

Políticas Sociais e Intersectorialidade: elementos para debate

Mônica de Castro Maia Senna¹

Danielle do Valle Garcia²

Resumo

Este trabalho analisou as principais características de dois arranjos institucionais intersectoriais desenvolvidos no Brasil nas últimas décadas: Estratégia Saúde da Família e Programa Bolsa Família. Foi realizada breve sistematização da bibliografia que explora os sentidos da intersectorialidade, o resgate da construção dos programas e apontados elementos do debate sobre o contexto no qual o desenvolvimento de ações intersectoriais é enfatizado nos arranjos institucionais. Os desafios à efetiva implementação de ações intersectoriais são muitos e requerem esforço de coordenação e cooperação dos atores envolvidos, tendo em vista aspectos relacionados às diversas lógicas organizacionais que regem as arenas setoriais.

Palavras-chave

Política social; Intersectorialidade; Saúde; Assistência Social.

Social policy and intersectorality: elements for debate

Abstract

This work analysed the principal characteristics of two intersectoral institutional arrangements developed in Brazil on last years, Estratégia Saúde da Família and Bolsa Família. A brief systematization of bibliography that exploit the intersectoral senses, the rescue of programs and the debate about the context where intersectoral development is emphasized on institutional arrangements. The challenges for the effective implementation of intersectoral actions are large and needs the coordination enforcement of all actors on this process, because of some aspects related on organizational logical that governing sectoral arenas.

Keywords

Social policy; Cross-section initiatives; Health; Social work.

Introdução

A grave situação econômica e social que o Brasil enfrenta neste novo milênio tem favorecido o debate em torno dos limites das estratégias de inclusão social promovidas no país. Diante de um mundo cada vez mais globalizado, com redefinição dos lugares ocupados pelos diferentes países na estrutura produtiva das economias capitalistas, esta questão se torna particularmente relevante. Especialmente ao se considerar que o Brasil não experimentou um processo de desenvolvimento associado à distribuição da riqueza socialmente produzida. Tampouco desenvolveu mecanismos de proteção social associados à estratégia de pleno emprego e/ou pautados na noção de direitos universais sob responsabilidade pública, tal como grande parte dos países europeus.

De fato, é possível afirmar que até a promulgação da Constituição Federal de 1988, predominou no Brasil um padrão de proteção social assentado sob uma lógica corporativista e meritocrática, em que os direitos sociais estavam vinculados à proteção de determinadas categorias profissionais baseadas na contribuição prévia. Aos excluídos do mercado formal de trabalho eram destinadas ações assistenciais pontuais. Associada a essa característica, pode-se mencionar a intensa fragmentação institucional que modelou a intervenção estatal brasileira no campo social.

É, portanto, no contexto da transição democrática do país que ganham força proposições de alteração deste padrão protetivo. A saúde, a previdência e a assistência social foram garantidas como direito social no texto da Carta Constitucional de 1988, passando a integrar o conjunto de políticas de Seguridade Social. A perspectiva era de integração entre essas áreas, historicamente caracterizadas por lógicas distintas e até mesmo opostas.

Um rápido balanço dos vinte e cinco anos da promulgação do texto constitucional indica que esse conjunto de políticas ainda não pode ser considerado articulado entre si até os dias atuais. Além disso, a concepção de tripé da seguridade social prevista na Constituição Federal segue sendo uma imagem-objetivo para o sistema de proteção social brasileiro. Por outro lado, a complexidade dos processos sociais e a magnitude das necessidades e demandas sociais colocam a necessidade de articulação entre as áreas de políticas públicas como uma tarefa inadiável.

Diante deste cenário, surgem diferentes iniciativas que tomam a intersetorialidade como eixo estruturante do desenho das ações e programas sociais. No caso da saúde e da assistência social, é imperativo reconhecer que estas áreas desenvolveram, nas últimas décadas, programas pautados pela perspectiva da in-

tersetorialidade e que merecem atenção devido a sua abrangência e à relevância adquirida na agenda governamental. A diversidade tem dado o tom dos desenhos e arranjos organizacionais destas iniciativas, o que coloca o desafio de conhecer esses formatos e experiências. Interessa, neste sentido, examinar de que forma essas áreas têm construído o enfoque intersetorial, principalmente no que se refere aos arranjos institucionais de suas principais intervenções.

O estudo empreendido no presente artigo prioriza duas intervenções públicas vinculadas às áreas de saúde e de assistência social em âmbito nacional: a Estratégia Saúde da Família (ESF), implantada como programa em 1994, mas com novo desenho e expressão nacional a partir de 1998; e o Programa Bolsa Família (PBF), principal programa social do governo federal desde que foi criado em 2003.

Neste sentido, o presente trabalho tem por objetivo apresentar as principais características dos dois arranjos institucionais na saúde e na assistência social que têm a intersetorialidade como princípio organizativo, a saber: a ESF e o PBF. Para tanto, este artigo se divide em três seções, além desta introdução e das considerações finais. Inicia-se com um mapeamento do debate teórico conceitual sobre o tema da intersetorialidade na recente produção bibliográfica sobre políticas sociais, de forma a explorar diferentes sentidos da intersetorialidade. Em seguida, passou-se à apresentação dos elementos centrais que permitem caracterizar os dois arranjos institucionais a serem analisados para, ao final, apontar alguns elementos do debate recente sobre o contexto no qual o desenvolvimento de ações intersetoriais é enfatizado nos dois programas analisados.

Alguns elementos do debate teórico-conceitual sobre intersetorialidade

O tema da intersetorialidade tem ocupado lugar de destaque no debate acadêmico recente e constitui uma das diretrizes centrais do desenho de diversas políticas sociais brasileiras na atualidade. A ênfase atribuída à temática está associada a um conjunto de fatores que convergem em direção à defesa da articulação intersetorial como estratégia orientadora das intervenções públicas no campo social.

Um primeiro aspecto a considerar é o próprio processo de reestruturação das políticas públicas brasileiras no pós-1988. Pautadas na crítica ao padrão fragmentado da ação estatal historicamente construído no país, as recentes reformas das políticas sociais trouxeram à tona a necessidade da integração entre diferentes setores, tanto no âmbito da gestão quanto no das práticas sociais.

Além disso, a descentralização das políticas sociais e o protagonismo assumido pelos municípios na gestão e provisão destas políticas trouxeram a perspectiva de integração dos diferentes setores governamentais e destes com a sociedade como condição necessária para melhoria do desempenho municipal frente às novas responsabilidades assumidas.

No campo específico das políticas dirigidas a famílias pobres, diversos autores, entre eles Carvalho (1994), salientam a necessidade da conjugação de ações das diversas áreas setoriais como condição imprescindível para alteração das condições de vida destas famílias. Como defende Koga (2003), a intersetorialidade é uma qualidade necessária ao processo de intervenção, sobretudo no campo social. Programas, projetos e equipes técnicas são desafiados ao diálogo e ao trabalho conjunto com a perspectiva da inclusão social. Neste caso, há que se fazer presente a participação dos membros da comunidade envolvida, na medida em que estes são os sujeitos do processo e aqueles que podem garantir a continuidade da proposta (KOGA, 2003, p. 242).

Por outro lado, nos estudos sobre a questão, também é recorrente a visão de que o planejamento das políticas sociais com base na intersetorialidade pode favorecer a otimização de recursos e tornar mais eficaz a sua alocação, uma vez que os serviços são dirigidos aos mesmos grupos sociais situados num dado território geográfico (BURLANDY, 2003). Desta maneira, reconhece-se que a perspectiva intersetorial tende a potencializar os diversos recursos setoriais (físicos, humanos, financeiros), principalmente nos contextos locais de implementação.

Se o termo intersetorialidade é carregado de conotações positivas, é preciso reconhecer que sua operacionalização enfrenta um conjunto considerável de obstáculos, relacionados, entre outros fatores, às diversas lógicas organizacionais que regem as arenas setoriais, à disputa por recursos e status entre os setores envolvidos e à complexidade do processo de intermediação de interesses distintos com capacidades também distintas de influência na arena decisória. Como afirma Andrade (2006: 280), a intersetorialidade é marcada pela existência de “um consenso discursivo e um dissenso prático”. De fato, as análises das experiências concretas de ações intersetoriais apontam uma multiplicidade de caminhos e inúmeros desafios para sua efetivação.

Campos (2000) compreende a ação intersetorial como um processo organizado e coletivo e, portanto, não pode ser espontânea. Na concepção do autor, trata-se de uma ação deliberada que requer o respeito à diversidade e às particularidades de cada setor ou participante. A construção de ações intersetoriais envolve

espaços comunicativos, capacidade de negociação e intermediação de conflitos para a resolução ou enfrentamento final do problema principal e para a acumulação de forças, na construção de sujeitos, na descoberta da possibilidade de agir. Nestes termos, mais do que o envolvimento de diferentes setores governamentais, a intersectorialidade diz respeito também à relação entre Estado e sociedade.

Camerlato (2007) compartilha essa perspectiva ao afirmar que a intersectorialidade pode representar um espaço de compartilhamento de saber e de poder, de estruturação de novas linguagens, de novas práticas e de novos conceitos que, atualmente, não se encontram estabelecidos ou suficientemente experimentados.

A ideia de que a realidade criada a partir de um novo conhecimento deve ser partilhada no interior das organizações gestoras das políticas é defendida por Junqueira (2004). Para o autor, essa partilha vai depender da mudança das práticas institucionais e das relações sociais que se estabelecem entre os diversos atores organizacionais e societários. Nesta direção, ainda segundo o autor, essas práticas tendem a privilegiar a integração de saberes e experiências, em prejuízo da setorialização e da autonomização.

Essa nova lógica não se refere, entretanto, apenas ao arranjo institucional interno das administrações. Ela é referida à população e o objetivo a ser alcançado é o desenvolvimento social, compreendido como a distribuição mais equânime das riquezas existentes na sociedade num determinado momento histórico. Sob esse prisma, as intervenções públicas exigem, portanto, respostas integradas aos problemas identificados pelos indivíduos e grupos da população, sujeitos do processo de definição de prioridades. Por isso, são necessárias negociações entre os diferentes atores sociais presentes na arena política, que devem ser sensibilizados e comprometidos com as mudanças.

Esse processo é altamente complexo e envolve negociações e intermediações de interesses diversos. Ao defender a intersectorialidade na promoção de cidades saudáveis, Westphal e Mendes (2000) apontam que muitos interlocutores questionam este modo de organização, preocupados com a especificidade dos setores e das atividades que desenvolvem, como a escolarização, o atendimento à saúde, a atividade administrativa, etc. Isso se torna ainda mais preocupante em contextos de recursos escassos, onde os esforços para articulação intersectorial são limitados pela disputa de poder político e de recursos financeiros. Vale ressaltar que esses autores não desconsideram a importância das ações setoriais, inclusive como uma condição necessária à integração intersectorial. Nesta direção, eles estão em acordo com a afirmação de Mendes, quando este autor diz que:

A intersetorialidade não anula a singularidade do fazer setorial pela instituição de uma polivalência impossível; ao contrário, reconhece os domínios temáticos, comunicando-os para a construção de uma síntese (MENDES, 1996, p.253).

Sposati indica elementos importantes para se pensar a intersetorialidade no processo de gestão de políticas públicas de corte social. A autora entende que a intersetorialidade significa adotar uma decisão racional no processo de gestão através da qual não pode ser considerada antagônica ou substitutiva da setorialidade, mas complementar. Em outras palavras, implica em realizar uma combinação entre política setorial com intersetorial no processo de gestão, e não contrapô-las (SPOSATI, 2006).

Para esta autora, a intersetorialidade tem dimensões que precisam ser combinadas como dever do Estado e direito da cidadania. O primeiro princípio que rege essa relação seria o da convergência, isto é, um conjunto de impulsos para a ação em determinada situação, seja ela um objeto, um tema, uma necessidade, um território, um grupo, um objetivo, uma perspectiva. Contudo, a autora considera ser necessário que a intersetorialidade seja sempre corretiva de irracionalidades entre pessoal, funções ou gastos sobrepostos, pois é um mecanismo racionalizador da ação, uma estratégia de gestão institucional que busca trazer mais qualidade por permitir ultrapassar limites que ocorreriam na abordagem somente setorial (*Idem*, 2006).

Neste sentido, a intersetorialidade pode ser compreendida não só como um campo de aprendizagem dos agentes institucionais, mas também como caminho ou processo estruturador da construção de novas respostas e novas demandas para cada uma das políticas públicas.

Para tanto, a intersetorialidade tem como base um planejamento geral, diferente do modelo tradicional, em que o trabalho é organizado por equipes especializadas para o planejamento, a realização e avaliação de ações e serviços. A estrutura governamental, de acordo com a lógica intersetorial, supõe a articulação de planos e o compartilhamento de informações, e apresenta-se, sobretudo, mais permeável à participação do cidadão, tanto no planejamento quanto na avaliação (INOJOSA, 1998).

Para Junqueira, ao integrar saberes e experiências das políticas setoriais, a intersetorialidade constitui um fator de inovação na gestão da política e possibilita também a articulação das diversas organizações que atuam no âmbito das políticas sociais, constituindo as redes sociais.

A intersectorialidade e a rede, para dar eficiência e eficácia a gestão das políticas sociais, exigem mudanças significativas na lógica da gestão tanto das organizações públicas estatais como das organizações sem fins lucrativos, integrando-as para atender os interesses coletivos (JUNQUEIRA, 2004, p.01)

Sob o enfoque dado pelo autor, o conceito de intersectorialidade incorpora a integração, de território e de direitos sociais. A contribuição desta concepção estaria no rompimento do modelo setorial de resposta dada pelo Estado às necessidades do mesmo cidadão.

É uma nova lógica para a gestão da cidade, buscando superar a fragmentação das políticas, considerando o cidadão na sua totalidade. (*Ibidem*, 2004, p. 03)

A ação intersectorial seria um processo de aprendizagem e de determinação dos sujeitos, que deve resultar em uma gestão integrada, capaz de responder com eficácia à solução dos problemas da população de um determinado território, saindo, entretanto, do âmbito da necessidade para o da liberdade. O homem é considerado na sua integralidade, superando a autonomização e a fragmentação que têm caracterizado a gestão das políticas sociais para uma dimensão intersectorial (JUNQUEIRA, 2004).

Ao analisar os projetos europeus de cidades saudáveis, Goumans conclui que embora a ação intersectorial se coloque como uma exigência destes projetos, a retórica intersectorial parece, da mesma forma que na interdisciplinaridade, ter sido mais desenvolvida que a prática ou, em outras palavras, esta mudança de modelo de gestão é bastante difícil. De acordo com a autora,

A intersectorialidade pode ocorrer em diferentes níveis e entre diferentes esferas. A retórica da colaboração defende que os atores são iguais, isto é, têm igual poder de colaborar entre si; no entanto, estamos falando aqui da lógica da parceria, que envolve a ideia do conflito, considerando que atores têm graus bastante variados de condições e de poder, devido às iniquidades estruturais subjacentes, tais como acesso ao dinheiro, informação ou poder. (GOUmans *apud* WESTPHAL e MENDES, 2000, p. 55).

A intersectorialidade é um processo complexo e, como tal, envolve o enfrentamento das contradições, restrições e resistências. A mudança na lógica de

venar setorialmente para a uma lógica intersetorial requer decisão política, pois implica mudanças na organização, ou seja, nas estruturas de poder.

No âmbito deste trabalho, parte-se do sentido de intersetorialidade trazido por Junqueira (2004), que compreende a intersetorialidade como um meio de intervenção na realidade social que exige articulação de instituições e pessoas para integrar e articular saberes e experiências estabelecendo um conjunto de relações, constituindo uma rede.

Neste sentido, a intersetorialidade informa uma nova maneira de planejar, executar e controlar a prestação de serviços, para garantir um acesso igual dos desiguais. Isso significa alterar toda a forma de articulação dos diversos segmentos da organização governamental e dos seus interesses.

A construção desta nova maneira de conduzir as políticas sociais não é, portanto, uma tarefa simples, na medida em que requer a conjugação de esforços de um conjunto amplo de sujeitos sociais, com concepções, interesses e recursos diferenciados na arena decisória. E essa complexidade se traduz também nos diversos arranjos organizativos das políticas e programas sociais. É buscando conhecer essa diversidade que serão elencadas, a seguir, duas dessas iniciativas de programas governamentais com propostas de ações intersetoriais.

A Estratégia Saúde da Família

A concepção de saúde como um processo social e, portanto, resultante da combinação de diversos determinantes – não apenas biológicos, mas também econômicos, sociais e culturais – coloca a articulação intersetorial como necessária para tornar efetivas as ações empreendidas. Apesar deste reconhecimento, é preciso salientar que o modelo médico hegemônico – pautado quase que exclusivamente nos aspectos biomédicos e na atenção hospitalocêntrica – contribuiu para a adoção de intervenções fragmentadas e altamente setorializadas.

A compreensão ampliada da saúde pautou a implantação do SUS e o reforço da Atenção Básica em Saúde, trazendo para o centro do debate a necessidade da intersetorialidade. Nesta direção, foram implantadas diferentes estratégias de prevenção e promoção à saúde, direcionadas às famílias em seus territórios, com destaque para a Estratégia Saúde da Família (ESF).

A ESF entrou na agenda do Ministério da Saúde a partir de 1994, levando a proposições de mudanças no modelo de atenção, na organização do sistema e nas modalidades de alocação de recursos e de remuneração das ações de saúde (MACHADO, 2005). Carro-chefe do processo de reorganização e reestruturação de

sistemas locais de saúde, a ESF surgiu no cenário das políticas de saúde no Brasil com o papel de repor a relevância da atenção básica³, com ênfase nos cuidados da prevenção e da promoção da saúde.

Esse processo foi marcado por um intenso debate sobre a valorização da atenção básica em países em desenvolvimento, fortemente induzida pelos organismos multilaterais internacionais. É possível afirmar que esse debate polarizou, de um lado, os que apoiavam o incremento da atenção básica como ampliação do acesso aos serviços e estratégia reorganizadora da atenção à saúde e, de outro lado, os defensores da concepção de que essa seria uma estratégia de redução de custos na saúde conforme orientação do projeto de reforma neoliberal em curso no país desde o início dos anos 1990.

Vale a pena lembrar que algumas experiências municipais já vinham sendo desenvolvidas antes mesmo da implantação do programa federal. Por exemplo, o primeiro município a estruturar seu modelo de assistência a partir da família foi Curitiba (PR) e Camaragipe (PE) também contava com equipes de saúde da família (ESF) desde 1994.

Mas foi por meio de Norma Operacional publicada em 1996 que se criaram os incentivos financeiros para que os municípios adotassem a ESF como principal estratégia de reorganização do modelo de atenção à saúde. O Ministério da Saúde assumiu oficialmente o caráter estratégico do ESF, afirmando a reorientação do modelo assistencial, estabelecendo-o como porta de entrada do sistema público de saúde.

Os incentivos, calculados de acordo com a população coberta pelos programas, foram implantados por meio da subdivisão do Piso da Atenção Básica (PAB) em uma parte variável. A lógica dessa política era induzir a substituição do modelo de atenção básica tradicional por uma estratégia que priorizava as ações de promoção, proteção, recuperação da saúde das famílias, de forma integral e contínua.

A ESF possibilitaria o reordenamento dos demais níveis de atenção do sistema local, por viabilizar a operacionalização da atenção básica, envolvendo um conjunto de ações individuais e coletivas. Sua estrutura inicial contemplava a formação de uma equipe mínima, composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde. Contudo, os municípios, fortalecidos como atores fundamentais na gestão da saúde pelo processo de descentralização, poderiam incorporar, a seu critério, outros profissionais nas unidades de saúde da família ou em equipes de supervisão, de acordo com as necessidades e possibilidades locais.

A Estratégia possui a família e a comunidade como foco do cuidado, o que virou um marco da ESF nas sucessivas gestões ministeriais. É preconizado, no conjunto de suas atribuições, que as equipes de Saúde da Família trabalhem articuladas com outros setores a fim de buscarem soluções para a diversidade de problemas de saúde de suas comunidades, promovendo ações intersetoriais.

O território ou área de abrangência em um enfoque multiprofissional foi outra inflexão da ESF. A equipe se compromete com um quantitativo populacional distribuído ao longo de um espaço geográfico delimitado e contínuo. Assim, o foco de atuação deixou de ser centrado exclusivamente na clientela que frequentava determinada unidade de saúde para apontar a busca ativa como estratégia capaz de identificar as principais necessidades, demandas e vulnerabilidades em saúde de um dado território. A proposta é de uma atuação com práticas sanitárias programadas com base na realidade do território, abrangendo uma gama de ações sobre a realidade local nos determinantes do processo saúde-doença.

Ao longo destes vinte anos de implantação da ESF, um aspecto que tem sido recorrentemente debatido por gestores, acadêmicos, conselhos e movimentos sociais da saúde é a qualidade da atenção. Políticas e programas recentes passaram a tematizar questões como a intersetorialidade, a humanização do atendimento e a noção de integralidade como diretrizes importantes em seus desenhos. Surgem dinâmicas que influenciam os profissionais e gestores a enfatizarem os problemas gerais da população usuária, e isso vai permear a discussão dentro do próprio Ministério da Saúde sobre o conceito de território e embasar a defesa de ações planejadas intersetorialmente no nível local.

Estudos que se propõem a analisar a intersetorialidade na ESF (PAULA, 2004; PAPOULLA, 2006) apontam que a efetivação desta diretriz é um desafio a ser conquistado, pois os profissionais e setores ainda atuam de forma fragmentada. Percebe-se também certa confusão conceitual sobre intersetorialidade, manifestada, sobretudo, quando a tomam como responsabilidade individual a partir das demandas individualizadas dos usuários. Desta forma, os atores envolvidos tendem, em geral, a identificar a intersetorialidade como um processo de trabalho penoso e solitário, apontam a necessidade da criação de uma rede de apoio para a efetivação desse princípio e acreditam que é preciso começar a entender e escutar a opinião de outros profissionais e setores.

Entende-se que a estratégia de estruturação da atenção básica, através da ESF, tem potencialidades interessantes para a população, especialmente no sentido de humanização do atendimento, comprometimento dos profissionais com a co-

munidade e articulação dos serviços ofertados nos territórios. Por outro lado, a Estratégia apresenta, em suas diretrizes, uma concepção restrita de “intersectorialidade”, pois a subentende, quase que exclusivamente como responsabilidade de iniciativa das equipes profissionais. Essas equipes cumprem o papel de mediadoras de algumas ações intersectoriais. Todavia, a efetivação da intersectorialidade dependeria da ação articuladora da gestão por se tratar de estratégia que envolve planejamento, execução e avaliação de diversos atores e setores em resposta a problemas identificados em determinado território.

O Programa Bolsa Família

O Programa Bolsa Família (PBF) foi criado em 2003, através da medida Provisória nº 132 de 20 de outubro no âmbito da Presidência da República, sendo alterado pela Lei Federal nº 10.836/2004. Trata-se de um programa de transferência de renda com condicionalidades, dirigida a famílias pobres e extremamente pobres, assim definidas conforme um corte de renda familiar per capita.

O PBF unificou os procedimentos de gestão das ações de transferência de renda do Governo Federal, tais como: Programa Nacional de Renda Mínima vinculado à Educação – “Bolsa Escola”, Programa Nacional de Acesso a Alimentação – PNAA, Programa Nacional de Renda Mínima pela Saúde – “Bolsa Alimentação”, Programa Auxílio Gás e o Cadastro Único do Governo Federal. A iniciativa de unificação dos programas visou, segundo seus formuladores, maior racionalidade e eficiência às medidas de enfrentamento à pobreza, em virtude da redução de gastos gerenciais dos programas e em razão da duplicidade de pagamentos, uma estratégia para melhoria da gestão.

O Programa tem como objetivo alcançar um conjunto de medidas complexas e de difícil resolutividade, tais como: promover acesso à rede de serviços públicos, com destaque à assistência social, educação e saúde; desenvolver a intersectorialidade com a complementaridade das ações e serviços públicos, bem como, promover a descentralização da gestão pública; combater a fome, reduzir a pobreza e promover a segurança alimentar e nutricional; e proporcionar a emancipação sustentada das famílias que vivem em condição de pobreza e extrema pobreza (SILVA, 2009). A perspectiva é articular estratégias de alívio imediato da pobreza pela transferência direta de renda às famílias e de redução da pobreza em longo prazo, junto às gerações seguintes, por meio do cumprimento das condicionalidades e do fomento de programas complementares. O acesso ao programa é realizado por meio de critérios de elegibilidade estabelecidos pela gestão federal e a seleção dos beneficiários,

feita com base nas informações inseridas pelos municípios no CadÚnico⁴ e de acordo com a disponibilidade das metas pactuadas para cada ente federativo. O cadastro da família com o perfil exigido pelo PBF não implica no acesso imediato ao benefício. Mas as informações inseridas no CadÚnico são de fundamental importância ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome (MDS) para a seleção automatizada e alteração das metas municipais.

O beneficiário de PBF poderá receber o Benefício Básico e/ou Benefício Variável ou Benefício Variado vinculado ao adolescente, observado o perfil socioeconômico da família. O benefício básico é dispensado às famílias que se encontrem em situação de extrema pobreza, com renda per capita estabelecida em portaria.

As condicionalidades são dispositivos criados pelo Programa para acompanhar os acordos assumidos entre a família e o Estado. Os primeiros (família), implicados na exigência de cumprimento junto às políticas de Educação, Saúde e Assistência Social, e o segundo (Estado) na disponibilidade do serviço para que se efetive a garantia do benefício. Desta forma, as condicionalidades do Programa Bolsa Família são, ao mesmo tempo, responsabilidades das famílias e do poder público.

O objetivo das condicionalidades é, segundo os documentos oficiais, garantir o acesso a serviços básicos e não punir as famílias. Assim, cabe ao poder público identificar os motivos do não cumprimento das condicionalidades e implementar políticas públicas de acompanhamento para essas famílias.

As famílias que descumprem as condicionalidades estão sujeitas a advertência e, posteriormente, a sanções previstas em portaria específica. Inicia-se pela advertência da família, em seguida, parte-se para a suspensão do benefício, podendo chegar ao seu cancelamento. A expectativa com o acompanhamento, junto às políticas de assistência social, educação e saúde por suas equipes, objetiva a reversão da situação, para que não se chegue ao cancelamento. Estas etapas de descumprimento implicam na necessidade de identificar as famílias, perceber suas fragilidades e garantir acessos a outros serviços e políticas, a fim de potencializá-las e retirá-las da atual situação. Este acompanhamento das famílias é feito pelos setores de saúde, assistência social e educação e está previsto anualmente em calendário estabelecido pelo Governo Federal e executado pelos municípios. O acompanhamento gera relatórios e dados para atualização do CadÚnico, informações sobre as famílias em descumprimento de condicionalidades que, periodicamente, são disponibilizados aos municípios no Sistema de Adesão/Central de Sistemas (área de trabalho de acesso restrito aos gestores municipais). Essas informações devem circular entre a assistência social, educação e saúde.

Ao gestor cabe analisar os recursos apresentados pela família e ponderar se na justificativa do erro ou do motivo que levou ao descumprimento, cabe a solicitação de revisão da sanção. Avaliado o recurso, o gestor pode deferir ou indeferir o pedido de retirada da sanção. Uma vez deferido o recurso, a sanção será retirada do histórico da família.

No âmbito federal, a coordenação do Programa está localizada na pasta da Assistência Social, prevendo articulação também com os Ministérios da Saúde e Educação.

A intersectorialidade seria uma diretriz inerente ao acompanhamento das condicionalidades, uma vez que o sistema de informação é alimentado pelos três setores e o atendimento a população usuária envolve serviços das três áreas. Inerente também à própria gestão do programa, uma vez que há previsão de articulação intersectorial tanto no âmbito da gestão federal quanto da gestão municipal, além do conselho gestor local como um instrumento de garantia dessa articulação nos municípios.

Desta forma, a perspectiva intersectorial está implicada na estrutura organizativa do programa. Contudo, apesar dessa operacionalização intersectorial, o dispositivo não garante que os gestores e profissionais envolvidos das três áreas (saúde, educação e assistência social) consigam mapear e discutir permanentemente, assim como responder às demandas da população a partir do viés intersectorial.

Alguns elementos para o debate sobre a intersectorialidade à luz dos programas analisados

Boa parte da literatura sobre políticas sociais no Brasil tem salientado que nas duas últimas décadas, alterações significativas têm sido introduzidas no formato organizacional do padrão de intervenção estatal no campo social. Ainda que as análises se diferenciem quanto às dimensões de abordagem da questão e aos rumos e efeitos produzidos por tais alterações, é consensual na literatura o reconhecimento de que mudanças importantes na estrutura do Estado e no padrão de intervenção pública têm remodelado as políticas sociais brasileiras.

Situadas, de um lado, no contexto da crise capitalista que afetou a economia mundial desde os anos 1970 e que expressou o esgotamento do padrão keynesiano/fordista de processamento das demandas sociais e, de outro lado, no bojo da luta pela redemocratização do Brasil e ampliação do campo dos direitos sociais nos anos 1980, as reformas das políticas sociais brasileiras carregam a marca da ambigüidade desse processo.

Autores como Carvalho (1994) e Draibe (1994) reconhecem a necessidade de integração intersetorial como mecanismo capaz tanto de maximizar a utilização dos recursos disponíveis quanto de promover um efetivo acesso da população beneficiária a uma rede integral de proteção social. No conjunto de estudos sobre a questão é recorrente a visão de que o planejamento das políticas sociais com base na intersetorialidade pode favorecer a otimização de recursos e tornar mais eficaz a sua alocação, uma vez que os serviços são dirigidos aos mesmos grupos sociais situados num dado território geográfico.

Apesar deste relativo consenso, é preciso reconhecer que a construção da intersetorialidade é uma tarefa bastante complexa, considerando tanto a tradição altamente setorializada de organização das políticas sociais, quanto a diversidade de atores e interesses envolvidos no processo, e ainda as dificuldades de estabelecimento de relações cooperativas entre os diferentes setores. Além disso, a incorporação da intersetorialidade como diretriz de vários programas e políticas sociais tem sido acompanhada da produção de diversos arranjos institucionais, ao mesmo tempo decorrentes da estrutura prévia da política social e com potencial de provocar mudanças no desenho e na dinâmica destas intervenções.

No caso da saúde, é preciso destacar que a necessidade de articulação intersetorial é uma demanda antiga do movimento sanitário brasileiro, posta pela concepção ampliada de saúde. Apesar disto, o desenvolvimento de ações intersetoriais tem se dado, historicamente, muito mais por iniciativa de profissionais de saúde do que efetivamente pelo desenho da política. No caso da Estratégia Saúde da Família, a intersetorialidade tem sido compreendida como uma responsabilidade das equipes profissionais no cotidiano do serviço, mas não há previsão de nenhum mecanismo que contribua para o desenvolvimento desta responsabilidade. Além disso, é comum que estas iniciativas se construam de forma centrada na saúde, na medida em que partem do entendimento de que são as outras áreas das políticas públicas que devem se juntar à saúde para intervir sobre um problema de saúde previamente identificado. Como destacam Costa *et al.* (2006), a construção da intersetorialidade exige não apenas iniciativa mas também receptividade a convocatórias de outros setores. Desse modo, o que poderia ser concebido como um ótimo ponto de partida para o levantamento das demandas, identificação de problemas e sinalização de temas a serem tratados conjuntamente pelos setores acaba sendo esvaziado.

No caso do PBF, a construção do Programa prevê a conjugação de esforços entre as áreas de saúde, educação e assistência social tanto no âmbito do governo federal, quanto nos estados e municípios. A exigência de um comitê gestor do

PBF no nível municipal com participação destas áreas é um espaço importante para a adoção de planejamento e gestão intersetorial. No entanto, alguns estudos, entre eles o de Senna *et al.* (2013), demonstram que esses comitês ainda não estão implantados em muitos municípios e, mesmo quando estão, estes dispositivos parecem ainda não ter sido propulsores da promoção da gestão intersetorial, articulando as pastas para fins de diagnóstico e superação das vulnerabilidades sociais. Ou seja, a ação intersetorial presumida vem da exigência do desenho do programa, mas não tem sido apropriada para formulação de políticas, correspondendo às necessidades da população.

De fato, os desafios à construção de ações intersetoriais são muitos e englobam desde as dificuldades de estabelecimento de relações cooperativas entre os diferentes níveis e setores de governo, até a tradição altamente setorializada de organização institucional das políticas sociais no Brasil, tendo em vista as diferentes tradições, memória técnica e legado institucional das diversas arenas de política social, além da conhecida competição entre as diferentes áreas de política no processo de alocação de recursos públicos.

Considerações Finais

Durante os anos 1990 ocorreu no Brasil uma profusão de experiências e programas públicos voltados à garantia de cuidado em saúde e renda mínima para famílias em situação de vulnerabilidade social e fome. A ideia de Seguridade Social expressa na Constituição Federal de 1988 trazia em si a perspectiva de um conjunto integrado de políticas sociais de caráter universal.

Todavia, o desmonte da noção de Seguridade ao longo dos anos 1990 se fez acompanhar de percursos próprios e distintos para cada área de política social, mantendo-se as características de fragmentação e segmentação anteriores.

Recentemente a intersetorialidade parece ter sido incorporada na agenda pública como bandeira de luta ou imagem objetivo de alguns pesquisadores, gestores e demais profissionais no campo das políticas sociais. Têm adquirido destaque proposições governamentais para o desenvolvimento de ações intersetoriais na condução das políticas sociais, em especial aquelas dirigidas às famílias nos territórios.

Os programas aqui elencados apontam que as áreas de saúde e assistência social podem se constituir em importantes aliadas para alavancar o desenvolvimento da intersetorialidade, haja vista que a ação intersetorial é uma diretriz prevista nas duas políticas.

Se, recentemente, a adoção de ações intersetoriais constitui uma exigência nas políticas e programas governamentais, não se pode menosprezar o fato de que sua efetivação representa um grande desafio em face do legado institucional do sistema brasileiro de proteção social, tendo em vista aspectos relacionados às diversas lógicas organizacionais que regem as arenas setoriais, à disputa por recursos e status entre os setores envolvidos e à complexidade do processo de intermediação de interesses distintos com capacidades também distintas de influência na arena decisória.

Referências

- ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. *A saúde e o dilema da intersetorialidade*. São Paulo: Hucitec, 2006.
- BURLANDY, L. *Comunidade Solidária: engenharia institucional, focalização e parcerias no combate à fome, à pobreza e à desnutrição*. Tese (doutorado.). ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro. 2003.
- CAMERLATTO, D. et al. *Gestão de políticas públicas e intersetorialidade: diálogo e construções essenciais para os conselhos municipais*. Rev. Katálysis. Florianópolis v. 10 n. 2, p. 265-271 jul./dez, 2007.
- CAMPOS, G. W. de S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: HUCITEC, 2000.
- CARVALHO, M. C. B. *A priorização da família na agenda da política social*. In: KALOUSTIAN, S. M. (org.). *Família brasileira, a base de tudo*. São Paulo-Cortez; Brasília: UNICEF, 1994.
- COSTA, A. M.; PONTES, A. L. R.; ROCHA, D. G. *Intersetorialidade na produção e promoção da saúde*. In: CASTRO, A.; MALO, M. (Orgs.). *SUS: ressignificando a promoção da saúde*. São Paulo: Hucitec, 2006.
- DRAIBE, S. *Por um reforço da proteção à família: contribuição à reforma dos programas de assistência social no Brasil*. In KALOUSTIAN, Silvio M. (org.). *Família brasileira, a base de tudo*. São Paulo-Cortez; Brasília: UNICEF, 1994.
- INOJOSA, R. M. *Intersetorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional*. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, n. 32, p. 35-48, mar./abr. 1998.
- JUNQUEIRA, L. A. P. *A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor*. Revista Saúde e Sociedade, v. 13, n. 1, p. 25-36, jan./abr. 2004.

KLUTHCOUSKY, F. A. *Avaliação do processo de expansão do Programa Saúde da Família em um município do Sul do Brasil*. Dissertação (Mestrado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

KOGA, D. *Medidas de cidades entre territórios de vida e territórios vividos*. São Paulo: Cortez, 2003.

MACHADO, C. V. *Direito universal, política nacional: o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002*. Tese (Doutorado). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2005.

MENDES, E. V. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo, Hucitec, 1996.

PAULA, K. A. et al. *Intersetorialidade: uma vivência prática ou um desafio a ser conquistado? O Discurso do Sujeito Coletivo dos enfermeiros nos núcleos de Saúde da Família do Distrito Oeste – Ribeirão Preto*. Revista Interface, v.8, n.15, p.331-48, mar/ago 2004.

PAPOULLA, S. R. *O processo de trabalho intersetorial das Equipes de Saúde da Família no município de Petrópolis-RJ: fatores restritivos e facilitadores*. Dissertação (mestrado). Fiocruz, Rio de Janeiro, 2006. SENNA, M.C.M. *Redução da pobreza e promoção da saúde: Avaliação da implementação das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família em municípios do Estado do Rio de Janeiro.. Niterói: UFF, 2013 (Relatório)*.

SILVA, S. M. A. *Avanços e limites do Programa Bolsa Família – um estudo sobre Itaguaí*. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

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

Westphal, M. F.; MENDES, R. *Cidade Saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersetorialidade*. IN: Revista de Administração Pública – RAP - Rio de Janeiro, FGV, 34 (6): 47-61, Nov./Dez. 2000.

Notas

- 1 Assistente Social e Doutora em Ciências – Saúde Pública. Professora Associada do Programa de Estudos Pós-graduados em Política Social da Escola de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense. E-mail: monica.senna@globo.com

- 2 Mestre em Saúde Coletiva e Doutoranda em Política Social. Assistente social do Hospital Federal dos Servidores – Ministério da Saúde. E-mail: danielledovalle@yahoo.com.br
- 3 O conceito de atenção básica adotado pelo MS refere-se a um conjunto de ações de saúde que englobam a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. A atenção básica é desenvolvida através do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assumem responsabilidade. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde das populações de maior frequência e relevância. É o contato preferencial dos usuários de saúde. Orienta-se pelos princípios de universalidade, acessibilidade (ao sistema), continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social. A atenção básica deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, inteireza e inserção sociocultural, além de buscar a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam estar comprometendo suas possibilidades de viver de modo saudável. (KLUTHCOUSKY, 2005).
- 4 O CadÚnico é um banco de coleta de dados que tem como objetivo traçar o perfil das famílias em situação de pobreza existentes no país.

Artigo recebido em maio de 2014, aprovado para publicação em julho de 2014.