, o objeto de tal pesquisa e estudo localiza-se num espaço mais profundo das relações, processos e fenômenos que o envolve, não podendo ser reduzido a operacionalização de variáveis.

#### **4.2 Conhecendo a Realidade: A Pesquisa de Campo.**

Como já dito em momentos anteriores ao decorrer deste trabalho monográfico a construção do estudo da temática escolhida será subsidiada pela análise da realidade de aproximação nas ações e planejamentos dos trabalhos entre a Unidade de Saúde da Família e o Centro de Referência da Assistência Social no bairro Barro Vermelho em Itaberaba-BA, através de uma pesquisa materializada na aplicação de entrevistas semi-estruturadas junto à equipe profissional que compõe estas unidades, bem como pesquisa documental.

A pesquisa contou com um universo de onze entrevistados, sendo cinco profissionais de saúde atuantes na USF e seis profissionais da equipe do CRAS. Entre eles haviam as seguintes especialidades profissionais: enfermeiro, dentista, médico, técnico em enfermagem e agente comunitário, todos atuantes na Unidade de Saúde, além de: assistente social, psicólogo, filósofo, instrutor e orientador social, ambos profissionais do CRAS.

Dos entrevistados oito eram do sexo feminino e três do sexo masculino. Destes, sete possuíam faixa etária entre trinta e quarenta anos, dois entre quarenta e cinquenta anos, um entre vinte e trinta anos e um acima de cinquenta anos. Sete dos entrevistados possuíam graduação em nível superior, três possuíam segundo grau e um possuía o nível técnico. Dos entrevistados que possuíam graduação em nível superior cinco não possuem especializações e dois possuem especializações em fase de andamento. Os cargos desempenhados pelos entrevistados na USF foram de: agente comunitário, técnico em enfermagem, médico da ESF, dentista, coordenadora/enfermeira da ESF. Já os entrevistados no CRAS ocupavam os cargos de: educadora social de oficinas, educadora social do PROJovem Adolescente, assistente social, instrutora de oficina de artesanato, psicólogo e coordenadora.

A primeira abordagem da realidade das unidades foi mediada pela ida a campo no dia 17/09/2013, na qual foi apresentada às coordenadoras das duas unidades a proposta da pesquisa e seus principais objetivos, além da apresentação da carta de livre consentimento, para assim melhor oficializar a aceitação da pesquisa. O primeiro contato foi proveitoso e demonstrou agradável colaboração das coordenadoras em apoiar a realização tanto das entrevistas quanto da pesquisa documental.

Após apresentada a pesquisa, foi elaborado nas duas unidades um roteiro para as visitas e realização das entrevistas, levando em consideração a dinâmica de atendimento e a disponibilidade dos profissionais da equipe. As entrevistas e pesquisa documental na USF foram idealizadas para ocorrer em dois dias, porém, por conta de alguns imprevistos acabou sendo realizada em quatro dias, enquanto no CRAS, apenas um dia foi suficiente. Em ambas as unidades o dia sugerido pelas coordenadoras para realização das atividades propostas pela pesquisa foi dias de sexta-feira - 20/09 e 26/09, na USF e CRAS respectivamente – pois neste dia em especial o desenvolvimento das atividades de prestação de serviços são parcialmente suspensas para que haja tempo para o desenvolvimento do planejamento semanal da equipe, havendo assim, significativa diminuição no fluxo dos atendimentos e demandas sobrando tempo para os profissionais participarem das entrevistas. Apenas na USF foi necessário o

agendamento de uma segunda visita no dia 24/09, pois este era o único dia em que o médico estaria com disponibilidade para ser entrevistado. Contudo, no dia 20/09 ocorreu uma passeata no município em função da luta pela saúde, na qual os agentes comunitários estiveram presentes, não estando na unidade em decorrência deste ato político, impossibilitando a entrevista. Foi então remarcada visita para o dia 23/09, nesta data foi, então, realizada a entrevista com um dos agentes comunitários. A entrevista com o médico marcada para o dia 24/09 foi transferida para o dia 30/09, pois na primeira data marcada para a entrevista o profissional não esteve na unidade. Para finalizar as idas a campo na USF, foi necessário visitar a unidade no dia 01/10 para ter acesso aos documentos onde constam informações sobre o funcionamento, as demandas e o perfil dos usuários dos serviços. Quanto às entrevistas e pesquisa documental pretendidas no CRAS conseguiu-se realizá-las no dia agendado com a coordenação, na sexta-feira do dia 26/09.

A aproximação individual com cada profissional no momento da entrevista foi bastante “rica”. A experiência individual com cada profissional, proporcionou um leque de observações que extrapolavam a temática central da pesquisa, tocando em dimensões particulares da atuação profissional dos atores que subsidiaram as entrevistas.

Antes de trazer os dados obtidos através das entrevistas e as análises empreendidas através destes, é pertinente falar em breves linhas sobre o “diagnóstico socioterritorial”<sup>29</sup> do município de Itaberaba, bem como do bairro Barro Vermelho, para assim enriquecer a compreensão da realidade em que imerge os serviços e ações da USF e CRAS. Bem como, caracterizar estas instituições para o melhor entendimento do seu funcionamento.

#### **4.2.1 O Diagnóstico Socioterritorial de Itaberaba e a Caracterização dos Serviços da UBS e CRAS do Bairro Vermelho.**

---

<sup>29</sup> As informações aqui disponibilizadas são oriundas do Plano de Gestão do Centro de Referência da Assistência Social do município de Itaberaba – BA, disponibilizado pela coordenadora da unidade, a fim de subsidiar elementos para construção desta pesquisa.

Neste subtópico reconhece-se a relevância de se conhecer a realidade em que o objeto de estudo insere-se, pois parte-se do pressuposto de que um objeto é historicamente determinado pelas condições da realidade na qual este se encontra. Para tanto foi buscado no acervo bibliográfico e documental das duas unidades que sediaram a pesquisa, dados e informes quanto à caracterização da realidade social e econômica municipal, bem como informações que possibilitassem a caracterização das unidades, abordando marcos históricos, sua estrutura de funcionamento, serviços ofertados, recursos humanos disponíveis, principais demandas e perfil dos usuários. Entretanto, a realização desta pesquisa documental encontrou grande dificuldade, pois, segundo a fala dos coordenadores de ambas as unidades, os registros existentes quanto a estas informações sobre as unidades e sobre a realidade sócio-econômica da área de atuação foram “apagados” dos computadores das unidades pela gestão anterior, enquanto forma de, com base na fala de uma das coordenadoras, “revanche política”. Desta forma esta parte da pesquisa não contempla as objetivações desenhadas na fase de seu planejamento, pois não pôde, infelizmente, contar com o acesso necessário a algumas informações ainda não obtidas pela coordenação atual das unidades.

O município de Itaberaba, fundado em 26 de março de 1877, está situado no Centro-Norte do Estado da Bahia, na região semi-árida. É considerado como principal centro regional, exercendo forte influência na região, tanto econômica – por sua característica de ser o maior produtor de abacaxi do Nordeste - quanto politicamente, além de ser cidade referência para diversos municípios circunvizinhos.

Segundo os dados disponíveis no Plano de Gestão do Centro de Referência de Assistência Social, Itaberaba possui, aproximadamente, 34 bairros, tendo uma população de 60.000 habitantes entre os quais 12.000 residem na zona rural. O índice de desenvolvimento humano na região é igual a 0,463, o que expressa o grau de vulnerabilidade social da comunidade local.

Na área da educação, o município oferta 124 escolas de rede pública de ensino fundamental e médio, sendo que destas 83 estão localizadas na Zona Rural. Nas comunidades locais verifica-se que quase 12% dos adolescentes em idade entre treze e dezoito anos não frequentam a escola. Quase 10% da população é analfabeta e 5%, aproximadamente, possui 2º grau incompleto. A taxa média de desemprego entre jovens de dezoito e vinte e quatro anos chega a quase 15%.

Ao analisar as condições de vida da população no município, revelam-se os contrastes sociais e econômicos entre os bairros. Os classificados como de maior vulnerabilidade social são: Alameda das Umburanas, Barro Vermelho, Açode Novo, Irmã Dulce, Campo do governo, Oriente, Caititu, Primavera e Jardim das Palmeiras. Nestes bairros, há um grande número de famílias morando em situação de risco. Desemprego, insuficiência e precariedade dos postos de trabalho, trabalho informal, baixa renda per capita familiar, baixos indicadores na área da educação e saúde, analfabetismo entre adultos, presença de desnutrição entre crianças, elevado índice de gravidez entre adolescentes, violência doméstica, péssimas condições de habitação, saneamento e ambiente, ausência de oportunidades culturais e de lazer são as principais problemáticas recorrentes nestas comunidades, os quais conferem agravo a vários direitos sociais, impossibilitando que os cidadãos residentes nestes bairros tenham acesso às mínimas condições para uma vida saudável.

Entre os moradores destes bairros, uma das necessidades mais reivindicadas é a instalação de creches e de unidades de saúde. A demanda pela construção de Unidades da Saúde da Família aonde venha ser desenvolvido o Programa de Saúde da Família é uma das necessidades mais latentes na fala dos moradores.

Para atender as objetivações deste trabalho foi escolhido o recorte da realidade de atuação e articulação entre a Unidade de Saúde da Família e Centro de Referência da Assistência Social implementados no bairro Barro Vermelho do município de Itaberaba. Após dado alguns indicadores da realidade socioeconômica deste bairro será feita uma breve caracterização destas unidades.

A USF do bairro Barro Vermelho é uma das nove Unidades da Saúde da Família instaladas no município. A Unidade de Saúde da Família é a principal unidade de atenção primária para implementação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), prestando serviços assistenciais à saúde sobre orientação da Estratégia de Saúde da Família (ESF)<sup>30</sup>. As ações da USF devem ser direcionadas para o tripé que sustenta a ESF, a promoção, proteção e recuperação. A USF constitui-se como porta de entrada ao sistema local e o primeiro nível da atenção, o que supõe a integração a rede de serviços mais complexos. A implementação desta

---

<sup>30</sup> A ESF foi explicitada na Norma Operacional Básica do SUS de 1996 (NOB SUS 01/96), apoiada em deliberações do Conselho Nacional de Saúde, que indicava a retomada da discussão em torno do modelo de gestão a ser construído. Tal ato normativo disciplinou o processo de organização dos serviços segundo campos de atenção assistenciais, de intervenções ambientais e de políticas extra-setoriais, em uma concepção ampliada de atenção à saúde e de integralidade das ações (Giovannella e Mendonça, 2008)

unidade reforça o processo de municipalização da atenção a saúde, uma vez que a sua organização e gerenciamento são de responsabilidade local/municipal.

Ao desenvolver suas ações a UBS orienta-se pelos princípios da Atenção Básica (AB), sendo eles: universalidade da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Assim, visa a operacionalização da AB, tendo com áreas estratégicas para atuação em todo território nacional a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, da hipertensão arterial e da diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde (PNAB, 2007).

Para o desempenho destas determinações legais a Unidade de Saúde da Família do bairro Barro Vermelho, situada na Rua Dr. Mário Araújo S/N no município de Itaberaba-BA, conta com uma equipe multisciplinar composta por: dois médicos, duas enfermeiras, três técnicas em enfermagem, um dentista, doze agentes comunitários, uma técnica de farmácia, uma auxiliar em serviços gerais e dois recepcionistas.

A unidade possui um total de 896 usuários cadastrados. É feita, no município, uma divisão em áreas e micro-áreas do território municipal para melhor divisão do trabalho entre os profissionais da equipe. Sendo esta UBS responsável pela cobertura do bairro Barro Vermelho, esta é responsável pelas áreas denominadas como Área 13 – a qual é subdividida nas micro-áreas: 54, 61, 62, 64, 65 e 83 – e Área 14 – a qual é subdividida pelas micro-áreas: 57, 63, 66, 67, 68 e 77.

Na unidade são desenvolvidas, em média, mensalmente: quinze puericulturas, trinta e cinco pré-natais, cinco consultas de hanseníase, duas consultas de tuberculose, cento e dezesseis consultas de enfermagem, trezentas e trinta e uma consultas médicas, cento e trinta e oito atendimentos odontológicos, trezentos e quarenta e sete aferições de pressão arterial, mil e oitenta visitas domiciliares, trinta curativos, treze testes do pezinho, trinta e duas confecções do cartão do SUS, vinte e um tipos de medicamento na liberação dos mesmos, cento e cinquenta e sete vacinações infantis, cinquenta testes de glicemia capilar, uma reunião mensal entre a equipe e dez atividades educativas – incluindo sala de espera e grupo de gestantes.

O Centro de Referência da Assistência Social, por sua vez, constitui um equipamento público municipal, instituído pela Política Nacional de Assistência Social (PNAS). A PNAS é

uma política pública de direito social assegurada a partir da Constituição Federal de 1988 e normatizada a partir da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) aprovada em 1993. Incorporando aspectos inovadores a PNAS, com base em seus princípios e diretrizes foi sistematizado e aprovado o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) em 2003. O SUAS regulamenta e organiza a prestação de medidas socioassistenciais, dando destaque para a universalização dos direitos sociais e a igualdade dos direitos no acesso a estas medidas.

A PNAS na perspectiva do SUAS decreta o pacto federativo como um dos critérios imprescindíveis para a efetivação plena da LOAS, principalmente no que diz respeito à descentralização e participação. Dessa forma, a política assume uma nova formatação em que os entes federativos, União, estados e municípios, adquirem responsabilidades que são compartilhadas na implementação da mesma.

Com a criação dos níveis de proteção: a Proteção Social Básica e a Proteção Social Especial, a PNAS delega aos municípios a responsabilidades pela oferta de maior parte das ações socioassistenciais, bem como o acompanhamento das condicionalidades dos programas federais, municiando e mantendo as bases de dados da Rede SUAS atualizada, detectando famílias e/ou indivíduos que vivem em situação de risco e vulnerabilidade social.

O CRAS, enquanto equipamento público municipal, é uma unidade pública que deve ser instalado em territórios que apresentem índices elevados de população em situação de risco e vulnerabilidade social, objetivando prevenir situações de risco por meio do desenvolvimento potencialidades e aquisições, e do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, sendo assim um mecanismo da rede de proteção básica da Política de Assistência Social. Por esta determinação, o Bairro Vermelho em Itaberaba foi percebido pela gestão municipal, através da Secretaria Municipal de Assistência Social e Cidadania, como território ideal para a implementação do primeiro CRAS no município em 2007.

Ao longo dos anos as demandas de caráter social incidentes na realidade de outros bairros no município levaram a gestão a empreender a criação de mais dois CRAS em outras áreas também classificada como de risco e vulnerabilidade social. A unidade do CRAS do Barro Vermelho ficou reconhecido como CRAS I e as demais unidades como CRAS II e CRASIII (instalados nos bairros Caititu e Feira Nova, respectivamente).

O Centro de Referência da Assistência Social I, localizado na Rua Dr. Mário Araújo, nº 366 no Bairro Vermelho, é classificado como de médio porte e tem como meta referenciar

5.000 famílias. Atualmente, acompanha 1.818 famílias cadastradas no Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF), possuindo grupos de convivência com gestantes, com idosos, com crianças, adolescentes e deficientes, além de coordenar o desenvolvimento do POJOVEM Adolescente, prestar atendimento e orientação quanto ao Benefício de Prestação Continuada (BPC), aos Benefícios Eventuais e ao Programa Bolsa Família (PBF).

Com base nos registros fornecidos pela coordenação do CRAS I, esta unidade começou a funcionar no ano de 2007 de forma precária. A partir da nova gestão municipal, no ano de 2008, a unidade passou a ter significativa melhora no funcionamento, abrangendo com maior qualidade o seu território de cobertura. Contudo, até o ano de 2009 era grande o grau de desconhecimento da população com relação aos serviços ofertados e desenvolvidos pela unidade. Em face desta problemática, a gestão municipal, no ano de 2010, alterou o quadro da coordenação da unidade, na busca de recursos humanos mais qualificados para o cumprimento do preconizado pelo SUAS no que diz respeito a função e objetivos do CRAS.

A nova coordenação investiu em estratégias para divulgação das ações desenvolvidas no CRAS I e implantou novos projetos voltados para valorização, fortalecimento de vínculos e elevação da auto-estima de seus usuários. Dentre os projetos propostos o que mais se destacou foi o “Projeto Sócio Educativo Anjos da Guarda – Guarda Mirim”. O mesmo foi encaminhado à Câmara Municipal, tornando-se Lei Municipal sob o nº 1.201 de 22 de outubro de 2010. No ano de 2012 a coordenação do CRAS I propôs um planejamento de ação articulado com o CRAS II, elaborando assim o Plano de Ação de Atividades a serem desenvolvidas ao longo deste ano. Esta estratégia de intersetorialidade no planejamento resultante no trabalho em rede resultou em maior eficiência as ações da unidade.

Atualmente o CRAS I, bem como o CRAS II e III, podem contar com apoio e articulação direta da Casa de Brincar, do Instituto de Qualificação Profissional, do Balcão de Justiça e Cidadania, da Casa dos Conselhos, da Agência Social Bolsa Família, do Centro Digital e Cidadania e do Plano Cidadão.

Quanto ao perfil das famílias atendidas pelo CRAS I, pode-se afirmar, com base na análise dos formulários das famílias cadastradas no programa, que a grande maioria tem como responsáveis legais uma pessoa do sexo feminino, com predominância na faixa etária de 23 a 38 anos. A grande maioria dos usuários dos serviços possui ensino fundamental incompleto. Com relação à qualificação profissional, há um alto índice de indivíduos autônomos sem

contribuir para a previdência social e assalariados sem carteira de trabalho, seguido de grande número de desempregados.

As principais demandas atendidas pela unidade são em decorrência de: carência em demanda de provisão material (cestas básicas, colchões, dentre outros), negligência em relação à criança e idoso, situação de violência doméstica, criança e adolescentes fora da escola, criança em situação de trabalho infantil, desemprego e despreparo profissional, famílias elegíveis não inseridas em programas ou benefícios de transferência de renda, fragilidade nos vínculos afetivos e indivíduos sem documentação.

Para dar resposta a estas demandas a unidade dispõe da oferta de uma série de grupos e oficinas que tocam em questões centrais destas problemáticas, potencializando seu enfrentamento e resolutividade. O quadro atual destas ofertas compõe-se pela execução de tais ações: Grupo de Convivência com Idosos, Grupo de Convivência com Gestantes, Grupo de Convivência com Crianças, Grupo de Convivência com Adolescentes, Grupo de Convivência com Deficientes, Oficina de Bordado, Oficina de Manicure e Pedicure, Oficina de Maquiagem, Oficina de Pintura, Grupo de Convivência com Família do PROJOVEM Adolescente, Cadastro no PAIF, Ações Voltadas para a Divulgação do Programa, Palestras realizadas nas Unidades de Ensino pela Equipe do CRAS I para fortalecimento de vínculos e Realização de Palestras no CRAS I por profissionais que compõe a Rede.

Para a elaboração e execução destas atividades o CRAS I, em acordo com o disposto na Norma Operacional Básica de Recursos Humanos da SUAS (NOB RH/SUAS), conta como uma equipe composta por três profissionais de nível superior, sendo uma coordenadora, uma assistente social e um psicólogo; um técnico de nível médio atuando como auxiliar administrativo; uma recepcionista; três educadores sociais; um motorista; dois instrutores de oficinas; e um auxiliar de serviços gerais. Também conta com uma equipe Volante Rural composta por: uma assistente social e um psicólogo, além da equipe do PROJOVEM Adolescente, a qual compõe-se por: três orientadores sociais; um instrutor de futebol; um instrutor de dança; um instrutor de percussão; um instrutor de saxofone e flauta; e um instrutor de artes plásticas. Sendo que, para o planejamento, coordenação e avaliação destas atividades e ações é firmado uma reunião semanal com toda a equipe para o desenvolvimento do Plano de Ação da unidade.

#### **4.2.2 Análise das Falas dos Profissionais: Um Reflexo da Dimensão Coletiva com Base na Visão Individual.**

Este é o momento que as informações contidas nas falas dos sujeitos desta pesquisa foram analisadas, quais sejam eles: profissionais que compunham a equipe da Unidade de Saúde da Família e do Centro de Referência da Assistência Social no bairro Barro Vermelho em Itaberaba-BA. Este é, pois, o espaço privilegiado neste trabalho monográfico, uma vez que é nele que foram demarcados os subsídios materiais e reais para o alcance dos objetivos propostos no respectivo estudo.

Orientado por um princípio ético no que toca ao direito de privacidade dos entrevistados, escolheu-se por denominar os profissionais da USF como profissional A, B, C, D e E e os profissionais do CRAS como profissional F, G, H, I, J e K. As questões norteadoras dos roteiros de entrevistas serão abordadas como categorias e/ou eixos de análises, sendo elas: 1) a necessidades de ações integradas entre a política de saúde e as demais políticas sociais e econômicas enquanto condição para a garantia do direito a saúde; 2) objetivos, princípios, demandas e diretrizes que aproximam a política pública de saúde e a assistência social; 3) participação e intervenção do CRAS na integralidade do cuidado à saúde da população do bairro Barro Vermelho; 4) existência de ações interdisciplinares entre as equipes e intersetorialidade na administração e em propostas de intervenção entre as unidades da USF e CRAS; e 5) as considerações profissionais sobre a estratégia de gestão intersetorial.

A partir dessas categorias serão expostas as falas mais pertinentes dos profissionais entrevistados e, com base nas falas e na análise de todos os dados obtidos através da pesquisa os resultados alcançados. As falas dos profissionais, bem como a análise de questões pertinentes, serão expostas em dois blocos. O primeiro será referente às falas dos profissionais da USF e o segundo será sobre as falas dos profissionais do CRAS. Esta escolha metodológica de exposição dos dados, não tenta de forma alguma fragmentar as análises. O objetivo aqui é expor de forma clara as informações, para que se possa perceber se há concordâncias ou discordâncias, coerência ou incoerência, tanto entre as falas dos profissionais, quanto entre os universos das duas instituições.

Com relação à primeira categoria de análise, a qual aborda a visão dos profissionais quanto à necessidade de ações integradas entre a política de saúde e as demais políticas

sociais e econômicas para se garantir o direito à saúde da população, constatou-se que em unanimidade, os profissionais da USF concordam que é necessário que haja articulação entre a política de saúde e as demais políticas sociais e econômicas para que se garanta o direito à saúde da população. Em argumentação a esta afirmativa o profissional “B” considerou a necessidade do intercâmbio entre as políticas públicas como um fator condicionante para a qualidade das mesmas; sinalizando ainda que a intersetorialidade entre as diversas políticas públicas acompanha a diretriz de descentralização da gestão das mesmas. O profissional “E”, por sua vez, ao considerar argumentos sobre tal afirmação, disse que: “Essa afirmação acompanha a proposta do SUS, onde o sistema de saúde não é mais um fragmento da Seguridade Social (...) esta integração entre políticas está em consonância com a inovação trazida no texto do SUS” (PROFISSIONAL “E”).

As falas destes dois profissionais apresentam questões importantes no que tange ao debate da intersetorialidade. Primeiramente o profissional “B” ao relacionar a intersetorialidade com a diretriz de descentralização da gestão, abre espaço para reforçar uma discussão empreendida no segundo capítulo deste trabalho, onde se considerou que a autonomia local em administrar a política pública indica um processo de descentralização onde os governos locais são responsáveis pelas principais ações que permitem assegurar a qualidade de vida dos cidadãos, devendo, ser capaz de incentivar a cooperação social na busca de respostas integradas a necessidades da população. Possibilita-se, assim, a interação constante com outros níveis do governo municipal, fazendo necessária a adoção de estratégias políticas de gestão que contemplem articulação entre suas ações.

Ao fazer colocação quanto a característica do Sistema de Saúde como não mais um fragmento da Seguridade Social, mas sim como uma política prevista de forma articulada com as demais políticas previdenciárias e de assistência social, o profissional “E” permite a retomada da questão da incorporação dos marcos ideológicos e políticos do Movimento da Reforma Sanitária na estrutura institucional do SUS, já abordada no primeiro capítulo. A RSB, segundo Paim (2009), tem como princípio orientador a promoção da justiça social, através da compreensão de saúde como componente indissociável da Seguridade Social; segundo este autor, a defesa da Reforma Sanitária significa o envolvimento na promoção de uma cultura de paz e tolerância por meio de manifestações permanentes e de ações regulares que intervenham nos determinantes e condicionantes de violência em todos os seus âmbitos e aspectos. A Reforma Sanitária origina um Sistema de Saúde embasado numa compreensão de saúde ampla, onde saúde e bem-estar são processos indissociáveis. Assim, às práticas deste

sistema não cabe mais apenas assistir e integrar os doentes, é, nas palavras de Damaso “preciso atuar nos níveis das condições sociais de produção das doenças” (DAMASO, p.72, 2006). Assim, afasta o reducionismo da apreensão da saúde como mera ausência de doença, mediante o reconhecimento dos vários aspectos sociais, culturais e psicológicos, também participantes da determinação da condição de saúde. Neste sentido, a concepção de saúde apreendida pela Reforma Sanitária considera a necessidade de, nas ações para sua promoção e proteção, enfrentar a causa das causas, as determinações econômicas e sociais mais gerais do processo saúde-enfermidade. Nas análises de Carvalho e Buss (2008) isso envolve ações não apenas no sistema de atenção a saúde, com mudanças nos modelos assistenciais e ampliação da autonomia dos sujeitos, mas também intervenções nas condições socioeconômicas, ambientais e culturais por meio de políticas públicas intersetoriais.

Tudo isso, representa, como bem salientou o profissional “E” em uma “inovação trazida no texto do SUS”, onde, pela incorporação desta compreensão ampliada de saúde, destaca-se no art. 3º da lei 8.080/90, em parágrafo único que se diz respeito também a saúde as ações que se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem estar físico, mental e social. Assim sendo, as ações de serviços de saúde são de relevância pública e extrapola os limites de ações institucionais do SUS, uma vez que o cultivo ao bem-estar e a qualidade de vida exige a ação integrada das diversas políticas sociais e econômicas, o que faz do SUS um sistema não mais fragmentado e sim interdependente das demais políticas. Estes argumentos reforçam a validade da estratégia intersetorial como prática de gestão na saúde, a qual, segundo Paim (2009) remete ao conceito/ideia de rede, além de permitir o estabelecimento de espaços compartilhados de decisões entre instituições e diferentes setores do governo que atuam na produção da saúde na formulação, implementação e acompanhamento de políticas públicas que possam ter impacto positivo sobre a saúde da população.

Com relação aos objetivos, princípios, demandas e diretrizes que aproximam a política pública de saúde e a assistência social, foi possível perceber, ao decorrer da pesquisa, que os profissionais, de forma clara e enfática, reconhecem as demandas relacionadas às expressões da questão social<sup>31</sup> como um elo de aproximação entre a política de saúde e assistência social. Segundo as palavras do entrevistado “D”

---

<sup>31</sup> Questão social pode ser definida como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que têm uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho mais amplamente

As necessidades e demandas dos pacientes atendidos pelos profissionais de saúde, muitas vezes, também necessitam de serviços assistenciais para serem resolvidos. Já ocorreu “da gente” acompanhar famílias morando em situações precárias, com casas mal instaladas, sem higiene, sem rede de esgoto, e isso claramente “tava” interferindo na saúde daquela família. “Ai”, procuramos a assistente social do CRAS e passamos a notificação do caso e ela foi até a família para inseri-la no programa habitacional (PROFISSIONAL D).

Ainda neste sentido o profissional “A” afirmou que: “O vínculo com a comunidade, que é uma obrigação para o trabalho das duas políticas, une a política de saúde com a política de assistência social” (PROFISSIONAL “A”). Entretanto, não foi reconhecida por nenhum entrevistado marcos legais constitutivos destas políticas – tais como princípios, objetivos e diretrizes – que as vinculem. Isto demonstra que a percepção da articulação entre essas políticas por esses profissionais é restrita ao âmbito da prática profissional, eles não demonstraram reconhecimento desta articulação no âmbito da formulação das políticas.

Por esta realidade pode-se constatar que os profissionais entrevistados perdem em não alcançar com a devida clareza a compreensão da transversalidade entre política de saúde e assistência social. Como já discutido no segundo capítulo deste trabalho, com base nas considerações de Bernardi (2010), a transversalidade é uma perspectiva sobre a qual pode-se pensar a integração de ações governamentais com vistas à maior efetividade. Assim, a transversalidade, enquanto uma estratégia de intersectorialidade entre as políticas amplia a capacidade de atuação dos sistemas com relação a alguns temas para os quais a organização clássica não é adequada, esta ampliação, no entanto, não se restringe apenas ao reconhecimento de demandas comuns ou próximas entre estas políticas. Parte-se do reconhecimento das demandas que requerem ação conjunta destas políticas e caminha para a estruturação desta “ação conjunta” através do entrelaçamento dos marcos constitutivos destas políticas. Em outros termos, a transversalidade é uma proposta por meio da qual se busca dar respostas organizativas à necessidade de incorporar temas, visões, enfoques, públicos, problemas, objetivos, metas, princípios e diretrizes etc. Neste sentido, a transversalidade constrói uma proposta que deve impregnar e condicionar as áreas de atuação das políticas, ou seja: possibilita que todas as estruturas verticais comportem sinergicamente a obtenção de um objetivo comum que não é específico de cada uma delas em particular.

---

social, enquanto a apropriação dos seus frutos se mantém privada, monopolizada por uma parte da sociedade” (Iamamoto 1999).

A participação e intervenção do CRAS na integralidade do cuidado à saúde da população do bairro Barro Vermelho foi percebida positivamente por boa parte dos entrevistados. Os profissionais “A”, “B” e “C” reconheceram com entusiasmo a contribuição das ações do CRAS na integralidade do cuidado a saúde da população principalmente tendo em vista a proteção e promoção da saúde. Sobre isso, o profissional “B” argumentou que

Infelizmente, muitas vezes, os profissionais de saúde ficam restritos aos atendimentos nos consultórios ou nas dependências da própria unidade, limitando-se, assim, a atender a demanda de saúde expressa pela dor do paciente. O serviço social ofertado pelo CRAS percebe além da dor, através das realizações de atividades sociais que previnem adoecimentos e agravos a saúde que poderiam ocorrer pela vulnerabilidade social da população. Além disso, o CRAS faz um serviço de atendimento à população que acaba levando a comunidade para dentro da unidade de saúde (PROFISSIONAL “B”).

O profissional “A”, destacou a contribuição das ações do CRAS na melhoria da qualidade de vida da população como contribuição relevante para a integralidade do cuidado a saúde, segundo ele: “as atividades do PROJOVEM que oferecem curso de capacitação e palestras contra drogas e violência, tudo isso afasta os riscos a saúde, pois traz oportunidades de uma vida melhor” (PROFISSIONAL “A”). As falas destes profissionais demonstram relevância ao conhecimento dos determinantes sociais relacionados ao campo da saúde. O que equivale afirmar que a visão profissional dos entrevistados estão de acordo com o reconhecimentos do alargamento dos determinantes do processo saúde/doença orientado pelo Movimento Sanitário.

A RSB, como já salientado em inúmeros momentos ao decorrer deste trabalho, propõe uma compreensão de saúde com base no alargamento da apreensão dos determinantes do processo saúde/doença; de modo a considerar este processo como composto por diversos fatores – físicos, metafísicos, naturais, sociais, individuais, coletivos, dentre outros. Este avanço no conhecimento das causas e determinações do processo saúde/doença, o qual dá fôlego à utilização das medidas de proteção à saúde e combate a doença, chega hoje a um posicionamento de ênfase ao “estilo de vida” e as condições sociais, econômicas e ambientais nas quais as pessoas nascem e desenvolvem-se. Este posicionamento entende os determinantes como sendo compostos pela reunião de um conjunto de fatores de expressão coletiva, como: acesso a educação, moradia, alimentação, serviços urbanos e uma gama de

agentes externos, cujo controle individual é restrito. Somado a estes agentes externos está o “estilo de vida”. Esta categoria compreende hábitos pessoais e culturais, sendo assim fatores sob maior controle dos indivíduos

Concorda-se que a concepção sobre adoecimento e vida saudável dependente não só de aspectos físicos ou genéticos, mas também, dependentes das relações sociais e econômicas que engendram formas de trabalho, lazer, alimentação, educação, moradia, entre outras. Neste sentido, Carvalho e Buss (2008) afirma que as determinações sociais e culturais do processo saúde-doença asseguram a necessidade de estratégias de conquista da saúde baseadas em intervenções além das práticas médico-assistenciais.

Em desacordo com o posicionamento destes profissionais, o profissional “D” disse haver “muito pouca” (PROFISSIONAL “D”) contribuição do CRAS no cuidado da saúde, afirmou ainda que “há raras ações do CRAS de caráter assistencialista e estas não leva a melhora dos índices de violência” (PROFISSIONAL “D”). O profissional “E” afirmou não ter conhecimento para elaborar fala à estas questões.

Quanto à existência de ações interdisciplinares entre as equipes e intersetorialidade na administração e em propostas de intervenção entre as unidades da USF e CRAS do bairro Barro Vermelho, foi geral a resposta negativa dos profissionais entrevistados quanto à existência de intersetorialidade na administração das duas unidades. Entretanto, boa parte dos entrevistados certificou a ocorrência de ações interdisciplinar entre os profissionais das duas unidades. Os profissionais “A” e “C” afirmaram a existência de várias atividades desenvolvidas no CRAS em que é enviado convite para que profissionais da USF participem com a contribuição em palestras sobre temas relacionados à: gestante, doenças sexualmente transmissíveis e saúde bucal. O entrevistado “D” disse não ter conhecimento sobre um real trabalho em rede entre as equipes da USF e CRAS no bairro. Segundo ele, o que ocorre é

Muitas vezes trocamos informações. Quando identificamos alguma problemática em alguma família que deva ser atendida pelo serviço social nós passamos a notificação para nosso superior na unidade, mas também não temos acesso ao acompanhamento do caso; o que ficamos sabendo, às vezes, pela família é que a assistente social foi lá, fez uma visita e deu uma sexta básica e sempre promete uma casa no programa habitacional, preenche o cadastro, mas nunca dá em muita coisa. As vezes, também, o pessoal do CRAS “ta” atendo uma família com problemas sociais, “ai” eles vem até nós para pedir informações sobre aquela família que é cadastrada aqui na unidade. Já aconteceu de, em casos como esses, “a gente” ir atrás do pessoal do CRAS pra saber como ficou o problema da família, ate pra

saber se resolveu, essas coisas, e eles disseram que não podia passar informação nenhuma por causa do sigilo e da ética profissional. Então, é assim, o CRAS só vem aqui pra pegar informação, e a gente só faz notificar o que fica sabendo dos problemas sociais nas famílias que a gente acompanha (PROFISSIONAL “D”).

A partir das considerações trazidas nas falas destes profissionais, ficou claro que o trabalho em rede entre estas unidades se dá de forma pontual e esporádica. Não havendo planejamento conjunto destas ações, apenas convites para participação da execução de proposta ou trocas de informações sobre usuários em comum. Se buscar o conceito de trabalho em rede – já discutido no capítulo anterior neste trabalho – nas considerações de Andrade (2006), o qual entende trabalho em rede como serviços e ações planejadas, concebidas, produzidas e ofertadas de maneira a compartilhar objetivos, integrar estruturas, desenvolver compromissos e gerar interação, pode-se desconsiderar a relação entre estas unidades como trabalho em rede. Entretanto, reconhecendo as dificuldades impostas a estes profissionais nas suas realidades de trabalho, não se pretende, sobre forma alguma, desmerecer os esforços destes em caminhar para consolidação de ações articuladas e intersetoriais, contudo, não se pode deixar de reconhecer que muito falta para se caracterizar um trabalho em rede entre estas unidades.

O profissional “E” disse não ter conhecimento para elaborar fala quanto a esta questão. Já o profissional “B” ao falar sobre a articulação entre as ações destas unidades, disse que “elas existem mais deveriam ser mais estreitas” (PROFISSIONAL “B”); citou algumas iniciativas do CRAS em convidar profissionais da unidade de saúde para realização de palestras, e afirmou ainda que “de lá pra cá a procura é bem maior” (PROFISSIONAL “B”). Ainda sobre a articulação entre as duas unidades, o profissional afirmou que as condições de trabalho postas ao profissional de saúde lhe impossibilita de ter tempo para investir em estratégias de ação como o trabalho em rede.

A referência feita por este profissional a questão da necessidade de se ter condições de trabalho favoráveis para o trabalho em rede entre as unidades das diversas políticas que atuam no mesmo território é de alta relevância. É inquestionável que uma realidade de trabalho que sobrecarregue o profissional, por conta de uma demanda excessiva, leva este a uma sobrecarga das questões endógenas pertinentes à instituição, forçando-o a dar conta minimamente da demanda institucionalmente imposta, perdendo atenção sobre possibilidades de práticas inovadoras. Assim, o trabalho em rede entre as políticas exige que o profissional e

os gestores tenham capacidade e condições, para estenderem o olhar para além das questões endógenas das unidades em que trabalham, alcançando o vislumbre de respostas potenciais para as demandas que chegam a instituição, ultrapassando a resposta imediata as necessidades dos usuários e instrumentalizando ações mais completas e integrais.

Entendendo que intersetorialidade entre as políticas de saúde e assistência social requer uma articulação, não só no âmbito das práticas profissionais, mas também, e sobretudo, na esfera da gestão dessas políticas, sabe-se que intersetorialidade deve compreender uma relação de diálogo entre as secretarias de governo destas. Apoiado nessa referência foi questionado aos profissionais se eles tinham ciência sobre a articulação entre as secretarias municipais destas políticas. O profissional “C” afirmou haver esforços na gestão municipal em trabalhar de forma intersetorial. Segundo o profissional “B” a intersetorialidade é uma proposta ainda a ser avançada no nível das gestões das políticas no município; afirmou que “a rede entre as políticas existe, mas precisa de alguns ajustes” (PROFISSIONAL “B”). Ainda nas palavras deste profissional “há, politicamente outras prioridades na gestão, prioridades em ações mais vistosas” (PROFISSIONAL “B”). A partir desta fala, pode-se entender que estrategicamente a gestão municipal parece priorizar investimentos em ações que dêem mais “visibilidade” a gestão. É comum, em muitos municípios, que se tenha esta cultura de investimento em áreas que proporcione resultados quantitativamente mais rápidos, para que se promova a gestão aos olhos da população. Uma estratégia política de gestão intersetorial entre as políticas traria resultados positivos e significativos, mas certamente seriam obtidos a longo prazo, e muitas vezes, como bem salientou o profissional “B”, politicamente a gestão prioriza investimentos mais “vistosos”. Todos os outros entrevistados disseram não ter conhecimento a respeito.

Para além do vivenciado na realidade, tentou-se aproximar-se das considerações profissionais dos entrevistados sobre a estratégia de gestão intersetorial. Percebeu-se, contudo, que a apreensão deste tema não pareceu clara para todos os profissionais. Algumas falas revelaram uma baixa compreensão a respeito do tema. Ainda assim, houve elementos pertinentes na fala de alguns profissionais. Em fala, o profissional “D”, salienta a importância da intersetorialidade em possibilitar aos profissionais e gestores uma visão completa dos problemas sociais; nestes termos, este profissional reconhece os limites postos a cada política, reconhecendo assim a necessidade de articulação entre estas para que haja integralidade e resolutividade nas ações profissionais. O profissional “C” ao explicar sua opinião sobre a importância da intersetorialidade da política de saúde com as demais políticas, em especial a

política de assistência social concluiu que: “evolui-se em saúde quando se para de falar da parte para se falar do todo. É reconhecendo os vários determinantes da saúde, extrapolando os fatores biológicos, que se certifica a necessidade da articulação entre as políticas” (PROFISSIONAL “C”).

Em entrevista os profissionais do CRAS concordaram sobre a relevância da necessidade de ações integradas entre a política de saúde e as demais políticas sociais e econômicas enquanto condição para a garantia do direito a saúde. Entretanto, notou-se certa dificuldade entre os entrevistados em justificarem ou comentarem com tal assertiva. Os profissionais “H”, “F”, “I”, “J” e “K” pareceram não ter domínio sobre o tema, apesar de demonstrar firmeza ao concordar com a colocação. Alguns destes profissionais levaram a fala para questões pessoais da sua atuação, abordando as iniciativas de ações em conjunto com o Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS). Sobre muito esforço para mediar a entrevista de forma a levar os profissionais a aterm-se ao tema abordado, houve algumas falas onde foi considerado que a política de saúde deve articular-se com as demais políticas sociais e econômicas para se garantir a saúde da população por que “ninguém trabalha sozinho” (PROFISSIONAL “I”), ou ainda, por que “a parceria entre as políticas sempre melhora os resultados” (PROFISSIONAL “J”). Apenas o profissional “G” demonstrou apreensão da temática abordada, e em fala julgou que “entendendo o conceito ampliado de saúde como não mais restrito a ausência de doença, se faz necessário um trabalho articulado com os demais setores do setor público” (PROFISSIONAL “G”).

Quando questionados a respeito dos objetivos, princípios, demandas e diretrizes que aproximam a política pública de saúde e a assistência social, apenas um entrevistado disse não saber explicar os pontos que aproximam estas políticas. Todos os outros entrevistados, assim como os profissionais da USF, fizeram referência à questão da demanda como a responsável pela aproximação entre elas, não tocando em nenhum princípio, diretriz ou objetivo desta em apoiar tal aproximação. Em fala o profissional “I” afirmou que a necessidade dos moradores de receber informações sobre seus direitos em saúde e característica do CRAS em aproximar-se da comunidade de modo a mediar seu acesso a toda rede de serviços municipais, faz com que estas políticas se aproximem. A profissional “F” afirmou que o que aproxima estas políticas é a insuficiência da USF em atender as demandas da comunidade. Segundo este profissional, muitos usuários recorrem ao CRAS quando não conseguem ser atendidos para marcação de exames, nestes casos o CRAS intervém mediando o processo de marcação de exames entrando em contato com os setores da área de saúde responsáveis.

Com base na fala deste último profissional pode-se perceber uma relação de complementaridade nas ações do CRAS em dar suporte as demandas que deveriam ser atendidas pela USF. O relatado pelo profissional “F”, foi que, muitas vezes o cidadão tenta fazer a marcação de exame na unidade de saúde e não consegue. Nestes casos, segundo este profissional, o cidadão habitualmente recorre ao CRAS para fazer a solicitação da marcação de tal exame. Apenas com a intervenção do CRAS se consegue êxito nestas marcações. Quando questionado, o profissional claramente afirmou: “quando a pessoa não consegue o exame “a gente” pede e eles liberam na hora” (PROFISSIONAL “F”). Essa “complementaridade” não cabe na ideia de trabalho em rede, pois com base nas análises de Oliveira (2001) e Andrade (2006) o trabalho em rede pressupõe um ambiente compartilhado para tomada de decisões, proporcionando diálogo entre as políticas, a fim de compreender uma estrutura organizacional em que os serviços e os bens públicos são planejados, concebidos, produzidos e ofertados de maneira a compartilhar objetivos, integrar estruturas, desenvolver compromissos e gerar interação. Esta definição de trabalho em rede não coincide com o que ocorre; segundo o descrito pelos profissionais entrevistados o que acontece é uma busca do usuário a métodos alternativos para conseguir acesso a um direito que não lhe foi cedido na instituição devida.

Sobre a participação e intervenção do CRAS na integralidade do cuidado à saúde da população do bairro Barro Vermelho todos afirmaram reconhecer a contribuição do CRAS na integralidade do cuidado a saúde. Sobre isso o profissional “G” afirmou que a maior forma do CRAS contribuir neste sentido é através da viabilização ao acesso das famílias aos serviços de saúde, através de encaminhamento e principalmente da solicitação de marcação de consultas. Já a profissional “F” abordou que a colaboração do CRAS ao cuidado em saúde acontece graças ao trabalho de orientação quanto à higiene pessoal e das residências feito na unidade.

Quanto a existência de ações interdisciplinar entre as equipes e intersetorialidade na administração e em propostas de intervenção entre as unidades da USF e CRAS os profissionais: “K”, “J”, “G”, “H” e “I” disseram não haver intersetorialidade no processo administrativo entre as unidades, contudo certificaram a existência, ainda que pontual, de interdisciplinaridade entre as equipes da mesma. Assim como os profissionais da USF, estes profissionais do CRAS descreveram o acontecimento de atividades sócio-educativas em que convidou-se profissionais da unidade de saúde para realizarem palestras que tocassem em temas relativos à prática de saúde e hábitos saudáveis.

Apenas o profissional “F” disse já ter ocorrido na unidade a proposta de realização de um reunião anual com as equipes do CRAS, CREAS e da unidade de saúde do bairro Barro Vermelho. Contudo, este profissional não soube informar sobre a realização destas reuniões, certificou somente que já foram feitas propostas neste sentido. Sobre as ações interdisciplinares entre as equipes, o profissional, como todos os outros, disse haver uma articulação destes profissionais na execução de algumas atividades sócio-educativas. Porém, estas atividades vem sendo diminuídas, pois, segundo este profissional, as equipes concordaram em “dividir” os assuntos trabalhados em atividades sócio-educativas, assim, “as atividades do CRAS não tocam mais em algumas questões de saúde, por que o tema já é abordado na USF” (PROFISSIONAL “F”). Esta iniciativa, descrita na fala do entrevistado, representa uma possível tendência de setorialização da demanda, onde se determina o que é assunto da área de saúde e o que assunto da área de assistência, levando as equipes a perderem a percepção integral da demanda. Desconsidera-se nesta perspectiva, a característica multidimensional dos problemas em saúde que afligem a população.

Sobre a intersetorialidade no nível das secretarias destas políticas apenas o profissional “H” teve conhecimento para falar a respeito. Segundo este profissional ocorre anualmente à realização do Planejamento Estratégico entre todas as secretarias das políticas desenvolvidas no município. Nas palavras do entrevistado

O Planejamento Estratégico ocorre com a presença de todas as secretarias municipais, o objetivo é prever e organizar a realização das atividades de cada setor a fim de identificarem e evitar a repetição de ações e investimentos, deste modo diminui-se os gastos com o custeio de projeto e serviços. (PROFISSIONAL “H”).

Tal fala deixou claro que o objetivo central no único momento, percebido pela pesquisa, de articulação intersetorial entre os gestores das políticas municipais, destina-se a atenção para diminuição de gastos. Não foi presente na fala deste profissional nada que fizesse menção à articulação de ideias, reflexão a possibilidade de atrelar objetivos e metas para alcance de “resultados sinérgicos” (INOJOSA, p. 102, 2001), os quais equivalem, como bem analisou Inojosa (2001), a busca do alcance de resultados integrados visando efeitos gerados pela ação simultânea destas várias políticas públicas, produzindo, assim, um resultado maior que a soma das partes isoladas.

As considerações profissionais dos entrevistados sobre a estratégia de gestão intersetorial foram, em sua maioria, inseguras e um tanto quanto superficiais. Os profissionais “F”, “I”, “J” e “k” afirmaram que a intersetorialidade é importante por que possibilita a troca de opiniões e um maior planejamento nas ações. O profissional “G” deixou claro que se fosse adotada uma gestão mais intersetorial entre a USF e CRAS, bem como na estrutura como um todo destas duas políticas no município, haveria uma “agregação de pontos positivos” (PROFISSIONAL “G”), contudo, este profissional foi ainda muito mais enfático em afirmar que a falta de um maior investimento em uma estratégia de gestão mais intersetorial, não compromete a qualidade e eficiência dos serviços nestas unidades no bairro Barro Vermelho.

O profissional “H”, ao expor sua opinião sobre a gestão intersetorial, destacou dois pontos muito interessantes. Primeiramente ele afirmou que esta estratégia de gestão proporciona a elaboração de projeto mais eficazes, pois parte-se de parcerias, possibilitando, assim, o reconhecimento de vários caminhos de resposta para a demanda em questão. Nestes termos, o entrevistado reconhece que a intersetorialidade possibilita que as políticas públicas construam estruturas nas quais a governabilidade é ordenada cooperativamente a fim de dar conta dos problemas de interdependência e complexidade inerentes às relações intergovernamentais. Outro ponto pertinente da fala deste profissional foi o reconhecimento deste quanto a capacidade do trabalho em rede em proporcionar maior humanização nos serviços, uma vez que estando as redes dos serviços públicos articulados sobre o intuito de melhor responder as demandas da população, a resolutividade destas demandas será muito maior, resultando numa maior qualidade de atendimento e trato a população. Sobre esta perspectiva, pode-se perceber que a intersetorialidade contribui para superação do desgaste do usuário das políticas em percorrer diversos setores, departamentos e unidades na busca de respostas e atendimentos a uma mesma demanda, um complexo de redes articuladas possibilita uma troca de informações, além de conceber a associação entre atender com agilidade e qualidade as necessidades do usuário. Como já salientado em discussões trazidas no segundo capítulo deste trabalho, a agilidade e a qualidade das ações requerem a compreensão de que nenhum serviço e política social são completos, desta forma, a prestação de qualquer serviço insere-se no exercício do trabalho coletivo. Pressupõe-se, então, interdependência entre os serviços, benefícios, programas e projetos das políticas sociais.

Com base nas entrevistas, pode-se seguramente afirmar que não há, entre a USF e CRAS, intersetorialidade enquanto uma estratégia de coordenação e planejamento das ações e intervenções. O que ocorre é uma pontual articulação em algumas ações planejadas

setorialmente e isso, pelo que se teve acesso nas entrevistas, ocorre não por que há uma clara visão entre as equipes do quão relevante é a proposta de intersetorialidade através do trabalho em rede, mas sim, por que o fato de terem os mesmos mandatários para suas ações força-os a, minimamente, articularem-se. Essa constatação pode ser reforçada com os resultados obtidos a respeito da percepção dos profissionais quanto aos princípios, objetivos, diretrizes ou demandas que aproximam a política pública de saúde e a política de assistência social.

Desta forma, perde-se a oportunidade de um efetivo trabalho em rede entre estas unidades, pois, as suas aproximações ocorrem, apenas, pontualmente no momento da execução de ações. Seria possível estender esta análise sob uma perspectiva propositiva sobre a realidade, com a afirmação de que a intersetorialidade entre a USF e CRAS do bairro Barro Vermelho, enquanto uma estratégia de gestão incentivadora da transversalidade entre estas políticas e do trabalho em rede entre estas unidades, configura-se como uma possibilidade. E, enquanto possibilidade, a intersetorialidade e a transversalidade entre estas unidades dependerão do reconhecimento e engajamento dos gestores e coordenadores destas unidades e das suas respectivas políticas em reconhecer a necessidade de estreitar suas articulações. Isto só ocorrerá mediante reconhecimento e internalização do conceito ampliado de saúde e de seus determinantes, reconhecimento este ancorado no âmago da proposta da Reforma Sanitária Brasileira.

Esperar de profissionais e gestores da política de saúde uma maior capacitação quanto ao reconhecimento e engajamento em ações e estratégias que privilegiem a articulação entre as políticas de saúde e demais políticas sociais, tendo em vista a garantia de uma atenção de fato integral as necessidade da população, apoiando-se na incorporação dos marcos ideológicos e políticos da RSB, os quais ancoram-se no (re) conhecimento do conceito ampliado de saúde e de seus determinantes, equivale na sugestão de mudanças na graduação de profissionais de saúde sob o eixo da integralidade.

Concorda-se aqui com as colocações de Ceccim e Feuerwerker (2011) sobre a necessidade da integralidade ser tomada como eixo para propor e apoiar as necessárias mudanças na formação de profissionais, já que, esta implica uma compreensão ampliada da saúde, na articulação de saberes e práticas multiprofissionais e interdisciplinares e na alteridade com os usuários para a inovação das práticas em todos os cenários de atenção a saúde e de gestão setorial.

## 5 A TÍTULO DE CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por todas as discussões e análises empreendidas até aqui, neste trabalho monográfico, pode-se mensurar as percepções finais obtidas a respeito da proposta desta pesquisa. Considerou-se, para toda construção do trabalho ora exposto, a busca de elementos teóricos e reais que possibilitassem o conhecimento e a compreensão da intersectorialidade entre as políticas de saúde e assistência social, partindo da perspectiva da integralidade do cuidado em saúde. Para se consubstanciar tal proposta, foi feita uma escolha da realidade da transversalidade e trabalho em rede entre a Unidade de Saúde da Família e o Centro de Referência da Assistência Social do bairro Barro Vermelho em Itaberaba – BA, para constituir a delimitação do objeto de estudo.

Estas percepções finais, subsidiadas por todo processo analítico trazido no corpo do trabalho, não pretendem concluir esta discussão, muito menos trazer análises que a encerram. O objetivo deste tópico é abordar de forma concisa as observações e percepções possibilitadas através de todos os elementos, teóricos e da realidade, obtidos na construção do trabalho. Este é, pois, um espaço possível para expor as últimas considerações do olhar do pesquisador amadurecido ao decorrer da pesquisa, sem, sobre hipótese alguma, pretender concluir o tema.

O elemento central para compreensão e legitimação do tema desta pesquisa é a compreensão do paradigma sanitário proposto pela Reforma Sanitária Brasileira e sua incorporação na institucionalização do Sistema Único de Saúde, o qual se materializa como o mais importante resultado desta Reforma. Este novo paradigma inaugurado pela RSB, a partir da segunda metade da década de 1970, constitui-se como um saber contra-hegemônico e politicamente efetivo, uma vez que questiona o paradigma biomédico referencialmente prevalecente nas práticas em saúde. Ao propor um novo entendimento do que seja saúde e uma ampliação quanto à percepção dos seus determinantes, o paradigma sanitário da RSB representa uma nova orientação para as práticas em saúde. Estas práticas devem estruturar-se pela incorporação de um conceito de saúde como não mais restrita a condição biológica e individual.

Assim sendo, a saúde da população perpassa as questões específicas da esfera do setor saúde, pois, passa a dar ênfase ao reconhecimento de questões concretas da vida, como:

moradia, trabalho, alimentação, lazer, saneamento básico, entre outros; atrela-se, pois, saúde a qualidade de vida. Saúde e doença na coletividade passaram a ser fenômenos que, para além da dimensão biológica, são determinados social e historicamente. Sendo assim, saúde é um componente do processo de reprodução social. Este novo conceito de saúde, que implicou na adoção de um novo método de compreensão das necessidades de saúde da população, evidencia a participação das ações das várias políticas públicas sociais e econômicas na garantia do direito e no cuidado da saúde. É por esse conceito de saúde que se conclui a necessidade de intersetorialidade entre as políticas.

O paradigma sanitário da RSB inspira modelos de atenção à saúde relacionados ao princípio da integralidade. O movimento político e ideológico da Reforma Sanitária eleva modelos de prestação dos serviços de saúde, uma vez mais e cada vez mais voltados para o reconhecimento da concepção de multicausalidade no fenômeno saúde-doença, referente aos determinantes sociais e psicológicos da condição de saúde, o que leva a orientação de ações voltadas para priorização da prevenção e promoção da saúde, bem como ações que estruturam-se pelo reconhecimento dos vários fatores – sociais, biológicos e psicológicos – que determinam a condição de saúde e vida saudável.

O conhecimento integral dos aspectos sociais que determinam a saúde indica, não somente o reconhecimento dos fatores sociais no processo saúde-doença, como também, o reconhecimento da participação das ações nestas áreas para a promoção e prevenção da saúde. Assim, considera-se que as práticas das várias políticas públicas que colaboram para melhoria na condição de vida da população participam do cuidado em saúde. Nestes termos, a integralidade do cuidado a saúde, compreende a organização das práticas deste setor, de modo a pressupor a articulação dos processos de trabalho e tecnologias distintas na política de saúde articuladamente com as diversas políticas públicas sociais e econômicas, possibilitando que trabalhos parcelares resultem numa intervenção mais abrangente e completa. Entende-se este sentido de integralidade como uma recusa a redução do objeto da política pública de saúde, e, paralelamente, a recusa a desconsideração das ações das diversas políticas sociais que poderiam agir positivamente sobre a condição de saúde.

Com base em todos estes pressupostos pode-se perceber que o SUS foi criado mediante o reconhecimento de que é preciso expandir o cuidado a saúde através de ações das demais políticas públicas e este reconhecimento é guardado no princípio da integralidade. Destarte, a integralidade da atenção é possibilitada mediante a estratégia política da

intersetorialidade na gestão, resultando na superação da fragmentação das políticas nas várias áreas onde são executadas.

Com base nestas considerações, assegura-se que o significado social no processo saúde-doença aproxima o objeto de intervenção da política de saúde ao da política de assistência social, pressupondo assim a articulação entre estas. Desta forma, é coerente afirmar que existem grandes potencialidades na intersetorialidade entre estas políticas públicas, pois, a transversalidade e o trabalho em rede entre as redes de serviços destas, representam uma possibilidade de superação de práticas sobrepostas e fragmentadas em relação ao usuário dos serviços, tornando possível um cuidado integral a saúde da população, uma vez que as ações se construirão sobre reconhecimento pleno das necessidades de saúde do usuário.

Sobre a clareza destas percepções imergiu-se na realidade do bairro Barro Vermelho em Itaberaba – BA, para (re) conhecer a intersetorialidade entre as políticas de saúde e assistência social através da transversalidade entre os serviços da USF e CRAS. A aproximação com a realidade possibilitou uma visão sobre a delimitação do tema deste estudo de modo a mostrar que nela não há muito além de iniciativas pontuais de articulação multiprofissional em ações planejadas setorialmente. Não se reconheceu na realidade entre estas duas unidades uma atenção a estratégia de gestão intersetorial ou um efetivo trabalho em rede. Em nível mais amplo foi identificado o relato de tímidas iniciativas das secretarias de governo em direção a uma rotina de planejamento intersetorial. Contudo, os elementos percebidos na realidade justificam a assertiva de que a transversalidade nas ações da USF e CRAS, na realidade do bairro Barro Vermelho em Itaberaba – BA, configura-se como uma possibilidade.

A intersetorialidade enquanto possibilidade é uma realidade na dinâmica de administração, gestão, organização e exercício das práticas em saúde em muitos municípios, uma vez que a estrutura do sistema de saúde, bem como os sistemas das demais políticas públicas, como já salientado no segundo capítulo deste trabalho, concorda e fornece abertura para adoção de tal estratégia na gestão das políticas.

A estratégia da intersetorialidade, alicerçada na transversalidade e trabalho em rede entre os serviços, inscreve-se em uma questão muito mais ampla. Como já afirmado e reafirmado em vários momentos ao decorrer desta produção monográfica, a intersetorialidade se justifica na apreensão do conceito ampliado de saúde e seus determinantes defendidos

como reforma ideológica e política pelo Movimento Sanitário. Nestes termos a intersetorialidade, enquanto estratégia de gestão é fruto de uma discussão que desloca a ênfase da questão saúde-doença para questão da prática de saúde sob distintas perspectivas, tocando em questões desde administração de serviços à análise da prática sanitária em suas articulações políticas e ideológicas.

Põe-se em evidência a necessidade de discussões a respeito de estratégias políticas e administrativas, como a lançada mão neste trabalho, que se oriente pela perspectiva da necessidade de transformação estrutural do sistema, através de uma proposta que inverta a lógica do seu funcionamento, introduzindo no planejamento da saúde a insatisfação em assistir e tratar os doentes, ocupando-se em atuar aos níveis das condições sociais de produção das doenças. Neste sentido, acredita-se que a consideração e atenção analítica para uma estratégia de organização das ações em saúde, como a intersetorialidade e transversalidade, que propõe a articulação entre setores das políticas públicas, tendo em vista a relevância das ações para melhoria das condições de vida para a integralidade do cuidado a saúde, parte e, ao mesmo tempo, dá continuidade a Reforma Sanitária Brasileira, transpassando a questão burocrática estatal do setor saúde e contribuindo para sua legitimidade enquanto reforma, de fato, sanitária.

## 6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, Jackeline Amantino. Redes de Atores: Uma Nova Forma de Gestão das Políticas Públicas no Brasil? In: **Gestão & Regionalidade**. Nº 64 – maio-ago/2006.

AYRES, J. R. de C. **O Cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. Saúde e Sociedade**, v. 13, n.3, p. 27, 2004.

BAPTISTA, Myrian Veras. **Planejamento Social: Intencionalidade e Instrumentação** / Myrian Veras Baptista. – São Paulo: Veras Editora; Lisboa: CPIHTS, 2000.

BERNARDI, A. P. **Intersectorialidade – um desafio de gestão em Saúde Pública**. In: *Sociedade & Transformação Social*. Florianópolis, v.1, n. 1, p. 137 – 142, 2010.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Ementas Constitucionais nº 1/92 a 67/2010, pelo Decreto nº186/2008 e pelas Ementas Constitucionais de Revisão nº 1 a 6/94. – Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2011. P.131.

BRASIL, **Lei Orgânica de Saúde (LOS)**. Lei nº 8.080, 1990.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. – 4 ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2007. 68 p. – (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4).

BRASIL, **Política Nacional de Assistência Social (PNAS)**, Resolução nº 145 de outubro de 2004.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais** / Maria Inês Souza Bravo. – 4. Ed. – São Paulo: Cortez, 2011.

CARVALHO, A.; BUSS, P. Determinantes Sociais na Saúde, na Doença e na Intervenção. In **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil** / organizado por Lígia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato, et al. – Rio de Janeiro : Editora FIOCRUZ, 2008.

CARVALHO, José Murilo de. **Cidadania no Brasil: o longo caminho**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudanças na Graduação de Profissionais de Saúde sob o Eixo da Integralidade. In **O cotidiano do SUS enquanto princípio educativo, coletânea de textos**. 4 ed. rev. ampl. Secretaria de Saúde. Superintendência de Recursos Humanos da Saúde. Escola Estadual de Saúde Pública. Salvador: SESAB/EESP, 2011.

DÂMASO, Romualdo. Saber e Práxis na reforma Sanitária – Avaliação da Prática Científica no Movimento Sanitário. In: **Reforma Sanitária: em busca de uma nova teoria** / Sonia Fleury Teixeira, organizadora – 3. Ed. – São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde coletiva, 2006.

IAMAMOTO, Marilda V. **O Serviço Social na contemporaneidade; trabalho e formação profissional**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

FLEURY, Sônia. **Reforma Sanitária: em busca de uma nova teoria** / Sonia Fleury Teixeira, organizadora – 3. Ed. – São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde coletiva, 2006.

FREIRE, Paulo. **Educação como Prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1984.

GIOVANELLA., L.; MENDONÇA, M. Atenção Primária à Saúde. In **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil** / organizado por Lígia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato, et al. – Rio de Janeiro : Editora FIOCRUZ, 2008.

GUERRA, Yolanda. A dimensão investigativa no exercício profissional. In **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

INOJOSA, R. M. **Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade**. 2001. p. 102.

JACCOUD, Luciana. Proteção social no Brasil: Debates e Desafios. In **Brasil/MDS Concepção e Gestão da Proteção Social Não-Contributiva no Brasil**. Brasília: UNESCO, 2009.

JUNQUEIRA, Luciano Prates. **Descentralização, intersetorialidade e rede na gestão da cidade**. Organizações & Sociedade. V. 11, edição especial, 2004.

LOBATO, L.; GIOVANELLA, L. **Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica**. In.: Políticas e Sistema de Saúde no Brasil / organizado por Lígia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato, et al. – Rio de Janeiro : Editora FIOCRUZ, 2008.

LUZ, Matel T. As instituições médicas no Brasil. Rio de Janeiro: Edições Gaal, 1979.

MATTUS, Rubens de Araújo. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In **O cotidiano do SUS enquanto princípio educativo, coletânea de textos**. 4 ed. rev. ampl. Secretaria de Saúde. Superintendência de Recursos Humanos da Saúde. Escola Estadual de Saúde Pública. Salvador: SESAB/EESP, 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Ciência Técnica e Arte: O Desafio da Pesquisa. In.: DESLANDES, Suely Ferreira. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade** / Suely Ferreira Deslandes, Otávio Cruz Neto, Romeu Gomes; Maria Cecília de Souza Minayo (organizadora). – Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MIRANDA, Valéria dos Santos Noronha. **A conexão da gestão com a política nacional de humanização da saúde: a experiência desenvolvida no Hospital Municipal Odilon**

**Behrens/Belo Horizonte-MG / Valéria dos Santos Noronha Miranda.- Rio de Janeiro: UFRJ, 2009.**

NETTO, José Paulo. Introdução ao método da teoria social. In **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

OLIVEIRA, Mara. **Acessando Direitos Sociais: Redes Municipais de Políticas Sociais – Espaço de Articulação entre as Políticas Sociais Públicas**. Caxias do Sul, RS: EDUCS, 2001.

PAIM, Jairnilson Silva. Modelo de Atenção a Saúde no Brasil. In **O cotidiano do SUS enquanto princípio educativo, coletânea de textos**. 4 ed. rev. ampl. Secretaria de Saúde. Superintendência de Recursos Humanos da Saúde. Escola Estadual de Saúde Pública. Salvador: SESAB/EESP, 2011.

PAIM, Jarnilson Silva. 20 Anos de Construção do sistema Único de saúde. In **O cotidiano do SUS enquanto princípio educativo, coletânea de textos**. 4 ed. rev. ampl. Secretaria de Saúde. Superintendência de Recursos Humanos da Saúde. Escola Estadual de Saúde Pública. Salvador: SESAB/EESP, 2011.

PAIM, J. S. Bases conceituais da Reforma Sanitária Brasileira. In: **Saúde e Democracia: a luta do CEBES/Sônia Fleury** (organizadora). São Paulo: Lemos Editorial, 1997

PAIM, J. S. **O que é SUS**. Jairnilson Silva Paim – Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2009.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C. Texto de abertura – O Sistema de Saúde Brasileiro: História, avanços e Desafios. In **O cotidiano do SUS enquanto princípio educativo, coletânea de textos**. 4 ed. rev. ampl. Secretaria de Saúde. Superintendência de Recursos Humanos da Saúde. Escola Estadual de Saúde Pública. Salvador: SESAB/EESP, 2011.

SANTOS, Cláudia Mônica dos. **Na prática a Teoria é Outra? Mitos e Dilemas na Relação entre Teoria, Prática, Instrumentos e Técnicas no Serviço Social**. Rio de Janeiro. Editora: Lumen Juris, 2010.

SEVERINO, Antonio Joaquim. **Metodologia do Trabalho Científico**. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, G.R da S. **Origens da medicina preventiva como disciplina do ensino médico**. Ver. Hosp. Clin. Fac. Med. S. Paulo, 1973: 31-32.

TENÓRIO, Fernando G. **Gestão de ONG's: principais funções gerenciais**. Org. – 10. Ed. – Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006.

## 7 APÊNDICE

### Roteiro de entrevista para os coordenador da unidade

1) Nome:

---

2) Idade:

( ) de 20 a 30 anos de idade    ( ) de 30 a 40 anos de idade    ( ) de 40 a 50 anos de idade  
( ) acima de 50 anos de idade

3) Sexo:

( ) Masculino    ( ) Feminino

4) Profissão:

---

5) Ano de conclusão do curso:

---

6) Instituição de ensino em que se formou:

---

7) Possui especializações?

( ) Sim    ( ) Não    ( ) Em andamento

Quais?

---

8) Qual cargo/função desempenha na unidade?

---

9) Qual perfil dos usuários atendidos pela unidade?

---

10) Qual o perfil das demanda atendidas na unidade?

---

11) Quais os principais serviços ofertados pela unidade?

---

---

12) Quais projetos de intervenção visando a promoção e proteção da saúde vem sendo implementados e programados atualmente? Quais seus objetivos e metas?

---

---

13) Algum destes projetos de intervenção conta com a articulação e parceria com outras políticas sociais, em especial com a política de assistência social ou o programa do CRAS no bairro?

( ) Sim ( ) Não

Se sim, descreva-os, se não fale se há ou não a preocupação ou pretensão em fomentar esta articulação.

---

14) A gestão atual (Secretaria) reconhece a validade e necessidade da intersetorialidade entre a política de saúde e as demais políticas sociais como uma estratégia de gestão?

---

15) Quais considerações, em sua opinião profissional, poderiam ser feitas sobre a estratégia de gestão intersetorial?

---

---

**Roteiro de entrevista para os profissionais da equipe das unidades**

1) Nome:

---

2) Idade:

de 20 a 30 anos de idade     de 30 a 40 anos de idade     de 40 a 50 anos de idade

acima de 50 anos de idade

3) Sexo:

Masculino     Feminino

4) Profissão:

---

5) Ano de conclusão do curso:

---

6) Instituição de ensino em que se formou:

---

7) Possui especializações:

Sim     Não     Em andamento

Quais?

---

8) Qual cargo/função desempenha na unidade?

---

9) Você concorda que para se garantir o direito a saúde é necessária que haja ações integradas entre a política pública de saúde e as demais políticas sociais e econômicas? Comente.

---

10) Na sua percepção quais os objetivos, princípios, demandas e diretrizes que aproximam a política pública de saúde e assistência social?

---

11) Tomando como base a realidade do Bairro Vermelho em Itaberaba, você percebe alguma participação das ações e intervenções do CRAS na integralidade do cuidado à saúde da população, tendo em vista a proteção e promoção da saúde?

---

---

12) Existe entre a UBS e o CRAS deste bairro ações interdisciplinar entre suas equipes e intersetorialidade na a administração e formulação das propostas de ações e intervenção? Comente.

---

---

13) Quais considerações, em sua opinião profissional, poderiam ser feitas sobre a estratégia de gestão intersetorial?

---

---