



*SAÚDE E INTERSETORIALIDADE: os desafios
à articulação intersetorial entre saúde,
habitação e saneamento*

Maria Dalva Horácio da Costa

Resumo

Este artigo aborda os desafios à efetivação da saúde como direito de cidadania, fundamentada no conceito ampliado de saúde, assegurado pela Constituição de 1988, destacando os desafios à construção da intersetorialidade, no contexto de implementação e desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), ressaltando o papel estratégico da participação social e da gestão democrática e participativa como requisitos inerentes à gestão intersetorial, condições essenciais para assegurar a saúde como direito universal e integral.

Palavras-chave: Saúde coletiva, cidadania, intersetorialidade, promoção da saúde.

**HEALTH AND INTERSECTORIALITY: the challenges to the
intersectoral articulation between health, housing and sanitation**

Abstract

This article addresses the challenges to the implementation of health as a right to citizenship, based on the expanded concept of health, guaranteed by the 1988 Constitution, highlighting the challenges to the construction of intersectorality, in the context of the implementation and development of the Unified Health System), Highlighting the strategic role of social participation and democratic

¹ Assistente Social, Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Professora Associada do Departamento de Serviço Social do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS)/UFRN. E-mail: dalvahoracio.natal@gmail.com / Endereço: Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN: Avenida Senador Salgado Filho, 3000 Campus Universitário, Bairro: Lagoa Nova. Natal/RN. CEP: 59078-970.

and participatory management as requirements inherent to intersectoral management conditions essential to ensure health as an universal and integral right.
Key words: Collective health, citizenship, intersectorality, health promotion.

1 INTRODUÇÃO

A concepção ampliada de saúde, politicamente conquistada pelo Movimento Sanitário Brasileiro (MRSB), sistematizada no relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) e inscrita no arcabouço jurídico-legal a partir da Constituição Federal (CF) de 1988, atribui às articulações intersetoriais um papel estratégico essencial para efetivar a saúde como política de seguridade, conforme preconiza a CF de 1988 e a legislação ordinária, especialmente a Lei Orgânica da Saúde de nº 8.080/90. Conforme explicitado no relatório da 8ª. CNS:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986, p. 4).

Ressalte-se que esse conceito, além de destacar a relação entre a saúde e as políticas setoriais como alimentação, habitação e meio-ambiente, inclui, dentre outras políticas, a liberdade e a democracia. Ao vincular a conquista e a produção social da saúde considerando todos esses condicionantes, avança na perspectiva da determinação social da saúde ao associá-la às relações sociais de produção, destacando explicitamente a saúde como resultante das condições de vida, conferindo, assim, destaque à forma de organização social da produção.

Nesse sentido, ressalta a necessidade de relações democráticas entre estado e sociedade para o enfrentamento dos determinantes das desigualdades sociais como *conditio sine qua non* para a efetivação da saúde como direito humano em seu sentido mais abrangente nos termos formulados pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB).

Justamente, por essa razão, a temática central da 8ª. CNS foi Saúde e Democracia, sinalizando, portanto, a centralidade da questão democrática vinculada à conquista da saúde enquanto direito de cidadania ao reestabelecimento do Estado de Direito. Nessa perspec-

tiva, compreender a saúde em seu sentido amplo, a qualifica para além da assistência médica, ou seja, destacando, também, a qualidade de vida.

2 OS SENTIDOS DA INTERSETORIALIDADE ATRIBUÍDOS PELA PERSPECTIVA DA REFORMA SANITARIA BRASILEIRA

Do art. 196º ao 200º, ao afirmar a saúde como direito de todos e dever do Estado, a CF de 1988 consagra o conceito ampliado de saúde formulado pelo MRSB, imputando a garantia do direito à saúde à articulação das políticas econômicas e sociais e as correlacionando ao âmbito da promoção, proteção e recuperação da saúde.

Art. 196. A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

VIII- colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho. (BRASIL, 1988).

Nessa direção, a regulamentação das determinações constitucionais referentes ao direito à saúde, através da Lei nº 8.080, de 28 de dezembro de 1990, adensa esse dever do Estado brasileiro e não apenas do Sistema Único de Saúde (SUS), detalhando o dever de prover as condições necessárias para a garantia da saúde como direito essencial e de cidadania, mas, sobretudo, para a produção social da saúde, ratificando o sentido mais amplo da saúde enquanto direito humano universal, conforme se pode constatar nos art. 2º e 3º:

Art. 2º - A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§1º - O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução dos riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Maria Dalva Horácio da Costa

Art. 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 a bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país. (BRASIL, 1990).

Observe-se que o conjunto do arcabouço constitucional e a correspondente legislação ordinária, além de ratificar o sentido mais amplo da saúde enquanto direito humano universal, enfatizando os determinantes e os condicionantes, dentre os quais a moradia, o saneamento e o meio-ambiente, inscreve a saúde como política de seguridade social e concebe a saúde como direito social insculpido como direito humano essencial, o qual para ser efetivado, necessita estar articulado aos demais direitos sociais e de cidadania, nominando o direito à habitação como um dos condicionantes. Assim, se antecipa e contribui decisivamente para o debate e, portanto, para que o direito à moradia fosse incluído no rol dos direitos sociais fundamentais através da Emenda Constitucional (EC) de nº 26, de 14 de fevereiro de 2000, que alterou a redação do art. 6º da CF de 1988, significando não apenas incluir a moradia como direito social, mas ratificar o conceito ampliado de saúde incorporando a moradia (habitação) como uma das condições básicas para se ter saúde, conforme a seguinte redação do referido artigo: “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”. (BRASIL, 2000).

Esses artigos revelam que as formulações e conquistas do MRSB, em termos de incorporação do conceito ampliado de saúde, se traduziram no sentido de articulação das políticas econômicas e sociais, com ênfase no sistema de seguridade social, conferindo-lhe um sentido mais amplo, ao inscrever a intersetorialidade como elemento concreto implícito à compreensão da saúde como política de seguridade social, influenciando a CF de 1988 e de forma mais clara, precisa e concisa na LOS – Lei nº 8.080/90, no Capítulo III, que trata da Organização, da Direção e da Gestão, especialmente em seu art. 12º, ao determinar a criação de comissões intersetoriais:

Art. 12. Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Mi-

SAÚDE E INTERSETORIALIDADE: os desafios à articulação intersetorial entre saúde, habitação e saneamento

nistérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.

Parágrafo único. 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).

Dessa forma, a influência da 8ª CNS na CF de 1988 e, especialmente no capítulo da Seguridade Social, ao qualificar a saúde como resultante das condições de vida e como resultado das formas de organização social da produção, deixa patente a compreensão do MRSB de que a conquista e a efetivação do direito à saúde, enquanto direito social e de cidadania, extrapola o âmbito do sistema de saúde e, portanto, tem caráter intersetorial. Ressaltando, assim, que “[...] as modificações necessárias ao setor saúde transcendem aos limites de uma reforma administrativa e financeira, portanto exigem uma reforma mais profunda.” (BRASIL, 1986).

Em outros termos, essa reforma mais profunda consiste na denominada Reforma Sanitária Brasileira, a qual avança em relação à própria concepção de Reforma Sanitária em nível internacional, exatamente ao extrapolar os condicionantes e avançar em direção à perspectiva da determinação social da saúde, à medida que vincula a conquista da saúde a um modelo econômico e social à forma de organizar a produção como central para a produção social da saúde.

Assim, a compreensão e o reconhecimento político e legal de que a saúde, em seu sentido mais abrangente é o resultado das formas de organização da social da produção, associado ao reconhecimento da necessidade de articulação intersetorial expressa na CF de 1988 e legislação ordinária, assentados no conceito ampliado de saúde formulado pela 8ª. CNS, inscrito na legislação em vigor, vão muito além das formulações do movimento da Reforma Sanitária internacional, expresso nas proposições do movimento de Atenção Primária de Saúde (APS), e principalmente pelo movimento de Promoção de Saúde (P.S) na década de 1970, sintetizados na Conferência de Alma Ata em 1978, e foram ampliadas e sistematizadas na Carta de Otawa em 1986.

Ao analisar tais movimentos, Vasconcelos e Schmaller (2014, p. 52) enfatizam que a concepção de P.S presente na literatura e nas práticas em saúde, a situam como “[...] um nível de atenção da medicina preventiva”, e destacam Buss (2000, p. 18) a partir de uma cita-

ção de Leawell e Clark, os quais definem os principais componentes que abrangeriam a PS:

Educação sanitária, bom padrão de nutrição, ajustado às fases do desenvolvimento da vida; atenção ao desenvolvimento da personalidade; moradia adequada; recreação e condições agradáveis de trabalho; aconselhamento matrimonial e educação sexual; genética; exames seletivos periódicos.

O caráter reducionista dessa compreensão, identificado pelo movimento da medicina social latino-americana, demonstra que tal conceito de P.S não é capaz de apreender os efeitos das condições de vida e trabalho nos níveis de saúde das populações, conforme corroboram Vasconcelos e Schmaller (2014). O próprio movimento da P.S buscou absorver essa crítica, transformando-se em um movimento de Nova Promoção da Saúde¹ (NPS) Imbuído da busca para ultrapassar a concepção restrita de saúde, Lalonde (1996, p. 11) define 04 amplos elementos integrantes do campo da saúde, dentre os quais, aqui destacamos o meio ambiente: “Meio ambiente abrange os fatores relacionados com a saúde que são externos ao corpo humano e sobre os quais tem pouco ou nenhum controle individual (com a qualidade da água e do ar etc.

Naquele contexto, em âmbito nacional e internacional, a inclusão do meio ambiente expressa a importância desses elementos enquanto essenciais para a efetivação da saúde coletiva e individual. Porém, conforme destacam Vasconcelos e Schmaller (2014), os dois marcos da NPS, precisamente o Informe Lalonde (1981) e o Informe Gente Sana (**ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD**, 1996) relacionam a P.S profundamente centrada nos estilos de vida. Portanto, também constitui um enfoque reducionista.

Em linhas gerais, pode-se afirmar que a PS e a sua compreensão acerca da intersectorialidade estão diretamente relacionadas ao campo dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), assim denominados desde a I CNS do Canadá, realizada em 1981. Ressurge na I Conferência Internacional de Saúde (CIS), vislumbrando a melhoria das condições de saúde no planeta; passa a vincular o alcance de tal objetivo às seguintes condições para a promoção da saúde: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade.

As dificuldades de incorporar a noção e as estratégias na perspectiva da intersectorialidade, se faz notar na própria agenda de prio-

ridades da Organização Mundial da Saúde (OMS), a qual somente as incorporou em 1984, como uma estratégia associada à necessidade de superar abordagens setoriais, como uma das suas 5 metas a serem recomendadas para promover a sua inclusão na agenda de prioridades dos políticos e dirigentes em todos os níveis e setores. Ainda assim, de fato, somente pós Carta de Ottawa, em 1986, e pós a 8ª CNS, no Brasil, a OMS conferiu destaque à estreita relação entre intersetorialidade e o conceito ampliado de saúde, recomendando a sua inclusão na agenda governamental.

Além disso, esse processo ocorreu bastante influenciado pelo Movimento Cidade Saudáveis, o qual incorpora a perspectiva da P.S e a correspondente compreensão acerca da intersetorialidade, moldada por uma concepção que “[...] reduz as desigualdades sociais à exclusão social e a uma mera questão de gestão de planejamento das políticas públicas e das cidades. Portanto, ignorando as raízes das desigualdades sociais conferindo papel onipotente às políticas sociais públicas, especialmente as políticas sociais.” (COSTA, 2010, p. 125).

Ao não considerar as expressões da questão social, que se manifestam em sua totalidade, ofertando resposta e tratamento setorial, as políticas econômicas e sociais na sociedade capitalista, ao recortarem as necessidades da população e buscar atendê-las de forma isolada, fragmentada, setorializada, estão fadadas a iniquidades, ineficiência e ineficácia de suas ações. (COSTA, 2010, 2014).

Note-se que o MRSB se consolidou avançando nas críticas à perspectiva da P.S e da NPS, sendo capaz de ir além, problematizando e teorizando a perspectiva da determinação social da saúde, construindo o paradigma da produção social da saúde, que na interpretação de Vasconcelos e Schmaller (2014, p. 56), “[...] reivindica mudanças não apenas no modelo de atenção à saúde, mas na sociedade brasileira como um todo”.

Esses fundamentos constituem o núcleo central das teses do MRSB, cuja luta política e sanitária se materializou na conquista da saúde como direito de cidadania ancorado na concepção ampliada sistematizada no relatório da 8ª CNS e inscrita na CF de 1988 e correspondente legislação ordinária, conforme anotamos anteriormente.

A convicção de que o direito à saúde não se materializa simplesmente pela sua formalização no texto constitucional, foi clara-

mente enfatizada pelo MRSB no relatório da 8ª. CNS, ao explicitar que a efetivação do direito à saúde requer muito mais que a sua formalização constitucional; implica em efetivas articulações entre a saúde e as demais políticas econômicas e sociais, o que por sua vez exige a participação e o controle social.

Esse direito não se materializa, simplesmente pela sua formalização no texto constitucional. Há, simultaneamente, necessidade do Estado assumir explicitamente uma política de saúde, conseqüente e integrada às demais políticas econômicas e sociais, assegurando os meios que permitam efetivá-las. Entre outras condições, isso será garantido mediante o controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais e econômicas pela população. (BRASIL, 1986, p. 4).

Além de requerer a articulação intersetorial, o MRSB deixou claro que para dar materialidade à saúde como direito de cidadania, em seu sentido mais abrangente, conferiu centralidade ao processo de participação da população na formulação, gestão e avaliação das políticas econômicas e sociais. Sinalizando, assim, que a efetivação do direito à saúde, numa perspectiva intersetorial, requer um novo modo de conceber, planejar, gerenciar, executar e avaliar as políticas econômicas e sociais.

Em outros termos, requer uma perspectiva transetorial e interdisciplinar, o que exige adensar, incorporar a perspectiva da gestão descentralizada, democrática e participativa, não apenas na saúde, mas em todas as áreas com as quais tenha interface. Por essa razão, incide sobre o modo de organizar a produção e as relações entre Estado e sociedade.

Nesse sentido, podemos inferir que pós a 8ª. CNS, e a partir da CF de 1988, a intersetorialidade se afirma como um dos principais eixos da seguridade social à medida que é representada pela exigência de que o Estado assuma a responsabilidade por uma política de saúde integrada às demais políticas sociais e econômicas e garanta a sua efetivação, vinculando a saúde à luta por condições de vida dignas e pelo exercício pleno da cidadania. Porém, no plano gerencial e tático-operacional não se tem avançado na perspectiva da intersectorialidade.

3 POR QUE NÃO SE TEM AVANÇADO NA PERSPECTIVA DA INTERSETORIALIDADE?

Embora se reconheça que o desenvolvimento de políticas intersetoriais constitui um grande desafio à gestão das cidades e das políticas sociais públicas, observa-se que tal reconhecimento teórico e político, em geral, não tem se traduzido em passos concretos na perspectiva da gestão intersectorial, particularmente quando falamos de saúde, habitação e saneamento, as dificuldades e desafios são cada vez mais patentes.

Partimos da premissa de que atuar efetivamente de forma intersetorial requer um novo modo de governar, capaz de superar a lógica setorial, mas necessariamente afronta poderes e culturas institucionais tradicionais.

Reiteramos a nossa afirmação de que, no campo da saúde coletiva, atuar intersetorialmente requer desenvolver a capacidade de combinar, articular, conectar ações e serviços no sistema de proteção social e de seguridade social a partir de objetos e objetivos comuns, à luz do Projeto da Reforma Sanitária. (COSTA, 2010).

Nessa linha de interpretação, afirmamos que a intersetorialidade constitui-se estratégia para efetivar os direitos sociais e, especialmente, para assegurar a integralidade da atenção à saúde, em sentido ampliado, podendo ser identificada como integralidade ampliada. (COSTA, 2010).

Assim sendo, chama a atenção para o fato de que não é à toa, que pouco se registra a criação de comissões intersetoriais, conforme, por exemplo, tem ocorrido em relação às políticas de habitação, saneamento e saúde, embora sejam políticas com notórias necessidades de interfaces no financiamento, planejamento, execução e avaliação.

Reafirmamos que a intersetorialidade constitui uma das formas de dar materialidade à necessidade de uma nova forma de abordar, atuar e responder a necessidades de saúde, considerando a determinação social da saúde, os determinantes e condicionantes, razão pela qual, mais que uma estratégia, a intersetorialidade configura uma nova forma de abordar, organizar serviços e conceber a gestão pública. (COSTA, 2010).

Enquanto para a OMS (2003), “[...] a intersectorialidade na saúde se constitui em estratégia que busca superar a ótica fragmentada que orientou a formação do setor”. Para o MRSB, representa a possibilidade de interferir nos determinantes e condicionantes do processo saúde, doença.

Para Costa, Pontes e Rocha (2006 apud COSTA, 2010) a intersectorialidade se caracteriza pela atuação em conjunto com outros setores ou partes desses, tendo em vista resultados mais afetivos do que poderiam ser alcançados pela saúde isoladamente. Ressalta-se, nesse conceito, que a prática da intersectorialidade está referida aos modos de atuação entre os setores, não eximindo as responsabilidades de cada um dos setores, nem anulando a importância da singularidade da ação e das práticas setoriais. O reconhecimento do domínio e das especificidades dos setores interligados em intenções e práticas comuns talvez constitua um dos princípios para a relação intersectorial.

Nessa perspectiva, o que caracteriza a intersectorialidade é a possibilidade de síntese de práticas. No entanto, sua possibilidade está na faculdade de reconhecimento dos limites do poder e de atuação dos setores, pessoas e instituições. Esse reconhecimento de insuficiência não é propriamente uma facilidade para os humanos, especialmente para quem goza das condições oferecidas pelo poder institucional. A implementação da intersectorialidade depende, mesmo que circunstancialmente, de uma organização matricial, na qual a referência seja a lógica de atuação dos problemas. (COSTA; PONTES; ROCHA, 2006 apud COSTA, 2010).

Notadamente, a intersectorialidade, ao requerer atuação conjunta, que só é possível com efetiva participação integrada dos setores e segmentos envolvidos e interessados, reiteramos que “a intersectorialidade refere-se ao que pode e deve ser feito em conjunto pelos diversos setores que têm interface com a saúde.” (COSTA, 2014, p. 186). Portanto, não é um mero somatório de partes, mas ação coordenada, conjugada e compartilhada sobre um objeto comum e com determinada direção social e/ou intencionalidade. Aqui, compreendida na perspectiva do Projeto da Reforma Sanitária Brasileira (PRSB), que se vincula a um projeto societário com vistas a uma democracia de massas. (COSTA, 2014).

Conforme Costa (2010), se por um lado, grande parte das demandas que chegam ao SUS, traduzidas em necessidades de consultas, exames, medicamentos e internamentos tem uma clara relação

com a ausência ou insuficiência no acesso a direitos básicos de cidadania, dentre os quais destacam-se a moradia e o saneamento básico, por outro, ao longo do processo de implementação e desenvolvimento do SUS, registra um grande avanço na sua capacidade de ofertar consultas, exames, cirurgias e outros procedimentos curativos individuais, e poucos avanços em relação a sua capacidade de atuar na perspectiva da vigilância em saúde, onde se incluem as articulações de natureza intersetorial, o que exigiria superar o modelo gerencial e assistencial privatista, médico-hegemônicos e procedimento-centrado.

Ressalte-se que esse modelo gerencial e assistencial hegemônico é sustentado pelos fortes interesses dos beneficiários do projeto: a indústria farmacêutica, de equipamentos, de insumos biomédicos e dos prestadores privados que monopolizam a prestação de serviços, incluindo as cooperativas médicas e empresas de apoio ao diagnóstico, conformando um poderoso bloco com capacidade para manter o SUS refém de seus interesses, redirecionando o papel do Estado, ao estilo da iniciativa privada, agravados com a Lei nº 13.097, de janeiro de 2015, que libera a hegemonia da participação do capital estrangeiro na prestação de serviços no Brasil, e subordina o SUS ao primado do contrato cujo negócio é a compra de procedimentos. Daí, seu sucesso e a quantidade de procedimentos ofertados/executados.

Portanto, cada vez mais distante do SUS constitucional, cuja responsabilidade é atuar na perspectiva de conjugar promoção e proteção, com prioridade para as ações de promoção e prevenção através de uma gestão democrática e participativa, conforme o art. 198º da CF de 1988 e respectiva regulamentação através da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

Também não é por acaso, que a incipiente incorporação da intersetorialidade no campo da gestão pública e, particularmente, no contexto de implementação e desenvolvimento do SUS, ocorre diretamente relacionado aos frágeis avanços nos processos organizativos da sociedade brasileira, sendo reproduzido até mesmo nos espaços de participação social, tendo em vista que os conselhos de políticas setoriais também atuam isoladamente e setorialmente.

Em outros termos, a própria sociedade organizada, sobretudo os representantes do segmento dos usuários e dos trabalhadores dos sistemas e serviços que implementam as políticas sociais, ainda não atuam de forma conjunta com capacidade propositiva e articulação

política capaz de reverter a correlação de forças hegemônicas que preside a condução da gestão públicas e das políticas econômicas e sociais. Mesmo com tantas limitações, os espaços de controle social do SUS sofrem ataques, e têm resistido bravamente em defesa do SUS, público, estatal e em defesa da vida. Assim, a sua ampliação e fortalecimento são essenciais para a afirmação do Projeto da Reforma Sanitária Brasileira (PRSB), que depende essencialmente da ampliação das articulações intersetoriais também entre os espaços e instâncias de controle social com os movimentos social, sindical e popular no sentido de avançar na compreensão da saúde em sentido amplo.

Afinal, atuar intersetorialmente significa compartilhar poderes, saberes, recursos em uma arena permeada por conflitos de interesses inerentes aos ideais e projetos societários a que se vinculam os participantes dos processos de gestão no processo de implementação das políticas públicas no contexto do Estado democráticos de direito.

Portanto, requerem a afirmação do primado da gestão participativa e da democracia como valor central das relações Estado sociedade, na perspectiva da afirmação dos direitos políticos, civis, trabalhistas e sociais como condição essencial para afirmar os interesses coletivos e a proteção social dos cidadãos. Por essa razão, os atuais ataques ao Estado democrático de direito, que se traduziram no golpe parlamentar, têm como alvo principal a redução dos direitos sociais e trabalhistas, aprofundando os processos de privatização da saúde e da previdência social (capitalização através da acelerada expansão dos fundos de pensão), como mecanismos para promoverem a apropriação do fundo público pelo capital monopolista, sob hegemonia do capital financeiro.

4 CONCLUSÃO

Conclui-se que, para efetivar a saúde como direito de todos e dever do estado, com base no conceito ampliado de saúde, preconizado pela 8ª CNS e legalmente assegurado pela CF de 1988 e legislação ordinária, ancorada em uma gestão intersetorial, é absolutamente necessário criar e fortalecer os espaços de participação social; portanto, requer avançar na perspectiva da gestão participativa.

Para construir esse modelo gerencial intersetorial, por sua vez, requer reconhecer que as necessidades de saúde de um indivíduo ou coletividade, também dependem de respostas que não são da

estrita responsabilidade do SUS. É dever do Estado, e não apenas do SUS, garantir e proteger a saúde como direito de cidadania.

Nesse sentido, ainda que restrita aos fatores determinantes da saúde e não alcance dimensões da estrutura social excludente, no que diz respeito à saúde, agir intersetorialmente significa invocar o dever do Estado de garantir a saúde, o próprio direito à vida, lançando mão dos diversos poderes do Estado brasileiro, para atuar de forma conjunta na perspectiva de prover as ações e condições necessárias, dentro e fora do sistema de saúde, com vistas à garantia do direito à saúde, universal, integral e sob controle social.

Assim, mais que desencadear um processo de incorporação de medidas intersetoriais que possam deslocar o atual tratamento dispensado - reduzido à ação ou atividade, em direção à construção de ações estratégicas incorporadas ao planejamento em saúde, como política de seguridade, é necessário que os três entes federados transitem e sejam capazes de articular o Estado brasileiro em sentido amplo, o que do ponto de vista do Projeto da Reforma Sanitária Brasileira, requer:

1. Inverter a cultura política das soluções individuais, de que são exemplos: a segurança privada X ausência de defesa social; Planos privados de saúde, em vez de fortalecer o SUS público/estatal sob controle social; incentivos à aquisição de automóveis para uso particular, em vez de ofertar transporte de massa de qualidade; poços artesanais e compra de água mineral, de qualidade, ofertada pelo sistema público de água e esgoto. Enfim, requer o combate a soluções que privatizam e mercantilizam a vida e a reduz ao poder de compra de cada um.
2. Reafirmar e avançar em direção à ampliação dos espaços coletivos fundados na *res-publica* (coisa de todos). E, portanto, na defesa e construção de uma democracia de massas, tendo como exemplo a defesa do SUS Estatal, universal e em defesa da vida. Portanto, contra a mercantilização da saúde e da vida.

Ademais, se faz necessário compreender que as demandas de natureza intersetorial indicam a necessidade, em nível imediato, de lutarmos contra o subfinanciamento das sociais públicas, especialmente as políticas voltadas para segurança e seguridade social do

cidadão, cujos sistemas e serviços cada vez mais têm sido desmontados, em grau proporcional ao aprofundamento das privatizações.

No caso da saúde, a expansão do acesso a serviços curativos e individuais tem sido efetuado pela compra/contratualização de serviços, os quais, ainda que com base em metas, tendem a reduzir as ações à oferta de procedimentos e consomem a grande maioria dos recursos nas ações curativas individuais, inviabilizando as ações voltadas para a promoção e a prevenção da saúde.

Essa lógica tem induzido à condução das políticas públicas cada vez mais longe da concepção de que o dever do Estado brasileiro de garantir a saúde requer ações amplas, para além do próprio campo da seguridade social legalmente instituído.

Conclui-se que, incorporar a intersetorialidade, mais que uma decisão política, constitui uma necessidade e condição fundamental para a efetivação do direito à saúde em sentido amplo. Seu papel estratégico vincula-se ao requisito de avançar em medidas capazes de produzir efetivos impactos nas condições de vida da população. Por isso, incorporar a intersetorialidade, necessariamente, demanda efetivas mudanças no modelo assistencial e gerencial, avançando no sentido de que se estabeleçam pactuações conjuntas nos momentos de formulação e aprovação dos planos anuais, plurianuais e previsão orçamentária.

No caso da habitação e do saneamento, urge a criação de comissões intersetoriais nos espaços dos conselhos de saúde e nos colegiados de gestão nos níveis estadual, municipal, regional e distrital, de forma a pautar e deliberar as questões que envolvem simultaneamente saúde, habitação e saneamento.

Sobretudo, requer fortalecer os sujeitos coletivos como condição para avançar na perspectiva de práticas moldadas pela intersetorialidade com vistas à consolidação do SUS como sistema e política universal de seguridade social. Pode se constituir estratégia capaz de portar potencial prático, tácito operacional e teórico-político, e, ainda, contribuir para acirrar as lutas em prol de profundas alterações nas relações de poder e de apropriação das riquezas socialmente produzidas.

Por isso, avançar na perspectiva intersetorial requer combate à mercantilização da saúde e da própria vida! Nesse sentido, tem po-

tencial para corroborar o acirramento dos conflitos que perpassam a luta para abolir a propriedade privada e a sociedade de classes.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. Constituição (1988). Emenda Constitucional de nº 29. Brasília, DF, fev. 2000. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituição/Emendas/Emc/emc26.htm>. Acesso em: 1 jan. 2018.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1990. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/legislação>>. Acesso em: 1 jan. 2018.

_____. Presidência da República. Lei nº 13.097, em 19 de janeiro de 2015. Reduz a zero as alíquotas da Contribuição para o PIS/PASEP, da COFINS, da Contribuição para o PIS/Pasep-Importação e da Cofins-Importação incidentes sobre a receita de vendas e na importação de partes utilizadas em aerogeradores. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2015. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13097.htm>. Acesso em: 1 jan. 2018.

_____. Relatório da 8ª conferência nacional de saúde. Brasília, DF, mar. 1986.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. Revista Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

COSTA, M. D. H. da. A intrínseca relação entre intersetorialidade e promoção da saúde. In: VASCONCELOS, K. E. L. de; COSTA, M. D. H. da (Orgs). Por uma crítica da promoção da saúde: contradições e potencialidades no contexto do SUS. São Paulo: HICITEC, 2014.

_____. Serviço social e intersetorialidade: a contribuição dos assistentes sociais à construção da intersetorialidade no cotidiano do Sistema único de Saúde. 2010. Tese (Doutorado) – Programa

Maria Dalva Horácio da Costa

de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010.

LALONDE, M. El concepto de “campo de la salud”: una perspectiva canadiense. In.: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Promoción de la salud: una antología. Washington, D.C., 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Salud mundial. Ginebra, 2003.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Gente sana en entornos saludables: informe anual del director. Washington, D.C, 1996.

VASCONCELOS, K. E. L; SCHMALLER, V. P. V. Promoção da saúde: polissemias conceituais e ideopolíticas. In: VASCONCELOS, K. E. L. de; COSTA, M. D. H. da (Orgs). Por uma crítica da promoção da saúde: contradições e potencialidades no contexto do SUS. São Paulo: HICITEC, 2014.

Nota:

¹ Surgiu no Canadá nos anos 1970, oficialmente lançado através do documento: ‘A New Perspective on the Health of Canadians’, mais conhecido como Informe Lalonde (CARVALHO, 2005 apud VASCONCELOS; SCHMALLER, 2014, p. 56).