

ESCOLA DE HUMANIDADES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

VANESSA DOS SANTOS POZZER

**A INTERSETORIALIDADE DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE: REFLEXÕES
NECESSÁRIAS**

Porto Alegre

2017

PÓS-GRADUAÇÃO - *STRICTO SENSU*



Pontifícia Universidade Católica
do Rio Grande do Sul

VANESSA DOS SANTOS POZZER

**A INTERSETORIALIDADE DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE:
REFLEXÕES NECESSÁRIAS**

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Escola de Humanidades da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Professora Doutora Gleny Terezinha Duro Guimarães

Porto Alegre

2017

P893i Pozzer, Vanessa dos Santos

A Intersetorialidade da Política Pública de Saúde : Reflexões necessárias / Vanessa dos Santos Pozzer . – 2017.

124 f.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, PUCRS.

Orientadora: Profa. Dra. Gleny Terezinha Duro Guimarães.

1. Política pública de saúde. 2. Intersetorialidade. 3. Intelectual orgânico. I. Duro Guimarães, Gleny Terezinha. II. Título.

VANESSA DOS SANTOS POZZER

**A INTERSETORIALIDADE DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE:
REFLEXÕES NECESSÁRIAS**

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Escola de Humanidades da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Aprovado em: _____/_____/_____

Banca examinadora:

Profa. Dra. Gleny Terezinha Duro Guimarães – PPGSS/PUCRS Orientadora

Profa. Dra. Maria Isabel Barros Bellini – PPGSS/PUCRS

Profa. Dra. Adriane Ferrarini – UNISINOS

AGRADECIMENTOS

Início meus agradecimentos por DEUS, considerando que Ele colocou pessoas tão especiais ao meu lado, sem as quais certamente eu não teria dado conta.

Aos meus pais Rosângela e José, meu infinito agradecimento. Sempre acreditaram em minha capacidade. Ao meu querido namorado, Vinício, por ser tão paciente, diante da minha ausência em muitos momentos. Devido a seu companheirismo, amizade, paciência, compreensão, apoio, este trabalho pôde ser concretizado.

À minha querida orientadora, a professora doutora Gleny Terezinha Duro Guimarães, por toda a paciência, empatia, empenho e sentido prático com que sempre me orientou neste trabalho. Muito obrigada por me corrigir quando necessário sem nunca me desmotivar.

E à querida professora doutora Idília Fernandes, que acreditou em meu potencial de uma forma a que eu não acreditava ser capaz de corresponder, sempre disponível e disposta a ajudar.

Gratidão também ao professor doutor Giovane Scherer, pelo incentivo e por compartilhar seu conhecimento, querendo que eu aproveitasse cada segundo dentro do mestrado.

Vocês foram e são referências profissionais e pessoais para meu crescimento. Obrigada por estarem ao meu lado e acreditarem tanto em mim.

Às professoras doutoras Adriane Ferrarini e Maria Isabel Barros Bellini, que gentilmente aceitaram o convite para a banca examinadora, compartilhando seus conhecimentos e reflexões no intuito de qualificar este trabalho, minha admiração e gratidão.

Aos colegas de mestrado, pela amizade, parceria, troca de conhecimentos e vivências, nas muitas horas de estudo e aprendizados.

Por fim, aos colegas de Núcleo, que, devido à minha dinâmica de mestranda-trabalhadora, tive menos contato do que gostaria.

A cultura é organização, disciplina do próprio eu interior, é apropriação da própria personalidade, é conquista de consciência superior, pela qual se pode compreender o próprio valor histórico, a própria função na vida, os próprios direitos e os próprios deveres.

Antonio Gramsci

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AISs	Ações Integradas de Saúde
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos da Saúde
CF/88	Constituição Federal de 1988
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNRS	Comissão Nacional da Reforma Sanitária
COFIN	Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento
CONASP	Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSEMS	Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
DENERU	Departamento Nacional de Endemias Rurais
DIAP	Departamento Intersindical de Assessoria Parlamentar
EC	Emenda Constitucional
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FMI	Fundo Monetário Internacional
IAPAS	Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social
IBGE	Instituto Brasileiro Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional de Seguro Social
LOAS	Lei Orgânica de Assistência Social
NASF	Núcleo de Apoio à Estratégia de Saúde da Família

NOASSUS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NOB/SUS	Norma Operacional do Sistema Único de Saúde
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAIF	Programa de Atenção Integral à Família
PBF	Programa Bolsa Família
PEC	Proposta de Emenda à Constituição
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PIB	Produto Interno Bruto
PNH	Política Nacional de Humanização
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PPGSS/PUCRS	Programa de Pós-Graduação em Serviço Social/Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
RASs	Redes de Atenção à Saúde
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SES	Secretarias de Estado da Saúde
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUCAM	Superintendência de Campanhas da Saúde Pública
SUDS	Sistema Único e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
URSS	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

RESUMO

O sistema econômico capitalista, através da hegemonia neoliberal mundial, tem ampliado cotidianamente as desigualdades sociais no Brasil, provocando a precariedade nas relações de trabalho e nos direitos sociais. Atualmente estão vigentes propostas de redução ainda maiores de investimentos públicos, gerando prejuízos à maior parcela da população, ao diminuir recursos para a Política Pública de Saúde. Por sua vez, a intersectorialidade, tema desta pesquisa, coloca-se como uma proposta de interface do Sistema Único de Saúde (SUS) na ampliação de suas ações com as demais políticas sociais públicas. Contudo, apesar da intersectorialidade estar descrita nos documentos da Política Pública de Saúde, ainda permanecem desafios para a sua efetivação. Diante disso, o presente estudo demonstra que o contexto político, econômico e social não favorece o cumprimento preconizado da intersectorialidade da Política Pública de Saúde, a fim de refletir sobre a efetividade das ações intersectoriais. Também analisa historicamente os fatores políticos, econômicos e sociais que interferem na constituição da Política Pública de Saúde e identifica como a intersectorialidade está descrita nos documentos da Política Pública de Saúde. Composto estas reflexões, entende-se o papel do intelectual orgânico como potencial mediador da intersectorialidade da Política Pública de Saúde, a partir de Gramsci. Como fundamentação teórica para esta pesquisa, a reflexão transitou através do método materialismo dialético, em Marx e Engels e demais autores marxistas, sendo possível compreender como se articulam os aspectos políticos, econômicos e sociais no Brasil, e seus impactos na Política Pública de Saúde. O percurso metodológico desenvolvido no decorrer da pesquisa foi de caráter exploratório com análise qualitativa dos dados, através de pesquisa documental e bibliográfica. Por meio desta análise, fica demonstrado que a evolução histórica da saúde está intrinsecamente vinculada à evolução política, social, econômica e cultural brasileira, sendo incoerente dissociar o avanço do capitalismo que contribui para a não efetivação da intersectorialidade da Política Pública de Saúde. Neste contexto, ousa-se repensar formas e estratégias de fortalecimento da Política Pública de Saúde e seu Sistema Único de Saúde, através da intelectualidade dos profissionais orgânicos, a partir de Gramsci (1982), na utilização da intersectorialidade como diretriz constituinte da própria política, como possibilidade de articulação dos demais setores e das Políticas Sociais Públicas.

Palavras-chave: Política pública de saúde. Intersectorialidade. Intelectual orgânico.

ABSTRACT

The capitalist economic system, through its world neoliberal hegemony, has widened Brazilian social inequalities on a daily basis, inducing precariousness in labor relations and social rights. Nowadays, proposals for reducing even more public investments are taking place, producing losses to the greater part of our population, by diminishing resources on Public Health Policies. In turn, intersectorality, which is the subject considered in the present research, is presented as an interface proposal of the Unified Health System (Sistema Unico de Saude – SUS) at the amplification of its actions with other public social policies. However, there remain challenges of its implementation, although intersectorality is present in Public Health Policy documents. This study shows, therefore, that the political, economic and social context does not favor the recommended fulfillment of intersectorality of Public Health Policies, in order to reflect upon intersectoral action effectiveness. We also examine, from a historical viewpoint, the political, economic and social factors interfering in the constitution of Public Health Policies, and identify how intersectorality is described in Public Health Policy documents. Along with this considerations, we understand the organic intellectual's role as a potential mediator of the intersectorality of Public Health Policies based on Gramsci's work. As a theoretical basis, our reflections are conducted with dialectical materialism method, Marx and Engels' writings and other Marxist authors', making possible to understand how political, economic and social aspects in Brazil are articulated, and their impact on Public Health Policies. The methodological course of the present study is exploratory with qualitative data analysis with document and bibliographic research. We demonstrate, through the analysis conducted, that the historical evolution of health is intrinsically linked to Brazilian political, social, economic and cultural evolution, and it is inconsistent to dissociate the advance of capitalism that contributes to the non-fulfillment of intersectorality of Public Health Policies. In this context, we dare to rethink forms and strategies to strengthen Public Health Policies and its Unified Health System through the intelligentsia of organic intellectuals, based on Gramsci (1982), in the use of intersectorality as a constituent guideline of policies, and as an articulation possibility of other sectors and Public Health Policies.

Keywords: Public health policy. Intersetoriality. Organic intellectual.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	A POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA E SUA RELAÇÃO COM A FORMAÇÃO SOCIOECONÔMICA	24
2.1	Contextos Político, Econômico e Social na História da Política de Saúde no Brasil	24
2.2	Previdência Social e sua Relação com a Política Pública de Saúde.....	31
2.3	A Relação entre as Políticas Públicas, Econômicas e Sociais.....	42
2.4	O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira	47
3	ASPECTOS POLÍTICOS, ECONÔMICOS E SOCIAIS APÓS O REGIME MILITAR	55
3.1	O Nascimento do SUS: Competências e Ações Intersetoriais	55
3.2	O SUS NO CONTEXTO DA HEGEMONIA NEOLIBERAL	70
3.3	Os Projetos Societários: o Pano de Fundo da Seguridade Social	79
4	A INTERSETORIALIDADE DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE: POSSIBILIDADES NA ESFERA DA INTELLECTUALIDADE PROFISSIONAL	86
4.1	Políticas do Sistema Único de Saúde: Dimensões da Intersetorialidade ..	86
4.2	O SUS no Contexto da Emenda à Constituição/PEC 55.....	97
4.3	A Intersetorialidade e a Questão dos Intelectuais Orgânicos em Gramsci	105
4.4	A Interlocação entre a Intersetorialidade, o Pensamento Gramsciano e o Fortalecimento do SUS	111
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	117

1 INTRODUÇÃO

No contexto mundial, em especial nas últimas décadas, observa-se um aumento das desigualdades sociais, trazendo sérios impactos para toda a sociedade devido à concentração/acumulação do capital. Esta lógica de acumulação do capital tem suas origens assentadas no modo de produção capitalista, uma vez que este sistema econômico se realiza na exploração de uma classe sobre a outra, gerando a classe trabalhadora precárias condições de vida, dificultando a garantia de direitos e até mesmo os violando.

No Brasil, esses impactos têm sido sentidos com mais frequência pela classe trabalhadora, principalmente os usuários dos serviços públicos como saúde, assistência social e educação. Diante deste contexto, emergem diversas expressões da questão social¹ ampliando o adoecimento da população brasileira.

Durante a trajetória acadêmica no decorrer da graduação do Curso de Serviço Social, tive uma breve caminhada através de estágios não obrigatórios na Política Pública de Saúde e na Política de Assistência Social, assim como através do estágio obrigatório na Política de Previdência Social. A partir dessas experiências, surgiu o interesse em realizar a especialização na área da saúde. Sendo assim, a residência multiprofissional em saúde da família e comunidade no Grupo Hospitalar Conceição em Porto Alegre veio como oportunidade de imersão neste contexto.

Na ocasião, já na qualidade de assistente social residente em saúde comunitária, ao realizar a análise de conjuntura compreendendo o contexto econômico, histórico e social, tornou-se nítido o papel do Sistema Único de Saúde (SUS) como uma política garantidora da igualdade social, permitindo a todos os brasileiros, de maneira equitativa, serem assistidos em seus adoecimentos, sem ter de pagar e se tornarem consumidores, desprendendo assim da lógica capitalista.

No decorrer dos dois anos de residência multiprofissional em saúde comunitária, diversos movimentos articulados à proposta de ações intersetoriais foram visualizados, estes em sua maioria engajados por assistentes sociais da Atenção Primária à Saúde, como, por exemplo, a coordenação de grupos de

¹ Compreende-se questão social, como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos permanece privada, o que condensa o conjunto das desigualdades e lutas sociais, produzidas e reproduzidas no movimento contraditório das relações sociais, alcançando plenitude de suas expressões e matizes, em tempos de capital fetiche (IAMAMOTO, 2007).

trabalho voltados ao controle social com a participação de outras políticas sociais públicas, assim como a construção a partir de redes comunitárias e articulação deste processo intersetorial na esfera da gestão. Considerando que um dos princípios do SUS é a integralidade, e nas práticas da saúde está relacionada à condição integral, e não parcial, de percepção do ser humano, cabe à reflexão de Pinheiro (2009, s/p.):

A “integralidade” como eixo prioritário de uma política de saúde, ou seja, como meio de concretizar a saúde como uma questão de cidadania, significa compreender sua operacionalização a partir de dois movimentos recíprocos a serem desenvolvidos pelos sujeitos implicados nos processos organizativos em saúde: a superação de obstáculos e a implantação de inovações no cotidiano dos serviços de saúde, nas relações entre os níveis de gestão do SUS e nas relações destes com a sociedade.

Pinheiro (2009) destaca que, para a efetivação do princípio da integralidade como o meio de concretizar a saúde enquanto cidadania são necessárias à superação dos obstáculos cotidianos e a implantação de inovações dos serviços de saúde para além do próprio SUS, compreendendo a relação da saúde com a sociedade.

Na experiência da residência multiprofissional, era notório que a ausência da articulação entre a Política Pública de Saúde com as demais Políticas Sociais Públicas era um obstáculo limitante à efetividade do princípio da integralidade, pois os usuários que acessavam os serviços de saúde não eram assistidos em sua condição integral, considerando que a saúde não significa somente a ausência de doença.

As ações intersetoriais relatadas, que eram articuladas pelos assistentes sociais, traziam resultados eficazes para as demandas em saúde, pois compreendiam que os fatores sociais, ambientais, psicológicos e culturais eram inerentes ao adoecimento humano. Dessa forma, essas ações eram ampliadas para além da própria Política Pública de Saúde e davam legitimidade aos princípios do SUS e contribuía para a superação dos obstáculos constitutivos pelas desigualdades sociais, aqui compreendidos como indutores de adoecimento.

Sendo assim, o princípio da integralidade só poderia ser efetivo através de uma construção coletiva, para então se pensar ações na saúde como possibilidade de cidadania. Dessa forma, a ausência de respostas efetivas aos problemas de saúde e as dificuldades em relação à materialidade da intersetorialidade instigaram

a proposta deste estudo, por considerar este aspecto fundamental para a efetividade da Política Pública de Saúde.

Contudo, estudar a intersectorialidade da Política Pública de Saúde demanda o direcionamento através de um conceito, e uma das principais características do termo intersectorialidade é a sua imprecisão, conforme escreve Pereira (in MONNERAT; ALMEIDA, 2014, p. 25):

Começando pela própria intersectorialidade vale reiterar que este termo não tem sido definido com precisão. O elemento comum que une a esmagadora maioria dos intentos de qualificá-lo conceitualmente é o da “superação” não propriamente da ideia de setorialidade, mas de desintegração dos diferentes “setores”, que compõem um dado campo de conhecimento de ação, e do tradicional insulamento de cada um deles.

Considerando a imprecisão do termo e os aspectos considerados por Pereira (2014), utilizamos para amparar este estudo o conceito de Bellini et al. (2013, p. 2), segundo o qual,

a intersectorialidade como a integração desses diversos setores para a consecução das ações públicas, ao mesmo tempo em que mantém as especificidades de cada área, vai além de cada setor, buscando a superação de práticas fragmentadas e a eficiência para atingir os objetivos e resultados.

Este conceito vem ao encontro com a experiência vivenciada na residência multiprofissional, dando materialidade à importância das ações intersectoriais, na integração dos diversos setores para ações públicas na busca pela superação das práticas fragmentadas e da setorialização das ações, favorecendo, assim, as ações compartilhadas e coletivas.

Contudo, cabe compreender que o próprio termo intersectorialidade demonstra a interlocução com outros vocábulos, e Pereira (2014, p. 24) refere que, na perspectiva de precisar seu significado, como “por meio de comparação e do contraste com outros vocábulos que lhes são assemelhados e afins, como a interdisciplinaridade² – que lhe serve de referência, além de outras denominações correntes, como multidisciplinariedade, pluridisciplinaridade e transdisciplinaridade”.

² O termo *interdisciplinaridade* evoca vínculos orgânicos entre especialidades. Já *multidisciplinaridade* refere-se a um conjunto de disciplinas ou ramos especializados de saberes que se agregam em torno de um tema, uma problemática ou objetivo comum, mas não se

Para os trabalhadores da saúde existe um grande desafio, que é a coordenação do cuidado, bem como estar atento para acolher as demandas garantindo a universalidade do acesso e a integralidade da assistência, segundo os princípios do próprio SUS. Assim como as práticas interdisciplinares, multidisciplinares, pluridisciplinares e transdisciplinares favorecem a qualificação dos princípios do SUS, apesar de desafiadoras, as ações intersetoriais se tornam possibilidades para além da própria Política Pública de Saúde.

Da perspectiva de promoção, proteção e recuperação da saúde, o assistente social organiza suas ações em consonância com as demandas institucionais e as demandas da população. Dessa forma, a articulação com os demais setores se torna estratégia utilizada por estes profissionais diante da necessidade de resolução dos problemas de saúde, assim contribuindo para a solidificação do projeto da Reforma Sanitária.

O contexto da intersetorialidade estimula e requer mecanismos de envolvimento da sociedade, demanda a participação dos movimentos sociais nos processos decisórios sobre qualidade de vida e saúde para buscar as condições adequadas através de Políticas Sociais Públicas. (BRASIL, 2006b).

Neste sentido, poderá a Política Pública de Saúde contribuir, através de ações intersetoriais, para o fortalecimento das ações públicas com as demais políticas sociais mediante a articulação com elas, como a Política de Assistência Social e a Política de Educação. O programa Bolsa Família é um exemplo de dispositivo da Política de Assistência Social que movimenta as demais Políticas Sociais Públicas, e na saúde ocorre através do acompanhamento nutricional. Neste movimento, a intersetorialidade é representada através da interlocução dessas ações, dando materialidade a essa concepção.

As ações intersetoriais qualificam o fazer profissional, fortalecem as Políticas Sociais Públicas através de um processo de construção compartilhada para a cidadania e qualidade de vida da população.

Contudo, o movimento intersetorial, articulado pelos profissionais que atuam na área da saúde, ainda é tímido. Sendo assim, a intersetorialidade como categoria

interpenetram. Por sua vez, o termo *pluridisciplinar* aponta para a justaposição de diversas disciplinas situadas geralmente no mesmo nível hierárquico e agrupadas de modo a fazer a aparecer as relações existentes entre elas, enquanto *transdisciplinaridade* significa uma etapa superior das relações disciplinares, compondo um sistema total e sem fronteiras de saberes. Trata-se de uma proposta ambiciosa, de difícil realização. (Cf. PEREIRA, 2014).

teórica deverá ser compreendida, desenvolvida e implementada nas práticas cotidianas.

O desejo em relação a este tema – intersectorialidade – se constituiu na premissa de que a própria Política Pública de Saúde possui elementos já implicados em sua legislação, os quais poderão ser aprofundados principalmente como um dispositivo qualificador do processo de saúde na unicidade com as demais Políticas Sociais Públicas.

Para qualificar a pesquisa, no ano de ingresso no curso de mestrado realizamos uma busca no período de 2010 a 2015 no portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), na biblioteca da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) e no Google Scholar, onde encontramos uma totalidade expressiva de trabalhos acadêmicos que abordam a intersectorialidade em diferentes políticas públicas como assistência social, educação, saúde, entre outras. Na área da saúde, muitos dos trabalhos acadêmicos versam sobre a intersectorialidade e procuram dialogar sobre aspectos como: a construção da intersectorialidade nas redes de atenção à saúde, a intersectorialidade e sua relação com a promoção da saúde, a intersectorialidade e os desafios para a gestão na saúde pública, a relação entre interdisciplinaridade e a intersectorialidade, entre outros. Fica a ideia de que a intersectorialidade ainda é um desafio e precisa ser constituída.

Contudo, não encontramos pesquisas que relacionem a intersectorialidade da Política Pública de Saúde na interface do intelectual orgânico de Gramsci, que consideramos para este estudo. Sendo assim, estas informações subsidiam a importância deste Projeto de Pesquisa³ para o campo da saúde.

Este estudo também traz a importância do desenvolvimento de ações intersectoriais no campo da Política Pública de Saúde e, a partir de seus resultados, pode se consolidar com uma estratégia de ampliação na efetividade do SUS e o seu fortalecimento frente ao Projeto da Reforma Sanitária.

A proposta se debruça sobre a relação do contexto político, econômico e social para a efetivação ou não da intersectorialidade da Política Pública de Saúde brasileira. Nesse sentido o **problema** é: Quais os fatores políticos, econômicos e

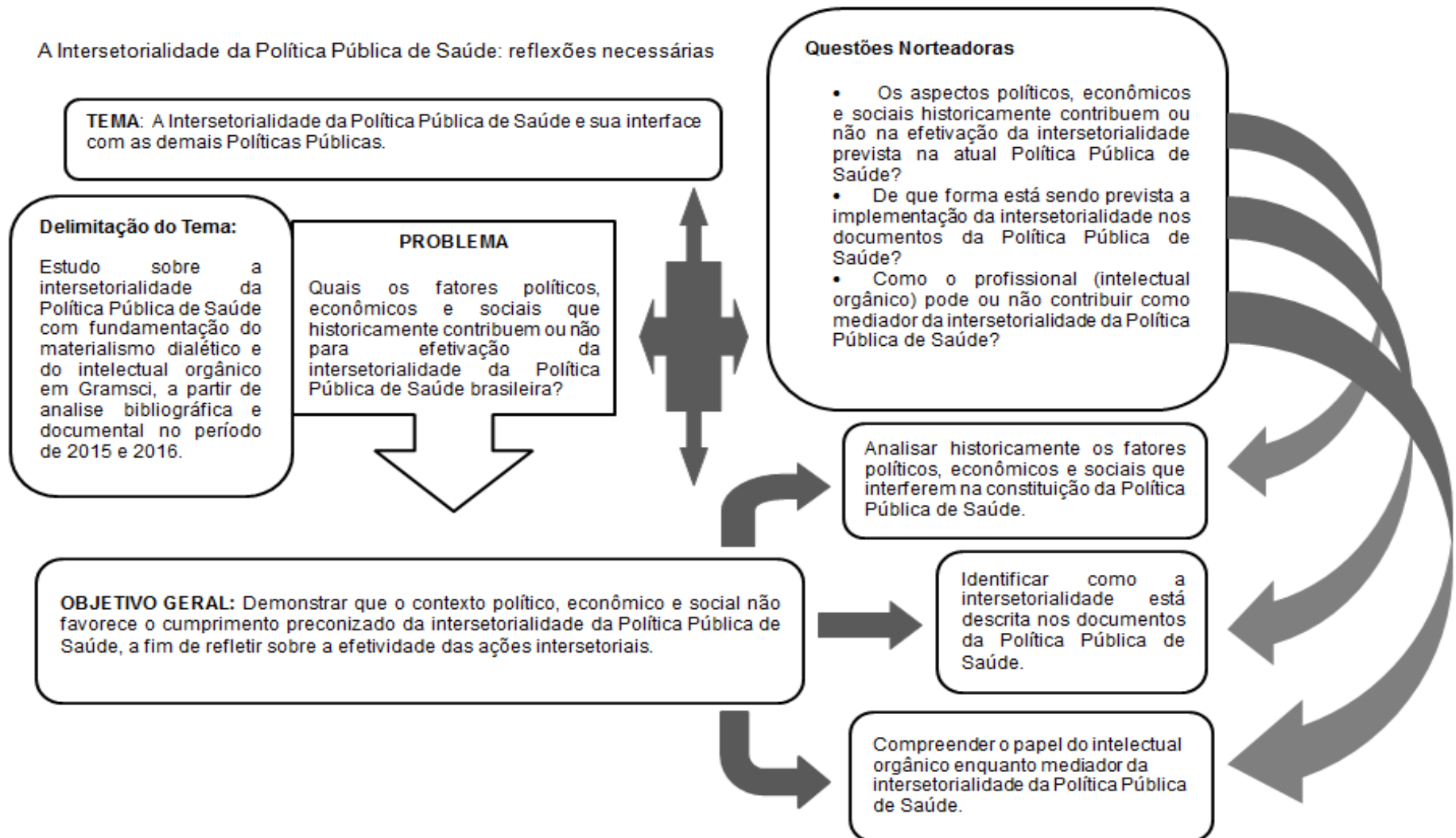
³ Projeto de Pesquisa apreciado e aprovado pela Comissão Científica da Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), em 12/06/2015, Código SIPESQ: 6626.

sociais que historicamente contribuem ou não para a efetivação da intersectorialidade da Política Pública de Saúde brasileira?

Procuramos examinar a constituição histórica da sociedade brasileira, a relação existente entre política, seus problemas sociais e seus fatores econômicos no que tange à saúde, contribuindo para a reflexão a partir do tema elencado.

Para tanto, teve como **objetivo geral** demonstrar que o contexto político, econômico e social não favorece o cumprimento preconizado da intersectorialidade da Política Pública de Saúde, a fim de refletir sobre a efetividade das ações intersectoriais. Através dessa análise é que estes elementos que configuram a setorialização das ações responderam ao problema de pesquisa.

Como **objetivos específicos**, foram analisados historicamente os fatores políticos, econômicos e sociais que interferem na constituição da Política Pública de Saúde, assim como identificamos como a intersectorialidade está descrita nos documentos da própria política e compreendemos o papel do intelectual orgânico enquanto mediador da intersectorialidade da Política Pública de Saúde. Neste cenário, ilustramos a sistematização do quadro estrutural do Projeto de Pesquisa que desenvolveu o presente estudo.



Fonte: Elaborado pela autora.

Assim, este estudo se propôs problematizar o contexto político, os fatores econômicos e sociais, considerando as abordagens teórico-conceituais, sobre a intersetorialidade.

Como referência, temos o movimento da Reforma Sanitária e, como balizador neste processo, a análise bibliográfica e documental, atentando-se para as transformações societárias diante dos processos históricos do contexto brasileiro.

O percurso metodológico desenvolvido no decorrer da pesquisa foi de caráter exploratório com análise qualitativa dos dados, pois, segundo Minayo (2007), por meio dessa metodologia é possível abranger o problema a ser investigado na sua totalidade. Sobre a pesquisa qualitativa, Minayo (2007, p. 21) escreve que

Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes.

Neste sentido, o método utilizado para iluminar a presente pesquisa foi o materialismo histórico dialético. Com ele, aprofundou-se na análise dos fenômenos sociais em foco, a partir da apreensão do real, que se apresenta de forma móvel, múltipla, diversa e contraditória. (LEVEBVRE, 1991). A escolha deste método de pesquisa se deu por constituir-se na perspectiva que melhor corresponda ao caráter do estudo e à visão da pesquisadora.

Esta pesquisa se constituiu nas seguintes etapas: aprimoramento do Projeto de Pesquisa, levantamento bibliográfico do conhecimento acumulado sobre a temática e submissão do Projeto de Pesquisa à Comissão Científica do Curso de Serviço Social/Escola de Humanidades e os Comitês de Ética da PUCRS.

A segunda etapa da pesquisa se constitui em uma pesquisa bibliográfica e documental relacionada às publicações que contemplassem a intersetorialidade da Política Pública de Saúde. Na pesquisa bibliográfica, a principal técnica é a leitura, sendo assim foram realizadas leituras sucessivas a fim de identificar as informações necessárias aos propósitos do estudo. Conforme Lima e Mioto (2007, p. 38),

Não é raro que a pesquisa bibliográfica apareça caracterizada como revisão de literatura ou revisão bibliográfica. Isto acontece porque

falta compreensão de que a revisão de literatura é apenas um pré-requisito para a realização de toda e qualquer pesquisa, ao passo que a pesquisa bibliográfica implica em um conjunto ordenado de procedimentos de busca por soluções, atento ao objeto de estudo, e que, por isso, não pode ser aleatório.

Conforme Moraes (1994), considerando que a matéria-prima da análise de conteúdo pode constituir-se de qualquer material oriundo de qualquer comunicação verbal ou não verbal, foram eleitos para a pesquisa bibliográfica alguns documentos oficiais como a Constituição Federal de 1988 (CF/88), a Declaração de Alma-Ata (1978), primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Ottawa 1986, 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, o Documento Institucional (relatório) sob as causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil, a lei nº 8.080 (SUS), os materiais produzidos sob intersetorialidade (artigos, reportagens, textos), entre outros que se mostraram oportunos para com o problema de pesquisa e seus objetivos. Como explica Moraes (1994, p. 10), “os dados advindos dessas diversas fontes chegam ao investigador em estado bruto, necessitando então ser processados para, dessa maneira, facilitar o trabalho de compreensão, interpretação e inferência a que aspira a análise de conteúdo”.

Dessa forma, o conteúdo dos documentos foi interpretado através de leitura de reconhecimento do material, leitura seletiva, leitura reflexiva ou crítica e leitura interpretativa. Seguindo as recomendações propostas por Lima e Miotto (2007), nesta segunda etapa foram realizados os seguintes passos:

a) Leitura de reconhecimento do material bibliográfico – consiste em uma leitura rápida que objetiva localizar e selecionar o material que pode apresentar informações e/ou dados referentes ao tema. Momento de incursão em bibliotecas e bases de dados computadorizadas para a localização de obras relacionadas ao tema.

b) Leitura exploratória – também se constitui em uma leitura rápida cujo objetivo é verificar se as informações e/ou dados selecionados interessam, de fato, para o estudo; requer conhecimento sobre o tema, domínio da terminologia e habilidade no manuseio das publicações científicas. Momento de leitura dos sumários e de manuseio das obras, para comprovar de fato a existência das informações que respondem aos objetivos propostos.

c) Leitura seletiva – procura determinar o material que, de fato, interessa, relacionando-o diretamente aos objetivos da pesquisa. Momento de seleção das

informações e/ou dados pertinentes e relevantes, quando são identificados e descartados as informações e/ou dados secundários.

d) Leitura reflexiva ou crítica – estudo crítico do material orientado por critérios determinados a partir do ponto de vista do autor da obra, tendo como finalidade ordenar e sumarizar as informações ali contidas. É realizada nos textos escolhidos como definitivos e busca responder aos objetivos da pesquisa. Momento de compreensão das afirmações do autor e do porquê dessas afirmações.

e) Leitura interpretativa – é o momento mais complexo e busca relacionar as ideias expressas na obra com o problema para o qual se busca resposta. Implica na interpretação das ideias do autor, acompanhada de uma inter-relação destas com o propósito do pesquisador. Requer um exercício de associação de ideias, transferência de situações, comparação de propósitos, liberdade de pensar e capacidade de criar. O critério norteador nesse momento é o propósito do pesquisador.

A terceira etapa da pesquisa se constituiu no processo de análise. Para a análise de dados, a técnica utilizada foi análise de conteúdo. Conforme Moraes (1994, p. 9-15), a primeira fase

Constitui uma metodologia de pesquisa usada para descrever e interpretar o conteúdo de toda classe de documentos e textos, [...], ajuda a reinterpretar as mensagens e a atingir uma compreensão de seus significados num nível que vai além de uma leitura comum.

Essa técnica perpassou cinco processos, sendo eles: a) preparação das informações; b) unitarização ou transformação do conteúdo em unidades; c) categorização das unidades em categorias; d) descrição; e) interpretação.

Conforme Moraes (1994), a análise de conteúdo possibilita o atendimento de inúmeras necessidades de pesquisadores envolvidos na análise dos dados de comunicação, especialmente aqueles voltados a uma abordagem qualitativa.

Essa análise proporcionou a compreensão de como se efetiva a intersectorialidade entre Política Pública de Saúde com as demais Políticas Sociais Públicas.

Como aspectos éticos, o projeto de pesquisa foi submetido à Comissão Científica da Faculdade de Serviço Social e os Comitês de Ética da PUCRS, sendo aprovado para posteriormente ser desenvolvido.

Sendo assim, a partir dessa proposta constituíram-se os seguintes capítulos:

O capítulo segundo, intitulado *A Política de saúde brasileira e sua relação com a formação socioeconômica*, onde traça-se o contexto político, econômico e social no período de 1822 a 1985 sobre história da saúde no Brasil e as transformações societárias decorrentes destes processos. Também foi considerada para compreensão as categorias historicidade e totalidade com base no materialismo dialético, em Marx e Engels e demais autores marxistas, como Gramsci, ou seja, que cada fenômeno pode ser compreendido como momento do todo. Ainda neste capítulo, retomam-se o movimento da Reforma Sanitária brasileira e a base teórica da intersectorialidade através dos principais autores escolhidos pela pesquisadora que tecem sobre o tema.

Na sequência, o terceiro capítulo – *Aspectos políticos, econômicos e sociais, após o Regime Militar* – busca dar sequência aos elementos constitutivos da formação política, econômica e social brasileira, após o Regime Militar no período de 1985 a 2016 e, via pesquisa documental, a partir de marcos como a CF/88 e o Projeto da Reforma Sanitária, aprofundar sobre o nascimento do SUS (Lei nº 8.080/1990) e dar vistas a ações intersectoriais previstas nos documentos oficiais da saúde. Também contextualizamos o avanço neoliberal no país e os impactos na seguridade social, demonstrando que estes aspectos influenciam na setorialização das Políticas Sociais Públicas, assim como no desmonte de direitos sociais já constituídos.

No quarto capítulo, intitulado *A intersectorialidade da política pública de saúde: possibilidades na esfera da intelectualidade profissional*, ampliamos a reflexão sob o SUS e o contexto contemporâneo como a Proposta de Emenda à Constituição (PEC) do teto, como categoria central à intersectorialidade. Ancoramos também a reflexão sob a categoria contradição e o intelectual orgânico em Gramsci, propondo as possíveis estratégias e proposições para o fortalecimento da Saúde Pública brasileira.

Ao final, tecemos as considerações finais refletindo sobre os estudos realizados e compreendendo que o contexto político, econômico e social não favoreceu o cumprimento preconizado da intersectorialidade da Política Pública de Saúde, sendo que estes elementos só contribuíram para a área da saúde se configurar em ações setorializadas e são resultados de um processo histórico de

consolidação do sistema capitalista no Brasil, que visa à regulação do mercado em detrimento das necessidades da população em relação à saúde pública.

A divulgação dos resultados considerará a devida submissão final à banca de avaliação e, após, pretende-se contribuir para a difusão e democratização da informação elaborando artigos científicos a serem enviados para a apreciação de periódicos nas áreas da Saúde e do Serviço Social, assim como solicitar ao Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre a possibilidade de apresentação da dissertação.

2 A POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA E SUA RELAÇÃO COM A FORMAÇÃO SOCIOECONÔMICA

Para a análise da realidade da Política Pública de Saúde brasileira, faz-se necessário o conhecimento dos determinantes estruturais envolvidos nesse processo. O setor saúde sofreu diferentes influências e este capítulo tem o propósito de demonstrar o quanto os aspectos políticos, econômicos e sociais, na forma como foram se constituindo, resultaram num Estado de estruturas fragmentadas com políticas sanitárias que favoreceram a setorialidade.

2.1 Contextos Político, Econômico e Social na História da Política de Saúde no Brasil

Para a compreensão da história da Política Pública de Saúde e do processo de constituição no contexto brasileiro, recorreremos à definição de algumas premissas, a saber:

Primeiro a evolução histórica das políticas de saúde está relacionada diretamente a evolução político-social e econômica da sociedade brasileira, não sendo possível dissociá-los, segundo a lógica do processo evolutivo sempre obedeceu à ótica do avanço do capitalismo na sociedade brasileira, sofrendo a forte determinação do capitalismo a nível internacional, e terceiro a saúde nunca ocupou lugar central dentro da política do estado brasileiro, sendo sempre deixada na periferia do sistema, como uma moldura de um quadro, tanto no que diz respeito à solução dos grandes problemas de saúde que afligem a população, quanto na destinação de recursos direcionados ao setor saúde. (POLIGNANO, 2001, p. 2).

A dissociabilidade dos aspectos políticos, econômicos e sociais não é factível, pois são elementos orgânicos ao próprio processo de constituição da Política Pública de Saúde, considerando ainda que a influência do capitalismo internacional se torna inerente à formação socioeconômica do Brasil.

A historicidade enquanto categoria teórica nos proporciona subsídios na compreensão dos fatores que influenciam a história e condicionam o comportamento humano organicamente, superando a observação empírica.

A filosofia da práxis, certamente, deriva da concepção imanentista da realidade, mas desta enquanto depurada de qualquer aroma especulativo e reduzida a pura história ou historicidade, ou a puro humanismo. Se o conceito de estrutura é concebido “especulativamente”, torna-se certamente um “deus oculto”; mas ele não deve ser concebido especulativamente, e sim historicamente, como o conjunto das relações sociais nas quais os homens reais se movem e atuam, como um conjunto de condições objetivas que podem e devem ser estudadas com os métodos da “filologia” e não da “especulação”. (GRAMSCI, 1999, p. 10).

Em sua análise, Gramsci (1999) não realizou uma divisão entre as esferas constitutivas da sociedade, já que não haveria primeiro uma estrutura e depois uma superestrutura, mas um vínculo orgânico e dialético entre elas, correspondente a uma organização social material, então Estado, economia e poder são indissociáveis entre as esferas constitutivas da realidade.

É nessa perspectiva de indissociabilidade das esferas constitutivas da realidade social que Gramsci teceu o que viria a constituir a chave de análise central de seus estudos: o conceito de bloco histórico, apreendido enquanto uma “unidade entre a natureza e o espírito, entre vida e política (estrutura e superestrutura), unidade dos contrários e dos distintos” e a percepção do vínculo existente entre os elementos fundamentais do bloco histórico (estrutura e superestrutura) Para Gramsci, não existe uma relação de primazia de uma esfera sobre a outra, tampouco uma relação unilateral entre elas e, menos ainda, uma simples relação de causa e efeito, mas um vínculo orgânico e dialético, cujas determinações só podem ser apreendidas no conjunto das relações desenvolvidas em determinado processo histórico. (VASCONCELOS; SILVA; SCHMALLER, 2013, p. 84-85).

Na compreensão Gramsciana, a estrutura abrange a maneira como homens e mulheres estabelecem seu metabolismo com a natureza e produzem e reproduzem não só objetos materiais, mas suas próprias relações sociais, superando a esfera da produção material. A estrutura, portanto, abarcaria não somente as forças produtivas, mas as relações sociais de produção, ou seja, o conjunto das relações sociais, a totalidade da vida social. Ainda segundo Vasconcelos, Silva e Schmaller (2013, p. 85),

Gramsci percebia que a totalidade não se limita à ação recíproca de seus vários momentos, porém possui um momento predominante: a estrutura e as superestruturas formam um ‘bloco histórico’, ou seja, o conjunto complexo e contraditório das superestruturas é o reflexo do conjunto das relações sociais de produção.

A constituição do Sistema de Saúde no Brasil permeou distintos períodos que serão determinantes tanto para o avanço ou retrocesso da Política Pública de Saúde, sendo assim, resgata-se o processo histórico.

Conforme os registros históricos, no período de 1500 até o Primeiro Reinado (1822-1831), o Brasil era um país colonizado, composta basicamente por “desordeiros e aventureiros”, desde o descobrimento até a instalação do império. Os recursos em relação ao tratamento de doenças eram predominantemente indígenas neste período. Não existia uma organização sanitária, conforme Passos (2013, p. 8),

[...] as doenças eram encaradas pelos índios como castigo ou provação, cujas causas eles reconheciam como reflexo da vontade de um ser sobrenatural, ação de astros e dos agentes climáticos ou força de uma praga ou feitiço”. Dentro da concepção empírica, mística e mágica da doença, quando as pessoas adoeciam, recorriam ao pajé, que exorcizava os maus espíritos e utilizava plantas e substâncias diversas no tratamento dos enfermos.

Desse modo, o tratamento de doenças advinha aos próprios recursos da terra (plantas, ervas) e àqueles que, por conhecimentos empíricos (curandeiros), desenvolviam as suas habilidades na arte de curar.

Conforme Polignano (2001, p. 3), a vinda da família real ao Brasil “criou a necessidade da organização de uma estrutura sanitária mínima, capaz de dar suporte ao poder que se instalava na cidade do Rio de Janeiro”. Conforme os registros históricos, em 1808 D. João VI fundou na Bahia o Colégio Médico Cirúrgico no Real Hospital Militar da Cidade de Salvador e criada a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro. Contudo, a maior preocupação existente era com o saneamento dos portos devido às relações mercantis. De acordo com Passos (2013, p. 11),

As preocupações com a saúde da população, principalmente com a saúde da Corte, bem como a necessidade do saneamento dos portos como estratégia para o desenvolvimento de relações mercantis, trouxeram uma nova organização para o governo, em que se buscava o controle das epidemias e do meio ambiente.

As epidemias são propagações de doenças que geralmente avançam rapidamente, atingindo uma parcela considerável da população. Os vírus, as bactérias e os micro-organismos são responsáveis pelas epidemias, por isso a

necessidade do saneamento dos portos para o controle das mesmas. A carência de profissionais médicos no Brasil Colônia e, posteriormente, no Brasil Império era enorme. No Rio de Janeiro, em 1789, “existiam quatro médicos exercendo a profissão”. (SALLES apud POLIGNANO, 2001, p. 3). Em outros estados brasileiros, estes profissionais eram inexistentes.

No período subsequente, Primeiro Reinado (1822-1889) se manteve a continuidade de uma inexistência de estrutura sanitária e de assistência médica, sendo assim, fez com que proliferassem pelo país os Boticários (farmacêuticos).

Assim, as atividades de saúde pública limitavam-se ao seguinte:

Delegação das atribuições sanitárias as juntas municipais e ao controle de navios e saúde dos portos. O interesse primordial estava limitado ao estabelecimento de um controle sanitário mínimo da capital do império, tendência que se alongou por quase um século. O tipo de organização política do império era caracterizado por ser um regime de governo unitário e centralizador, e “que era incapaz de dar continuidade e eficiência na transmissão e execução à distância das determinações emanadas dos comandos centrais”. (POLIGNANO, 2001, p. 3).

Conforme Domingues e Fiusa (1996), em relação aos aspectos políticos, econômicos e sociais, no início do Império os próprios brasileiros foram afastados das decisões políticas: “a dissolução da constituinte de 1823, que limitava os poderes do imperador, a outorga da Constituição de 1824 representaram uma reviravolta política, liderada por D. Pedro I, que afastou a aristocracia rural do comando político e centralizou o poder nas mãos do imperador”. Dessa forma, a vida econômica e social manteve-se nas mesmas bases do período colonial.

Como visto, durante o período do Primeiro Reinado não houve avanços em relação à estrutura da saúde no Brasil, permanecendo a inexistência de estrutura sanitária e de assistência médica.

Respectivamente, inicia-se no país o período da República em 1889, como primeiro presidente marechal Deodoro da Fonseca (1889-1891) e vice-presidente Floriano Peixoto (1891-1894), militares, que assumiu a presidência após a renúncia do primeiro. Segundo os registros históricos, foi um período caracterizado por instabilidade política e econômica, devido às tentativas de centralização do poder e à oposição das forças armadas do Brasil, que estavam descontentes com a situação política republicana responsável pela proclamação da República.

Posteriormente o poder político federal ficou nas mãos das oligarquias cafeeiras paulistas e mineiras, motivado principalmente pelo senador José Gomes Pinheiro Machado. Segundo Domingues e Fiusa (1996) o setor agroexportador, dominado completamente pela cafeicultura do oeste paulista, assumiu características empresariais, enquadrando-se plenamente na dinâmica capitalista da divisão internacional do trabalho, a saber:

A adoção do trabalho assalariado, a expansão da rede bancária, a melhoria das vias de transporte, o desenvolvimento das comunicações e a criação da rede de comercialização do café aceleraram a urbanização e a integração do mercado interno. A intensificação da entrada de capital estrangeiro (empréstimos e investimentos) contribuiu para formar as bases de nosso processo de industrialização. (DOMINGUES, FIUSA, 1996, p. 190).

Com a proclamação da República, estabeleceu-se uma forma de organização jurídica e político característico do estado capitalista. Entretanto, essa nova forma de organização do Estado Nacional assegurou apenas o manifesto da representação burguesa tradicional, especialmente a adoção do voto direto pelo processo de escolha.

A tradição de controle político pelos grandes proprietários (o coronelismo) impôs ainda normas de exercício do poder que representavam os interesses capitalistas predominantemente agrários. Os programas partidários nunca chegaram a se configurar numa perspectiva de âmbito nacional porque das dezenove organizações políticas que atuaram até o movimento de 1930, nenhuma excedeu a disciplina imposta pela defesa de interesses regionais, embora pudessem compor, eventualmente, alianças que dominaram as práticas políticas até aquela data. (POLIGNANO, 2001, p. 4).

Neste contexto, o quadro sanitário tomava proporção emergente na agenda política, e a falta de um modelo sanitário para o país deixava as cidades brasileiras expostas às epidemias.

Considerando a fragilidade sanitária, Rodrigues Alves (1902-1906), então presidente do Brasil, nomeou Oswaldo Cruz, como diretor do Departamento Federal de Saúde Pública, que se propôs a erradicar a epidemia de febre-amarela na cidade do Rio de Janeiro. Segundo Polignano (2001), na ocasião foi criado um verdadeiro exército de pessoas que passaram a exercer atividades de desinfecção no combate ao mosquito, vetor da febre-amarela. Contudo, a falta de esclarecimentos e as

arbitrariedades cometidas pelos guardas-sanitários causam revoltas na população (POLIGNANO, 2001).

O motivo que desencadeou a revolta foi a campanha de vacinação obrigatória, imposta pelo governo federal, contra a varíola. Conforme os registros históricos em alguns casos, os agentes sanitários invadiam as casas e vacinavam as pessoas à força, provocando uma revolta na população. Essa recusa em ser vacinado acontecia, pois grande parte das pessoas não conhecia e não tinha informações do que era uma vacina, desconhecendo os seus efeitos, assim como não havia uma preocupação do governo neste aspecto, enquanto agente responsável pelo esclarecimento à população.

A população, com receio das medidas de desinfecção, trabalho realizado pelo serviço sanitário municipal, revoltava-se tanto que, certa vez, o próprio presidente Rodrigues Alves chama Oswaldo Cruz ao Palácio do Catete, pedindo-lhe para, apesar de acreditar no acerto da estratégia do sanitarista, não continuar queimando os colchões e as roupas dos doentes. (POLIGNANO, 2001, p. 5).

Este modelo de intervenção ficou conhecido, como campanhista, e foi concebido dentro de um olhar militar, e no qual o uso da força e da autoridade era considerado instrumentos para a efetivação da ação.

Com a lei nº 1261, de 31 de outubro de 1904, que instituiu a vacinação antivariola obrigatória para todo o território nacional, surgiu um grande movimento da população de revolta que ficou conhecido na história como a Revolta da Vacina.

Segundo Polignano (2001), apesar das arbitrariedades e dos abusos cometidos, o modelo campanhista obteve importantes vitórias no controle das doenças epidêmicas, conseguindo erradicar a febre amarela da cidade do Rio de Janeiro, o que fortaleceu o modelo proposto e o tornou hegemônico como proposta de intervenção na área da saúde coletiva durante décadas. Cabe-nos contemplar a compreensão de sociedade civil, sociedade política ou Estado que corresponde à função de hegemonia. Para Gramsci (1982, p. 10-11),

Por enquanto, pode-se fixar dois grandes “planos” superestruturais: o que pode ser chamado de “sociedade civil” (isto é; o conjunto de organismos chamados comumente de “privados”) e o da “sociedade política ou Estado”, que correspondem à função de “hegemonia” que o grupo dominante exerce em toda a sociedade e àquela de domínio

direto” ou de comando, que se expressa no Estado e no governo “jurídico”.

Para o autor italiano, hegemonia seria a capacidade de direção política e cultural que um grupo dominante exerce em toda a sociedade; é aquela de domínio direto, ou seja, a de construir uma visão de mundo a ser incorporada pelas demais classes. Como parte do processo de organização do Estado Republicano, a direção política em relação às questões sanitárias se tornou hegemônica.

As necessidades de saúde geradas no processo de desenvolvimento econômico e social, de controle de doenças que visavam à manutenção da força de trabalho em quantidade e qualidade adequadas, determinaram, como parte do processo de organização do Estado republicano, a montagem da estrutura sanitária encarregada de responder a essa demanda. A simples fiscalização não resolveria o problema: era preciso uma ação governamental mais abrangente, em bases mais científicas. (PASSOS, 2013, p. 13).

Dessa forma, com o advindo de diversas doenças, Oswaldo Cruz, então responsável pela questão sanitária no Brasil, optou por fundar o Instituto Butantan, onde iniciaram diferentes pesquisas sobre as doenças que assolavam o país e a forma de tratá-las.

No início do século XX, o surto de peste bubônica que assolou Santos viria agravar o quadro sanitário e a percepção pública sobre os riscos representadas pelas epidemias. A criação do Instituto Butantan, em São Paulo, e do Instituto Soroterápico Federal, atual Fundação Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro, foram iniciativas importantes, com impacto decisivo no desenvolvimento das ciências biomédicas e na saúde pública. (FINKELMAN, 2002, p. 39-40).

Neste contexto, diante do surgimento da industrialização no Brasil sob a influência da Primeira Guerra Mundial (1914-1918), este período gerou um impacto mundial em relação à economia e à política da maioria dos países, principalmente os latinos. Segundo Domingues e Fiusa (1996), economicamente a Europa saiu bastante enfraquecida da guerra, dependendo de empréstimos externos e da importação de produtos. Assim sendo, a Primeira Guerra mundial incentivou a industrialização do Brasil e de outros países, e possibilitou a ascensão dos Estados Unidos e do Japão como novas potências mundiais.

Posto que a economia brasileira era basicamente agroexportadora no início do século XX, apoiada na monocultura do café, com a influência internacional capitalista iniciou-se um processo de industrialização nacional.

A acumulação capitalista advinda do comércio exterior tornou possível o início do processo de industrialização no país. Tal processo foi acompanhado de uma urbanização crescente, e da utilização de imigrantes, os operários na época não tinham quaisquer garantias trabalhistas, tais como: férias, jornada de trabalho definida, pensão ou aposentadoria. Os imigrantes, especialmente os italianos, traziam consigo as histórias do movimento operário na Europa e dos direitos trabalhistas que já tinham sido conquistados pelos trabalhadores europeus, e desta forma procuraram mobilizar e organizar a classe operária no Brasil na luta pelas conquistas dos seus direitos. (POLIGNANO, 2001, p. 6).

A vinda dos imigrantes influenciara diretamente a classe operária, que começa no país através do processo de industrialização. Estes se tornam influenciadores na constituição do movimento operário na luta pelos direitos trabalhistas.

Em relação ao setor saúde, não havia, nestes períodos, interlocução com as demais demandas do país; a saúde é tratada pontualmente na ocorrência de situações emergentes. Também não havia planejamento antecedendo a implantação da setorialidade.

Contudo, a partir de 1923 começava a materialidade da Previdenciária Social brasileira que, posteriormente, compõe a Seguridade Social.

2.2 Previdência Social e sua Relação com a Política Pública de Saúde

A importância que os imigrantes tiveram no movimento de garantias trabalhistas para a população brasileira, pela experiência que traziam da Europa, foi fundamental para a consolidação dos direitos previdenciários.

Considerando as precárias condições de trabalho da época, quaisquer garantias trabalhistas, como férias, jornada de trabalho definida, pensão ou aposentadoria, o movimento operário organizou e realizou duas greves gerais: uma em 1917 e outra em 1919. Através destes movimentos, os operários começaram a conquistar alguns direitos sociais. Em 24 de janeiro de 1923, foi aprovada a lei nº.

4.682, ficando conhecida como Lei Elói Chaves, marco inicial da previdência social no Brasil. Através desta lei, foram instituídas as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs). As CAPs surgiram a partir das reivindicações do operariado, ou seja, da classe trabalhadora.

Segundo Domingues e Fiusa (1996, p. 249), a década de 1920 foi um período de agitações políticas, econômicas e sociais: “essas agitações retratavam aspirações de grupos que não participavam da vida política nacional, mas sentiam duramente os resultados da dominação oligárquica”.

Estes grupos eram compostos pelo proletariado e pela classe média, e reclamavam sua participação na política, advindos da organização operária. Formavam, por exemplo, os sindicatos e o Partido Comunista. Em 1930, também foi criado o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, e anos mais tarde a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) no período do Estado Novo.

O Estado Novo (1937-1945), período em que Getúlio Vargas governou o Brasil, ficou marcado, no campo político, por um governo ditatorial. Segundo Domingues e Fiusa (1996), em 1938 deveriam ocorrer as eleições presidenciais. Porém, alegando a existência de um suposto plano comunista e aproveitando o momento de instabilidade política pelo qual passava o país, Getúlio Vargas deu um golpe de Estado em 10 de novembro de 1937.

Segundo os registros das autoras, Vargas contou com o apoio de grande parte da população (principalmente da classe média com medo do comunismo) e dos militares. Após o golpe, Vargas fechou o Congresso Nacional e impôs uma nova constituição com várias características antidemocráticas. Alguns fatos importantes deste período:

Censura aos meios de comunicação (rádios, revistas e jornais) e às manifestações artísticas como, por exemplo, teatro, cinema e música; Criação do DIP (Departamento de Imprensa e Propaganda) para promover e divulgar as realizações do governo; Perseguição e, em alguns casos, prisão de opositores e inimigos políticos; Repressão às manifestações políticas e sociais (protestos, greves, passeatas); Controle dos sindicatos; Criação da CLT (Consolidação das Leis do Trabalho) em 1943, garantindo vários direitos aos trabalhadores; Criação da Justiça do Trabalho, da carteira de trabalho, salário mínimo, descanso semanal remunerado, jornada de trabalho de oito horas e regulamentação do trabalho feminino de menores de idade; Centralização administrativa do estado (aumento da burocracia estatal); Criação de uma nova moeda, o cruzeiro; Investimentos em infraestrutura e ênfase no desenvolvimento

industrial (criação da CSN – Companhia Siderúrgica Nacional e Companhia Vale do Rio Doce); Participação do Brasil na Segunda Guerra Mundial ao lado dos aliados (Inglaterra, Estados Unidos e União Soviética), com o envio da FEB (Força Expedicionária Brasileira) aos campos de batalha na Itália. (DOMINGUES, FIUSA, 1996, p. 267).

O Brasil da República Populista (1930-1964) é influenciado pelo imperialismo norte-americano através da eclosão da Segunda Guerra Mundial (1939-1945), pois, segundo Domingues e Fiusa (1996), os Estados Unidos ampliaram ainda mais sua produção industrial, a saber:

Na América Latina, a política externa norte-americana caracterizou-se fundamentalmente pela intensificação das boas relações diplomáticas e pela intervenção do capital financeiro nos mercados dos países latino-americanos. Essa política de boa vizinhança, como ficou conhecida, solidificou-se, a partir de 1936, com a Conferência Interamericana pela Manutenção da Paz (Buenos Aires) e com as conferências que se seguiram. Os Estados Unidos continuaram mantendo seu poder hegemônico e somente se abstiveram de executar ações militares contra os países latino-americanos. (DOMINGUES, FIUSA, 1996, P. 255).

Dessa forma, o Estado representava somente os interesses das elites e da burguesia industrial e financeira. No setor da saúde em 1941, durante o governo de Getúlio Vargas, aconteceu a 1ª Conferência Nacional de Saúde com os seguintes temas: defesa sanitária, assistência social, proteção da maternidade, infância e adolescência. O decreto de convocação estabelecia que seu objetivo era

“[...] ocupar-se dos diferentes problemas da saúde e da assistência, mas de modo especial dos seguintes: a) Organização sanitária estadual e municipal; b) ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a lepra e a tuberculose; c) determinação das medidas para desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento e d) plano de desenvolvimento da obra nacional de proteção à maternidade, à infância e à adolescência.” Um temário nitidamente relativo à gestão e administração dos serviços de saúde, no âmbito de um Estado que se constituía [...]. (MINISTÉRIO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE, 1941, s/p.).

A 1ª Conferência Nacional de Saúde introduz oficialmente a necessidade de ampliação e investimentos diante das epidemias, assim com uma organização sanitária em âmbito estadual e municipal, caracterizando as peculiaridades de cada

região e território, o desenvolvimento dos serviços de saneamento para a população e investimentos para a proteção à maternidade, à infância e adolescência. Cabe destacar que, nesse período, os setores de educação e saúde eram de responsabilidade de um mesmo Ministério de Educação e Saúde (MES).

Com o final da Segunda Guerra Mundial (1945), a opinião pública começou a rejeitar o regime ditatorial varguista. Segundo Domingues, Fiusa (1996) intelectuais, artistas, profissionais liberais e grande parcela do povo queriam a volta da democracia. A pressão para a renúncia de Vargas aumentava a cada dia. No dia 29 de outubro de 1945, um movimento militar, liderado por generais, depôs do poder Getúlio Vargas.

Podemos analisar que, no governo de Vargas, durante o Estado Novo, na área econômica, o país teve a modernização industrial, com investimentos na infraestrutura de acordo com as orientações do capital internacional. Os trabalhadores conquistaram as leis trabalhistas, garantindo alguns direitos. Porém, no aspecto político, o Estado Novo significou a falta de democracia, censura e aplicação de um regime de caráter populista.

Com a queda de Vargas, o Brasil entrava na era da redemocratização, com o governo de Eurico Gaspar Dutra (1946-1951). Entretanto, conforme os registros históricos estavam em jogo tanto os interesses de grupos conservadores brasileiros quanto os interesses econômicos e políticos estrangeiros, principalmente norte-americanos. Segundo Domingues e Fiusa (1996, p. 289),

Dutra vivenciou as tensões e problemas que marcavam o desenvolvimento da Guerra Fria no cenário político internacional. Internamente, teve como primeira grande ação, a convocação da Assembleia Constituinte que discutiria as leis a serem integradas a uma nova Carta Magna. Oficializada em 1946, a nova constituição brasileira determinava a autonomia entre os três poderes e a realização de eleições diretas para os cargos executivos e legislativos estaduais, municipais e federais.

Das características do governo Dutra, a internacionalização foi uma das mais relevantes, pois o país abriu-se ao capital estrangeiro: “igualdade de oportunidades para nacionais e estrangeiros” (DOMINGUES, FIUSA, 1996, p. 288), sendo criada, em 1948, a comissão mista Brasil-Estados Unidos. Esta comissão e o liberalismo do governo orientaram o país no sentido de reintegrá-lo ao sistema econômico mundial sob a hegemonia dos Estados Unidos, ou seja, a política

cambial nesse período exemplificava a nova situação nacional. Cabe destacar, que em 1949, “com o objetivo de coordenar os gastos públicos, foi criado o plano Salte, que previa investimentos para quatro setores econômicos e sociais (saúde, alimentação, transporte energia)”. (DOMINGUES, FIUSA, 1996, p. 289).

Em 1951, Getúlio Vargas (1951-1954) retornou à presidência da República, dessa vez por meio do voto popular. Este segundo mandato presidencial de Vargas, segundo os registros históricos, teve como características os fatores econômicos como uma política desenvolvimentista baseada no fortalecimento da indústria de base, siderurgia, petroquímica, energia e transportes. Na área social, avançou significativamente na proteção ao trabalho.

Com a lei nº 1.920/1953, desmembrou-se o então Ministério da Educação e Saúde em dois ministérios: Ministério da Saúde e Ministério da Educação e Cultura. A partir da sua criação, o ministério passou a encarregar-se especificamente das atividades até então de responsabilidade do Departamento Nacional de Saúde (DNS), mantendo a mesma estrutura que, na época, não era suficiente para dar ao órgão governamental o perfil de Secretaria de Estado, apropriado para atender aos importantes problemas da saúde pública.

O chamado populismo era uma política de Estado que buscava satisfazer as necessidades da população, apresentava-se relativa participação das camadas (médias e baixas) na vida política nacional, o Estado manipulava essas camadas por meio de um líder carismático e paternalista.

Alguns exemplos de líderes populistas: Getúlio Vargas (1930-1945), Jânio Quadros 1961; exemplos de líderes populistas nos estados do RS, SP e RJ são Leonel Brizola e Adhemar de Barros.

Com o ingresso da República do Brasil na ideologia do liberalismo, principalmente através dos líderes populistas, foram pregados os discursos de liberdade individual e igualitarismo para a população em geral, nos diversos campos políticos, econômicos e sociais contra as atitudes coercitivas do Estado. Cabe destacar a reflexão de Gramsci (1982) de Estado ampliado durante este período no Brasil, pois é na época de Getúlio Vargas em que se inserem alguns interesses a partir das demandas da classe trabalhadora. Segundo Gramsci (1982), quanto mais o Estado se amplia, mais ele terá possibilidade de deixar de lado o seu poder coercitivo, ou seja, a sociedade política consegue ser absorvida pela sociedade civil que se transforma em justificção da atividade oligárquica, a saber:

O argumento, porém, não deixa de ter valor: ele só pode ser “democrático” nas sociedades em que a unidade histórica de sociedade civil e sociedade política for dialeticamente entendida (na dialética real, e não apenas conceitual), e o Estado for concebido como superável pela “sociedade regulada”: nesta sociedade, o partido dominante não se confunde organicamente com o governo, mas é instrumento para a passagem da sociedade civil política à “sociedade regulada”, na medida em que absorve ambas em si, a fim de superá-las (e não de perpetuar sua contradição). (GRAMSCI, 1982, p. 191).

Para Gramsci (1982), o Estado deveria ser pensado em sua totalidade, não isoladamente, numa análise embasada na crítica da economia política empreendida por K. Marx. A sociedade civil, para Gramsci (1982), é uma arena que incorpora a luta de classes, e a sociedade política somente é concreta através da análise histórica da correlação de forças presente em cada momento histórico. Neste cenário e nos cenários anteriores descritos, a intersetorialidade não encontra espaço, pois a configuração do país não era factível, e o contexto político, econômico e social estava sendo sistematicamente modificado, intercalando governos autoritários, ditatoriais e populistas. O Brasil estava sendo moldado sob influência do capital internacional, vindo à tona um forte processo de industrialização. A cultura no Brasil não possibilitava ainda ações entre os setores, como Estado, sociedade civil e sociedade política, tampouco havia políticas sociais públicas.

Na fase final do governo de Vargas, porém, as pressões de grupos oposicionistas civis e militares desencadearam uma crise política que levou Vargas a interromper seu mandato com um ato que atentou contra sua própria vida.

A eleição de Juscelino Kubitschek de Oliveira (1956-1961) inaugurou a era do desenvolvimentismo. O seu governo, segundo os registros históricos, foi orientado pelo Plano de Metas (programa de industrialização e modernização). Durante os anos de governo, construiu-se a nova capital federal, Brasília, inaugurada em 21 de abril de 1960; foram abertas numerosas estradas, ligando a capital às diversas regiões do país; implantou-se a indústria automobilística; e foi impulsionada a construção das grandes usinas hidrelétricas de Três Marias e Furnas. Como características desse governo, houve o endividamento público. Nesses anos também, foram regulamentados o Decreto nº 49.974 – A de 21 de

janeiro de 1961, sob a denominação de Código Nacional de Saúde, e a a lei nº 2.312, de 3 de setembro de 1954, de normas gerais sobre defesa e proteção da saúde.

A sucessão presidencial coube a Jânio Quadros (1961), que, após sete meses de governo, renunciou seguido de Ranieri Mazzilli (1961) e, posteriormente, João Goulart (1961-1964) deposto pelo golpe militar.

O período de 1964 a 1985, considerado a quinta república brasileira, caracterizava-se em uma doutrina de segurança nacional, concebida no contexto da Guerra Fria, com o principal pensador Golbery do Couto e Silva. Sendo assim, formou-se uma classe dirigente, uma elite militar e civil-ESG (Escola Superior de Guerra), tendo como preocupação básica “combater a guerra revolucionária local promovida pelos comunistas”.

Esse regime militar, declarado como ditadura militar, adotou uma diretriz nacionalista, desenvolvimentista e de oposição ao comunismo. A ditadura atingiu o auge de sua popularidade na década de 1970, com o aumento da economia, que serviu de justificativa para a campanha empreendida pelo governo Médici, ao mesmo momento em que o regime censurava todos os meios de comunicação, torturava e exilava dissidentes.

O movimento de 64, também chamado Revolução de 64, foi o que culminou, através de golpe de Estado ao então presidente eleito democraticamente João Goulart (1961-1964), na destituição da presidência da República pelos militares brasileiros. Neste contexto, com o aval dos Estados Unidos, as forças armadas brasileiras organizaram e executaram um golpe de Estado em 31 de março de 1964, e instalaram um regime militar. Essa situação se repetiu na maioria dos países da América Latina, desenvolvendo um ciclo de ditaduras militares.

A política de segurança nacional objetivava criar um planejamento global da vida econômica, política e social do Brasil, fortalecendo o poder executivo que pôde legislar através de decretos-leis e atos institucionais, como o Ato Institucional nº 5 de, 13 de dezembro de 1968.

Considerando que a Revolução Brasileira de 31 de março de 1964 teve, conforme decorre dos Atos com os quais se institucionalizou fundamentos e propósitos que visavam a dar ao País um regime que, atendendo às exigências de um sistema jurídico e político, assegurasse autêntica ordem democrática, baseada na liberdade, no respeito à dignidade da pessoa humana, no combate à subversão e

às ideologias contrárias às tradições de nosso povo, na luta contra a corrupção, buscando, deste modo, “os meios indispensáveis à obra de reconstrução econômica, financeira, política e moral do Brasil, de maneira a poder enfrentar, de modo direito e imediato, os graves e urgentes problemas de que depende a restauração da ordem interna e do prestígio internacional da nossa pátria” (Preâmbulo do Ato Institucional nº 1, de 9 de abril de 1964).

E no Artigo 5º houve a suspensão dos direitos da população brasileira, o cerceamento dos direitos de ir e vir, através de uma “liberdade” vigiada.

A suspensão dos direitos políticos, com base neste Ato, importa, simultaneamente, em, I – cessação de privilégio de foro por prerrogativa de função, II – suspensão do direito de votar e de ser votado nas eleições sindicais, III – proibição de atividades ou manifestação sobre assunto de natureza política, IV – aplicação, quando necessária, das seguintes medidas de segurança: a) liberdade vigiada; b) proibição de frequentar determinados lugares; c) domicílio determinado (Ato Institucional nº 1, de 9 de abril de 1964).

O regime militar que se instala a partir de 1964 teve caráter repressivo e ditatorial, que para impor-se utilizava de forças do exército e policiais, uma verdadeira mordida à população brasileira.

A verdade é que a ideia de privilegiar o mercado em relação à produção dos serviços já estava presente na política brasileira desde o conjunto de reformas realizadas pelo governo militar que, entre 1964 e 1967, estabeleceu as diretrizes das políticas econômicas e sociais, por meio do reordenamento do sistema financeiro com a reforma bancária que criou o Banco Central em 1964; da definição do modelo do federalismo fiscal graças à reforma tributária de 1967; do Decreto-Lei 200/67 por meio do qual se realiza a reforma administrativa, diferenciando a administração pública direta e indireta e a reforma previdenciária, que se inicia com a unificação das instituições e criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966. (MATTA; LIMA, 2008, p. 50).

Contudo, na área de organização da saúde pública no Brasil, foram desenvolvidas as seguintes ações ainda neste período, como a promulgação do Decreto-lei nº 200 (1967), estabelecendo as competências do Ministério da Saúde:

I – Política nacional de saúde, II – Atividades médicas e paramédicas, III – Ação preventiva em geral; vigilância sanitária de fronteiras e de portos marítimos, fluviais e aéreos, IV – Controle de drogas, medicamentos e alimentos e V – Pesquisas médico-sanitárias (BRASIL, 1967, s/p.).

Dando continuidade, em 1970 criou-se a Superintendência de Campanhas da Saúde Pública (SUCAM) com a atribuição de executar as atividades de erradicação e controle de endemias, sucedendo o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DENERU) e a campanha de erradicação da malária. Cabe registrar que, na contracorrente deste período, no início da década de 1970, nasce o Movimento da Reforma Sanitária, ao qual daremos ênfase mais adiante, pois é um aspecto fundamental que antecedeu as mudanças mais significativas na área da saúde pública no Brasil.

Ainda sobre o regime militar brasileiro, sabe-se que ele inspirou o modelo de outras ditaduras por toda a América Latina, através da sistematização da Doutrina de Segurança Nacional, que justificava ações militares como forma de proteger o “interesse da segurança nacional” em tempos de crise.

O modelo de modernização implementado pelo regime militar, instaurado em 1964, representou a exacerbação das relações assimétricas de poder do Estado em relação à sociedade. Sustentavam-se em pesados mecanismos repressivos contra os opositores, silenciamento das contestações, suspensão do Estado de Direito e de órgãos de representatividade (em um 1º momento), instauração de uma democracia representativa de fachada (em um 2º momento), com um artificial sistema bipartidário convivendo com o “terror do Estado”. (FALEIROS, 2006, p. 27).

Faleiros (2006) refere-se à instauração de uma democracia de fachada ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que termina com a eliminação da participação dos trabalhadores na gestão tripartite (União, empregadores e empregados) em 1972 e seguindo com a expansão da cobertura previdenciária entre 1971 e 1973.

Na área da saúde, em 1975 foi instituído, no papel, o Sistema Nacional de Saúde, “que estabelecia de forma sistemática o campo de ação na área de saúde, dos setores públicos e privados, para o desenvolvimento das atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde”. (POLIGNANO, 2001, p. 16). Este documento

[...] reconhece e oficializa a dicotomia da questão da saúde, afirmando que a medicina curativa seria de competência do Ministério da Previdência, e a medicina preventiva de

responsabilidade do Ministério da Saúde. No entanto, o governo federal destinou poucos recursos ao Ministério da Saúde, que dessa forma foi incapaz de desenvolver as ações de saúde pública propostas, o que significou na prática uma clara opção pela medicina curativa, que era mais cara e que, no entanto, contava com recursos garantidos através da contribuição dos trabalhadores para o INPS. (POLIGNANO, 2001, p. 16).

Apesar de o documento estabelecer a necessidade de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, o investimento federal frágil no setor determinou o foco para a medicina curativa que recebia investimentos através do INPS. A dicotomia entre medicina curativa e medicina preventiva demonstrava a inviabilidade de qualquer possibilidade de uma interlocução entre os setores, com a existência de uma setorialização fragmentada, pois desconstituía a saúde do âmbito da integralidade, que só posteriormente será pensada. Dessa forma, é notório que, para a intersetorialidade, o cenário não era favorável, pois demonstrava a necessidade de mudanças substanciais, principalmente na gestão dessas diretrizes políticas.

Concluindo, podemos concordar com Polignano (2001), que diz que o Ministério da Saúde se tornou e permanece sendo mais um órgão burocrático-normativo do que um órgão executivo da Política Pública de Saúde.

Cabe destacar que, a partir das recomendações internacionais e tendo a necessidade de expandir a cobertura, em 1976 inicia-se o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS). Concebido na Secretaria de Planejamento da presidência da República, o PIASS se configura como o primeiro programa de medicina simplificada do nível federal e vai permitir a entrada de técnicos provenientes do “movimento sanitário” no interior do aparelho estatal, promovendo uma mudança cultural. O programa é estendido a todo o território nacional, o que resultou numa grande expansão da rede ambulatorial pública. (FINKELMAN, 2002).

Posteriormente, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), autarquia federal, foi criado em 1977, pela lei nº 6.439. Nesse mesmo ano, houve a lei nº 6.439, que instituiu o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), definindo um novo desenho institucional para o sistema previdenciário, voltado à especialização e integração de suas diferentes atividades e instituições. O novo sistema transferiu parte das funções até então exercidas pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) para duas novas

instituições. A assistência médica aos segurados foi atribuída ao INAMPS e a gestão financeira, ao Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS), permanecendo no INPS apenas a competência para a concessão de benefícios. O INAMPS foi extinto em 1993 pela lei nº 8.689, e suas competências transferidas às instâncias federal, estadual e municipal gestoras do SUS, criado posteriormente pela Constituição de 1988, que consagrou o direito universal à saúde e a unificação/descentralização para os estados e municípios da responsabilidade pela gestão dos serviços de saúde. (DOMINGUES, FIUSA, 1996).

No plano político, a experiência de regimes autoritários marcaria, por longo período, os países latino-americanos, pois o Brasil viveu sob a égide de governos militares, que programaram um modelo de Estado altamente centralizado, além de planos de desenvolvimento que trariam significativo impacto para a estrutura econômica e social do país. (FINKELMAN, 2002). O modelo econômico implantado pela ditadura militar entra em crise por dois motivos:

Primeiro, porque o capitalismo a nível internacional entra num período também de crise. Segundo, porque em função da diminuição do fluxo de capital estrangeiro para mover a economia nacional, o país diminuiu o ritmo de crescimento que em períodos áureos chegou a 10% do PIB, tornando o crescimento econômico não mais sustentável. (POLIGNANO, 2001, p. 17).

Neste aspecto, a ideia do que era preciso fazer crescer a economia para depois redistribuí-la para a população não se confirma no plano social, e muitas consequências surgem, ampliando as expressões da questão social. O modelo de saúde previdenciário começa a demonstrar fragilidades, por focar as ações na medicina curativa.

O modelo proposto foi incapaz de solucionar os principais problemas de saúde coletiva, como as endemias, as epidemias, e os indicadores de saúde (mortalidade infantil, por exemplo), aumentos constantes dos custos da medicina curativa, centrada na atenção médico-hospitalar de complexidade crescente, diminuição do crescimento econômico com a respectiva repercussão na arrecadação do sistema previdenciário reduzindo as suas receitas, incapacidade do sistema em atender a uma população cada vez maior de não contribuintes, que sem carteira assinada e contribuição previdenciária, se viam excluída do sistema, desvios de verba do sistema previdenciário para cobrir despesas de outros setores e para realização de obras por parte do governo federal e o não repasse pela união de recursos do tesouro nacional para o sistema

previdenciário, visto ser esse tripartite (empregador, empregado, e união). (POLIGNANO, 2001, p. 17).

Este período representou uma importante reivindicação da luta de classes na pauta dos direitos trabalhistas no Brasil, expressando o descontentamento das desigualdades sociais sob a qual o povo brasileiro vinha sofrendo. Entretanto, a luta por estes direitos não sanou as desigualdades existentes.

Nessa época, eram apenas garantidos os interesses da hegemonia que estava no poder que, em sua face econômica, impôs uma política de arrocho salarial sobre os trabalhadores, ou seja, os salários, não acompanhavam a inflação. Dessa forma, este período caracteriza-se pela queda do poder aquisitivo dos assalariados, aumentando a concentração de renda na camada social mais rica e ampliando as desigualdades socioeconômicas.

A partir desta década, também emerge a intersectorialidade através de documentos produzidos em conferências internacionais e, conforme Faler (2015), aparece no aparato setorial como enfrentamento à fragmentação e à segmentação das políticas sociais, a saber:

Essa tendência emerge na década de 1970, em que, nos documentos oficiais das conferências internacionais de promoção de saúde – especialmente na Declaração de Alma-Ata, de 1978; em Otawa, em 1986; e na Declaração de Adelaide, em 1988 –, emprega-se o termo “intersectorialidade” para atingir a promoção da saúde. (FALER, 2015, p. 81).

Estas conferências internacionais são grandes influências no contexto da Política Pública de Saúde no Brasil, trazendo indícios sobre a necessidade de ações entre diversos setores. Dessa forma, é necessário compreender a relação entre políticas públicas, econômicas e sociais.

2.3 A Relação entre as Políticas Públicas, Econômicas e Sociais

Entende-se política pública como diretriz que orienta conjuntos de programas, ações e atividades desenvolvidos e que tem como finalidade o enfrentamento de questões consideradas públicas. (BELLINI et al., 2013). Conforme Souza (2006), como área de conhecimento e disciplina acadêmica, a política pública nasce nos Estados Unidos, refletindo sobre o papel do Estado e do governo.

Rompendo ou pulando as etapas seguidas pela tradição europeia de estudos e pesquisas nessa área, que se concentravam, então, mais na análise sobre o Estado e suas instituições do que na produção dos governos. Assim, na Europa, a área de política pública vai surgir como um desdobramento dos trabalhos baseados em teorias explicativas sobre o papel do Estado e de uma das mais importantes instituições do Estado o governo –, produtor, por excelência, de políticas públicas. (SOUZA, 2006, p. 22).

Souza (2006, p. 22) afirma que, na área do governo propriamente dito, a introdução da política pública como ferramenta das decisões governamentais é “produto da Guerra Fria e da valorização da tecnocracia como forma de enfrentar suas consequências”. Seguindo a reflexão de Souza (2006, p. 25), podemos dizer que as políticas públicas repercutem na economia e nas sociedades, “daí por que qualquer teoria da política pública precisa também explicar as inter-relações entre Estado, política, economia e sociedade”.

A relação entre as políticas deve ser considerada, pois qualquer política pública acaba por ser viabilizada, através de uma ou mais políticas econômicas, a exemplo a definição de orçamentos e da destinação de recursos, proveniente destas políticas, assim como todas as ações do Estado que implicam em questões macroeconômicas.

Por isso a necessidade da compreensão que tais políticas econômicas podem ser de natureza estrutural, quando visa a modificar a estrutura macroeconômica e de natureza conjuntural, ou pretende a administrar uma situação como depressão, hiperinflação ou escassez de produtos; ou ainda de natureza expansionista, propondo à manutenção ou à aceleração de crescimento econômico.

Também como instrumentos diretos, devem ser compreendida a política fiscal, que prevê decisões e ações relacionadas às despesas, receitas dos governos federal, estadual e municipal, assim como a política externa que considera como medida manter o equilíbrio do balanço de pagamentos, protegendo determinados setores e desenvolvendo relações comerciais externas; a política de rendas que se caracteriza por ser um conjunto de medidas visando à redistribuição de renda e justiça social e a política monetária que se caracteriza por ser um conjunto de medidas, objetivando controlar o volume de liquidez (quantidade de dinheiro circulante) à disposição dos agentes econômicos.

Assim, do ponto de vista da política pública, o ajuste fiscal implicou a adoção de orçamentos equilibrados entre receita e despesa e restrições à intervenção do Estado na economia e nas políticas sociais. Esta agenda passou a dominar corações e mentes a partir dos anos 80, em especial em países com longas e recorrentes trajetórias inflacionárias como os da América Latina. (SOUZA, 2006, p. 20).

Essa relação entre as políticas públicas, econômicas e sociais ocorre devido à organização da própria estrutura do Estado capitalista com a sociedade civil e o mercado. A busca por criar mecanismos de coesão social surge da necessidade de estar protegido, em uma inevitabilidade construída socialmente e que varia a cada momento da história. Conforme Souza (2006, p. 28), as políticas públicas têm diferentes características:

O primeiro é o das políticas distributivas, decisões tomadas pelo governo, que desconsideram a questão dos recursos limitados, gerando impactos mais individuais do que universais, ao privilegiar certos grupos sociais ou regiões, em detrimento do todo. O segundo é o das políticas regulatórias, que são mais visíveis ao público, envolvendo burocracia, políticos e grupos de interesse. O terceiro é o das políticas redistributivas, que atinge maior número de pessoas e impõe perdas concretas e no curto prazo para certos grupos sociais, e ganhos incertos e futuro para outros; são, em geral, as políticas sociais universais, o sistema tributário, o sistema previdenciário e são as de mais difícil encaminhamento. O quarto é o das políticas constitutivas, que lidam com procedimentos. Cada uma dessas políticas públicas vai gerar pontos ou grupos de vetos e de apoios diferentes, processando-se, portanto, dentro do sistema político de forma também diferente.

Com Souza (2006) compreende-se que as políticas públicas podem ser distributivas, quando são financiadas pela sociedade e seus benefícios atendem a necessidades individualizadas (ex.: subsídios, isenções tarifárias); regulatórias, quando regulam as demandas definindo beneficiados; redistributivas, quando distribuem recursos financeiros ou benefícios entre grupos sociais, visando reduzir as desigualdades sociais (ex.: seguro desemprego, Bolsa Família, cotas).

De acordo com sua finalidade, as políticas públicas são preventivas quando visam minimizar a ocorrência de problemas sociais graves (ex.: políticas de emprego e salário); são compensatórias aquelas que servem para remediar as desigualdades de forças (ex.: previdência, habitação); são sociais as políticas cujo intuito é promover a redistribuição da renda (ex.: Bolsa Família). Entre as políticas públicas,

as chamadas sociais geralmente vinculam-se às garantias e aos direitos fundamentais sociais, conforme expressos na CF/88 (Art. 6º).

São direitos sociais, a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (EC no 26/2000 e EC no 64/2010).

Conforme o alcance de suas ações, elas podem ser focalizadas quando atendem a um grupo específico (ex.: política de assistência social) ou universais, quando se destinam a todos indistintamente (ex.: políticas de saúde e educação).

Para Pereira (2014, p. 21), neste campo político, no âmbito das políticas sociais públicas, a intersetorialidade tem sido considerada

[...] uma nova lógica de gestão, que transcende um único setor da política social, e/ou uma estratégia política de articulação entre “setores sociais diversos e especializados”. Além disso, relacionada à sua condição estratégica, a intersetorialidade também é entendida como: instrumento de otimização dos saberes, competências e relações sinérgicas, em prol de um objetivo comum; e prática social compartilhada, que requer pesquisa, planejamento e avaliação para a realização de ações conjuntas. Trata-se, enfim, a intersetorialidade, de um conceito polissêmico que, tal como a própria política social, possui identidade complexa e, talvez por isso, as duas se afinem.

Contudo, é inegável o deslocamento das ações governamentais, quando se refere à esfera pública e no que tange às necessidades sociais, há uma transferência de responsabilidades para a esfera privada. Como descreve Yamamoto (2008, p. 197):

Esse deslocamento da satisfação das necessidades da esfera pública para a esfera privada ocorre em detrimento das lutas e conquistas sociais e de conquistas sociais e políticas extensivas a todos. É exatamente o legado de direitos conquistados nos últimos séculos que está sendo desmontado nos governos de orientação neoliberal, em uma nítida regressão de cidadania que tende a serem reduzidas suas dimensões civil e política, erodindo a cidadania social.

A partir da reprodução do neoliberalismo, o Estado transfere a responsabilidade pública ao setor privado e para distintos seguimentos da sociedade

civil, utilizando-se de sua estrutura pública para dar conta do setor privado. Sendo assim, o Estado é orgânico ao capital.

Faleiros (2004, p. 80) descreve o quanto as políticas sociais são formas de manutenção da força de trabalho econômica e politicamente articuladas para “não afetar o processo de exploração capitalista e dentro do processo de hegemonia e contra hegemonia da luta de classes”.

Sendo esse processo dinâmico na área da saúde, até 1980 a expectativa média de vida cresceu positivamente, caiu também o índice de mortalidade infantil e houve progressos na área do saneamento básico e fornecimento de energia elétrica com o processo de urbanização.

Uma das mais importantes transformações ocorridas na sociedade brasileira durante a segunda metade do século XX consistiu no processo de urbanização. Ainda rural em 1960, duas décadas mais tarde tornara-se o Brasil um país de população predominantemente urbana. Esse percentual, que era de 31,2% em 1940, passou a 44,7% em 1960, e a 67,6% em 1980, com sensível aumento na velocidade da mudança na década de 1960, quando se deu a efetiva inclusão do país na faixa das nações urbanas. Tal processo influenciou as condições ambientais e sociais das cidades, dado seu impacto na infraestrutura de serviços públicos e nas condições de saúde, trabalho e habitação. (FINKELMAN, 2002, p. 79-80).

Entretanto, a partir dos anos 1980 o quadro mudou: os índices de crescimento foram negativos por vários anos. As altas taxas de desemprego, medidas recessivas, perda do poder aquisitivo do salário mínimo, foram fatores determinantes deste retrocesso. (DOMINGUES, FIUSA, 1996). Segundo Domingues e Fiusa (1996), no campo da saúde pública houve um abalo pela falta de investimentos, mau gerenciamento e desvio de verbas, assim como doenças até então erradicadas (dengue, febre amarela, poliomielite), agravaram o caótico quadro do elevado número de casos no Brasil.

A década de 1980 foi marcada por grave crise mundial, cujas consequências em termos de desequilíbrios macroeconômicos, financeiros e de produtividade atingiram a economia internacional. Em resposta a essa crise, verificou-se intenso processo de internacionalização dos mercados, dos sistemas produtivos e da tendência à unificação monetária, cujo resultado foi uma perda considerável da autonomia dos Estados nacionais. (FINKELMAN, 2002, p. 96).

Na tentativa de conter custos e combater fraudes, o governo criou em 1981 o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) ligado ao INAMPS.

O CONASP passa a absorver em postos de importância alguns técnicos ligados ao movimento sanitário, o que dá início a ruptura, por dentro, da dominância dos anéis burocráticos previdenciários. O plano inicia-se pela fiscalização mais rigorosa da prestação de contas dos prestadores de serviços credenciados, combatendo-se as fraudes. O plano propõe a reversão gradual do modelo médico-assistencial através do aumento da produtividade do sistema, da melhoria da qualidade da atenção, da equalização dos serviços prestados às populações urbanas e rurais, da eliminação da capacidade ociosa do setor público, da hierarquização, da criação do domicílio sanitário, da montagem de um sistema de auditoria médico assistencial e da revisão dos mecanismos de financiamento do FAZ. (POLIGNANO, 2001, p. 20).

O intenso processo de municipalização dos serviços de saúde iniciado com as Ações Integradas de Saúde (AISs) em 1983, e aprofundado com a criação do Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987, consolidando-se nos anos 1990, coloca, para as forças políticas que se reúnem em torno do projeto da Reforma Sanitária, novos desafios no tocante ao perfil do trabalhador necessário para viabilizar a premissa estabelecida constitucionalmente de que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, baseada nos princípios de universalidade, equidade e integralidade. (MATTA; LIMA, 2008).

Este período foi de extrema importância na América Latina devido à redefinição do papel do Estado e a descentralização política, tendo como base a defesa e participação mais ativa e direta dos estados e municípios na própria gestão da responsabilidade dos entes, ao processo decisório juntamente com o compromisso de melhorar os serviços públicos.

2.4 O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira

O movimento da Reforma Sanitária ocorreu num contexto de privação de direitos, onde o poder político no Brasil era controlado pelos militares. Na contracorrente deste período, já havia grupos que pensavam as mudanças necessárias na área da saúde. Surge então o movimento da Reforma Sanitária.

Este movimento nasce num contexto de cerceamento de direitos, no período da ditadura militar, início da década de 1970. A expressão *reforma sanitária* foi usada para se referir ao conjunto de ideias que havia em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde.

Segundo Paim (2012), a expressão surge no Brasil em 1973, num artigo sobre as origens da medicina preventiva no ensino médico, do médico e professor Dr. Guilherme Rodrigues da Silva. Nele, discutia-se o sanitarismo que se desenvolveu na Inglaterra em meados do século XIX, comparando-o com o movimento da medicina social surgido, concomitantemente, na França e na Alemanha. (PAIM, 2012).

No entanto, um documento que sintonizou com o movimento da Reforma Sanitária no Brasil foi o relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata em setembro de 1978. A referida conferência ocorreu na cidade de Alma-Ata, na antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), e foi organizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS). O evento foi a expressão da necessidade de uma ação coletiva urgente, de todos os governos, de todos que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento, e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo. (ALMA-ATA, 1978).

A conferência instigou a necessidade de uma ação internacional e nacional urgente e eficaz, para que os cuidados primários de saúde fossem desenvolvidos e aplicados em todo o mundo e, particularmente, nos países em desenvolvimento, num espírito de cooperação técnica e em consonância com a ordem econômica internacional. Incentivou também os governos, a OMS, o UNICEF, outras organizações internacionais, entidades multilaterais e bilaterais, organizações governamentais, agências financeiras, todos que trabalham no campo da saúde e toda a comunidade mundial a apoiar um compromisso nacional e internacional para com os cuidados primários de saúde e canalizar um volume maior de apoio técnico e financeiro para esse fim, particularmente nos países em desenvolvimento. A conferência se propôs que todos colaborassem para que os cuidados primários de saúde fossem introduzidos, desenvolvidos e mantidos, de acordo com a letra e espírito da própria Declaração. (ALMA-ATA, 1978).

Além das preocupações estatais de ampliar a cobertura do sistema de saúde previdenciário e, principalmente, efetuar uma reorganização administrativa que resolvesse o crônico problema da ineficiência, da corrupção e do déficit orçamentário do sistema de saúde, começou a desenvolver-se entre os sanitaristas um ideário reformista que objetivava estender a saúde a todos os brasileiros, além de postular que a almejada melhoria das condições sanitárias estava diretamente relacionada à ampliação do direito à cidadania, ou seja, à democratização da sociedade. Tais proposições, sintonizavam-se com as orientações das agências internacionais de saúde (Opas e OMS), que, a partir da Conferência de Alma-Ata (promovida pela OMS em 1978), propunham ampliar a atenção básica à saúde como caminho para atingir a meta de saúde para todos até o ano 2000. (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p. 24).

A Declaração de Alma-Ata (ALMA-ATA, 1978) é considerado um marco internacional na área da saúde. Assim, grupos de médicos e outros profissionais preocupados com a saúde pública no Brasil desenvolveram teses e integraram discussões políticas nesse sentido.

Na passagem da década de setenta para a de oitenta, os movimentos sociais ampliaram-se, propondo a democratização da saúde, do Estado e da sociedade, sob o lema da 'democratização da saúde'. Com a redemocratização, especialmente a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS), 'reforma sanitária' foi a denominação que substituiu aquela do movimento da democratização da saúde. (PAIM, 2012, p. 10).

O movimento social desencadeado pela Reforma Sanitária se tornou num projeto de transformação social para além do setor saúde, possibilitando o fortalecimento da sociedade.

“A RSB [Reforma Sanitária Brasileira] implicava um conjunto articulado de mudanças e, ao contrário de outras reformas propostas pelo Estado, surgia da sociedade civil, como parte de um projeto de transformação social que não se restringia ao setor saúde”. (PAIM, 2012, p. 14).

Este processo teve como marco institucional a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, onde foram tratados os seguintes temas: saúde como direito, reformulação do Sistema Nacional de Saúde e financiamento do setor. Conforme o relatório do evento,

Em primeiro lugar, ficou evidente que as modificações necessárias ao setor saúde transcendem aos limites de uma reforma administrativa e financeira. Exige-se uma reformulação mais

profunda do conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde, e constituindo-se no que se está convencionando chamar a Reforma Sanitária. (BRASIL, 1986, p. 10).

Ainda, a questão descrita como a mais mobilizadora entre os participantes e delegados foi a natureza do novo Sistema Nacional de Saúde, se estatizado ou não de forma imediata ou progressiva.

A proposta de estatização imediata foi recusada, havendo consenso sobre a necessidade de fortalecimento e expansão do setor público. Em qualquer situação, porém, ficou claro que a participação do setor privado deve-se dar sob o caráter de serviço público “concedido” e o contrato regido sob as normas do Direito Público. (BRASIL, 1986, p. 11).

O relatório final, de março de 1986, também definiu a reestruturação do Sistema Nacional de Saúde que deveria resultar na criação de um sistema único de saúde que efetivamente representasse a construção de um novo arcabouço institucional, separando totalmente saúde de previdência, através de uma ampla reforma sanitária. Conforme o relatório,

No nível federal, este novo sistema deve ser coordenado por um único Ministério, especialmente concebido para esse fim. Com este objetivo, o Poder Executivo deve encaminhar, em curto prazo, mensagem ao Congresso, garantindo-se, entretanto, que a reformulação proposta seja prévia e amplamente debatida por todos os setores da sociedade civil. A unicidade de comando deve ser reproduzida nos níveis estadual e municipal. (BRASIL, 1986, p. 17).

Entre os políticos que se dedicaram a esta luta está o sanitarista Sergio Arouca, considerado um de seus percursores e um dos principais teóricos e líderes do chamado movimento sanitarista, que mudou o tratamento da saúde pública no Brasil. A consagração do movimento veio com a CF/1988, quando a saúde se tornou um direito de todos os cidadãos, conforme se lê na Carta Magna: “A saúde é direito de todos e dever do Estado”. O movimento era bastante amplo e seus objetivos sobre as mudanças não se destinavam apenas ao contexto da saúde, mas para as melhorias das condições de vida da população. As propostas da Reforma Sanitária resultaram, finalmente, na universalidade do direito à saúde, oficializado com a CF/88 e a criação do SUS.

Segundo Paim (2008), durante a preparação da 8ª CNS os textos produzidos contemplaram conceitos como 'determinação social da saúde-doença' e 'organização social das práticas de saúde, além de noções como consciência sanitária, promoção da saúde e intersetorialidade. Assim, a elaboração do projeto da RSB contou com a participação de professores e pesquisadores da saúde coletiva, especialmente através do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES) e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO).

Em depoimento datado de 1998, para o *site* da biblioteca virtual Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), sobre a Reforma Sanitária, Arouca (2012) relata a importância de a saúde ser um direito dos cidadãos e dever do Estado.

Está em curso uma reforma democrática não anunciada ou alardeada na área da saúde. A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os segmentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado. (AROUCA, 2012).

Importa destacar que para o sanitarista os princípios básicos desta reforma não se restringiam à criação do SUS. O movimento reformista mostrava que o conceito de saúde e doença estava ligado ao trabalho, ao saneamento, ao lazer e à cultura. Por isso, era preciso discutir a saúde não como política do Ministério da Saúde, mas como uma função de Estado permanente.

Sergio Arouca participou de perto de todas essas conquistas. Apresentou o documento intitulado *Saúde e Democracia*, presidiu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, apresentou a emenda popular e, como deputado federal, foi designado como relator da extinção do INAMPS. Entre os resultados do movimento pela reforma sanitária, ele cita a conquista da universalização na saúde (o princípio constitucional que estabelece que todo brasileiro tenha o direito à saúde), definindo com clareza o dever do Estado e a função complementar da saúde privada; a ideia de que a saúde deve ser planejada com base nas conferências; a formalização dos Conselhos de Saúde como parte do SUS, tendo 50% de usuários, ou seja, paritário, e a formação

da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), que transformou o texto da constituinte na Lei Orgânica 8080.

Mediante as reflexões sobre os aspectos políticos, econômicos e sociais nos períodos estudados, o sistema de saúde brasileiro teve como ênfase a medicina curativa. Dessa forma, o sistema atendia apenas quem contribuía para a Previdência, e quem não tinha dinheiro dependia da caridade e da filantropia.

Era também um modelo centralizador e de responsabilidade federal, ou seja, não havia a participação dos usuários nas suas decisões. O sistema focalizava a assistência médico-hospitalar tendo o entendimento de que a saúde é apenas ausência de doenças. Dessa forma, a cultura da setorialização e a fragmentação da área da saúde nos aspectos citados não possibilitavam avanços na esfera da intersectorialidade, pois é preciso avançar culturalmente, isto é, “transformar em elemento de cultura universal; mas, precisamente nestes campos, manifesta-se a energia nacional, que é coletiva, que é o conjunto das relações internas de uma nação”. (GRAMSCI, 1982, p. 71).

A tabela abaixo ilustra os aspectos políticos, econômicos e sociais dos períodos estudados, em destaque para os que influenciaram na construção da Política Pública de Saúde, salientando os principais momentos em que houve mudanças para o sistema.

Tabela 1 – Ilustração do capítulo 2

Período	Política	Economia	Sociedade
		1500-1822 (Período Colonial)	
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sistema Colonial ➤ Vinda da família real ➤ Dom João VI 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Metrópole do Brasil: Portugal ➤ Sistema de exploração colonial 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tratamento de doenças pela cultura indígena (conhecimentos empíricos) ➤ Inexistência de organização sanitária ➤ Vinda da família real (necessidade de organização sanitária) ➤ 1808 – Criações na Bahia o Colégio Médico – Cirúrgico no Real Hospital Militar da Cidade de Salvador e a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro
		1822-1889 (Período Imperial: primeiro reinado, período regencial e segundo reinado)	
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Governo unitário, autoritário e centralizador 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Comercialização e mercantilização 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 1824 - Primeira Constituição do Brasil (poderes legislativo, executivo e judiciário em suas mãos do imperador) ➤ Até 1850 as atividades de saúde pública estavam limitadas ao seguinte: 1 – Delegação das atribuições sanitárias as juntas municipais; 2 – Controle de navios e saúde dos portos ➤ A inexistência de uma assistência médica estruturada fez com que proliferassem pelo país os Boticários (farmacêuticos)
		1889-1930 (República Velha)	
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Proclamação da República ➤ Voto direto ➤ Organização jurídica – política típica do estado capitalista ➤ Representação burguesa clássica ➤ A tradição de controle político pelos grandes proprietários (o coronelismo) ➤ Campanhista (olhar militar, autoritarismo) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Instabilidade política e econômica devido às tentativas de centralização do poder e a oposição das forças armadas do Brasil ➤ Interesses capitalistas predominantemente agrários ➤ Oligarquias cafeeiras paulistas e mineiras ➤ Economia agroexportadora, monocultura cafeeira 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 1889 – eleições do presidente da República pelo voto direto, de quatro em quatro anos, 1º presidente do Brasil – Marechal Deodoro. ➤ 1906 – Saneamentos no Rio de Janeiro ➤ Oswaldo Cruz, como Diretor do Departamento Federal de

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Primeira Guerra Mundial na Europa (1914-1918) 	<p>Saúde Pública</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Lei federal nº 1261, de 31 de outubro de 1904, instituiu a vacinação antivaríola obrigatória para todo o território nacional ➤ Revolta da Vacina (1904-RJ) – vacinação obrigatória ➤ 1917 e 1919 - Movimento operário greves gerais no país ➤ 1923 – Lei Elói Chaves ➤ Marco inicial da Previdência Social no Brasil. Através desta lei foram instituídas as CAPs.
1930-1945 (Era Vargas)		
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Governo ditatorial ➤ Getúlio Vargas deu um golpe de estado em 10 de novembro de 1937 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 1939-1945 (Segunda Guerra Mundial) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 1930 – Criação do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio ➤ 1941 – 1ª Conferência Nacional de Saúde: Defesa Sanitária, assistência social, proteção da maternidade, infância e adolescência
1945-1964 (República Populista)		
<ul style="list-style-type: none"> ➤ 1951 – Retorno de Getúlio Vargas (voto popular) ➤ Política desenvolvimentista ➤ Ideologia do liberalismo ➤ 1960, nova capital, Brasília 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fortalecimento da indústria de base: siderurgia, petroquímica, energia e transportes e na área social ➤ 1948 a comissão mista Brasil-Estados Unidos Plano Salte 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 1950 – 2ª Conferência Nacional de Saúde: Higiene e segurança no trabalho e prevenção da saúde a trabalhadores e gestantes ➤ Avanço significativamente na área de proteção ao trabalho ➤ 1953 – Criação do Ministério da Saúde ➤ 1961 – Instituído o Código Nacional de Saúde ➤ 1963 – 3ª Conferência Nacional de Saúde: Proposta Inicial de descentralização da Saúde
1964-1985 (Ditadura Militar)		
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Elite militar e civil-ESG ➤ Doutrina de Segurança Nacional ➤ Decretos, leis e atos institucionais, como o de nº 5 de, 13 de dezembro de 1968 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Arrocho salarial ➤ FGTS/INPS/PIS/PASEP ➤ Política econômica expansionista (siderúrgicas/ferrovias) ➤ Endividamento externo ➤ Recessão 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 1970 – Cria-se a SUCAM ➤ 1976 – Inicia-se o PIASS ➤ 1977 – Criação do INAMPS ➤ 1978 – Declaração de Alma-Ata ➤ 1981 – Criação do CONASP ligado ao INAMPS ➤ 1983 – AIsS

Fonte: Elaborado pela autora.

3 ASPECTOS POLÍTICOS, ECONÔMICOS E SOCIAIS APÓS O REGIME MILITAR

Apenas com a eleição do presidente da República pelo voto direto de quatro em quatro anos é que se produziram lutas efetivas em que expressavam os conflitos no interior do sistema. O movimento das Diretas Já e a eleição de Tancredo Neves (1985-1985) marcaram o fim do regime militar, gerando diversos movimentos sociais, inclusive na área de saúde. Dessa forma, as ações intersetoriais começam a ser introduzidas através de relatórios das conferências internacionais. Neste capítulo, pretendemos demonstrar os aspectos políticos, econômicos e sociais após o regime militar no Brasil, e os movimentos que influenciaram as ações intersetoriais na Política Pública de Saúde brasileira, trazendo alguns documentos orientadores como a CF/88, Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080 e nº 8.142, a Lei do SUS 8.080/1990 e as Normas Operacionais Básicas (NOBs).

3.1 O Nascimento do SUS: Competências e Ações Intersetoriais

Com o fim do regime militar, a saúde no Brasil começou a avançar, por exemplo, com a criação dos conselhos de secretários de saúde (CONASS) ou de secretarias municipais de saúde (CONASEMS), e com a grande mobilização nacional por ocasião da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (Congresso Nacional, 1986), que lançou as bases da reforma sanitária e do Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS). Estes fatos ocorreram concomitantemente com a eleição da Assembleia Nacional Constituinte em 1986 e a promulgação da nova Constituição em 1988.

Segundo Polignano (2001), é preciso fazer um pequeno corte nesta sequência para entender como o modelo médico neoliberal procurou se articular neste momento da crise. O setor médico privado que se beneficiou do modelo médico-privatista durante quinze anos a partir de 64 recebeu, neste período, vários recursos do setor público e financiamentos, ampliando assim o seu nicho de mercado.

No momento em que o setor público entra em crise, o setor liberal começa a perceber que não mais poderia se manter e se sustentar, passando a formular novas alternativas para a sua estruturação. Direcionou o seu modelo de atenção médica

para parte da população, classe média e categorias de assalariados, procurando, através da poupança desses setores sociais, organizar uma nova base estrutural.

Conforme Polignano (2001, p. 21), nessa lógica foi concebido um subsistema de atenção médico-supletiva, composto de cinco modalidades assistenciais:

medicina de grupo, cooperativas médicas, autogestão, seguro-saúde e plano de administração. Com pequenas diferenças entre si, estas modalidades se baseavam em contribuições mensais dos beneficiários (poupança) em contrapartida pela prestação de determinados serviços.

Estes serviços e benefícios eram pré-determinados, com prazos de carências, além de determinadas exclusões, por exemplo: a não cobertura do tratamento de doenças infecciosas. O subsistema de atenção médica-supletiva começa a crescer ligeiramente no Brasil.

Segundo Finkelman (2002), este sistema baseia-se num universalismo excludente, beneficiando e fornecendo atenção médica somente para aquela parcela da população que tem condições financeiras de arcar com os custos, não beneficiando a população como um todo e sem a preocupação de investir em saúde preventiva e na mudança de indicadores de saúde.

Nessa época, já era possível identificar os aspectos do neoliberalismo e os impactos na economia brasileira com o agravamento da concentração de renda nas mãos de poucos e o aumento das desigualdades sociais sofridas pela maioria da população.

Os resultados do neoliberalismo na economia brasileira, entre 1980 e 1989, traduziram-se na transferência para o exterior sob a forma de juros o montante de US\$ 150 bilhões, no aumento da dívida externa de US\$ 64,2 bilhões para US\$ 115,10 bilhões, na explosão da dívida pública interna de 4,2% do PIB, em 1980, para 15% do PIB em 1989; numa taxa de crescimento média ao ano de apenas 2,9% no período (menos da metade da taxa histórica de 7%) e no agravamento da concentração de renda. O índice de Gini, que mede o grau de concentração de renda, subiu de 0,59 para 0,64, entre 1980 e 1989. (SOUZA, 2008 apud BORGES et al., 2012, p. 54).

Conforme Souza (2008 apud BORGES et al., 2012), entre 1980 e 1989 houve o aumento da dívida externa e interna no Brasil e, por consequência, o agravamento

da concentração de renda, ou seja, os salários perdem poder aquisitivo e eclode o aumento do desemprego.

O período descrito como Nova República se caracteriza pela democratização política do Brasil. Considera-se o seu início em 1985, quando, concorrendo com o candidato situacionista Paulo Maluf, o oposicionista Tancredo Neves ganha uma eleição indireta no Colégio Eleitoral, sucedendo o último presidente militar, João Figueiredo.

Neste contexto, cabe destacar que, em 1989, o cenário mundial sofre influências do chamado Consenso de Washington, que trata de uma orientação internacional difundindo a conduta econômica neoliberal com a intenção de combater as crises e misérias dos países subdesenvolvidos, sobretudo os da América Latina. Sua elaboração ficou a cargo do economista norte-americano John Williamson. Conforme Dardot e Laval (2016), esse consenso se estabeleceu na comunidade financeira internacional como um conjunto de recomendações que todos os países deveriam seguir para conseguir empréstimos e auxílios, a saber:

Entre as dez recomendações da nova norma mundial, encontramos: disciplina orçamentária e fiscal (respeito ao equilíbrio orçamentário e diminuição dos descontos obrigatórios e taxas de impostos), liberalização comercial, com supressão das barreiras alfandegárias e fixação das taxas de câmbio competitivas, abertura a movimentação de capitais estrangeiros, privatização da economia, desregulamentação e criação de mercados concorrenciais e proteção aos direitos de propriedade, em particular a propriedade intelectual dos oligopólios internacionais. (DARDOT; LAVAL, 2016, p. 197-198).

Esta recomendação internacional (Consenso de Washington) de conduta neoliberal visava combater as crises e misérias dos países subdesenvolvidos, como estratégia para a liberalização comercial, abertura a movimentação de capitais estrangeiros, privatização da economia ampliando, desse modo, os oligopólios internacionais. Para isso, os países precisariam ter disciplina orçamentária e fiscal, desenvolvendo-se economicamente.

Cabe evidenciar que as organizações internacionais tiveram um papel bastante ativo na difusão dessa norma. Ainda segundo Dardot e Laval (2016), o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial viram o sentido da sua missão mudar radicalmente na década de 1980, em consequência da adesão dos governos dos países mais poderosos à nova racionalidade governamental: “as

economias mais frágeis tiveram, em sua maioria que obedecer às recomendações desses organismos para conseguir ajuda ou, ao menos, aprovação, a fim de melhorar sua imagem diante dos credores e dos investidores internacionais”. (DARDOT; LAVAL, 2016, p. 198).

A reorganização da vida política, econômica, social e cultural do mundo nos colocou diante da globalização, ou seja, a liberação financeira do mercado internacional e a lógica neoliberal encontram um espaço privilegiado neste contexto.

Contudo, na área dos direitos sociais, em 1990 o governo edita as leis 8.080 e 8.142, conhecidas como Leis Orgânicas da Saúde, regulamentando o SUS, criado pela CF/1988.

A Nova República estabelecia a reestruturação das liberdades democráticas com o retorno das eleições diretas e o controle das decisões políticas e econômicas pelos civis. O grande desafio era romper a estrutura política criada pela ideologia de segurança nacional durante o regime autoritário. Entretanto, o antigo regime deixou consequências. Conforme Domingues e Fiusa (1996, p. 386), “em relação às questões econômicas e sociais, a Nova República encontrou problemas como: inflação dívida externa, desemprego, empobrecimento geral e violência urbana”.

No Brasil, a orientação internacional do Consenso de Washington se torna mais evidente a partir de 1990, com a eleição do Fernando Collor de Mello (1990-992), sendo implementada com toda a força uma política neoliberal-privatizante, com um discurso de reduzir o estado ao mínimo.

A década subsequente se caracterizou pela tentativa de retomada dos direitos democráticos. A constituição de 1988 marcou uma primeira etapa; num segundo momento, a luta pela restauração da cidadania, pela moralização das instituições públicas e pela evolução da sociedade brasileira.

Para a criação do SUS, a Assembleia Constituinte de 1988, capítulo VIII da ordem social e na seção II, referente à saúde, define no artigo 196: “A saúde é direito de todos e dever do estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. O SUS é definido pelo Artigo 198 do seguinte modo:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único,

organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III. Participação da comunidade.

Parágrafo único – o sistema único de saúde será financiado, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (BRASIL, 1990, s/p.).

A concepção do SUS demonstra um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, buscando o compromisso do Estado para o bem-estar social e estabelecendo-o como um dos direitos de cidadania. Esta concepção traduziu o momento político pelo qual passava a sociedade brasileira, que recentemente havia saído da ditadura militar, período de grande cerceamento de direitos. Cabe destacar que o movimento de Diretas Já contribuiu para a garantia da nova Constituição, que procurava garantir os direitos e valores da cidadania e democracia.

Ainda que o SUS possa ter sido definido pela CF/1988, ele foi regulamentado em 19 de setembro de 1990 com a lei nº 8.080. Esta lei define o modelo operacional do SUS, apresentando a sua forma de organização e de funcionamento.

Primordialmente a saúde passa a ser definida de uma forma mais totalizante em seu Artigo 3º:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais: os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país. (BRASIL, 1990, s/p.).

O SUS é o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público. A iniciativa privada poderá participar do SUS em caráter complementar. Foram definidos como princípios doutrinários do SUS: a universalidade – o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais; a equidade – é um princípio de justiça social que garante a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou

privilégios de qualquer espécie, a rede de serviços deve estar atenta às necessidades reais da população a ser atendida; a integralidade – significa considerar a pessoa como um todo, devendo as ações de saúde procurar atender a todas as suas necessidades. (BRASIL, 1990).

Destes princípios derivaram algumas diretrizes organizativas como a hierarquização, referência e contrarreferência, e a participação popular:

A hierarquização entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; referência e contra referência, a participação popular – ou seja a democratização dos processos decisórios consolidado na participação dos usuários dos serviços de saúde no chamados Conselhos Municipais de Saúde, a descentralização político administrativa, consolidada com a municipalização das ações de saúde, tornando o município gestor administrativo e financeiro do SUS. (BRASIL, 1990, s/p.).

Dessa forma, os objetivos e as atribuições do SUS foram definidos através dos fatores condicionantes e determinantes de saúde na incumbência de formular as políticas de saúde, fornecendo assistência às pessoas

por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas, executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, executar ações visando à saúde do trabalhador, participar na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico, participar da formulação da política de recursos humanos para a saúde, realizar atividades de vigilância nutricional e de orientação alimentar, participar das ações direcionadas ao meio ambiente, formular políticas referentes a medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção, controle e fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde, fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano, participação no controle e fiscalização de produtos psicoativos, tóxicos e radioativos, incremento do desenvolvimento científico e tecnológico na área da saúde, formulação e execução da política de sangue e de seus derivados. (BRASIL, 1990, s/p.).

Neste aspecto, o SUS como política pública agrega ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas. Dessa forma, promover a saúde é pensar

na qualidade de vida da população, ampliando o conceito de doença e considerando outros fatores incipientes como: controle e fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde, fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano através da vigilância sanitária e epidemiológica para execução de ações de saneamento básico, trabalho e meio ambiente.

Conforme Andrade (2006, p. 54),

ao integrar as preocupações da saúde no processo de tomada de decisão de setores como ambiental, o do trabalho, o da habitação entre outros que tem repercussões nas condições de saúde de uma população a noção de políticas saudáveis, ainda segundo o autor, está estritamente vinculada à construção de políticas públicas intersetoriais.

Este movimento abrangente supera a setorialização e impulsiona a dinâmica intersetorial não só na própria Política Pública de Saúde como também na interface com as demais políticas, como meio ambiente, trabalho, habitação e outras.

Diante disso, a lei nº 8.080/1980 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Em seu Art. 1º, lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado. O Art. 2º define que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. (BRASIL, 1990).

O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. No Art. 3º, os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do país, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. Como parágrafo único, dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social. (BRASIL, 1990).

Diversos fatores refletem diretamente nos níveis de saúde de uma população como o contexto social, político, econômico e cultural de um país, e, conseqüentemente, no agravamento da questão social. Contudo, é importante a distinção entre os determinantes sociais e a questão social. De acordo com definição da OMS, os determinantes sociais da saúde estão relacionados às condições em que uma pessoa vive e trabalha. Também podem ser considerados os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco à população, tais como moradia, alimentação, escolaridade, renda e emprego.

Por outro lado, a questão social pode ser definida como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus resultados se mantém privada, de domínio de uma parte da sociedade. (IAMAMOTO, 2007).

Nesse sentido, há um mútuo condicionamento entre esses diversos fatores sociais – a título de exemplo: a pobreza que gera doença que gera mais pobreza –, o que nos permite afirmar, decididamente, que não se trata da existência de determinantes sociais da saúde e sim de expressões da “questão social” – quando há relação imediata com a lei de acumulação capitalista – ou de desdobramentos destas. A própria problemática da saúde-doença ora é fruto direto da acumulação capitalista, ora é condicionada por ela. Assim, no nosso modo de ver, a determinação é essencialmente econômica, pois os supostos determinantes sociais consistem em condições sociais com raízes materiais precisas que apenas vão adquirindo novas formas de acordo com o momento histórico vivido pelo sistema do capital (SOUZA; SILVA; SILVA, 2013, p. 56).

Já o Art. 4º define o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público, que constituem o SUS. Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde. No inciso 2º, a iniciativa privada poderá participar do SUS, em caráter complementar. (BRASIL, 1990).

Dos objetivos e atribuições descritas na lei nº 8.080, conforme o Art.5º, são objetivos do SUS:

I – a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; II – a formulação de Política Pública de Saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do Art.2º desta lei; III – a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas. III – a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas. (BRASIL, 1990, s/p.).

A identificação e compreensão sobre os fatores condicionantes e determinantes de adoecimento é um objetivo da Política Pública de Saúde, demonstrando, neste aspecto, que os valores solidários dela visam à qualidade de vida da população. Então, os aspectos econômicos e sociais integram as ações a ser cumpridas pelo SUS.

Entretanto, a produção social advinda da relação do capital com o trabalhador reflete-se diretamente nos níveis de saúde da população, mas não define os determinantes sociais, e sim o conjunto das expressões das desigualdades sociais que estão intrinsicamente relacionadas às condições em que uma pessoa vive e trabalha. É a partir disto que se acumulam fatores determinantes das condições de saúde. Conforme Bredow e Dravanz (apud CAMPOS, 2002, p. 232),

A definição da saúde como resultado dos modos de organização social da produção, como efeito da composição de múltiplos fatores, exige que o Estado assuma a responsabilidade por uma Política Pública de Saúde integrada às demais políticas sociais e econômicas e garanta a sua efetivação. Ratifica, também, o engajamento do setor saúde por condições de vida mais dignas e pelo exercício pleno da cidadania.

O SUS tem em seus princípios os direitos estabelecidos constitucionalmente que garantem a cidadania da população. Contudo, é necessário que o Estado assuma seu papel para que ocorra a sua efetivação. Segundo Gramsci (1999, p. 210), “na fase da luta pela hegemonia, desenvolve-se a ciência política; na fase estatal, todas as superestruturas devem desenvolver-se, sob pena de dissolução do Estado”.

Para esse autor, as sociedades política e civil devem estar articuladas, pois formam a superestrutura: uma tem a função de estabelecer o consenso (sociedade

civil) e a outra a coesão (sociedade política). Dessa forma, uma é extensão da outra, não existindo uma separação orgânica.

É importante destacar ainda que o Estado tem o dever de garantir os princípios e as diretrizes descritas no SUS, pois as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados, contratados ou conveniados, deverão obedecer aos seguintes princípios, conforme o Art 7º:

I – universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II – integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; III – preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; IV – igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; V – direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; VI – divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; VII – utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; VIII – participação da comunidade; IX – descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; X – integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; XI – conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; XII – capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e XIII – organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos. (BRASIL, 1990, s/p.).

Os princípios descritos estão articulados com as diretrizes previstas no Art.198 da CF/88, reafirmando a universalidade, a integralidade, a autonomia, a igualdade, o direito às informações e participação social com a descentralização político-administrativa, dando autonomia aos entes federados. O SUS demonstra um grande avanço na esfera coletiva para a garantia de direitos.

A Política Pública de Saúde distinguiu-se, em seus três níveis, sendo estes a baixa complexidade, a média complexidade e alta complexidade, tendo por objetivo trabalhar na perspectiva da prevenção, promoção e recuperação da saúde, numa ideia de articulação dos três níveis. Como parte integral do sistema de saúde do país, a atenção primária foi definida pela OMS como

atenção essencial à saúde, baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possam arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e determinação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde. (OMS, 1978, s/p.).

Diante da compreensão de que a saúde de uma população compõe-se de múltiplos fatores, tendo como pano de fundo o sistema capitalista que produz as desigualdades sociais, exige-se que o Estado assuma a responsabilidade por uma Política Pública de Saúde integrada às demais políticas sociais e econômicas numa perspectiva de totalidade, em conexão com o todo.

Sobre a organização, a direção e a gestão do SUS, o Art.8º dispõe que as ações e serviços de saúde, executados pelo SUS, seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente. (BRASIL, 1990).

Cabe destacar a Portaria GM/MS nº 1399/1999, que regulamentou a NOB/1996, no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal na área de epidemiologia e controle de doenças.

No ano 2000, o Ministério da Saúde, por intermédio da Fundação Nacional de Saúde, iniciou a implementação do processo de descentralização nessa área. E assim, a partir de junho de 2001, o volume de recursos transferidos Fundo a Fundo para estados e municípios passa a ser subdividido em quatro itens principais: Recursos para a Atenção Básica (PAB Fixo e PAB Variável); Recursos para a Vigilância Epidemiológica e Controle de Doenças; Recursos para a Assistência de Média Complexidade; Recursos para a Assistência de Alta Complexidade. O período de implementação da NOB/96, compreendido, grosso modo, entre 1998 e 2000 (as habilitações de municípios, no ano de 2001, foram residuais), foi marcado por uma série de avanços na descentralização do SUS. O adiantamento de recursos e sua remessa automática, ao exigir objetivos claros e critérios estritos na definição dos itens de despesa, permitiram uma programação mais realista e segura das ações pelo gestor local, reforçando o seu papel planejador. A programação antecipada pelo nível federal também reduziu os prejuízos

decorrentes de possíveis contingências orçamentárias. (FINKELMAN, 2002, p. 256).

A direção do SUS é única, de acordo com o Art.9º, inciso I do Art.198 da CF/88, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos: I – no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde; II – no âmbito dos estados e do Distrito Federal, pela respectiva secretaria de saúde ou órgão equivalente; e III – no âmbito dos municípios, pela respectiva secretaria de saúde ou órgão equivalente.

A publicação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOASSUS 01/2001, em janeiro de 2001, foi resultado desse longo processo de negociação e teve como objetivo central “promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção”). Para alcançá-lo, instituiu a regionalização como macro estratégia fundamental naquele momento, a partir da articulação de três linhas de ação. Um dos pontos mais importantes da NOAS diz respeito ao processo de elaboração do Plano Diretor de Regionalização. Coordenado pelo gestor estadual e com a participação do conjunto de municípios. (FINKELMAN, 2002, p. 258).

Assim sendo, os municípios podem constituir consórcios para desenvolver, em conjunto, as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam. Conforme o Art.10 – § 1º, aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única, e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância. § 2º – no nível municipal, o SUS poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde. (BRASIL, 1990).

Dispondo sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e outras providências, a lei nº 8.080 de 1990, em relação à intersectorialidade, conforme o artigo Art. 12, define: “Serão criadas comissões intersectoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil”. (BRASIL, 1990, s/p.).

Dessa forma, para se efetivar ações intersectoriais, a lei nº 8.080 coloca a necessidade de criação de comissões. Então, percebe-se a dificuldade em desenvolvê-la, pois é uma ação que não é orgânica, mas que deverá ser construída.

Já as comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, “cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 1990), ou seja, os determinantes sociais e seguidos no Art. 13:

A articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades: I – alimentação e nutrição; II – saneamento e meio ambiente; III – vigilância sanitária e fármaco epidemiologia; IV – recursos humanos; V – ciência e tecnologia; e VI – saúde do trabalhador.

As áreas não compreendidas, conforme explicitado no parágrafo único, direcionam para a reflexão sobre os determinantes sociais ao processo saúde-doença, aqui compreendidos como sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. As comissões intersetoriais descritas na lei nº 8.080 são espaços de articulação que têm por finalidade associar políticas e programas de interesse para saúde, cujas execuções envolvam áreas que não estejam compreendidas no âmbito do SUS.

Já as Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite são reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores. Quanto aos aspectos operacionais do SUS, a atuação das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite terá por objetivo: decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde; (incluído pela lei nº 12.466/2011); definir diretrizes, de âmbito nacional, regional e intermunicipal, a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde, principalmente no tocante à sua governança institucional e à integração das ações e serviços dos entes federados; fixar diretrizes sobre as regiões de saúde, distrito sanitário, integração de territórios, referência e contra referência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados. (BRASIL, 1990).

No que se refere ao Art.14-B, o CONASS e o CONASEMS são reconhecidos como entidades representativas dos entes estaduais e municipais para tratar de matérias referentes à saúde e declarados de utilidade pública e de relevante função social, na forma do regulamento. Os Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde

(COSEMS) são reconhecidos como entidades que representam os entes municipais, no âmbito estadual, para tratar de matérias referentes à saúde, desde que vinculados institucionalmente ao CONASEMS, na forma que dispuserem seus estatutos. (BRASIL, 1990).

Das competências e das atribuições comuns, selecionamos alguns conforme o Art.15, que diz que a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

I – definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde; II – administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde; III – acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais; IV – organização e coordenação do sistema de informação de saúde; V – elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde; VI – elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador; VII – participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente; VIII – elaboração e atualização periódica do plano de saúde; IX – participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde; X – elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL, 1990, s/p.).

Das competências da direção nacional do SUS, selecionamos algumas, conforme o Art.16:

I – formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição; II – participar na formulação e na implementação das políticas: a) de controle das agressões ao meio ambiente; b) de saneamento básico; e c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho; III – definir e coordenar os sistemas: a) de redes integradas de assistência de alta complexidade; b) de rede de laboratórios de saúde pública; c) de vigilância epidemiológica; e d) vigilância sanitária; IV – participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgão afins, de agravos sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana; V – participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a Política Pública de Saúde do trabalhador; – A União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) ou que representem risco de disseminação nacional. (BRASIL, 1990, s/p.).

Para dar conta dessa estrutura, segundo Mendes (2011), os sistemas fragmentados de atenção à saúde estão organizados na visão de uma estrutura hierárquica, definida por níveis de complexidades crescentes, e com relações de ordem e graus de importância entre os diferentes níveis, o que caracteriza uma hierarquia. Esta organiza-se, segundo suas normativas, em atenção básica, atenção de média e de altas complexidades.

Os sistemas de atenção à saúde constituem respostas sociais, deliberadamente organizadas, para responder às necessidades, demandas e preferências das sociedades. Nesse sentido, eles devem ser articulados pelas necessidades de saúde da população que se expressam, em boa parte, em situações demográficas e epidemiológicas singulares. (MENDES, 2011, p. 45).

As Redes de Atenção à Saúde (RASs) são entidades organizadas através de um conjunto coordenado de pontos de atenção à saúde para prestar uma assistência contínua e integral a uma população definida. A OMS considera que as RASs contêm seis modalidades de integração: um conjunto amplo de intervenções preventivas e curativas para uma população; os espaços de integração de vários serviços; a atenção à saúde contínua, ao longo do tempo; a integração vertical de diferentes níveis de atenção; a vinculação entre a formulação da Política Pública de Saúde e a gestão; e o trabalho intersetorial. (MENDES, 2011).

Através dos documentos norteadores da Política Pública de Saúde selecionados para este estudo, são notórias as orientações para a promoção da intersetorialidade, inclusive através da criação de comitês intersetoriais.

Contudo, não existe um conceito e nem uma descrição metodológica para a sua execução. Somente há uma composição de comissões intersetoriais, o que demonstra a fragilidade, pois se é necessário essa composição é porque não existe, permanecendo a setorialidade na saúde.

Cabe-nos refletir que a compreensão para a superação das ações setoriais isoladas pode ser o grande desafio, mas ao mesmo tempo o avanço sob a própria ideia de particularidade das Políticas Sociais Públicas.

3.2 O SUS no Contexto da Hegemonia Neoliberal

No contexto da hegemonia neoliberal, dificultam-se as ações sociais e públicas, e o SUS é uma política pública que, apesar dos desafios, está dando certo, pois contempla os valores solidários da CF/88. É evidente, porém, que ainda se fazem necessários alguns avanços para qualificar a integralidade da assistência prestada.

O SUS é uma proposta generosa de uma política pública que se construiu e se institucionalizou a partir de um amplo debate na sociedade brasileira, estimulado pelo movimento sanitário e acolhido na Constituição Federal de 1988. É um experimento social que está dando certo e seus avanços são inquestionáveis, mas enfrenta enormes desafios e tem de superá-los. (MENDES, 2011, p. 17).

Mesmo com a CF/1988, e os direitos sociais e civis sendo consolidados em matéria de legislação, ainda assim o SUS permanece num cenário de disputas de interesses.

Permanece a ideia de que o SUS, como objeto de lutas, desde o movimento da Reforma Sanitária, é uma obra-prima inacabada, a depender ainda de seus mecanismos originais de luta e ideologia. Sua agenda de construção guarda, do mesmo modo, os conflitos primitivos que lhe deram vida como modelo contra-hegemônico ante os interesses corporativos e mercantilistas, palco de lutas onde a participação da sociedade foi e continua sendo fundamental. (FALEIROS et al., 2006).

Como visto, no período de 1990 a 1992, com a eleição do Fernando Collor de Mello, é implementada com toda a força uma política neoliberal-privatizante, com o discurso de reduzir o Estado ao mínimo. Embora falava-se em reduções dos gastos públicos através da privatização de empresas estatais, o que ocorreu foi a diminuição dos gastos nos setores do governo, inclusive o da saúde.

Segundo Polignano (2001), é neste período em que o governo começa a editar as chamadas NOBs, que são instrumentos normativos com o objetivo de regular a transferência de recursos financeiros da União para estados e municípios, o planejamento das ações de saúde, os mecanismos de controle social, entre outros. A primeira NOB foi editada em 1991.

A NOB 01/91 sob o argumento da inviabilidade conjuntural de regulamentar o artigo 35 da Lei 8.080 – que definia o repasse direto e automático de recursos do fundo nacional aos fundos estaduais e municipais de saúde, sendo 50% por critérios populacionais e os outros 50% segundo o perfil epidemiológico e demográfico, a capacidade instalada e a complexidade da rede de serviços de saúde, a contrapartida financeira, etc. – redefiniu toda a lógica de financiamento e, conseqüentemente, de organização do SUS, instituindo um sistema de pagamento por produção de serviços que permanecem em grande parte, vigorando até hoje. (POLIGNANO, 2001, p. 26).

Esta reestruturação do modo de financiamento garantiu a autonomia dos entes federados, possibilitando um processo de descentralização, transferindo aos estados e municípios, antes centrados na esfera federal, a operacionalidade e os recursos para a operacionalização do SUS.

Estados e municípios passaram a receber por produção de serviços de saúde, nos mesmos moldes nacionais existentes para o pagamento dos prestadores privados, impondo um modelo de atenção à saúde voltado para a produção de serviços e avaliado pela quantidade de procedimentos executados, independentemente da qualidade e dos resultados alcançados. (POLIGNANO, 2001, p. 26-27).

Segundo Borges et al. (2012), essa configuração do país trazia reflexões sobre o papel do Estado em diversos contextos, não só no campo da saúde, mas em todas políticas, pois ocorreu um forte avanço neoliberal.

Na década de 90, o neoliberalismo personificou-se, no Brasil, com os governos dos presidentes Fernando Collor de Melo (1990 a 1992) e Fernando Henrique Cardoso (1995 a 2002), com uma singela resistência do presidente Itamar Franco (1992 a 1994). Nesse tempo, foi postulada, aos quatro cantos do país, a impotência do governo em garantir políticas sociais, trazendo dúvidas sobre o papel do Estado, associado a uma postura econômica de austeridade fiscal, achatamento salarial e corte de gastos sociais. (BORGES et al., 2012, p. 54-55).

Em 1993, outra NOB buscava um caminho de transição entre o antigo sistema implantado pela NOB 01/91 e o que era preconizado na CF/88 e nas leis que regulamentaram o SUS. Conforme Polignano (2001, p. 26-27),

A NOB 01/93 criou critérios e categorias diferenciadas; gestão para a habilitação dos municípios, e segundo o tipo de gestão implantado

(incipiente, parcial, semiplena) haveria critérios também diferenciados de formas de repasse dos recursos financeiros, em função da criação do SUS e do comando centralizado do sistema pertencer ao Ministério da Saúde, o INAMPS torna-se superado e é extinto em 1993.

Cabe destacar que no ano anterior em 1992, devido aos resultados da política econômica no combate ao processo inflacionário e ao processo de corrupção, o presidente Fernando Collor de Mello (1990-1992) sofreu um processo de impeachment, envolvendo uma grande mobilização popular, especialmente estudantil, o que levou à perda do seu mandato presidencial, tendo assumido a presidência o então vice-presidente Itamar Franco (1992-1995).

A partir de 1995, com o governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), foi, portanto, que ocorreu a maior incompatibilidade entre a agenda governamental e os direitos sociais previstos na CF/1988. Conforme Pereira (2012, p. 743),

Ao privilegiar, políticas monetárias, cambiais e fiscais implícitas no seu Plano Real, em detrimento de uma política econômica socialmente referenciada, cedo o Brasil voltou a ostentar elevados índices de desemprego formal, de achatamento dos salários, de aumento da carga tributária, de privatização do patrimônio público, de desfinanciamento das políticas sociais, de repúdio à política de assistência social. E uma prática desse governo que mais penalizou as políticas de Seguridade foi à transferência de receitas dessa área, constitucionalmente garantidas, para o setor econômico, por meio da DRU (Desvinculação dos Recursos da União) associada ao intento de reduzir a Seguridade Social mero seguro.

Nesta reflexão, Pereira (2012, p. 743) argumenta que a Emenda Constitucional (EC) n. 20/1998, a qual, em nome do ajuste fiscal, concebeu uma “reforma” na Previdência Social que praticamente destruiu os preceitos constitucionais sobre a aposentadoria e que “manipulando o fetiche da moeda estável, Fernando Henrique retirou do Estado brasileiro a capacidade de fazer política econômica”.

Cabe acrescentar que, neste governo, prevaleceu uma forte política monetária, com uma prática de privatização das empresas estatais em detrimento do bem-estar social da população. Essa economia nacional teve como base o neoliberalismo, principalmente no campo econômico, tornando-se hegemônica. Houve então a redução principalmente dos investimentos na área social, sendo uma regulação direcionada ao mercado capitalista.

A CF/1988 procurou garantir a saúde como um direito de todos e um dever do Estado. Contudo, o papel estatal é reduzido devido à influência da globalização e à intensificação do modelo neoliberal, a saber:

Em 1995, Fernando Henrique Cardoso assume o governo, mantendo e intensificando a implementação do modelo neoliberal, atrelado a ideologia da globalização e da redução do “tamanho do estado”. A crise de financiamento do setor saúde se agrava, e o próprio ministro da Saúde (1996) reconhece a incapacidade do governo em remunerar adequadamente os prestadores de serviços médicos e de que a cobrança por fora é um fato. Na busca de uma alternativa econômica como fonte de recurso exclusiva para financiar a saúde, o então Ministro da Saúde – Adib Jatene – propõe a criação da CPMF (contribuição provisória sobre movimentação financeira). (POLIGNANO, 2001, p. 27).

O ministro realizou um grande esforço junto aos congressistas para a sua aprovação pelo Congresso Nacional, o que aconteceu em 1996, passando o imposto a vigorar a partir de 1997.

Segundo Finkelman (2002), no final de 1996 o ministro da saúde sentiu que os seus esforços para aumentar a captação de recursos para a saúde tinham sido em vão, pois o setor econômico do governo deduziu dos recursos do orçamento da União destinados à saúde os valores previstos com a arrecadação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), e que acabou ocasionando o seu pedido de demissão do cargo neste mesmo ano. Desde que começou a vigorar a CPMF, foram frequentes as denúncias de desvios, por parte do governo, na utilização dos recursos arrecadados para cobrir outros déficits do Tesouro.

O governo FHC também intensificou as privatizações de empresas estatais, como a companhia Vale do Rio Doce.

No final do governo Fernando Henrique, evidenciou-se a verdade sobre o neoliberalismo no Brasil com o colapso das contas externas, a estagnação da economia (crescimento de 1,3%, em 2001) e a escalada inflacionária (o IGP da Fundação Getúlio Vargas atingiu a taxa de 26,41%, em 2002). Esses foram os momentos mais críticos do SUS, em que, na sua infância, houve investidas pesadas neoliberais, as quais repercutiram na institucionalidade do sistema, tornando-o fragmentado, mercantilizado e subfinanciado. (BORGES et al., 2012, p. 55).

No entanto, com a lei nº 8.080 estabeleceu-se que os recursos destinados ao SUS fossem provenientes do orçamento da Seguridade Social. A implantação das NOBs do SUS (NOB-SUS/91, em especial as NOB-SUS/93 e 96), além de promover uma integração de ações entre as três esferas de governo, desencadeou um processo intenso de descentralização, transferindo para os estados e, principalmente, para os municípios um conjunto de responsabilidades e recursos para a operacionalização do SUS, antes concentrados no nível federal. (BRASIL, 2001).

A partir da implementação do Piso de Atenção Básica, iniciou-se um processo de ampliação do acesso à atenção básica. A estratégia da Saúde da Família encontra-se em expansão e, cada vez mais, consolida-se como eixo estruturante para a organização da atenção à saúde. No final de 2000, a habilitação nas condições de gestão previstas na NOB-SUS 01/96 atingia mais de 99% do total dos municípios do país. A disseminação desse processo possibilitou o desenvolvimento de experiências municipais exitosas e a formação de um contingente de profissionais qualificados em diferentes áreas da gestão do SUS. (BRASIL, 2001).

Conforme a NOB/01/2001, referente aos estados, houve avanços significativos na organização de redes articuladas e resolutivas de serviços, mediante o desenvolvimento do processo de programação integrada, a implantação de centrais de regulação, o fortalecimento do controle e avaliação, a organização de consórcios intermunicipais ou, ainda, de forma mais explícita, por meio da formulação e progressiva implementação de planos de regionalização promovidos pelas Secretarias de Estado da Saúde (SES). A experiência acumulada, à medida que o processo de gestão descentralizada do sistema amadurece, evidencia um conjunto de problemas/obstáculos em relação a aspectos críticos para a consolidação do SUS.

Alguns desses já se manifestavam de forma incipiente quando do processo de discussão da NOB/96, entre dezembro de 1995 e novembro de 1996, mas situavam-se em um estágio de baixo consenso e pouca maturidade nos debates entre o Ministério da Saúde, o CONASS e o CONASEMS, em face da inexistência de um volume significativo de experiências concretas de gestão e de análises da descentralização, em curso há pouco tempo. (BRASIL, 2001).

Desse modo, verifica-se na passagem da década de 80 para a de 90 um deslocamento da base política, ideológica e social da RSB, com maior protagonismo dos gestores, representados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). (PAIM, 2008, p. 20).

No decorrer da sua construção, o SUS pereceu sob instabilidades e desarticulações organizacionais no campo federal, que, segundo os documentos estudados, careceu de investimentos em seu financiamento.

Contudo, apesar das dificuldades identificadas pode-se afirmar, no tocante à Atenção Primária a Saúde, que o SUS apresentou progressos significativos no setor público, mas enfrenta problemas graves com o setor privado, que detém a maioria dos serviços de média e alta complexidades. O motivo dessas dificuldades decorre que estes setores não se interessam em integrar o modelo atualmente vigente, em virtude da baixa remuneração paga pelos procedimentos médicos executados, o que vem inviabilizando a proposta de hierarquização dos serviços.

Nessa conjuntura pós-88, as políticas econômicas e sociais implementadas pelos governos tiveram uma direcionalidade distinta da RSB, inspiradas no neoliberalismo ou no social-liberalismo. O Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB), que exerceu a Presidência da República por oito anos, esteve longe de se comprometer e implementar até mesmo aqueles princípios e diretrizes da RSB de caráter social democrata. O mesmo ocorreu com o Partido dos Trabalhadores (PT), entre 2003-2010, quando não assegurou a estabilidade do financiamento da saúde nem investiu na elevação da consciência sanitária da população. (PAIM, 2008, p. 22).

A partir de 2003, com o governo de Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010),

deparou-se com um cenário desolador do ponto de vista das expectativas das esquerdas, caracterizado, de um lado, pelo refluxo das lutas sociais e da combatividade das hostes trabalhistas e, de outro, pela desfiguração da Constituição e desmonte das bases financeiras do sistema de Seguridade Social. (PEREIRA, 2012, p. 743).

Ainda enquanto características deste período de 2003-2010, uma plataforma neoliberal já havia sido enraizada:

Quando Lula finalmente triunfou, já se havia imposto ao longo dos anos 1990, tanto no Brasil como na América Latina e no mundo, a

hegemonia neoliberal com todas as suas implicações. E no Brasil, especificamente, já se havia imposto uma década de governo neoliberal, centrado no controle da inflação, mas causador de uma recessão grave e duradoura e de uma enorme dívida social acumulada (PEREIRA, 2012, p. 744).

Dessa forma, o Brasil evidenciou, através de seus governos antecessores, a hegemonia neoliberal que continuou e continua repercutindo em diversos aspectos – econômicos, sociais e políticos – numa lógica centrada no mercado, desvalidando os direitos sociais.

A crise dos mercados financeiros, em 2008, foi mais uma evidência da economia da crise gerada pelo capital financeiro. A propagação neoliberal do tripé liberalização, privatização e desregulamentação abriu caminho para as grandes corporações financeiras fazerem operações de alto risco com dinheiro da sociedade, fundamentados na sabedoria do mercado e na sua autogestão. (BORGES et al., 2012, p. 14).

Na saúde, o governo Lula também vinha atuando com investimentos considerados insuficientes para as necessidades do país. No final de 2009, representantes do Ministério da Saúde afirmaram que o país estava abaixo do mínimo necessário para os padrões universais de saúde. Segundo o departamento de Economia do Ministério da Saúde, o percentual da despesa alocada em Saúde em relação ao Produto Interno Bruto (PIB) no Brasil estava muito abaixo de outros países. A média nos sistemas universais, segundo a OMS, era de 6,5% do PIB. No Brasil, em 2007, a despesa pública com saúde ficou em torno de 3,5% do PIB. Naquele ano, os gastos com bens e serviços de saúde no Brasil foram de R\$ 224,5 bilhões, ou 8,4% do PIB, sendo 4,8% dos gastos de famílias e 3,5% do PIB do governo. Segundo o Ministério da Saúde, os gastos públicos do país no setor (41,6%) estavam abaixo da média da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), que era de 72%. (MARQUES; MENDES, 2012).

Segundo dados divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no final de 2009, as famílias brasileiras gastavam dez vezes mais com medicamentos do que o governo do país. O Ministério da Saúde afirmava, contudo, que havia gastos excessivos das famílias com medicamentos devido ao consumo sem prescrição médica. Segundo as pesquisas do IBGE (2009), mesmo com o

governo tendo aumentado os gastos no setor, a participação pública ainda era pequena, em comparação, por exemplo, com o México e outros países com o mesmo tipo de perfil, cujos gastos públicos com a saúde eram em média 70%, sendo 30% das famílias.

Segundo Rockmann (2016), em 2009 o país investiu 7,5% do PIB em saúde, enquanto outros países, como os Estados Unidos, investiram o dobro (15,3%) e o então ministro da Saúde, José Gomes Temporão, criticou os recursos destinados ao seu Ministério, pois segundo ele os R\$ 66,9 bilhões previstos para 2010 no orçamento da União não atendiam às demandas da sua Pasta.

Já em 2011, com o governo da presidenta Dilma Rousseff (2011-2016), cumpre assinalar que o seu Plano Brasil Sem Miséria

rebaixou, formalmente, os critérios preexistentes para a definição da pobreza e da miséria no Brasil, conseguindo, desse modo, diminuir estatisticamente um bom número de pobres e miseráveis. (PEREIRA, 2012, p. 747).

Cabe destacar que importantes avanços foram obtidos com a aprovação da EC nº 29, regulamentada pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Entre as mais importantes mudanças, destaca-se a obrigatoriedade de os municípios aplicarem, no mínimo, 15% de sua arrecadação no setor de saúde.

Em julho de 2013, o governo Dilma lançou o programa Mais Médicos, criado para suprir a carência desses profissionais nos municípios do interior e nas periferias das grandes cidades do Brasil. O programa visava levar médicos para as áreas onde há carência deste profissional. O formato da “importação” de médicos de outros países foi alvo de duras críticas de associações representativas da categoria, sociedade civil, estudantes da área da saúde e do Ministério Público do Trabalho. Apesar da crítica das entidades médicas, o programa Mais Médicos teve apoio da maior parte da população.

Após a destituição da então presidenta Dilma Rousseff em 31 de agosto de 2016, através de um golpe de Estado, gerido pelo atual presidente Michel Temer e sua bancada de direita no Congresso Nacional, podemos considerar diversas mudanças no contexto político, econômico e social brasileiro. Cabe lembrar Gramsci (1999, p. 396) neste sentido:

Na luta, “os golpes não são dados de comum acordo”, e toda antítese deve necessariamente colocar-se como antagonista radical da tese, tendo mesmo o objetivo de destruí-la e substituí-la completamente. Conceber o desenvolvimento histórico como um jogo esportivo, com seu árbitro e suas normas preestabelecidas a serem lealmente respeitadas, é uma forma de história com uma meta predeterminada, na qual a ideologia não se funda sobre o “conteúdo” político, mas sobre a forma e o método da luta. É uma ideologia que tende a enfraquecer a antítese, a fragmentá-la numa longa série de momentos, isto é, a reduzir a dialética a um processo de evolução reformista “revolução-restauração”, na qual apenas o segundo termo é válido, já que se trata de consertar continuamente (de fora) um organismo que não possui internamente os motivos próprios de saúde.

As consequenciais desse processo vêm diretamente implicando no desmonte aos direitos sociais e, por consequência, no desenvolvimento ampliado das desigualdades sociais bem como na desvalia dos movimentos sociais, como descreve Barroco (2011, p. 209):

O neoconservadorismo busca legitimação pela repressão dos trabalhadores ou pela criminalização dos movimentos sociais, da pobreza e da militarização da vida cotidiana. Essas formas de repressão implicam violência contra o *outro*, e todas são mediadas moralmente, em diferentes graus, na medida em que se objetiva a negação do *outro*: quando o *outro* é discriminado lhe é negado o direito de existir como tal ou de existir com as suas diferenças.

Em dezembro de 2016, com a gestão do atual presidente Michel Temer, a Proposta de Emenda à Constituição (PEC) 55/2016 é aprovada. Essa proposta de Emenda à Constituição, que altera o modo de financiamento em diversas políticas públicas, como saúde, educação e assistência social, propõe o congelamento de investimentos federais pelo prazo de vinte anos.

Com essa medida, o retrocesso é percebido diretamente pelas populações que compõem as classes mais baixas, dependentes diretamente dos financiamentos dos programas sociais pelo Estado para as suas subsistências. Já as classes mais privilegiadas também enfrentam uma nova realidade diante de uma recessão econômica já indicada como a pior de nossa história: a involução política e as incertezas imperam na atualidade.

A Política Pública de Saúde, nesse processo, não será preservada. Pelo contrário, aspectos como a retomada de um projeto privatista virão com maior

intensidade e retomar os valores solidários do projeto da Reforma Sanitária poderá ser a alternativa de resistência neste sentido.

3.3 Os Projetos Societários: o Pano de Fundo da Seguridade Social

O SUS constitui o tripé da seguridade social em conjunto com a Política de Assistência Social e a Previdência Social. Entretanto, a Política Pública de Saúde diferencia-se por ser uma política não contributiva que disponibiliza acesso universal, gratuito e igualitário a toda a população brasileira. A saúde foi uma das áreas em que os avanços foram mais significativos. Contudo, é coerente a análise mais profunda do conceito de Seguridade Social:

[...] um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinados a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social (CF, art. 194), e constitui uma das mais importantes inovações incorporadas à Constituição promulgada em 5 de outubro de 1988, o novo conceito impôs uma transformação radical no sistema de saúde brasileiro. (FINKELMAN, 2002, p. 249).

Conforme Finkelman (2002), dois aspectos são determinantes para essa análise: primeiro, reconhecendo a saúde como direito social; e, segundo, definindo um novo paradigma para a ação do Estado na área, sendo este marco referencial expresso em dois dispositivos constitucionais: o Art. 196 – o direito à saúde deverá ser garantido “mediante políticas econômicas e sociais que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”, reconhecendo, por conseguinte, a múltipla determinação e a estreita relação da saúde com o modelo de desenvolvimento; e o Art. 198 – as ações e serviços públicos de saúde serão organizados em uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único de saúde, de acordo com as seguintes diretrizes: 1) o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; 2) a descentralização com direção única em cada esfera de governo e 3) a participação comunitária.

O princípio metodológico da investigação da realidade social, ou seja, o ponto de vista da totalidade concreta, que antes de tudo significa que cada fenômeno pode

ser compreendido como momento do todo, investiga a conjuntura da Política Pública de Saúde no contexto, econômico, político e social.

Um fenômeno social é um fato histórico na medida em que é examinado como momento de determinado todo; desempenha, portanto, uma função dupla, a única capaz de ele fazer efetivamente um fato histórico: de um lado, definir a si mesmo, e de outro, definir o todo; ser ao mesmo tempo produtor e produto; ser revelador e ao mesmo tempo determinado; ser revelador e ao mesmo tempo decifrar a si mesmo; conquistar o próprio significado autêntico e ao mesmo tempo conferir um sentido a algo a mais. (KOSÍK, 2002, p. 49).

Sendo assim, a construção é vista na perspectiva da compreensão dialética da totalidade, significando não só que as partes se encontram em relação de interna interação e conexão entre si e com o todo, mas também que o todo não pode ser petrificado na abstração situada por cima das partes, visto que o todo se cria a si mesmo na interação das partes. (KOSÍK, 2002).

Conforme as características políticas, econômicas e sociais estudadas desde 1889, essas mudanças ocorreram em ritmos diferentes. Houve momentos com maiores avanços, outros nem tanto. Houve descompassos e compassos. O que ficou evidente nos processos históricos é o vínculo aos interesses do capitalismo. Dessa forma, ocorreram avanços e retrocessos nas políticas públicas, em especial na saúde. Contudo, os direitos sociais, conquistados na CF/1988, contribuíram significativamente para o fortalecimento da saúde pública brasileira.

E ao contextualizar a Política Pública de Saúde no Brasil a partir da implementação da lei nº 8.080, muitos avanços em relação aos direitos sociais no que tange à área da saúde, como a universalidade do acesso, integralidade e equidade da atenção, agregados ao controle social, foram conquistados.

Entretanto, na atual conjuntura ainda permanecem muitos desafios para efetivar a consolidação do SUS, tanto para a população que dele necessita como para os profissionais que nele atuam. Permanecem ainda alguns nós desse sistema, como a precarização de seus recursos, a negligência de acesso aos seus usuários, a falta de investimentos do Estado e de recursos humanos acarretando a sobrecarga de trabalho e dificuldades de programar ações intersetoriais, considerando que existem diversos fatores determinantes da relação saúde/doença.

Estes fatores estão vinculados diretamente aos projetos societários. Tais projetos vislumbram uma escolha de classes, um tipo de projeto coletivo, que designamos como projetos societários. (NETTO, 1996). Segundo Netto (1996), trata-se daqueles projetos que apresentam uma imagem de sociedade a ser construída, que reclamam determinados valores para justificá-la e que privilegiam certos meios (materiais e culturais) para concretizá-la.

A teoria social crítica (e, com esta designação, referimo-nos à tradição marxista) já demonstrou que a sociedade não é uma entidade de natureza intencional ou teleológica – isto é: a sociedade não tem objetivos nem finalidades; ela apenas dispõe de existência em si, puramente factual. No entanto, a mesma teoria sublinha que os membros da sociedade, homens e mulheres, sempre atuam teologicamente – isto é: as ações humanas sempre são orientadas para objetivos, metas e fins. A ação humana, seja individual, seja coletiva, tendo em sua base necessidades e interesses, implica sempre um projeto que, em poucas palavras, é uma antecipação ideal da finalidade que se pretende alcançar, com a invocação dos valores que a legitimam e a escolha dos meios para lográ-la. (NETTO, 1996, p. 2).

Ainda conforme Netto (1996, p. 2), para além das relações humanas e sociais “os projetos societários são, necessária e simultaneamente, projetos de classe, ainda que refratem mais ou menos fortemente determinações de outra natureza (culturais, de gênero, étnicas etc.)”.

Gramsci (2001) já trazia em suas reflexões que o partido político deveria ter o coletivo como o grande intelectual. Contudo, na realidade contemporânea este vem perdendo o seu papel com as massas, num processo de despolitização da política, onde ela é meramente a eleição de representantes e que são totalmente desconsiderados por aqueles que os elegeram. Os partidos políticos eram, na compreensão de Gramsci (2001),

pouco sólidos e não tinham vitalidade permanente, mas atuavam apenas no período eleitoral. Os jornais: coincidiam com os partidos apenas debilmente, e eram pouco lidos. A Igreja era o elemento popular-nacional mais válido e amplo, mas a luta entre Igreja e Estado fazia dela um elemento mais de desagregação do que de unidade; e, hoje, as coisas não se modificaram muito pelo fato de ter-se modificado toda a colocação do problema moral-popular. A monarquia. – O parlamento. – A universidade e a escola. – A cidade. – Organizações privadas como a maçonaria. – A universidade popular. – O exército. – Os sindicatos operários. – A ciência (para o

povo – os médicos, os veterinários, as unidades móveis de ensino, os hospitais). – O teatro. – O livro (GRAMSCI, 2001, p. 144).

E Netto (1996, p. 3) concorda com Gramsci (2001) em relação à dimensão política e de poder: “Por isto mesmo, nos projetos societários (como, aliás, em qualquer projeto coletivo) há necessariamente uma dimensão política, que envolve relações de poder”. É claro que esta dimensão não pode ser diretamente identificada com posicionamentos partidários, ainda que se considere que os partidos políticos sejam instituições indispensáveis e insubstituíveis para a organização democrática da vida social no capitalismo contemporâneo (NETTO, 1996).

E, conforme Netto (1996), essas relações de poder se perpetuam. Contudo, os cenários são outros e podemos destacar que, no Brasil, o SUS vivencia a disputa de dois projetos: o da Reforma Sanitária, construído em meados de 1970, e aquele voltado ao mercado ou privatista, hegemônico a partir da década de 1990.

O projeto de Reforma Sanitária está pautado nos valores solidários, coletivos e universais, inscritos na CF/1988. Já o projeto privatista tem como uma das suas principais tendências a contenção de gastos com a racionalização da oferta, ou seja, a tarefa do Estado seria garantir o mínimo para os que não têm, ficando ao setor privado o atendimento dos que tem acesso ao mercado.

A iniciativa neoliberal encontra justificativa para a administração privada do financiamento público na sua suposta eficiência e agilidade, que promoveria serviços de qualidade superior à dos públicos, por um preço menor. Trata-se, assim, da privatização dos sistemas públicos de saúde em que o Estado terceiriza seus serviços à iniciativa privada com o objetivo de dinamizar a gestão das unidades públicas, que para os neoliberais é burocrática, corrupta, ineficiente e mais cara. A partir desse pensamento, constitui-se a privatização do patrimônio público da saúde, passando-o às mãos das grandes corporações transnacionais do setor, que teriam retorno certo, livre de investimentos e riscos, porque quem de fato investe e assume os riscos continua a ser o Estado. (BORGES et al., 2012, p. 18).

Neste último contexto, as lutas de classes assumem formas extraordinariamente variadas e complexas diante da realidade brasileira. Conforme Konder (1981, p. 33),

Às vezes são fáceis de ser reconhecidas, são mais ou menos diretas; às vezes, contudo, elas se tornam extremamente complexas e não

cabem em interpretações simplistas, pois nas sociedades capitalistas, ou seja, na realidade brasileira, as lutas de classes tendem a assumir formas políticas cada vez mais complicadas.

O mercado capitalista vive em permanente expansão. O capital tende a ocupar todos os espaços que podem lhe proporcionar lucro. A privatização da Política Pública de Saúde é potencialmente um deles. Conforme Konder (1981, p. 40), “as leis de mercado vão dominando a sociedade inteira: todos os valores humanos idênticos vão sendo destruídos pelo dinheiro, tudo vira mercadoria, tudo pode ser comercializado, todas as coisas podem ser vendidas ou compradas por um determinado preço”.

Diante deste cenário, a intersectorialidade se torna um grande desafio, pois a Política de Promoção à Saúde convoca outros setores sociais e governamentais para que considerem parâmetros sanitários, ao construir suas políticas públicas específicas, possibilitando a realização de ações conjuntas. (BRASIL, 2004).

A tabela a seguir ilustra os aspectos políticos, econômicos e sociais dos períodos estudados, dando continuidade aos marcos que influenciaram na construção da Política Pública de Saúde, destacando os principais momentos em que houve mudanças para o sistema.

Tabela 2 – Ilustração do capítulo 3

Período	Política	Economia	Sociedade
		1985-1990	
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pres. Tancredo Neves/José Sarney ➤ Morte de Tancredo Neves ➤ Assembleia Nacional Constituinte em 1986 ➤ CF/88 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Salários perdem poder aquisitivo ➤ Inflação ➤ Aumento da dívida externa ➤ Agravamento da concentração de renda ➤ Desemprego 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Greves ➤ Crescimento dos movimentos sociais ➤ 1982 – Criação do CONASS e do CONASEMS ➤ 1986 – 8ª Conferência Nacional de Saúde: marco da Reforma Sanitária. Saúde como direito; reformulação do Sistema Nacional de Saúde e financiamento setorial ➤ 1988 – Constituição da República Federativa do Brasil ➤ 1988 – 1989 SUDS ➤ 1990 – Lei nº 8.080, SUS ➤ NOB-SUS/91 ➤ Influências do Consenso de Washington ➤ Empobrecimento geral e violência urbana
		1990-1992	
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pres. Fernando Collor (neoliberal-privatizante) ➤ Impeachment do presidente 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aumento dos impostos ➤ Aumento da inflação 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aumento das desigualdades sociais ➤ Recessão ➤ Greves movimentos sociais
		1992-1995	
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pres. Itamar Franco (neoliberal-privatizante) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Privatizações ➤ Plano Real (ministro Fernando Henrique Cardoso) ➤ Aumento da inflação 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Campanha pelo emprego ➤ Impotência do governo em garantir políticas sociais ➤ NOB 01/93 ➤ A crise de financiamento do setor saúde
		1995-2002	
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pres. Fernando Henrique Cardoso (neoliberal – privatizante) ➤ EC n. 20/1998 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Continuidade do Plano Real ➤ Continuidade das privatizações ➤ Corte de gastos sociais ➤ Desfinanciamento das políticas sociais ➤ Criação da CPMF ➤ Estagnação da economia 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Greves e movimentos sociais ➤ Portaria GM/MS nº 1399, de 15 de dezembro de 1999, regulamentou a NOB/96 ➤ NOAS - SUS 01/2001, em janeiro de 2001. ➤ A crise de financiamento do setor saúde se agrava ➤ Estado mínimo

2003-2010		
➤ Luiz Inácio Lula da Silva (neoliberal)	➤ Controle da inflação	➤ Os gastos públicos do país no setor saúde abaixo da média da OCDE ➤ Aumento da distribuição de medicamentos ➤ EC nº 29
2011- 2016		
➤ Presidenta Dilma Rousseff (neoliberal) ➤ 2016 – destituição da presidenta Dilma Rousseff	➤ Plano Brasil Sem Miséria	➤ Programa Mais Médicos ➤ Greves
2016		
➤ Pres. Michel Temer (neoliberalismo - privatizante)	➤ PEC do teto	➤ Reforma da Previdência ➤ Reforma trabalhista ➤ Greves ➤ Movimentos sociais

Fonte: Elaborado pela autora.

4 A INTERSETORIALIDADE DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE: POSSIBILIDADES NA ESFERA DA INTELLECTUALIDADE PROFISSIONAL

A trajetória histórica conceitual da intersectorialidade é recente, pois, segundo Faler (2015), surge na década de 1970, nas conferências internacionais de promoção da saúde. Entre estes documentos, está a Declaração de Alma-Ata (1978) para a Atenção Primária à Saúde, seguido pela primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa, no ano de 1986, e as demais conferências em Adelaide (1988), Sundsvall (1991), Bogotá (1992), em Porto de Espanha (1993), Jacarta (1997), Suíça (1998), Cidade do México (2000), São Paulo (2002), Bangkok (2005) e Buenos Aires (2007). Os documentos produzidos nas conferências de promoção de saúde referem que os governos deveriam aumentar “a colaboração intersectorial por meio de agências governamentais e não governamentais, pelos setores públicos e privados, objetivando melhorar a saúde”. (BRASIL, 2002b, p. 56).

Com a intenção de identificar como a intersectorialidade está expressa nos documentos da saúde, foram selecionados os seguintes documentos: Declaração de Alma-Ata (1978) e Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1986) sobre as políticas, a saber, lei nº 8.080/1990, a Política Nacional de Promoção da Saúde (2002), a Política Nacional de Humanização (Humaniza SUS) 2004 e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2012).

A partir dos conceitos apresentados nos documentos e nas políticas escolhidas sob a intersectorialidade, refletimos a respeito da PEC do Teto e alicerçamos a fundamentação teórica a partir de Gramsci no que se refere ao papel do intelectual orgânico. A ruptura com as práticas fragmentadas e segregadas, o fortalecimento hegemônico da luta de classes e dos direitos constitucionais adquiridos motivaram este estudo.

4.1 Políticas do Sistema Único de Saúde: Dimensões da Intersectorialidade

O entendimento de intersectorialidade e da concepção de práticas e ações intersectoriais em políticas públicas requer o delineamento dos conceitos em estudo. Para uma reflexão ampliada, torna-se importante essa contextualização.

A compreensão da intersectorialidade da Política Pública de Saúde perpassa momentos distintos e sua abordagem vai se integralizando no decorrer, em que

surgem novas políticas complementares ao SUS. Desde a lei nº 8.080/1990, outras políticas de saúde foram criadas com o objetivo de colocar em prática os princípios do SUS. Conforme Bellini et al. (2013, p. 2),

a intersectorialidade como a integração desses diversos setores para a consecução das ações públicas, ao mesmo tempo em que mantém as especificidades de cada área, vai além de cada setor, buscando a superação de práticas fragmentadas e a eficiência para atingir os objetivos e resultados.

Em documentos como a Declaração de Alma-Ata (1978, p. 1) já havia aspectos sobre a intersectorialidade, demonstrando a necessidade, naquela ocasião, da interlocução de mais setores para além da saúde: “[...] consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde”.

Também apontava para interações além do setor em estudo, dizendo que “todos os setores e aspectos correlatos do desenvolvimento nacional e comunitário, mormente a agricultura, a pecuária, a produção de alimentos, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas, as comunicações e outros setores”. (ALMA-ATA, 1978, p. 3). Realizava igualmente o chamamento para a responsabilização de todos os governos:

Todos os governos devem formular políticas, estratégias e planos nacionais de ação para lançar/sustentar os cuidados primários de saúde em coordenação com outros setores. Para esse fim, será necessário agir com vontade política, mobilizar os recursos do país e utilizar racionalmente os recursos externos disponíveis. (ALMA-ATA, 1978, p. 2).

Neste contexto, outras conferências mundiais começaram a acontecer abordando a importância da promoção da saúde.

A 1ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde, realizada em 1986 em Ottawa, no Canadá, ficou conhecida como Carta de Ottawa. A partir dela, a promoção da saúde passou a abordar um novo conceito de saúde. Segundo Finkelman (2002, p. 288-289),

[...] esta Carta definiu a visão e o conceito de promoção da saúde, passando a desconceituar a saúde não mais como o objetivo da existência humana, mas, sim, como a fonte de riqueza da vida

cotidiana sendo assim considerados condições e requisitos para a saúde: a paz, a educação, a moradia, a alimentação, a renda, o ecossistema estável, a justiça social e a equidade.

A ampliação do conceito de saúde, através da sua promoção, considerava aspectos para além do adoecimento humano, como a paz, a educação, renda, meio ambiente, justiça social e equidade, colaborando para o tensionamento e a interlocução das ações intersetoriais, ou seja, para além do setor saúde.

Ainda conforme Finkelman (2002, p. 289), a ampliação das ações se tornam “as estratégias para promover a saúde e passam a incluir o estabelecimento de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis, o fortalecimento de ações comunitárias, a reorientação dos serviços de saúde”. O setor saúde acaba por promover ações entre os diversos outros setores no momento em que os aponta como responsáveis e necessários para este compromisso. A Carta de Ottawa promoveu a ideia de que saúde é um bem socialmente produzido.

Saúde para todos, é compromisso e responsabilidade de todos os setores da sociedade. Portanto, a estratégia de promoção da saúde demanda uma ação coordenada entre os diferentes setores sociais: as ações do Estado em suas políticas intersetoriais, da sociedade civil e do sistema de saúde propriamente dito. (FINKELMAN, 2002, p. 288-289).

Neste cenário, a interlocução das ações intersetoriais das políticas públicas se tornou uma possibilidade de qualificação das ações na área da saúde com a coparticipação das demais Políticas Sociais Públicas. Contudo, essa proposta da promoção da saúde e o discurso da intersectorialidade, conforme Andrade (2006, p. 25), se deparam com uma organização estatal setorial e verticalmente hierarquizada “dos setores públicos e privados, apesar de esses paradigmas estarem abalados em sua hegemonia, a promoção da saúde e a intersectorialidade funcionam como processos discursivos produtores de uma tensão paradigmática”. Nessa luta pela hegemonia nas sociedades de capitalismo avançado, cabe destacar Gramsci, através da interpretação de Simionatto (2009, p. 46-47), que diz que

a luta pela hegemonia nas sociedades de capitalismo avançado, contudo, não se trava, para Gramsci, apenas nas instâncias econômica e política (relações materiais de produção e poder estatal), mas também na esfera da cultura. A elevação cultural das massas assume importância decisiva neste processo, para que

possam libertar-se da pressão ideológica das classes dirigentes e elevar-se à condição destas últimas.

É nesse tensionamento, pela luta hegemônica nas sociedades, através da esfera da cultura, da mudança de paradigma, sob a releitura da compreensão de saúde, que, segundo Andrade (2006), ocorre mudanças nas relações de poder, por meio de rupturas nascidas sobre estas reflexões, desencadeando novas práticas organizacionais num processo de descontinuação de práticas organizacionais obsoletas. No Brasil,

O conceito de promoção da saúde dialogou inicialmente com a releitura do papel do Estado, tal como posto na Constituição de 1988, e com resgate da nossa estrutura federativa, na qual cada ente tem autonomia. Acompanhou a construção do SUS e mais recentemente da descentralização da gestão da saúde, e informa as discussões sobre intersectorialidade e de operação em rede das políticas sociais. (ANDRADE, 2006, p. 25).

Dessa forma, a atenção à saúde no Brasil tem ampliado a formulação, implementação e concretização de políticas de saúde, a saber, promoção, proteção e recuperação dela como a Política Nacional de Humanização (PNH) criada em 2003, onde buscou pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gestão e cuidado. Como política, a PNH deve, portanto, traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais, as diversas unidades e serviços de saúde e entre as instâncias que constituem o SUS.

A PNH tem como eixo norteador as práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS, possuindo como estratégias gerais a sua implementação em todos os níveis de atenção à saúde. Como uma estratégia no eixo da atenção, propõe-se

[...] uma política incentivadora do protagonismo dos sujeitos, da democratização da gestão dos serviços e da ampliação da atenção integral à saúde, promovendo a intra e a intersectorialidade com responsabilização sanitária pactuada entre gestores e trabalhadores. (BRASIL, 2004, p. 10).

Carvalho (2009 apud FALER 2015, p. 99-100) destaca a importância de diferenciar a compreensão entre ações intrassetoriais e intersectorialidade:

a primeira se refere às ações dentro do próprio setor, logo a intersetorialidade é uma ação/integração entre o setor saúde e outros setores (população, serviço público e privado), ou ainda pode ser alianças estratégicas entre diferentes setores governamentais, não governamentais, privados e da sociedade civil construídas no cotidiano dos serviços.

E acrescenta Faler (2015, p. 100):

A intrassetorialidade, no âmbito do Ministério da Saúde, especificamente na saúde do trabalhador, visa construir interfaces entre a estrutura organizacional, por exemplo: Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Secretaria de Gestão Participativa, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Anvisa e Funasa, entre outros. “A intrassetorialidade deve ocorrer nos três níveis de governo – federal, estadual e municipal – estabelecendo os passos de articulação entre as diferentes secretarias de governo e com órgãos regionais derivados dos ministérios”, ou seja, o caráter intrassetorial envolve todos os níveis de atenção e esferas de governo do SUS. Nesse âmbito, a intrassetorialidade no recinto de cada política encontra-se na mesma lógica desafiadora de articular os setores entre as demais políticas sociais públicas. (FALER, 2015, p. 100).

Sendo um movimento dentro do próprio setor saúde, devendo ocorrer nos três níveis de governo, a intrassetorialidade também possibilita a mudança de paradigma e de conceitos disciplinares dos atores envolvidos, num processo de despojamento de suas especificidades de formação profissional para compor um novo profissional intelectual orgânico, enroupado numa dinâmica social, coletiva e propositiva para a classe que representa.

Segundo Simionatto (1999, p. 56), “Gramsci descreve que a sociedade está dividida em duas grandes categorias: trabalhadores manuais e trabalhadores intelectuais”. Entretanto, para o autor marxista, mesmo o trabalho manual delega algum tipo de atividade intelectual criativa. Sendo assim, o intelectual orgânico são todas as pessoas, por serem dotadas de intelectualidade e fazer parte de um organismo vivo, ou seja, pertencentes a um grupo social, podendo inclusive ser sua porta voz. (GRAMSCI, 1982).

Não existe atividade humana da qual se possa excluir toda intervenção intelectual, não se pode separar o *homo faber* do *homo sapiens*. Em suma, todo homem, fora de sua profissão, desenvolve

uma atividade intelectual qualquer, ou seja, é um “filósofo”, um artista, um homem de gosto, participa de uma concepção do mundo, possui uma linha consciente de conduta moral, contribui assim para manter ou para modificar uma concepção do mundo, isto é, para promover novas maneiras de pensar. (GRAMSCI, 1982, p. 7-8).

Homo sapiens e homo faber são dois aspectos da mesma realidade humana, ou seja, pensar e agir são inseparáveis. Entretanto, existem diferentes intelectuais que estão inseridos em diversos grupos sociais e ocupam funções diferentes, conforme o modo de produção capitalista. Contudo, aprofundamos estes aspectos na sequência deste capítulo.

Cada grupo social, nascendo no terreno originário de uma função essencial no mundo da produção econômica, cria para si, ao mesmo tempo, de um modo orgânico, uma ou mais camadas de intelectuais que lhe dão homogeneidade e consciência da própria função, não apenas no campo econômico, mas também no social e no político. (GRAMSCI, 1982, p. 3)

Dessa forma, a intersectorialidade proposta na PNH requer ações para além do próprio setor saúde, numa proposta de responsabilização entre os usuários, gestores e trabalhadores. Entretanto, ao incentivar o protagonismo dos sujeitos numa lógica transversal, o profissional intelectual orgânico deve atentar-se para a não isenção da responsabilidade do Estado, enquanto seu dever para com a saúde da população.

Humanizar se traduz, então, como inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado. Tais mudanças são construídas não por uma pessoa ou grupo isolado, mas de forma coletiva e compartilhada. Incluir para estimular a produção de novos modos de cuidar e novas formas de organizar o trabalho. (BRASIL, 2013, p. 4).

Com a intenção de ampliação das melhorias para a saúde enquanto coletividade, em 2006, através da Portaria nº 399/2006, o Ministério da Saúde definiu a agenda de compromisso pela saúde que agrega três eixos: o Pacto em Defesa do SUS, o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão.

Os objetivos e as prioridades do Pacto em Defesa da Vida são: saúde do idoso, controle do câncer de colo uterino e mama, mortalidade infantil e materna, doenças emergentes e endemias, promoção da saúde e fortalecimento da Atenção Básica à Saúde.

Já o Pacto em Defesa do SUS busca ações concretas e articuladas para reforçar o SUS como política de Estado mais do que política de governos, sendo prioridades: mostrar a saúde como direito de cidadania, regulamentar a EC nº 29 (recursos mínimos de financiamento), o incremento dos recursos para a saúde, aprovar o orçamento do SUS e elaborar e divulgar a Carta dos Direitos dos Usuários do SUS. (BRASIL, 2006).

E o Pacto de Gestão do SUS estabeleceu as responsabilidades de cada ente federado de forma a reduzir as competências concorrentes. Ele descentraliza as atribuições do Ministério da Saúde para os estados e municípios de maneira radical, diminuindo também a burocracia dos processos normativos. Tem por finalidade a responsabilidade sanitária de cada instância gestora do SUS, que estabeleceu as diretrizes para a gestão do SUS e diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde. Os pactos de aprimoramento ocorrem de maneira intrasetorial na medida em que articulam setores (União, estados e municípios). (BRASIL, 2006).

Assim, conforme a Portaria nº 687/2006, aprovou-se a Política Nacional de Promoção da Saúde visando ampliar o escopo das ações tomando como objeto os problemas e as necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes, de modo que a organização da atenção e do cuidado envolvesse, ao mesmo tempo, as ações e os serviços que operem sobre os efeitos do adoecer e aqueles que visem ao espaço para além dos muros das unidades de saúde e do sistema de saúde, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e das coletividades no território onde vivem e trabalham. (BRASIL, 2006a). Segundo Andrade (2006, p. 57), a ideia de território saudáveis “ênfatisa fortemente a ideia de um planejamento sistemático continuado e intersetorial”. Neste escopo, as ações intersetoriais coincidem com a estratégia de retomada dos aspectos da promoção da saúde e vão ampliando para outros fatores como: a violência, o subemprego, a fome, a urbanização, a saber;

No SUS, a estratégia de promoção da saúde é retomada como uma possibilidade de focar os aspectos que determinam o processo saúde-adoecimento em nosso país – como, por exemplo: violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçada e deteriorada; e potencializam formas mais amplas de intervir em saúde. (BRASIL, 2006a, p. 10).

A intersetorialidade aparece como uma proposta de integração da própria estrutura de saúde, ou seja, existe uma fragmentação necessitando de um eixo articulador para que ocorra a integração. Da mesma forma, reforça o protagonismo dos cidadãos fortalecendo também a participação popular e também traz a proposição de uma agenda governamental aberta a estas dinâmicas em interface a outras políticas públicas, a saber:

Nesta direção, a promoção da saúde estreita sua relação com a vigilância em saúde, numa articulação que reforça a exigência de um movimento integrador na construção de consensos e sinergias, e na execução das agendas governamentais a fim de que as políticas públicas sejam cada vez mais favoráveis à saúde e à vida, e estimulem e fortaleçam o protagonismo dos cidadãos em sua elaboração e implementação, ratificando os preceitos constitucionais de participação social. (BRASIL, 2006a, s/p.).

Este desafio perpassa a disponibilidade e mobilização de outros setores, pois investimentos se tornam necessários, como a ampliação das ações para além dos próprios espaços numa proposta de parceria através da participação da sociedade.

Neste sentido, os trabalhadores do SUS, como intelectuais orgânicos, poderão ter o desafio de desenvolver uma compreensão sob as demais políticas públicas, ampliando o conhecimento para a possibilidade dessa interlocução.

Como já apresentado no segundo capítulo, as políticas públicas acabam por responder às necessidades da sociedade no que tange o enfrentamento de questões consideradas públicas, a exemplo, a violência que foi apresentada como um problema social no documento para discussão no ano de 2002, como uma possível diretriz da Política Nacional de Promoção da Saúde.

O adoecer e morrer por violência, assim como suas sequelas tem sido um marco do final do século passado e do início deste. Além do estresse provocado pela insegurança da vida nas cidades que provoca outros tipos de sofrimento como o medo, a solidão, a dificuldade de sair às ruas principalmente dos idosos e das crianças. As estratégias de promoção de saúde e as intervenções intersetoriais contribuem na abordagem destes problemas. (BRASIL, 2002, p. 18).

Este “problema social”, que trata da violência, é considerado uma das diversas manifestações da questão social. Para Yasbek (2010, p. 154), por questão

social “entendemos a disputa, pelas classes sociais, da riqueza socialmente construída na sociedade capitalista”.

Diversos fatores contribuem para a violência, incluída a própria trajetória das classes dominadas através da exploração e expropriação pelo sistema capitalista.

Convivemos muito de perto com a experiência trágica de pertencer às classes subalternizadas em nossa sociedade; conhecemos esse universo caracterizado por trajetórias de exploração, pobreza, opressão e resistência, observamos o crescimento da violência, da droga, e de outros códigos que sinalizam a condição subalterna: o desconforto da moradia precária e insalubre, as estratégias de sobrevivência frente ao desemprego, a debilidade da saúde, a ignorância, a fadiga, a resignação, a crença na felicidade das gerações futuras, o sofrimento expresso nas falas, nos silêncios, nas expressões corporais, nas linguagens além dos discursos. (YASBEK, 2010, p. 153).

Como visto, a Política Nacional de Promoção da Saúde se utiliza da proposta intersetorial para sugerir ações para a superação da violência. Tais fatores sociais, segundo a legislação, podem ser reduzidos através de abordagens e intervenções, ou seja, pela articulação de outros setores para além da esfera da saúde. Entretanto, cabe destacar que a raiz está na exploração desencadeada pelo próprio sistema, ou seja, um “problema social” que advém do próprio sistema estrutural. É contraditório promover saúde num contexto de expropriação dado pelo sistema capitalista, que trama e promove a redução de direitos, como visto no caso da PEC 55.

Contudo, dado que a intersetorialidade é a ação que requer a articulação de diversos setores, cabe destacar que ela pode se efetivar através do movimento de diferentes intelectuais orgânicos, pois é uma conexão entre múltiplos saberes para alcançar um objetivo mais amplo. Estes intelectuais poderão construir as ações intersetoriais em seus diversos níveis com a intenção de articulação dos setores ancorados na consciência crítica e coletiva – e não a parte das formações socio-históricas das políticas públicas, econômicas e sociais.

Para promover a saúde, diversos fatores precisam estar afinados, pois se trata de um conjunto de estruturas que influenciam a falta de manutenção da saúde de uma população, como o próprio acesso à rede de atendimento. A garantia do acesso aos equipamentos de saúde requer a manutenção de compromisso já garantido constitucionalmente.

O compromisso do setor saúde, na articulação intersetorial, é tornar cada vez mais visível que o processo de saúde/doença é um efeito de múltiplos aspectos, dialogando enquanto política transversal e integrada, sendo pertinente o envolvimento de todos os setores da sociedade compondo redes de compromisso e corresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população.

Dessa maneira, é tarefa do setor de saúde, nas várias esferas de decisão, convocar os outros setores a considerar a avaliação e os parâmetros sanitários quanto à melhoria da qualidade de vida da população quando forem construir suas políticas específicas. (BRASIL, 2006a, p. 15). Promover a saúde vai além de uma agenda política comprometida; requer mecanismos horizontalizados no que tange às decisões pactuadas pelo controle social.

Entende-se que a promoção da saúde se apresenta como um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar com as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do Governo, o setor privado e não governamental, e a sociedade, compondo redes de compromisso e corresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes na proteção e no cuidado com a vida. (BRASIL, 2006a, p. 16).

Cada diretriz da Política Nacional de Promoção da Saúde define as atribuições das gestões federal, estaduais e municipais, com o objetivo de estimular as ações intersetoriais propondo o desenvolvimento integral das ações de promoção da saúde embasadas na integralidade, equidade, responsabilidade sanitária, mobilização e participação social, intersetorialidade, informação, educação, comunicação e sustentabilidade.

Como porta de entrada a todas as Políticas Públicas de Saúde citadas, a atenção básica deve ser o contato preferencial dos usuários. Sendo assim, ela se caracteriza

[...] por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios

definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. (BRASIL, 2012, p. 19).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização, devendo estar próxima da população e ser o contato preferencial dos usuários. É considerada ainda a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Nesse contexto, amplia as ações intersetoriais com diversos setores.

A nova política articula a AB com importantes iniciativas do SUS, como a ampliação das ações intersetoriais e de promoção da saúde, com a universalização do Programa Saúde na Escola – e expansão dele às creches – acordo com as indústrias e escolas para uma alimentação mais saudável, implantação de mais de 4 mil pólos da Academia da Saúde até 2014. (BRASIL, 2012, p. 11).

A Atenção Básica tem como um de seus fundamentos e diretrizes

Ter território adstrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território, sempre em consonância com o princípio da equidade. (BRASIL, 2012, p. 20).

Nas diversas Políticas apresentadas, a intersetorialidade se materializa com semelhanças e complementariedades. Contudo, é nítido um respectivo avanço sob sua compreensão, ora articulando aos setores da própria área da saúde (intrassetorialidade), ora dando a dimensão ampliada sob um contexto entre diversas políticas (intersetorialidade). Assim, há uma similaridade nos conteúdos, de que a intersetorialidade ainda é um desafio a ser implementado, ela implica o avanço do conceito para além dos identificados na própria Política Pública de Saúde.

4.2 O SUS no Contexto da Emenda à Constituição/PEC 55

Após a destituição da então presidenta Dilma Rousseff da presidência da República, diversas mudanças ocorreram no contexto político, econômico e social brasileiro. O Brasil vivencia tempos complexos. Atualmente, consolida-se uma base política de direita pautada no neoliberalismo e no neoconservadorismo. Neste contexto, há a redução de direitos fundamentais com a Emenda à Constituição, PEC 55. As consequências do golpe vêm impactando diretamente no desmonte dos direitos sociais (serviço público, seguridade social, direitos trabalhistas, direitos humanos e riquezas naturais). Trata-se de uma administração que carrega, em sua essência, os interesses neoliberais e a força financeira voltada ao mercado, desconsiderando a intervenção do Estado e, em contrapartida, deflagrando as políticas públicas sociais.

As reformas do setor saúde empreendidas nos anos 90, como expressão temática das reformas econômicas liberais com origem no Consenso de Washington, fracassaram. A razão do insucesso está em que essas reformas se fixaram em ideias-força como privatização, separação de funções, novos arranjos organizativos e introdução de mecanismos de competição que não foram capazes de gerar valor para os cidadãos comuns que utilizam os sistemas de atenção à saúde. (MENDES, 2011, p. 17).

Essa essência neoliberal e neoconservadora, que se manifestou no contexto brasileiro, define que o Estado neoliberal é construtor, vetor e parceiro do capitalismo financeiro (DARDORT; LAVAL, 2016), e ainda neoliberalismo não é um modo de governo que faz da adesão a uma doutrina ou meio privilegiado de poder; ele se apoia, sobretudo, na coerção que exerce sobre os indivíduos por meio das situações de concorrência que coloca ativamente em prática.

É justamente por isso que os autores defendem uma “racionalidade” comandando as práticas a partir do interior, e não no sentido de uma motivação ideológica ou intelectual. Essa razão do “mundo” é global, “faz mundo” no sentido de que ela atravessa todas as esferas da existência humana sem se reduzir à esfera propriamente econômica. Não é a esfera econômica que tende a absorver espontaneamente todas as outras esferas, como poderíamos pensar, mas uma extensão da lógica de mercado e do modelo empresarial para um conjunto de

reformas públicas, de dispositivos de gestão, de práticas comerciais. (DARDOT, LAVAL, 2016).

Para Moll (2015), o neoconservadorismo e o neoliberalismo pressupõem, de modo semelhante, que a solução para estabilização do sistema capitalista repousa sobre a ideia de Estado mínimo, que significa

1) cortar gastos para diminuir a oferta de moeda, com o objetivo de conter a inflação, e abrir espaços de atuação do setor privado através de privatização, a fim de criar setores para dinamizar a produção; 2) aumentar a taxa de juros para conter o crédito, conseqüentemente diminuir a circulação de moeda e atrair capitais para o setor financeiro até que a inflação fique sob controle; 3) diminuir ou extinguir as regulações para reduzir o custo da produção e facilitar transações financeiras e comerciais; 4) reduzir a taxação, principalmente dos mais ricos, para estimular a inversão de capital no setor produtivo e/ou financeiro. (MOLL, 2015, p. 1).

Entretanto, o neoliberalismo e neoconservadorismo são “percepções de mundo gestadas em trajetórias diferentes que ganharam forma na segunda metade da década de 1970”. No momento de crise e, por conseguinte, de reforma do capitalismo (MOLL, 2015), o neoconservadorismo busca justificar suas ações moralizadoras na criminalização dos movimentos sociais, como explica Barroco (2011, p. 2011):

O neoconservadorismo busca legitimação pela repressão dos trabalhadores ou pela criminalização dos movimentos sociais, da pobreza e da militarização da vida cotidiana. Essas formas de repressão implicam violência contra o outro, e todas são mediadas moralmente, em diferentes graus, na medida em que se objetiva a negação do outro: quando o outro é discriminado lhe é negado o direito de existir como tal ou de existir com as suas diferenças.

Desde 1964, após a ditadura militar, a atual composição do Congresso Nacional é considerada a mais conservadora dos últimos tempos, conforme o Departamento Intersindical de Assessoria Parlamentar (DIAP). Um levantamento do DIAP mostra que o número de deputados ligados a causas sociais caiu drasticamente nos últimos anos.

Assim, uma agenda regressista foi instaurada no Congresso Nacional, diminuindo os debates e projetos voltados aos interesses coletivos e que outras pautas com pressupostos policialescos e repressivos poderão ser retomadas.

Pautas como a revisão do Estatuto do Desarmamento, o recrudescimento penal e a redução da maioria foram defendidas por estes representantes nos últimos anos.

Com o fortalecimento do conservadorismo brasileiro numa agenda neoliberal, após a instauração do golpe de Estado, ocorreu um retrocesso nos direitos sociais. O atual governo presidido por Michel Temer, aprovou a Emenda Constitucional PEC do Teto, que prevê o congelamento dos gastos públicos.

As consequências desse processo implicaram diretamente no desmonte dos direitos sociais, como dito acima. A PEC 55 (ou PEC do Teto como ficou conhecida) também alterou o modo de financiamento em diversas políticas públicas, como saúde, educação e assistência social, pois é uma Proposta de Emenda à Constituição que altera o modo de financiamento em diversas políticas públicas. Essa emenda congelou os investimentos federais pelo prazo de 20 anos. A estratégia econômica adotada pelo governo não foi aprovada pelo CNS e pelos representantes do CONASS e o CONASEMS.

Entidades como o CNS, o CONASS e CONASEMS não foram ouvidas e suas manifestações foram desconsideradas em relação aos prejuízos iminentes à PEC.

A conquista do controle social, adquirida com a lei nº 8.080, sob a participação social nos espaços representativos, como os Conselhos de Direitos, espaços de debate, deliberação e controle das políticas, que se materializam em nível nacional, estadual e municipal, representando todas as políticas sociais públicas, foi inviabilizada neste processo.

A inclusão da participação da comunidade como umas diretrizes para a organização do sistema público de saúde foi umas mais importantes inovações introduzidas pela assembleia Nacional Constituinte em 1988 (CF, art. 198, III), propiciando a criação de diversos mecanismos de articulação entre esferas de governo e de participação e controle social sobre as políticas públicas. (FINKELMAN, 2002, p. 251).

Segundo Jaccoud (2005), a participação social tem sido reafirmada no Brasil como um instrumento institucional visando garantir a efetiva proteção social contra riscos e vulnerabilidades, assim como a vigência dos direitos sociais.

Com maior ou menor sucesso, esta foi uma das importantes inovações institucionais ocorridas no Brasil pós-Constituinte. A

garantia de direitos sociais Políticas Sociais no Brasil: Participação Social, Conselhos e Parcerias nos campos da educação, saúde, assistência social, previdência social e trabalho foi acompanhada da consolidação de uma nova institucionalidade objetivando assegurar a presença de múltiplos atores sociais, seja na formulação, na gestão, na implementação ou no controle das políticas sociais. (JACCOUD, 2005, p. 374-375).

O controle social descentraliza o poder do Estado ocorre através dos Conselhos de Direito, sendo estas entidades representativas de toda a sociedade em nível nacional, estadual e municipal. Um dos objetivos destes conselhos é avaliar os gastos públicos com saúde, educação, assistência social e outros, além de fiscalizar e propor ações que representem a necessidade da população. Dessa forma, estes espaços se tornam promotores para o exercício de cidadania.

A lei nº 8142/1990 determina duas formas de participação da população na gestão do SUS por meio de Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde. Conforme o Artigo 1º da referida lei, a Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da Política Pública de Saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo poder executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde.

Já sobre os Conselhos de Saúde, o Artigo 1º, em seu parágrafo 2º, diz que ele é um órgão colegiado de caráter permanente e deliberativo do SUS. O colegiado é composto por: 25% de representantes do governo e prestadores de serviços; 25% de profissionais de saúde; e 50% de usuários que atuam na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões são homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo. (BRASIL, 1990).

Contudo, com a PEC 55, os gastos públicos destinados às políticas de saúde, educação e assistência social determinaram o congelamento por 20 anos, corrigidos apenas pela inflação do ano anterior. Dessa forma, a emenda governamental colocou a responsabilidade com a saúde nas mãos das famílias e do mercado, e desqualificou o controle social. Nesta discussão, cabe a reflexão de Mészáros (2015, p. 52), segundo a qual “o verdadeiro problema não é a violência genérica, mas a ilegalidade do Estado bem concreta, socialmente fundamentada e sustentada que

emerge regularmente e afirma-se como uma questão de determinações de crise sistêmica”.

A ideia de ilegalidade do Estado aqui fundamenta a situação contemporânea brasileira, considerando os aspectos políticos, econômicos e sociais, não somente em relação à Política Social de Saúde, mas a um contexto mais abrangente. Essa violência manifesta-se de maneira não violenta, como uma fraude promovida pelo Estado, ou seja, a violência não genérica, que pode assumir um número infinito de formas mais ou menos nocivas. Evidentemente, a prevalência da violência pelo Estado pode ser mais ou menos intensa de acordo com as circunstâncias em evolução. Mészáros (2015) reafirma a mudança de modalidade da violência do Estado, que deve ser objeto de séria investigação histórica, em vez de ofuscar o assunto com a identificação genérica do Estado como o seu decretado monopólio da violência.

A promulgação da Emenda Constitucional PEC 55 feriu diretamente os direitos sociais, assim como o impeachment violou o direito à democracia da população brasileira. Toda a sociedade perdeu com a crise no Brasil e falácia neoliberal que se instalou com atual governo Temer.

Houve diversas críticas à nova EC por parte dos próprios Conselhos de Direitos. Entretanto, o governo teve por justificativa a necessidade do reequilíbrio das contas públicas e a preocupação com os investimentos no país.

Em 6 de outubro de 2016, o presidente do CNS, Ronald Santos, declarou a preocupação do CNS em relação à saúde da população brasileira:

Outras medidas econômicas poderiam ser tomadas, como a exemplo, a taxação de grandes fortunas e a especulação financeira congelar por 20 anos recursos financeiros federais destinados ao SUS é ignorar a regra constitucional, representará a “morte” do Sistema Único de Saúde (SUS), e para, além disto, a questão é quem irá pagar a conta. E afirma, não pode ser a vida do povo brasileiro, a PEC 241/55 comprometerá diversos recursos e gerará prejuízos na área da saúde entre estes, cirurgias oncológicas, exigirão menos gastos com o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) menos equipes de Saúde da Família, menos transplantes, menos assistência farmacêutica. Justamente em um cenário de crescimento e de envelhecimento populacional momento em que a Saúde é mais demandada. (SANTOS, 2016, s/p.).

Nesse contexto, ficou evidente como a PEC 55 tornou-se um organismo normativo, uma estratégia neoliberal: entenda-se o conjunto de discursos, práticas,

dispositivos de poder visando à instauração de novas condições políticas, a modificação das regras de funcionamento econômico e a alteração das relações sociais de modo a impor esses objetivos. (LAVAL; DARDOT, 2016).

O argumento do governo era de que a PEC do Teto reequilibraria as contas públicas, reorganizando-as, e proveria o crescimento da economia brasileira. Como medida, estabeleceram-se as despesas mínimas fixadas pelo índice de inflação, a redução no financiamento da saúde e nas políticas de educação e assistência social.

Dessa forma, aumentando a receita corrente líquida, haveria o crescimento da economia brasileira, com a arrecadação federal, evitando situação de insolvência, o endividamento. Ainda segundo a justificativa governamental, ninguém mais iria querer financiar a dívida brasileira, se estas medidas não fossem tomadas. A visão da equipe econômica do governo era que, sem a PEC do Teto de gastos, haveria um crescimento econômico menor no futuro, ocasionando também que as receitas fossem mais baixas. Mesmos com diversos movimentos sociais em oposição a essas normativas e ao próprio avanço do neoliberalismo, concordamos com Barroco (2011, p. 212) que

Certamente, parte da sociedade não reproduz essa ideologia e combate essas práticas: os movimentos populares democráticos, milhares de sujeitos políticos que no mundo inteiro se manifestam de formas variadas em oposição à desumanização, em confronto com o capital, na resistência ao avanço das políticas neoliberais.

Contudo, esse engessamento nas Políticas Sociais Públicas e essa desumanização geraram um impacto negativo para a população brasileira que depende do SUS, da educação pública e da assistência social.

No *site* do CNS, houve a articulação com os conselhos estaduais e municipais de saúde, numa proposta de mobilização em todos os municípios do país contra a PEC 55.

A 287ª Reunião Ordinária do órgão foi apresentada o estudo da Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento (COFIN) do CNS que estima prejuízo de R\$ 417 bilhões para o Sistema Único de Saúde (SUS) com a eventual promulgação da PEC pelo Congresso Nacional. “Nós vamos derrubar essa PEC”, garantiu o presidente do CNS, Ronald Santos, ao anunciar a decisão do Plenário. Segundo essa deliberação, a ideia é organizar nacionalmente mobilizações neste ano, quando todos os conselhos estaduais e municipais de

Saúde deverão se reunir simultaneamente para discutir os prejuízos representados pela PEC para o SUS. (CNS, 2016, s/p.).

A deliberação era também para articular o funcionamento institucional dos conselhos de saúde com uma vigília nacional para estimular o debate e que os conselhos estaduais e municipais convocassem reuniões ordinárias ou extraordinárias para debater o tema nos cinco 5.500 municípios brasileiros. (CNS, 2016). Na ocasião, foi realizada, na Esplanada dos Ministérios, em Brasília, a Marcha em Defesa da Saúde, da Democracia e da Seguridade. Também houve a integração de outros atores da seguridade social, como o Conselho Nacional de Assistência Social.

Outro dado importante foi o estudo da Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento (COFIN), analisando que, ao longo de 20 anos de um eventual congelamento de gastos da União, o SUS deixará de contar com R\$ 417 bilhões. Isso porque a PEC prevê o reajuste do orçamento da saúde apenas pela inflação, sem qualquer vinculação com as receitas da União, que deverão aumentar neste período, para, além disso, que a PEC beneficia apenas o mercado financeiro por não prever qualquer limite para o pagamento, pela União, dos juros da dívida pública. (CNS, 2016).

Compreender o contexto político, econômico e social brasileiro remete a diversas reflexões. Sendo assim reiteramos que, no Brasil, SUS vivencia a disputa de dois projetos: como visto anteriormente o da Reforma Sanitária, construído em meados de 1970, e o projeto voltado para o mercado ou privatista, hegemônico a partir da década de 1990.

Cabe reafirmar que o projeto de Reforma Sanitária está pautado nos valores solidários, coletivos e universais inscritos na CF/1988. Já o projeto privatista tem como uma das suas principais tendências a contenção de gastos com a racionalização da oferta, ou seja, a tarefa do Estado seria garantir o mínimo para os que não têm, ficando o setor privado o atendimento dos que tem acesso ao mercado. Sendo assim, no projeto privatista as relações sociais se invertem na perspectiva do capital, numa proposta de alienação humana confrontando-os como potências externas que os dominam, ou seja, a saúde passa a ser a mercadoria a ser comercializada, gerando lucro ao capital.

Nessa perspectiva, há o desencadeamento de uma procura ampliada pelo mercado de saúde, a exemplo das cooperativas médicas, dos planos de saúde e dos convênios privados.

Consideramos que o neoliberalismo é um regime de poder e, como nova forma de existência, não se constitui apenas como a crise das leis de acumulação, mas a crise de governamentalidade. Uma mesma lógica normativa rege as relações de poder e as formas de governar diferentes domínios da vida econômica, política e social. Por isso, o neoliberalismo é uma racionalidade que tende a estruturar não só a ação dos governantes, mas a conduta dos governados também.

Por consequência, haverá a ampliação das desigualdades sociais e a desvalia dos movimentos coletivos. O engessamento previsto na PEC 55 é um dos passos para muitos outros que virão na direção dos desmontes dos direitos sociais da população.

Trata-se, pois, de condições favoráveis à desqualificação da política, condições facilitadas por inúmeros fatores históricos, especialmente das determinações que incidiram sobre as possibilidades concretas de organização política das classes trabalhadoras. Não podemos ignorar, nesse cenário, os desdobramentos do fim das experiências do socialismo. (BARROCO, 2011, p. 207).

Mészáros (2015) afirma que Marx percebeu que a contradição entre o social e o político seria inconciliável, dado o caráter antagônico da própria base social, perpetuada como tal pela estrutura política. O Estado seria irredimível e, portanto, descartado.

É inegável a percepção do abarrotamento dos problemas sociais no Brasil; é afirmativo que o Estado de bem-estar social se findou, e deu lugar a um Estado descompromissado e ausente. Também é inegável o êxito do ideário neoliberal na América Latina, que foi orquestrado pelos EUA através do Banco Mundial e do FMI. Contudo, este processo vem marcando profundamente a sociedade brasileira ampliando cada vez mais as desigualdades sociais e colaborando com as mais diversas manifestações da questão social.

Considerando tais aspectos, torna-se fundamental e urgente a construção de propostas e estratégias coletivas para o fortalecimento do SUS e a superação da ideia de um projeto privatista.

O fortalecimento dos espaços de direitos coletivos e a própria sugestão do presidente do CNS, de envolvimento, até mesmo de outros atores da seguridade social, como o Conselho Nacional de Assistência Social, poderão ser as alternativas mais promissoras no atual contexto.

A intersetorialidade diretriz constituinte da Política Pública de Saúde pode ser a estratégia, nos conduzindo ao engajamento do setor de saúde aliado às demais políticas públicas, por condições de vida mais dignas da população brasileira e pelo exercício pleno da cidadania. Isso porque a intersetorialidade remete também ao conceito/ideia de rede, cuja prática requer articulação, vinculações, ações complementares, relações horizontais entre parceiros e interdependência de serviços para garantir a integralidade das ações. (DIAS, 2010).

Além da ideia de rede, a intersetorialidade é um fato que está mediatizado por outros fatos e por diversas ações humanas que ocorrem na interlocução com os demais setores ou entre as demais políticas sociais públicas.

Essa mediatização ocorre porque em todos os objetos com os quais lidamos existe uma dimensão imediata (que nós percebemos imediatamente) e existe uma dimensão mediata (que a gente vai descobrindo), construindo e reconstruindo aos poucos. (KONDER, 1981, p. 47).

Considerando o contexto da dimensão mediada num processo de descobrimento, construção e reconstrução, na esfera da intelectualidade orgânica poderá ser alicerçada a reflexão sob a materialidade da intersetorialidade da Política Pública de Saúde, através do pensamento gramsciano.

4.3 A Intersetorialidade e a Questão dos Intelectuais Orgânicos em Gramsci

Em 1845, quando Marx e Engels escreviam a Ideologia alemã, o mundo das ordens não existia mais. Na Europa, a intensa atividade nas fábricas e a agitação política revolucionavam as relações sociais, provando que a sociedade podia ser recriada pela iniciativa e a audácia de diferentes protagonistas. Então, em contraposição à burguesia instalada nos centros de poder, também irrompiam no cenário da história classes organizadas de trabalhadoras que carregavam aspirações próprias e lutavam por outro projeto de sociedade. (SEMERARO, 2006, p. 374).

Ao olhar este contexto sob as relações sociais, o cenário das classes e a estrutura social, Antônio Gramsci propõe o conceito de intelectual orgânico, que serviu como um dos pilares para este estudo. Este conceito define diversas categorias de intelectuais que se mantêm ligados à sua classe originária, atuando como porta-voz, e considerando ainda que cada grupo social nasce no terreno originário com uma função essencial no mundo da produção econômica.

A sociedade brasileira se desenvolve com forças econômicas no sentido capitalista e, assim, se torna apropriada a reflexão sob a ótica dos processos e lutas de formação de uma hegemonia contrária aos interesses do capital e dos seus intelectuais tradicionais.

Desde que havia sido desencadeada, a nova concepção de mundo inaugurada por Marx tinha municiado muitas organizações operárias e inspirado diversos intelectuais e políticos. Em sintonia com essa visão, Gramsci também acreditava que a compreensão de si mesmo e das contradições da sociedade acontecem pela inserção ativa nos embates hegemônicos. Por isso, aprofunda a estreita ligação entre intelectuais, política e classe social, mostrando que a filosofia, tal como a educação, deve tornar-se “práxis política” para continuar a ser filosofia e educação. (SEMERARO, 2006, p. 376).

Para edificar a ideia de intelectual orgânico, Gramsci (1982) problematizou a complexidade da própria formação desta figura por diversas causas, devido ao processo histórico. Também conforme dito acima, o autor italiano diz que cada grupo social cria para si uma ou mais camadas de intelectuais que lhe dão homogeneidade e consciência da própria função, não apenas no campo econômico, mas também no social e político.

“Orgânicos”, ao contrário, são os intelectuais que fazem parte de um organismo vivo e em expansão. Por isso, estão ao mesmo tempo conectados ao mundo do trabalho, às organizações políticas e culturais mais avançadas que o seu grupo social desenvolve para dirigir a sociedade. Ao fazer parte ativa dessa trama, os intelectuais “orgânicos” se interligam a um projeto global de sociedade e a um tipo de Estado capaz de operar a “conformação das massas no nível de produção” material e cultural exigido pela classe no poder. Então, são orgânicos os intelectuais que, além de especialistas na sua profissão, que os vincula profundamente ao modo de produção do seu tempo, elaboram uma concepção ético-política que os habilita a exercer funções culturais, educativas e organizativas para assegurar a hegemonia social e o domínio estatal da classe que representam. (SEMERARO, 2006, p. 377-378).

As mais importantes configurações ocorrem em duas classes: a burguesa e o proletariado, sendo que o intelectual orgânico é elaborado pela própria classe no seu desenvolvimento. A classe burguesa traz consigo não só a figura do capitalista, mas diversas figuras de intelectuais que acabaram sendo responsáveis pela nova forma do Estado e da sociedade. Para Gramsci (1982, p. 10), “funcionários da superestrutura, que terminam por moldar o mundo à imagem semelhança da classe fundamental”.

O empresário capitalista, cria consigo o técnico da indústria, o cientista da economia política, o organizador de uma nova cultura, de um novo direito, etc. Deve-se anotar o fato de que o empresário representa uma elaboração social superior, já caracterizada por certa capacidade dirigente e técnica (isto é, intelectual): ele deve possuir certa capacidade técnica, não somente na esfera restrita de sua atividade e de sua iniciativa, mas ainda em outras esferas, pelo menos nas mais próximas da produção econômica (deve ser um organizador de massa de homens: deve ser um organizador da “confiança” dos que investem em sua fábrica, dos compradores de sua mercadoria, etc.). (GRAMSCI, 1982, p. 4).

Da mesma forma, na percepção do autor a classe operária teria seus próprios intelectuais e seria responsável pela mudança social, considerados funcionários da superestrutura, contudo com ideias democráticas e populares, que acabariam sendo uma carga sobre a estrutura produtiva. Afirma Gramsci (1982, p. 4) que “o intelectual orgânico é elaborado pela classe no seu desenvolvimento, e pode tanto ser burguês quanto proletário [...] pode haver o intelectual tradicional conservador e o intelectual tradicional revolucionário”.

Cada grupo social “essencial”, contudo, surgindo na história a partir da estrutura econômica anterior e como expressão do desenvolvimento desta estrutura, encontrou – pelo menos na história que se desenrolou até aos nossos dias categorias intelectuais preexistentes, as quais apareciam, aliás, como representantes de uma continuidade histórica que não fora interrompida nem mesmo pelas mais complicadas e radicais modificações das formas sociais e políticas. (GRAMSCI, 1982, p. 5).

Segundo Duriguetto (2014, p. 267), Gramsci desenvolveu uma interpretação original da função dos intelectuais nos processos de formação de uma consciência crítica por parte dos dominados e na organização de suas lutas e ações políticas.

Todos os homens são intelectuais, poder-se-ia dizer então, mas nem todos os homens desempenham na sociedade a função de intelectuais. (GRAMSCI, 1982 p. 6).

Em seus escritos, além de uma ampla gama de tipos de intelectuais (urbanos, industriais, rurais, burocráticos, acadêmicos, técnicos, profissionais, pequenos, intermediários, grandes, coletivos, democráticos etc.), encontra-se uma interpretação original das suas funções. (SEMERARO, 2006, p. 376).

Em síntese, para Gramsci (1982) todo homem, fora de sua profissão, desenvolve uma atividade intelectual qualquer, ou seja, é um “filósofo”, um artista, um homem de gosto. Participa de uma concepção do mundo, possui uma linha consciente de conduta moral, contribui para manter ou modificar uma concepção do mundo, isto é, para promover novas maneiras de pensar (GRAMSCI, 1982), conforme já apontado acima.

Quando se distingue entre intelectuais e não intelectuais, faz-se referência, na realidade, tão somente à imediata função social da categoria profissional dos intelectuais, isto é, leva-se em conta a direção sobre a qual incide o peso maior da atividade profissional específica, se na elaboração intelectual ou se no esforço muscular-nervoso. Isto significa que, se pode falar de intelectuais, é impossível falar de não intelectuais, porque não existem não intelectuais. Mas a própria relação entre o esforço de elaboração intelectual-cerebral e o esforço muscular-nervoso não é sempre igual; por isso, existem graus diversos de atividade específica intelectual. Não existe atividade humana da qual se possa excluir toda intervenção intelectual, não se pode separar o *homo faber* do *homo sapiens*. Em suma, todo homem, fora de sua profissão, desenvolve uma atividade intelectual qualquer, ou seja, é um “filósofo”, um artista, um homem de gosto, participa de uma concepção do mundo, possui uma linha consciente de conduta moral, contribui assim para manter ou para modificar uma concepção do mundo, isto é, para promover novas maneiras de pensar. (GRAMSCI, 1982, p. 7-8).

Nesse contexto, Gramsci (1982) também deu ênfase aos intelectuais orgânicos tradicionais, que herdaram e reproduzem formações históricas sociais anteriores. Estes intelectuais tradicionais teriam um forte sentimento de continuidade ao longo do tempo e veem-se como independentes em relação às classes sociais em luta, a exemplo dos sacerdotes, juristas, escritores; o conservadorismo impera e poderá ser utilizado na luta pela hegemonia.

Ainda para o mesmo autor, existe uma divisão entre os grupos societários e, em cada grupo, há o desenvolvimento de seus intelectuais orgânicos. Estes têm papéis decisivos e terão influência das mais diversas, principalmente na configuração do Estado e na sociedade. Cabe destacar que cada intelectual orgânico influenciará no interesse de sua classe, pois estará representando-a. Não obstante, os intelectuais tradicionais acabam sendo o que a classe burguesa, de certo modo, tenta capturar para si no processo da luta pela hegemonia.

Conforme Duriguetto (2014, p. 267), Gramsci revela e investiga essa inseparável relação dialética entre intelectual e mundo circunstante, favorecendo os intelectuais orgânicos aos interesses das classes subalternas de uma função central nos processos e lutas de formação de uma contra-hegemonia, adversa aos interesses do capital e de seus intelectuais tradicionais e orgânicos e ainda enquanto estratégia fundamental no conjunto das suas reflexões sobre a constituição de projetos hegemônicos de classe.

Conforme Gramsci (1982) também, a figura do intelectual orgânico (empresário) se sobressai pela superioridade, sendo um organizador da massa de homens.

Destacamos que se podem fixar dois grandes planos superestruturais: aquele que pode ser chamado de sociedade civil (isto é; o conjunto de organismos chamados comumente de privados) e aquele que pode ser chamado de sociedade política ou Estado, que corresponde à função de hegemonia que o grupo dominante exerce em toda a sociedade e àquela de domínio direto, ou de comando, que se expressa no Estado e no governo jurídico. (GRAMSCI, 1982).

Estas funções são precisamente organizativas e conectivas. Os intelectuais são os “comissários” do grupo dominante para o exercício das funções subalternas da hegemonia social e do governo político, isto é: 1) do consenso “espontâneo” dado pelas grandes massas da população à orientação impressa pelo grupo fundamental dominante à vida social, consenso que nasce “historicamente” do prestígio (e, portanto, da confiança) que o grupo dominante obtém, por causa de sua posição e de sua função no mundo da produção; 2) do aparato de coerção estatal que assegura “legalmente” a disciplina dos grupos que não “consentem”, nem ativa nem passivamente, mas que é constituído para toda a sociedade, na previsão dos momentos de crise no comando e na direção, nos quais fracassa o consenso espontâneo. (GRAMSCI, 1982, p. 11).

Em todos os países, o estrato dos intelectuais foi radicalmente modificado pelo desenvolvimento do capitalismo. Segundo Duriguetto (2014), Gramsci define o velho tipo de intelectual como o elemento organizador de uma sociedade de base predominantemente camponesa e artesã. Para organizar o Estado e o comércio, a classe dominante treinava um tipo específico de intelectual. A indústria introduziu um novo tipo: o organizador técnico, o especialista da ciência aplicada.

Nas sociedades em que as forças econômicas se desenvolveram em sentido capitalista até absorver a maior parte da atividade nacional, predominou este segundo tipo de intelectual [...]. Ao contrário, nos países em que a agricultura exerce ainda um papel muito importante ou mesmo predominante, continua a prevalecer o velho tipo, que fornece a maior parte dos funcionários estatais; mesmo na esfera local, na vila e na cidadezinha rural, este tipo exerce a função de intermediário entre o camponês e a administração em geral. (DURIGUETTO, 2014, p. 269).

Segundo, Semeraro (2006, p. 374), sob a ótica deste contexto Marx já havia mostrado, com seu envolvimento nas lutas operárias, que estava despontando outro tipo de intelectual: um ser, ao mesmo tempo, cientista, crítico e revolucionário. Ainda segundo o autor, nascia então a filosofia da práxis e novos intelectuais. Estes eram politicamente compromissados com o próprio grupo social para fazer e escrever a história e, por isso, capazes de refletir sobre o entrelaçamento da produção material com as controvertidas práticas da reprodução simbólica. Porém, segundo Duriguetto (2014, p. 267),

O que interessa ao sardo marxista na reflexão acerca da questão dos intelectuais é a ampliação da formação e da ação dos intelectuais orgânicos das classes subalternas na construção de uma sociedade regulada pelos interesses e necessidades do trabalho, que Marx belissimamente nomeou de emancipação humana.

Gramsci (1982) defendia a ideia segundo a qual a escola é o instrumento para elaborar os intelectuais de diversos níveis. No caso da classe operária, para Gramsci (1982) a luta seria no sentido de afirmar um novo intelectual, não mais afastado do mundo produtivo ou saturado de argumentação moral, mas capaz de ser, simultaneamente, especialista e político, isto é, capaz de exercer uma função condutora de um novo grupo histórico.

Então, ao contextualizar a intersetorialidade na contemporaneidade, alicerçamos a reflexão no intelectual orgânico de Gramsci a partir dos processos que se tornam possíveis na esfera da atividade intelectual voltada à construção de um novo projeto hegemônico da luta de classes.

Segundo Duriguetto (2014), Gramsci inicia o desenvolvimento de uma reflexão sobre a necessidade da formação de uma consciência crítica e de uma nova concepção de mundo dos grupos dominados.

É nesse campo reflexivo que começa o tratamento da questão dos intelectuais e colabora nas ações intersetoriais entre as diversas políticas sociais públicas, trazendo à tona um viés de articulação e troca de diferentes saberes e diretrizes políticas. A defesa da Política Pública de Saúde, através de outros setores (demais políticas), para além da própria saúde, pode ser a alternativa necessária ao fortalecimento do SUS.

4.4 A Interlocução entre a Intersetorialidade, o Pensamento Gramsciano e o Fortalecimento do SUS

Considerando que a sociedade é regulada pelos interesses e necessidades do mercado, é através do mundo do trabalho que a intersetorialidade poderá ser pensada como alternativa a uma especialidade própria dos intelectuais orgânicos/profissionais contemporâneos, numa proposta de desenvolvimento social. Cabe destacar que

No Brasil dos últimos vinte anos a intersetorialidade vêm despertando crescente interesse intelectual e político, particularmente no âmbito das políticas sociais públicas. Sua defesa nesse âmbito apoia-se no reconhecimento de que a relação concertada entre “setores” implica mudanças substanciais na gestão e impactos dessas políticas, bem como ampliação da democracia e da cidadania social. (PEREIRA, 2014, p. 21).

Conforme Pereira (2014), a intersetorialidade promove uma relação favorável para as mudanças na gestão das políticas sociais públicas, impactando no estímulo à cidadania, à democracia social e à emancipação da classe trabalhadora.

Segundo o pensamento gramsciano, a emancipação da classe trabalhadora consiste num longo processo de formação política a partir de uma consciência

crítica. Sendo assim, nessa mesma esfera da intelectualidade é possível a reversão do propósito capitalista e a proposição da emancipação humana, política, econômica, social e cultural, ocupando, na esfera intelectual, o propósito da luta de classes.

Criar uma nova cultura não significa apenas fazer individualmente descobertas “originais”; significa também, e sobre tudo, difundir criticamente verdades já descobertas, “socializá-las” por assim dizer; e, portanto, transformá-las em base de ações vitais, em elemento de coordenação e de ordem intelectual e moral. O fato de que uma multidão de homens seja conduzida a pensar coerentemente e de maneira unitária a realidade presente é um fato “filosófico” bem mais importante e “original” do que a descoberta, por parte de um “gênio” filosófico, de uma nova verdade que permaneça como patrimônio de pequenos grupos intelectuais. (GRAMSCI, 1999, p. 95-6).

Essa cultura política que Gramsci (1999) versou em suas reflexões se mostra contemporânea na medida em que a exploração da sociedade capitalista se mantém ativa desde o seu tempo. A luta política não envolve apenas a esfera da produção, mas também outras esferas que se colocam na superestrutura da sociedade, e o Estado aliado ao capitalismo é uma das forças existentes.

A relação entre os intelectuais e o mundo da produção não é imediata, como ocorre no caso dos grupos sociais fundamentais, mas é “mediatizada”, em diversos graus, por todo o tecido social, pelo conjunto das superestruturas, do qual os intelectuais são precisamente os “funcionários”. Seria possível medir a “organicidade” dos diversos estratos intelectuais, sua conexão mais ou menos estreita com um grupo social fundamental, fixando uma graduação das funções e das superestruturas de baixo para cima (da base estrutural para o alto) (GRAMSCI, 2001, p. 20).

Para uma proposta de estratégia revolucionária, Gramsci (2001) defendeu a ideia de emancipação política, econômica e cultural da classe trabalhadora. Para ele, o grande mote era a organização e mobilização das classes dominadas que está relacionada à construção de uma hegemonia, dependendo intrinsecamente da ação política dos sujeitos na história. No entanto, nem toda a ação intersetorial pode ocorrer na esfera da luta de classes, pois o profissional intelectual poderá ir de acordo com a própria classe que pertence ou até mesmo ser o porta-voz, a partir da sua concepção de mundo.

A expressão “concepção de mundo” é usada por Gramsci para indicar os graus diversos de capacidade de elaboração do sujeito para interpretar a realidade. Segundo Gramsci, “pela própria concepção de mundo, pertencemos sempre a um determinado grupo, precisamente o de todos os elementos sociais que compartilham um mesmo modo de pensar e de agir. Somos conformistas de algum conformismo [...]. Quando a concepção do mundo não é crítica e coerente, mas ocasional e desagregada, pertencemos simultaneamente a uma multiplicidade de (homens-massa) nossa própria personalidade é grau) e na religião. Esse conjunto de manifestações “espontâneas” da filosofia — sistema de crenças, opiniões, modos de ver e agir — se condensariam no “folclore”. Interessa a Gramsci problematizar e apontar criticamente os elementos que conformam os conteúdos dessa “filosofia espontânea”, objetivando a criação de processos pedagógicos que contribuam para a formação de conteúdos novos, portanto, de uma nova filosofia. É com essa preocupação que indaga: [...] é preferível “pensar” sem disto ter consciência crítica, de uma maneira desagregada e ocasional, isto é, “participar” de uma concepção de mundo “imposta” mecanicamente pelo ambiente exterior, ou seja, por um dos muitos grupos sociais nos quais todos estão automaticamente envolvidos [...] ou é preferível elaborar a própria concepção do mundo de uma maneira consciente e crítica [...]. (DURIGUETTO, 2014 apud LIGUORI, 2009, p. 148).

Ainda de acordo com Semeraro (2016), a interconexão do mundo do trabalho com o universo da ciência, com as humanidades e a visão política em conjunto forma, em Gramsci, o novo princípio educativo e a base formativa do intelectual orgânico. Cabe considerar nesse aspecto que as ações, na esfera da intersetorialidade como dimensão do trabalho intelectualizado, demanda aos trabalhadores uma apropriação do contexto em que se inserem e a ampliação de seus conhecimentos individuais para além da própria formação.

Gramsci (1982) refletiu sobre a necessidade da formação de uma consciência crítica e de uma nova concepção de mundo dos grupos dominados e trouxe a importância de conhecer a realidade para a adesão de um projeto societário mais amplo, através da cultura e da educação.

A cultura não se forma no homem, enquanto indivíduo ou coletividade, por uma evolução espontânea, por ações e reações independentes da própria vontade. O homem é uma criação histórica e só como tal pode adquirir a mencionada consciência crítica, que é à base da cultura. Através deste conhecimento crítico de si mesmo e dos outros, o homem historicamente se eleva, se transforma em um “elemento de ordem”, se diferencia daqueles que o precederam e pode, portanto, propor teleologicamente as ações revolucionárias que tenha necessidade de fazer. Neste sentido, se compreende a

afirmação gramsciana, naquele momento, de que toda revolução precisa ser precedida por um intenso e continuado trabalho de crítica e de penetração cultural. (BEZERRA, 2016, p. 3).

Instigar esse processo de conhecimento crítico da formação sócio-histórica, da leitura de realidade, de compreensão de mundo, de coletividade requer mecanismos de aprofundamento cultural.

É nesse campo reflexivo que existe a possibilidade da intersectorialidade ser a proposta de fortalecimento ao SUS. Isso porque é possível pensar e operar, por meio das ações intersectoriais, as múltiplas iniciativas para a emancipação humana e social.

Por outro lado, ao ser, a intersectorialidade considerada um rompimento da tradição fragmentada da política social, que a divide em “setores”, admite-se que ela propicie mudanças de fundo, isto é mudanças nos conceitos, valores, culturas, institucionalidades, ações e formas de prestação de serviços, além de inaugurar um novo tipo de relação entre Estado e cidadão. (PEREIRA, 2014, p. 26).

Concordamos com Pereira (2014) sobre essa mudança necessária nos valores, na cultura, nos conceitos e nas próprias ações de prestações de serviços, possibilidades intrínsecas a partir do movimento dialético, através da luta de classes.

Cabe destacar que não se trata de responsabilizar os profissionais que atuam na Política Pública de Saúde ou nas demais políticas públicas. Trata-se de pensar propostas na esfera da intelectualidade orgânica, buscando a mobilização coletiva na luta de classes em prol do fortalecimento do projeto da Reforma Sanitária, diante de um contexto de desmontes de direitos sociais já conquistados.

Consideramos ainda que a intersectorialidade ocorre na dimensão coletiva. Ou seja, ela não poderá se desenvolver num contexto individual, pois demanda a interlocução de diversos setores e atores.

Para os trabalhadores da saúde, existe um grande desafio, que é a coordenação do cuidado, bem como estar atentos para acolher as demandas garantindo a universalidade do acesso e a integralidade da assistência, segundo os princípios do próprio SUS. Dessa forma, a luta da Reforma Sanitária deve ser reerguida numa proposta atualizada e contemporânea, resgatando a sua classe originária e atuando como seu porta-voz. Além disso, precisa-se pôr em prática as

orientações já previstas nos documentos e nas políticas de saúde do SUS, superando a fragmentação das ações.

Concordamos com Pereira (2014, p. 37) em que a intersetorialidade envolve uma série de fatores, entre eles a intelectualidade orgânica:

A intersetorialidade não é uma estratégia técnica, administrativa ou simplesmente de boa prática gerencial. Pelo contrário, é um processo eminentemente político, e, portanto, vivo e conflituoso. A intersetorialidade envolve interesses competitivos e jogo de poderes que, na maior parte das vezes, se fortalecem na individualidade, ao cultivarem castas de intelectuais, corporações, linguagem hermética e auto-referenciamento de seus pares. Por isso, a tarefa de intersetorializar as políticas sociais não é fácil, mas também não é impossível, desde que a maioria esteja consciente de que vale a pena persegui-la em prol do interesse público.

A intersetorialidade poderá ser movimentada pela intelectualidade orgânica de seus profissionais na interlocução das demais políticas públicas amparadas na luta de classes em prol do fortalecimento do SUS. Contudo, concordamos com Andrade (2006) diante de alguns aspectos que foram trazidos nos capítulos e reflexões acima, sobre a própria da constituição do Estado.

Esse dissenso nasce da contradição entre a necessidade de integração de práticas e saberes requeridas pela complexidade da realidade e um aparato de Estado setorializado, onde se acumulam, com maior ou menor conflito, poderes disciplinares e poderes advindos de composições político – partidárias. O nível de complexidade imbuído na operacionalização da intersetorialidade implica na superação do modelo hegemônico, durante todo o século XX, na constituição do Estado. (ANDRADE, 2006, p. 280-281).

Estes aspectos são contradições existentes que se apresentam na configuração do Estado e se colocam entre a possibilidade de articulações e as práticas intersetoriais diante da própria estrutura hegemônica que é setorializada. O pano de fundo da formação sócio-histórica do Brasil, como vimos, mesmo antes do século XX através dos aspectos políticos, econômicos e sociais, são desafios constitutivos e permanentes para a materialidade de ações intersetoriais e ao fortalecimento das políticas sociais públicas. Na medida em que existe a necessidade de interação delas, existe também a antítese da setorialidade da estrutura do Estado, considerando ainda a influência segregadora do neoliberalismo

hegemônico. Isso se apresenta como um grande desafio para todas as políticas sociais públicas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo se propôs analisar a sociedade brasileira diante dos seguintes aspectos: a relação entre política, os fatores sociais e econômicos no âmbito da saúde e o modo de produção que é a nossa base socioeconômica.

A evolução histórica da saúde está intrinsecamente vinculada à evolução política, social, econômica e cultural brasileira, sendo inegável o avanço do capitalismo. Também se verificou que a saúde nunca ocupou, de fato, um lugar central na política do Estado brasileiro, sempre sendo deixada à margem do sistema – tanto em relação às situações de adoecimento que atingem a população quanto em relação aos recursos direcionados ao próprio SUS, a exemplo a PEC 55.

Como visto, os direitos sociais como saúde, educação, assistência social e previdência social sempre foram resultantes da luta de classe entre os trabalhadores brasileiros e o Estado. O SUS nasceu neste palco, através do movimento da Reforma Sanitária, numa proposta de emancipação humana e cidadã.

A partir do **objetivo geral**, demonstramos que o contexto político, econômico e social não favoreceu o cumprimento preconizado da intersectorialidade da Política Pública de Saúde. Por meio desta análise, viu-se que estes elementos só contribuíram para a área da saúde se configurar em ações setorializadas, como percebido no período de 1922 a 1985, que se constatou uma predominância de setorialidade, o que não criou uma cultura de ações integradas na Política Pública de Saúde.

Também verificamos que o sistema capitalista e o neoliberalismo não preveem ações articuladas numa proposta de fortalecimento aos direitos sociais; a essência de sua lógica volta-se ao mercado, ao consumo. Assim, em todo o processo histórico abordado, a tentativa de fortalecer as políticas sociais públicas foi praticamente nula. Em contrapartida, vimos os fortes investimentos nas privatizações e na regulação do mercado, e os esforços para o fortalecimento do projeto privatista da saúde em detrimento do projeto da Reforma Sanitária.

Foi possível identificar que os aspectos que contribuíram para a não efetivação da intersectorialidade resultaram de um processo histórico de consolidação do sistema capitalista no Brasil, que visava à regulação do mercado em detrimento das necessidades da população em relação à saúde pública.

A partir do movimento da Reforma Sanitária, a proposta da intersetorialidade é vislumbrada, e com a lei nº 8.080/1990 estabeleceu-se que as comissões intersetoriais tivessem a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde. Porém, constatou-se que, já naquela ocasião, os antecedentes históricos eram determinantes para a não efetivação, porque toda a estrutura da política ainda se encontra fragmentada.

Na sequência, identificamos como a intersetorialidade foi descrita nos documentos da própria política. Contudo, verificamos que suas propostas constituem metodologias frágeis para a sua execução, ficando a cargo dos trabalhadores e gestores da saúde as suas próprias interpretações e realização. Então compreendemos que o papel do intelectual orgânico enquanto profissional da saúde pode consolidar-se enquanto o mediador da intersetorialidade da Política Pública de Saúde, através da interface entre compromissos, valores, afetos, responsabilidades, compartilhamentos na sinergia das ações intersetoriais, contribuindo para a ampliação do olhar sobre a saúde e engajando-se na reciprocidade da luta de classes a qual representa num processo de mudança de cultura.

O sistema capitalista deflagra as ações coletivas como os movimentos sociais, inclusive marginalizando-os, procedendo numa perspectiva de segregação da população. A racionalidade neoliberal, como vista a partir de Dardot e Laval (2016), aprisiona a democracia, a luta de classes e a coletividade, trazendo à tona a competição, o individualismo, a segregação, pois é uma lógica que modela a vida social introjetando na subjetividade dos indivíduos a lógica pelo capital e seu mercado. Sendo este um elemento desagregador e responsável pela fragmentação das políticas sociais públicas, é inegável dissociar a constituinte neoliberal e o perfil neoconservador do sistema brasileiro.

Entretanto, consideramos que as práticas intersetoriais ainda não estão ocorrendo devido à própria setorialização das instituições e setores, ou seja, é uma cultura que não favorece este aspecto. Também concordamos com Andrade (2006), segundo o qual existe uma complexidade na operacionalização da intersetorialidade: “a superação do modelo hegemônico, durante todo o século XX, na constituição do Estado”. (ANDRADE, 2006, p. 281).

Então, compreender o papel do intelectual orgânico como mediador da intersetorialidade da Política Pública de Saúde torna-se uma possibilidade para contribuir com a ruptura do paradigma da setorialização e de um modelo

hegemônico neoliberal, numa perspectiva de mudança cultural para o fortalecimento da luta de classes.

Diante disso, a viabilidade ou implementação da intersectorialidade acaba por ser um grande desafio, pois, na medida em que fortalece ações coletivas, setoriais, ou seja, articula outros setores, seja no âmbito da própria Política Pública de Saúde ou em interface com outras políticas sociais, acaba sendo uma afronta ao próprio sistema que é conservador, pois constitui uma proposta renovadora que propõe avanços.

Também compartilhamos da proposta do sanitarista Sergio Arouca, em que os princípios básicos da Reforma Sanitária não se restringiam à criação do SUS. Tal proposta mostrou que o conceito de saúde e doença estava ligado ao trabalho, saneamento, lazer e cultura. Por isso, era preciso discutir a saúde não como política do Ministério da Saúde, mas como uma função permanente de Estado.

Contudo, nos últimos anos, a sua agenda tem sido estrangida e empobrecida por uma fixação desproporcional na questão do volume de financiamento. É certo que o SUS opera com um significativo subfinanciamento e que necessita de mais recursos financeiros, porém como se constata crescentemente, em países desenvolvidos e em desenvolvimento, o simples incremento dos recursos financeiros, isoladamente, não contribui para a resolução da crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde. (MENDES, 2011, p. 18).

Consideramos que, mesmo em tempos de desmontes de direitos e de subfinanciamento da Política Pública de Saúde, é necessário o fortalecimento do projeto da Reforma Sanitária por estar pautado nos valores solidários, coletivos e universais inscritos na CF/1988 (MENDES, 2011), sendo uma alternativa de retomada de discussão na esfera dos direitos sociais constituídos. Assim, faz-se preciso resgatar os princípios do movimento da Reforma Sanitária, buscando o fortalecimento do SUS na garantia da ampliação da cidadania social.

Gramsci (1982) já tecia estas reflexões em sua época, e suas interpretações ainda permanecem contemporâneas, dando possíveis respostas e esclarecimentos em tempos de desmonte de direitos. Hoje, temos uma grande permeação de instituições, interesses, que estão totalmente difusos no âmbito da sociedade. Gramsci (1982) também refletiu que a elaboração nacional unitária de uma consciência coletiva homogênea requer múltiplas condições, iniciativas e difusão por

um centro homogêneo. Um modo de pensar e agir homogêneo é condição principal, mas não deve e não pode ser a única.

Em tempos complexos de avanço do neoliberalismo e neoconservadorismo, essa discussão precisa ser retomada via consciência coletiva perpassando as políticas públicas os espaços de controle social, para assim ampliar o alcance das mobilizações. Somente através de uma prática social compartilhada por meio de ações conjuntas e coletivas é que a intersectorialidade irá se materializar, os intelectuais orgânicos poderão ser potenciais mediadores e instigadores dessas novas formas de luta, representando a classe social a que pertencem, lutando coletivamente pela emancipação humana.

Estes desafios estão postos e se fazem presentes ao SUS e às demais políticas públicas na contemporaneidade, considerando o neoconservadorismo e o neoliberalismo galopante dos últimos tempos na esfera das privatizações. A necessidade de ruptura com o projeto privatista e as propostas neoliberais é fundamental para a garantia dos direitos adquiridos constitucionalmente, e só poderá ser concebido no fortalecimento coletivo em prol de um objetivo comum.

A promulgação da Emenda Constitucional PEC 55 feriu diretamente os direitos sociais, assim como o impeachment violou o direito à democracia da população brasileira. Toda a sociedade vem perdendo com a crise no Brasil, e falácia neoliberal que se instalou com atual governo.

Neste contexto, ousamos repensar formas e estratégias de fortalecimento da Política Pública de Saúde e seu Sistema Único, através dos intelectuais orgânicos, a partir de Gramsci (1982), na utilização da intersectorialidade enquanto diretriz constituinte da própria política, como possibilidade de articulação dos demais setores e das Políticas Sociais Públicas, em prol da luta de classes pautada nos valores solidários, coletivos e universais.

Contudo, o SUS ainda deverá avançar no princípio da integralidade, mas, enquanto política pública vem garantindo coletivamente a igualdade social na construção da cidadania na esfera da saúde brasileira. A intersectorialidade poderá ser pensada como uma estratégia de otimização dos saberes, através de uma relação sinérgica e colaborativa entre a área da saúde e as demais Políticas Sociais Públicas, compondo a mudança cultural necessária em tempos de desmontes de direitos.

REFERÊNCIAS

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

AROUCA, S. **Entrevista**. (2012) Disponível em: <<http://abagagemdonavegante.blogspot.com.br/2012/07/sergio-arouca-o-ideologo-do-sus.html>>. Acesso em: 5 abr. 2017.

BARROCO, M. L. Barbárie e neoconservadorismo: os desafios do projeto ético-político. **São Paulo Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 106, p. 205-218, abr./jun. 2011.

BARROCO, Maria Lucia S. Barbárie e neoconservadorismo: os desafios do projeto ético-político. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 106, p. 205-218, abr./jun. 2011.

BELLINI, M. I. et al. Políticas públicas e intersectorialidade em debate. In: I Seminário Internacional sobre Políticas Públicas, Intersetorialidade e Família. **Anais** ISSN: 2358-0135 .Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013.

BEZERRA, Cristina Simões | JOINGG – Jornada Internacional de Estudos e Pesquisas em Antonio Gramsci VII JOREGG – Jornada Regional de Estudos e Pesquisas em Antonio Gramsci. Práxis, Formação Humana e a Luta por uma Nova Hegemonia. **Anais da Jornada** ISSN 2526-6950. A construção da concepção de cultura em Antonio Gramsci: uma análise da produção pré-cárcere. Universidade Federal do Ceará – Faculdade de Educação 23 a 25 de novembro de 2016, Fortaleza.

BORGES, F. T. et al. **Anatomia da privatização neoliberal do Sistema Único de Saúde. O papel das organizações sociais de saúde**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012.

BRASIL. **Decreto nº 6.788, de 30 de janeiro de 1941**. Disponível em <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1940-1949/decreto-6788-30-janeiro-1941-331348-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 5 abr. 2017.

BRASIL. **Decreto-lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967**. Disponível em: <<http://www.sinserconrs.com.br/arquivos/legislacao/Decreto%20Lei%20200%201967%20Organizacao%20Adm%20Federal.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2017.

BRASIL. Comissão Nacional da Reforma Sanitária. **Documentos I**. Rio de Janeiro, 1986.

BRASIL, **Constituição Federal de 1988**. Disponível em: <www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>. Acesso em: 10 set. 2016.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm>. Acesso em: 2 març. 2017.

BRASIL. **NOB 2001 – Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html>. Acesso em: 12 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. (Série B. Textos Básicos em Saúde).

BRASIL. **Cartilha do SUS 2004**. Disponível em: <<http://sna.saude.gov.br/Cartilha%20Sus%20e%20os%20Municipios>>. Acesso em: 15 abr. 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/>>. Acesso em: 15 nov. 2016.

BRASIL. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização** – a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 1.399**, de 15 de dezembro de 1999, NOB/96.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 399**, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.

BREDOW, S. G.; DRAVANZ; G. M. Atuação do Serviço Social na Saúde Mental: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersetorial, integral e resolutiva. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 229-243, ago./dez. 2010.

DARDOT, P.; LAVALL, C. **A nova razão de mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal**. São Paulo: Boitempo, 2016.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. (1978) Disponível em: <http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/Dec_Alma-Ata.htm>. Acesso em: 5 nov. 2014.

DIAS, M. Saúde mental e políticas de estado: pactuar caminhos intersetoriais. Apresentação In: **IV Conferência Municipal de Saúde Mental de Pelotas**, Pelotas, 2010.

DOMINGUES, J. E.; FIUSA, L. P.L. **História o Brasil em foco: o brasil no contexto da história geral**. São Paulo: FTD, 1996.

DURIGUETTO, M. L. A questão dos intelectuais em Gramsci. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 118, p. 265-293, abr./jun. 2014.

FALEIROS, V. P. et al. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

FALEIROS, V. P. **O que é política social**. São Paulo: Brasiliense, 2004 (Coleção Primeiros Passos, n. 168).

FALER, C. S. **Intersetorialidade: a construção histórica do conceito e a interface com as políticas sociais públicas 2015**. 237 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

FINKELMAN, J. (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

FIOCRUZ. **Atenção Primária à Saúde**. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>>. Acesso em: 05 nov. 2016.

GRAMSCI, A. **Os Intelectuais e a Organização da Cultura**. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. 4. ed. Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 1982.

GRAMSCI, A. **Cadernos do cárcere**. Antonio Gramsci: introdução ao estudo da filosofia. A filosofia de Benedetto Croce. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999. v. 1.

GRAMSCI, A. **Cadernos do cárcere**. Tradução: Carlos Nelson Coutinho. 2. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001. v. 2.

IAMAMOTO, M. V. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 11. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

JACCOUD, L. (Org.) et al. **Questão Social e Políticas Sociais no Brasil Contemporâneo**. Brasília: IPEA, 2005.

KONDER, L. **O que é dialética**. São Paulo: Brasiliense, 1981.

KOSÍK, K. **Dialética do Concreto**. 7. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

LEFEBVRE, H. **Lógica formal e lógica dialética**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1991.

LIMA, C. S. L.; MIOTO, R. C. T. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Katálisis**, Florianópolis, v. 10, n. esp. p. 37- 45, 2007.

MATTA, G. C.; LIMA, J. C. F. (Org.) **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV, 2008.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MÉSZÁROS, I. **A montanha que devemos conquistar**. São Paulo: Boitempo, 2015.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 6. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1999.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 26. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

MOLL, R. **Diferenças entre o neoliberalismo e o neoconservadorismo: duas faces da mesma moeda**. 2015. Disponível em: <<http://unesp.br/semdiplomacia/opiniaio/2015/43>>. Acesso em: 20 nov. 2016.

MONNERAT, Giselle Lavinias; ALMEIDA, Ney Luiz Teixeira de; SOUZA, Rosemary Gonçalves de (orgs.). **A intersectorialidade na agenda das políticas sociais**. Campinas: Papel Social, 2014.

MORAES, R. Análise de Conteúdo: limites e possibilidades. In: ENGERS, M. (Org.) **Paradigmas e metodologias de pesquisa em educação**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1994, p.7-32.

MOSER, Liliane; KATÁL., R. Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 68-77, jan./jun. 2011). **A nova geração de políticas sociais no contexto europeu: workfare e medidas de ativação**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rk/v14n1/v14n1a08.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2017.

NETTO, J. P. Transformações societárias e Serviço Social: notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo: Cortez, 1996, n. 50.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PAIM, J.S. **A reforma sanitária e o Cebes**. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35.

PASSOS, R. **Evolução Histórica da Saúde no Brasil e a Construção do SUS, 49 questões comentadas**. Ebook gratuito, 2013.

PEREIRA, K. Y. L.; TEIXEIRA, S. M. Redes e Intersetorialidade nas Políticas Sociais: reflexões sobre a sua concepção na política de assistência social. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 12, n. 1, p. 114-127, jan./jun. 2013.

PEREIRA, P. A. Utopias desenvolvimentistas e políticas social no Brasil. **Serv. Soc.**, São Paulo, n. 112, p.729-753, out./dez. 2012.

PEREIRA, Potyara A. P. A intersectorialidade das políticas sociais na perspectiva dialética. In: MONNERAT, Giselle Lavinias; ALMEIDA, Ney Luiz Teixeira de; SOUZA, Rosemary Gonçalves de (orgs.). **A intersectorialidade na agenda das políticas sociais**. Campinas: Papel Social, 2014.

PINHEIRO, Roseni. Integralidade. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>>. Acesso em 02/11/2017.

POLIGNANO, M. V. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. **Cadernos do Internato Rural Faculdade de Medicina – UFMG**, v. 35, 2001.

ROCKMANN, R. **Carta Capital**. 2016. Disponível em: <<https://www.cartacapital.com.br/revista/879/sem-dinheiro-o-sus-morre-7769.html>>. Acesso em: 11 jan. 2016.

SANTOS, RONALD. G1. **Reportagem saúde pode ter perdas bilionárias**. Disponível em: <<http://g1.globo.com/economia/noticia/2016/10/saude-pode-ter-perdas-bilionarias-com-pec-do-teto-avaliam-entidades.html>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

SEMERARO, G. Intelectuais “orgânicos” em tempos de pós-modernidade. **Cad. Cedes**, Campinas, v. 26, n. 70, p. 373-391, set./dez. 2006.

SIMIONATTO, I. **Gramsci sua teoria, incidência no Brasil, influência no Serviço Social**. 2. ed. Florianópolis: UFSC; São Paulo: Cortez, 1999.

SIMIONATTO, Ivete. Classes subalternas, lutas de classe e hegemonia: uma abordagem gramsciana. **Katálisis**, Florianópolis, v. 12, n. 1 p. 41-49 jan./jun. 2009. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

SOUZA, C. Introdução Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, Ano 8, n. 16, p. 20-45, jul./dez. 2006.

SOUZA, D. O.; SILVA, S. E. V.; SILVA, N. O. Determinantes Sociais da Saúde: reflexões a partir das raízes da “questão social”. **Revista Saúde Soc.**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 44-56, 2013.

VASCONCELOS, Kathleen Elane Leal; SILVA, Mauricelia Cordeira da; SCHMALLER, Valdilene Pereira Viana. In: **Katálysis**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 82-90, jan./jun. 2013.

YAZBEK, M. C. Serviço Social e pobreza. In: **Katálysis**, Florianópolis, v. 13, n. 2, p. 153-154, jul./dez. 2010.