

O setor de saúde e o desafio da intersectorialidade

Rose Marie Inojosa

Luciano A. Prates Junqueira

SINOPSE O setor de saúde passou, nos últimos vinte anos, por um processo articulado de transferência de poder do Governo central para os governos municipais e de redirecionamento da ação do setor público. A FUNDAP participou desse processo por meio de assessoria a instituições gestoras do setor de saúde, programas de formação e pesquisas. É, portanto, um ator institucional e tem, naturalmente, uma visão do

movimento, configurada nessa vivência. Com base nessa visão, pretende-se identificar e abordar um dos desafios que se apresentam hoje à gestão pública: a intersectorialidade. Procuram-se raízes desse desafio no movimento do setor de saúde, não como única fonte dessa discussão, mas pelas suas peculiaridades e pioneirismo, que permitem dar consistência a uma proposta de mudança da gestão pública de caráter mais amplo.

Rose Marie Inojosa é mestre em Ciências da Comunicação (USP/SP), técnica sênior da FUNDAP e coordenadora de projetos de consultoria a sistemas e organizações da administração pública.

Luciano A. Prates Junqueira é sociólogo, doutor em Administração da Saúde, técnico sênior da FUNDAP e professor-assistente doutor do Programa de Pós-graduação em Administração da PUC/SP.

"Uma coisa é por idéias arranjadas, outra é lidar com pais de pessoas, de carne e sangue, de mil-e-tanzas misérias... Tanta gente - dá susto de saber - e nenhum se sossega: todos nascendo, crescendo, se casando, querendo colocação de emprego, comida, saúde, riqueza, ser importante, querendo chuva e negócios bons..."

João Guimarães Rosa, Grande Sertão: Veredas, p. 15

VELHOS E NOVOS DESAFIOS

A trajetória do setor de saúde é singular na história das políticas públicas do Brasil, tanto por ter capitaneado a proposta de descentralização do poder até o nível local, como por envolver uma estratégia de inclusão da participação dos cidadãos nas decisões do setor.

Enquanto projeto de transformação social, o modelo de saúde proposto pelo movimento sanitário que deu origem ao Sistema Único de Saúde (SUS) era ambicioso: universalizar a saúde como direito do cidadão e dever do Estado; descentralizar o poder até o nível local, promovendo a participação do cidadão nas decisões do setor; e garantir a integralidade do atendimento, superando a dicotomia prevenção/cura e abrigo uma concepção muito ampla de saúde, entendida como bem-estar físico, psíquico e social.

Isso tudo num cenário contraditório. De um lado, havia o movimento de redemocratização, que permitiu o ressurgimento de princípios federativos há muito adorme-

cidos, e o fortalecimento do discurso da participação; de outro, havia a situação de dependência mútua entre o Estado e a rede privada de saúde e os interesses privados radicados nas grandes estruturas estatais.

Não foram, portanto, poucos os desafios que se colocaram à implantação do SUS, ou surgiram no seu decorrer. Alguns deles foram bem-solucionados ou encaminhados. É o caso, por exemplo, da descentralização entre níveis de governo. Na saúde, promoveu-se o deslocamento de poder do Governo federal para os estaduais e, depois, para os municipais; caminho seguido por outras áreas, como a assistência social e a educação. Agora, trata-se de aprofundar esse movimento, deslocando poder para parceiros da sociedade civil.

É o caso também da participação do cidadão, cujas possibilidades foram ampliadas com as conferências e os conselhos de saúde. Naturalmente que a apropriação e o direcionamento destes dependem das condições para o exercício da cidadania, que têm seu próprio ritmo.

Há desafios, resultantes de situações malsolucionadas, como a relação público/privado, que continuam constituindo um fator impeditivo à realização do modelo de atenção à saúde proposto pelo SUS. A rede de serviços de saúde que oferece internação hospitalar é constituída por 80% de estabelecimentos privados lucrativos e não-lucrativos e 20% de estabelecimentos públicos; entretanto, o SUS trata a rede privada como se fosse complementar à rede pública. Como pode ser complementar o que é tão flagrantemente hegemônico? A reversão de tal situação, cultivada pelo próprio Poder Público nos anos 60, implicaria investimentos elevados na rede pública, que não foram feitos.

Há, ainda, a questão do financiamento, que tem mobilizado – ou melhor, imobilizado – parte da gestão da política de saúde. Essa questão é subproduto de posições e decisões contraditórias da sociedade, do Governo e também do próprio setor, que faz um discurso de atenção à saúde e conti-

nua “mergulhado” no pagamento da assistência médica curativa.

Este artigo pretende enfocar, particularmente, o desafio da articulação intersetorial, por supor que a sua compreensão pode contribuir para a reflexão e para a discussão de alguns problemas do modelo que hoje orienta a política de saúde no Brasil.

A TRAJETÓRIA DO SETOR DE SAÚDE E SEUS LIMITES

Para o SUS, a saúde faz parte do conceito de qualidade de vida. A própria definição de saúde, que o movimento sanitário abrigou para se contrapor ao modelo de assistência à doença, requer a consideração de outras políticas, como as de educação, habitação, renda e, mesmo, a política econômica.

Assim, a qualidade de vida, entendida como “possibilidade de melhor redistribuição – e usufruto – da riqueza social e tecnológica auferida por um dado agrupamento humano” (Akerman, 1996, p. 9), não depende do oferecimento isolado de um dado serviço, mas da oferta de um conjunto de condições de vida e de trabalho que respeite as especificidades de áreas e grupos populacionais, não podendo ser padronizado sequer para o município como um todo.

Em busca da implementação desse conceito de saúde é que se desenvolveu a proposta de criação de distritos sanitários. Segundo essa proposta, a definição e gestão da política de saúde se dá em espaços geográficos homogêneos em que vive e trabalha uma população com um perfil peculiar, cujas necessidades e demandas devem orientar a ação pública, especialmente planejada para as suas condições, de modo a ampliar a redistribuição e o usufruto da riqueza da sociedade.

O conceito de distrito sanitário esteve presente na base teórica do SUS, proposto pelo movimento sanitário desde os anos 70. Nessa época, entretanto, havia uma questão prioritária a ser superada: a desarticulação setorial, que era aguda e cuja solução

implicava a centralização das decisões no Governo federal.

Do ponto de vista do cidadão, a desarticulação do setor de saúde apresentava-se da seguinte forma: em determinado bairro, havia um pequeno posto de vacinação municipal, um centro de saúde estadual e um posto de assistência médica federal, pertencente ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – Inamps, ou seja, havia diferentes gestões e, portanto, objetivos distintos. O cidadão “batia em todas essas portas” para conseguir algum atendimento. Se o seu filho estivesse saudável, levava-o ao centro de saúde para controle. Se estivesse doente, ao posto de assistência médica do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual – Iamspe, desde que estivesse inscrito na Previdência Social. Se fosse uma emergência ou caso de internação, socorria-se de um pronto-socorro do sistema do Iamspe – que comprava serviços do setor privado –, ou, se não era previdenciário, de um hospital público municipal ou estadual. Cada unidade tinha sua própria lógica, que não era a do atendimento das necessidades e demandas do cidadão, ainda que estas estivessem reduzidas apenas à ótica do atendimento à doença. Em outras políticas públicas, ocorreu fenômeno semelhante, resultado de décadas de desarticulação da ação dos diferentes níveis de governo e da tradição centralizadora do Governo federal.¹

A necessidade de superar essa desarticulação levou a um primeiro movimento de descentralização, que, em muitos casos, se limitou a um processo de desconcentração, isto é, transferência de poder para níveis periféricos dentro de uma mesma esfera de governo. Em alguns casos, contudo, secretarias estaduais e municipais reorganizaram-se em virtude da transferência de poder do nível federal de governo para o estadual, com a descentralização de funções e recursos do Inamps, e da desconcentração de poder da própria organização estadual para o nível periférico, visando analisar e planejar o atendimento das peculiaridades de

grupos populacionais específicos, nas diversas regiões.

Um significativo movimento nesse sentido, anterior ao SUS, mas sob o ideário do movimento sanitário, ocorreu em São Paulo, no Governo Montoro. Nesse período, foram criados 62 escritórios regionais de saúde (Ersa), tendo por finalidade explícita “a consecução de um novo modelo de assistência à saúde da população da área de abrangência, mediante: a integração, hierarquização e regionalização dos serviços de saúde que o compõem e a integração dos recursos de saúde, em nível federal, estadual e municipal, existentes na sua área de abrangência” (São Paulo, 1986, p. 840).

Embora tenha ocorrido no âmbito do Governo estadual, esse movimento previa a mobilização de recursos estaduais e municipais que operavam a rede de prestação de serviços, tendo por horizonte a municipalização: “a construção da nova secretaria significou desmontar uma estrutura verticalizada e compartimentalizada em coordenadorias, muitas vezes voltadas a tarefas cartoriais, deixando em segundo plano a atividade-fim da Pasta (...)” (Yunes, 1987, p. 5).

Outros governos estaduais também se engajaram nesse processo. A FUNDAP assessorou, além da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, as secretarias estaduais de saúde do Ceará² e do Paraná,³ em 1988, e a Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo,⁴ em 1989. Em todos esses casos, as organizações foram redefinidas devido à reorientação do modelo de saúde.

O Governo do Estado do Ceará, por exemplo, redefiniu o escopo da instituição gestora da saúde integrando duas organizações, a Secretaria de Estado da Saúde e a Fundação de Saúde do Estado – Fused, a partir do modelo de saúde. A reorganização transformou as duas instituições, que até então gerenciavam separadamente hospitais e centros de saúde, renovando a prática de gestão, independente da formalização de um novo aparato organizacional. Nesse processo, foi redefinido o papel dos vinte

1) Embora o federalismo tenha sido consagrado em todas as constituições brasileiras de 1891 até hoje, esse princípio foi fortemente desrespeitado nos períodos autoritários, que construíram uma tradição de centralização. Sobre o assunto, ver Camargo (1992).

2) A respeito, consultar FUNDAP (1988b).

3) Sobre o assunto, ver FUNDAP (1988a).

4) Para maiores detalhes, consultar FUNDAP (1989a).

departamentos regionais de saúde, integrando, de forma descentralizada, o gerenciamento das redes ambulatorial e hospitalar (FUNDAP, 1988b, p. 88).

O Governo do Paraná, por sua vez, regionalizou a estrutura da Secretaria de Estado da Saúde, tendo em vista a mudança de papel do nível estadual de governo e o estabelecimento de novas relações entre o Estado e as prefeituras, orientadas pela redefinição do modelo assistencial (FUNDAP, 1988a). A regional-piloto, organizada com a assessoria da FUNDAP, foi a de Maringá, com 28 municípios. O seu modelo foi adaptado e estendido ao restante do Estado.

Em 1989, pesquisa realizada para o Conselho Nacional dos Secretários de Estado da Saúde – Conass⁵ mostrou que os programas do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds) – precursor do SUS – estimularam ou reforçaram as iniciativas de descentralização da gerência dos serviços, quer no âmbito da administração estadual, com a regionalização, quer no âmbito intergovernamental, com o movimento de municipalização. A diversidade de situações de gestão de saúde nos governos estaduais e de municipalização ficou evidenciada nesses encontros regionais. Em um deles, representantes da Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro defenderam a municipalização do gerenciamento dos sistemas locais de saúde, saltando a etapa da regionalização, que, na prática, seria uma solução mais coerente com o novo modelo. Na verdade, em alguns casos, as secretarias estaduais de saúde, depois de receberem atribuições do Governo federal, particularmente em relação ao controle da contratação de serviços complementares do setor privado, tiveram dificuldades em repassá-las aos municípios.

Se do ponto de vista do gerenciamento identificavam-se esses problemas, quanto ao atendimento, as secretarias estaduais de saúde avaliaram, naquele momento, que a descentralização estava possibilitando a reorientação da apropriação dos serviços de saúde pelo usuário, levando-o a utilizar

como “portas de entrada” os ambulatórios da rede pública e não mais os hospitais privados, com duas vantagens: perspectiva de atendimento mais adequado para o cidadão e economia de recursos para o sistema (FUNDAP, 1989b, p. 23).

Mas, nesse momento, as reformas do setor saúde ainda estavam intra-referidas, isto é, voltadas, sobretudo, para resolver a dicotomia do atendimento à saúde do cidadão, particularmente no tocante à assistência médica e hospitalar.

Era de se esperar que esse movimento ganhasse maior consistência com a efetiva municipalização, pois da maneira como vinha ocorrendo, com a tentativa de criação de distritos sanitários pelo Governo estadual, este sofria as dificuldades naturais de um gestor que tentava mudar seu perfil de prestador de serviços diretos à população para coordenador regional. Entretanto, esse movimento de regionalização não pode ter seu significado desprezado, principalmente no que se refere aos profissionais de saúde, que estiveram nos governos estaduais nesse período de mudança e vivenciaram os primeiros passos do processo de descentralização. Inúmeros deles, em especial os sanitaristas, foram trabalhar para os municípios, quando da municipalização da saúde.

Foi no âmbito do município que ficaram explícitos os limites da articulação setorial e as dificuldades de se resolver, em um só setor, problemas que são multifacetados e plurideterminados. A demonstração cabal de que a assistência médica é uma pequena parte da saúde – a que olha a doença –, o que teoricamente é muito repetido mas, na prática, ainda pouco realizado, deu-se no município. Não é fácil superar um modelo eivado de interesses como o da assistência médica.

Em 1990, a pedido do Ministério da Saúde, foi realizada em dez capitais uma avaliação do processo de municipalização.⁶ Nessa avaliação, verificou-se que o processo ainda era incipiente, uma vez que os planos municipais de saúde, quando existiam,

5) Ver, para maiores detalhes, FUNDAP (1989b).

6) Para maiores detalhes sobre essa avaliação realizada com a Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP, Faculdade de Saúde Pública da USP e Proahsa, da Fundação Getúlio Vargas (SP), consultar FUNDAP (1991c). As dez capitais objeto do projeto foram: Cuiabá, João Pessoa, Maceió, Manaus, Natal, Porto Alegre, Recife, Salvador, São Luís e Teresina.

não eram considerados pelos demais níveis de governo (FUNDAP, 1991c).

Seguindo a lógica do próprio movimento do setor, a FUNDAP, que até então havia assessorado os níveis estadual e federal de governo, passou a trabalhar, também, com o nível municipal. Foram realizadas assessorias e promovidos processos de desenvolvimento gerencial para algumas secretarias municipais de saúde, nas quais havia a preocupação precípua de oferecer ao cidadão de seu município assistência à saúde, que inclui mas não se esgota na assistência médica. Foi o caso dos municípios de Penápolis (SP)⁷ e Campinas (SP),⁸ em 1991; Porto Alegre (RS),⁹ em 1992; Diadema (SP),¹⁰ em 1993; Guarulhos (SP),¹¹ em 1994; e Santos (SP),¹² em 1995-96.

Em Porto Alegre, desde o início do Governo Olívio Dutra já havia um movimento de reorientação da gestão municipal da saúde. De abril a dezembro de 1992, a FUNDAP assessorou a Secretaria de Saúde e Serviço Social, em um processo que envolvia a descentralização do setor de saúde no ambiente de uma administração centralizada e a mudança do modelo de prestação de serviços. Essa mudança buscava maior integralidade e articulação das ações de saúde, visando melhorar os indicadores de saúde e gerar uma prática nova em relação a grupos populacionais e aos indivíduos atendidos.

O modelo de saúde delineado para informar a atuação da Secretaria de Saúde e Serviço Social de Porto Alegre tinha como objetivos “garantir a qualidade de vida do cidadão, no que diz respeito à atenção integral à saúde individual e coletiva, através do acesso dos cidadãos a serviços de saúde resolutivos e de qualidade, do acesso dos cidadãos à informação, da permeabilidade do sistema local de saúde ao controle social e à participação nas decisões e da atuação do sistema local de saúde no ambiente e na produção, circulação e consumo de bens e serviços” (FUNDAP, 1992, p. 2). Essa definição considera a saúde como um elemento de qualidade de vida e sugere a sua articulação com outros componentes. Vale res-

saltar a evolução do enunciado dos objetivos. O movimento sanitário – que no início tratou de alargar o conceito de saúde – nesse momento o recoloca, na sua nova abrangência, como parte de um conjunto de condições que compõem, em uma determinada sociedade e momento histórico, “uma vida de qualidade”.¹³

Em Guarulhos, a partir de junho de 1994, iniciou-se um trabalho de planejamento, que envolveu as regiões de saúde, com o objetivo de orientar a ação articulada dos diversos serviços e ações da Secretaria Municipal de Saúde em cada área geográfica. Nesse trabalho, partiu-se da identificação dos problemas de saúde de cada região (maior do que um bairro) ou microrregião (um bairro ou segmento de bairro), a fim de definir prioridades e desenvolver projetos específicos de atuação, buscando alcançar resultados de qualidade e impacto no quadro de saúde da população (FUNDAP, 1994).

Essas experiências, realizadas pelos municípios, levaram à percepção de que o controle ou a superação de fatores que implicam riscos ou agravos à saúde da população estão fora do âmbito de governabilidade da área da saúde ou exigem uma atuação conjunta com outras áreas.

Muitos exemplos e situações observadas revelaram a impossibilidade de resolução dos problemas da população com uma atuação setorial e desarticulada. Nas análises situacionais de microrregiões, realizadas pelos profissionais de saúde encarregados do planejamento, que buscavam as causas dos problemas, com vistas a atuar sobre os fatores de risco à saúde de grupos populacionais específicos, os exemplos se multiplicavam.

Casos de leptospirose por ocasião das enchentes de verão e, fora dessa época, de infecções e lesões de pele causadas por mordedura de ratos, particularmente na população infantil, por exemplo, ocorrem em população que mora em subabitação, sem benefícios, onde se ampliam as condições de acumulação de lixo. Além disso, a população não reconhece o risco que o rato re-

7) A respeito, ver FUNDAP (1991b).

8) Consultar FUNDAP (1991a).

9) Cf. FUNDAP (1992).

10) Sobre esse município, ver FUNDAP (1993).

11) Pesquisar, para maiores detalhes, FUNDAP (1994).

12) Consultar FUNDAP (1995).

13) Isso nos remete à discussão do padrão de qualidade de vida, na qual se insere a questão dos mínimos sociais, que finalmente a sociedade começa a debater, não de uma perspectiva setorial, mas referida aos direitos e necessidades dos cidadãos num dado contexto social.

presenta e não conhece os sintomas da doença que ele veicula. Resolver esses problemas, e não apenas tratar suas conseqüências, implica um conjunto de ações que extrapolam a área de saúde; requer o envolvimento de outras, como a de desenvolvimento urbano e educação, particularmente. Além disso, essas ações, para de fato impedirem ou controlarem o risco a que está sujeita aquela população, precisam realizar-se de forma articulada.

Entretanto, verificou-se em todos os casos que, embora os diagnósticos de situação apontassem para soluções articuladas, o setor que identificava os problemas não conseguia induzir outras áreas do Governo a agir conjuntamente. Cada qual mantinha a sua lógica e as suas prioridades, apesar de estar atuando no mesmo espaço físico e para a mesma população.

Identificou-se, a partir dessas experiências, um conjunto de questões críticas para uma mudança capaz de interferir positivamente na qualidade de vida da população. Duas delas se destacam: a assimilação de um novo modelo de atenção à saúde da população e a contradição entre a integralidade pretendida e a fragmentação imposta pela própria lógica das administrações municipais, centralizadas e setorializadas.

A percepção dos limites da atuação setorial oferece a oportunidade de se refletir sobre o desafio da atuação intersetorial, questão que extrapola as eventuais ações conjuntas ou o desenvolvimento de projetos,¹⁴ a partir de estruturas organizacionais específicas de saúde e outros setores, e se apresenta como um problema mais amplo aos governos municipais, estaduais e federal.

UMA NOVA LÓGICA DE ORGANIZAÇÃO DO APARATO GOVERNAMENTAL

A Experiência de Fortaleza

Uma lógica intersetorial de organização e atuação deve estar baseada na população e considerar as suas formas e condi-

ções peculiares de organização. Assim, as prioridades não serão setoriais, mas definidas tendo-se por base problemas da população, cujo equacionamento envolve ações integradas de vários setores.

A partir de uma base populacional e geográfica, como propõe o conceito de distrito de saúde, podem ser identificados os problemas e potencialidades dos grupos populacionais em relação a padrões de qualidade de vida e realizada uma interferência, intencional e monitorada, nas questões que estão no espaço de governabilidade da prefeitura.

A implantação dessa nova lógica de trabalho no aparato de um governo, no entanto, requer decisão política, pois implica fraturar a velha moldagem que reflete uma determinada estrutura de poder.

O Governo da Cidade de Fortaleza, no Ceará, assumiu essa decisão.¹⁵ A reforma administrativa da Prefeitura Municipal de Fortaleza distancia-se das fórmulas das reformas administrativas de caráter neoliberal, que giram em torno do tamanho do aparato do Estado e da eficiência desvinculada da eficácia.

A redefinição da estrutura organizacional municipal considerou o município como um macroespaço e identificou seis regiões, que agregam microespaços (bairros) com algumas características territoriais e sociais em comum. Para tanto, foram consideradas tanto as condições territoriais, urbanas e de meio ambiente, como a organização social dos grupos populacionais que vivem em um determinado espaço geográfico, aspectos que interagem entre si.

Esse critério pode ser combinado com outros (faixa etária, forma de agregação social, ocupação etc.) que identifiquem, nesses grupos populacionais, subconjuntos sensíveis a determinadas ações e serviços peculiares, tais como: crianças e adolescentes; famílias; trabalhadores dos setores formal e informal etc.

A administração municipal deve operar combinadamente no macro e no microespaço, considerando os subconjuntos, na sua

14) Vale ressaltar que alguns projetos intersetoriais têm mobilizado gestões articuladas a cooperação de unidades de prestação de serviços, como ocorreu em Campinas (SP), sem, contudo, consolidar um novo aparato estatal.

15) Logo depois do primeiro turno da eleição municipal de 1996, o prefeito eleito, Juraci Magalhães, convidou a FUNDAPE para assessorar na elaboração de uma proposta de revisão completa da estrutura do Governo municipal a ser apresentada à Câmara Municipal, orientada por dois pressupostos: a descentralização e a intersetorialidade. O projeto de lei enviado à Câmara foi aprovado em 29/1/1997. A partir desse momento, iniciou-se efetivamente o processo de mudança.

totalidade, em relação à população do município – quando define padrões de qualidade, prioridades e políticas – e nas peculiaridades observadas – quando estabelece metas, realiza ações e presta serviços.

Para atuar no macroespaço, quando se considera toda a população em todo o território, foram criadas três secretarias de caráter articulador: Secretaria de Ação Governamental, Secretaria do Desenvolvimento Territorial e Meio Ambiente, e Secretaria do Desenvolvimento Social.

Para atuar nos microespaços, isto é, nas regiões, foram criadas seis secretarias executivas regionais (SER), com o mesmo nível hierárquico das demais. É por meio das SER que o centro das relações entre o Governo municipal e o cidadão se desloca para o âmbito local. Nelas, a reorganização do trabalho, na perspectiva interssetorial, busca viabilizar uma nova relação entre o município – como sujeito de direitos – e os agentes do Poder municipal, considerando as peculiaridades dos grupos populacionais e do espaço em que vivem.

Às SER cabe: conhecer esses grupos populacionais, suas necessidades e demandas peculiares; subsidiar a definição de prioridades; atuar respeitando as prioridades estabelecidas para toda a população; estabelecer metas específicas para cada grupo populacional; e prestar os serviços articulados em uma rede de ação social. Elas coordenam todos os serviços especializados sediados em sua região e equipes multiprofissionais. O foco de cada serviço especializado deve ser o cidadão como um ser integral.

Pretende-se, nessa lógica, que a escola não se limite ao ensino e que o serviço de saúde não se limite ao atendimento da intercorrência ou à ação preventiva, nem o ginásio de esporte a oferecer seu espaço e equipamentos. Cada serviço sediado numa dada comunidade deve compor a rede de ação social. Desse modo, a escola deve preocupar-se também com a identificação das necessidades de suplementação nutricional e o serviço de saúde, com o acesso da crian-

ça atendida às condições que lhe permitam integrar-se ao grupo social etc. As metas não são referidas a cada serviço, mas a um grupo da população. Uma gerência de desenvolvimento social e outra de desenvolvimento territorial e meio ambiente, em cada SER, são as instâncias articuladoras do planejamento e da ação interssetorial.¹⁶

Essa forma de atuação é nova e acarreta uma mudança de cultura organizacional importante, cuja viabilização requer a aliança de todos os que desejam incrementar a qualidade de vida do cidadão, dentro e fora da administração municipal. O processo pode apresentar distorções em virtude da previsível resistência de grupos de interesses contrariados.

O desafio da interssetorialidade exige a concepção de uma forma diferente de planejar, realizar e controlar a prestação de serviços, o que significa alterar toda a forma de articulação dos diversos segmentos da organização governamental, que muitas vezes possuem percepções e interesses diferentes.

Mesmo quando os atores sociais envolvidos concordam com a inadequação da lógica antiga e de muitas das práticas que dela resultam, a mudança envolve jogos de poder e a substituição de valores culturais. Uma nova teia de relações precisa ser construída, para dar forma e viabilizar novas práticas.

A descentralização envolve uma rede de articulações e parcerias que passa a ser construída em sentido inverso ao tradicional, isto é, da periferia do sistema de atendimento à população para o nível central da organização. E a interssetorialidade também exige que os componentes dessa rede se interpenetrem, formando um novo tecido.

A concepção de uma nova lógica de atuar, que tenha como pressuposto a interssetorialidade, não é facilmente assimilada por todos os níveis de poder, nem pelas corporações setoriais – seja por discordância conceitual, pelas diferentes leituras que pode suscitar, seja, ainda, pela própria presença de contradições entre a concepção e a forma atual de articulação e operação das es-

16) Em abril de 1997, as equipes das SER foram compostas. De 5 a 9 de maio de 1997, ainda no processo de assessoria da FUNDAPE à Prefeitura Municipal de Fortaleza, realizou-se a primeira Oficina de Trabalho com essas equipes, tendo por objetivo promover uma base de entendimento comum sobre os pressupostos da nova lógica do modelo de organização da Prefeitura, particularmente a questão da interssetorialidade, e realizar o planejamento interssetorial de cada região.

truturas governamentais. Não é possível dar conta de realizar ações e serviços numa perspectiva integral – isto é, intersetorial – mediante um processo de trabalho fragmentado, como é a prática das organizações públicas no geral.

Esse movimento requer a valorização e o incremento dos saberes técnicos que informam a prestação de serviços e garantem a qualidade do atendimento à população. Entretanto, é preciso conduzir esses diversos saberes a uma atuação articulada.

À concepção, acolhida e transformada em prioridade de governo pela decisão polí-

tica, precisará seguir-se um árduo trabalho de implantação desse novo modo de governar, permeando todos os níveis e segmentos profissionais da organização municipal e, também, alcançando a adesão do cidadão.

Assim, o desafio da intersetorialidade transcende o setor de saúde, que em alguma medida acolheu e aprofundou as discussões iniciais, e começa a se colocar de modo mais amplo ao Município de Fortaleza.

Trata-se de uma experiência a ser cultivada e observada com o maior cuidado, por ser uma semente de transformação da administração pública municipal.

Referências Bibliográficas

AKERMAN, Marco

1996 *Qualidade de vida e exclusão: quanto custa incluir?* Citando o mapa da inclusão/exclusão social da cidade de São Paulo. São Paulo.

CAMARGO, Aspásia

1992 *A Federação acorrentada – Nacionalismo desenvolvimentista e instabilidade democrática*. Trab. apresentado no Encontro Anual da ANPOCS, 16 out., Caxambu, Minas Gerais.

FUNDAP – Fundação do Desenvolvimento Administrativo

1988a *Assessoria técnica para organização das regionais de saúde da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná e Fundação Caetano Munhoz da Rocha. Relatório final*. São Paulo, v. 1-6.

1988b *Proposta de estrutura organizacional da Secretaria de Estado da Saúde e Fundação de Saúde do Estado do Ceará. Documento final*. São Paulo.

1989a *Assistência técnica à Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. Relatório final*. São Paulo, v. 1-3.

1989b *Encontros regionais de avaliação do Suds: relatório final*. São Paulo, mimeo. (Projeto de Assessoria ao Conass para Avaliação do Suds).

1991a *Assessoria à Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Relatório final*. São Paulo.

1991b *Curso de gerência de serviços de saúde – Microrregião de Penápolis. Relatório final*. São Paulo.

1991c *Relatório final do projeto de assessoria ao Ministério da Saúde para implementação do Pró-Saúde*. São Paulo.

1992 *Reorganização da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Documentos de Trabalho*. São Paulo.

FUNDAP – Fundação do Desenvolvimento Administrativo

1993 *Curso de gestão de serviços de saúde para Diadema*. São Paulo.

1994 *Avaliação dos serviços municipais de saúde de Guarulhos. Relatório final*. São Paulo.

1995 *Assessoria à Secretaria Municipal de Saúde de Santos. Relatório final*. São Paulo.

ROSA, João Guimarães

1983 *Grande Sertão: Veredas*. Rio de Janeiro: Ed. José Olympio.

SÃO PAULO. Decreto nº 25.519

1986 Decreto nº 25.519, de 17 de julho de 1986. Define a organização básica, em nível regional, dos serviços de assistência à saúde, cria 57 (cinquenta e sete) escritórios regionais de saúde, e dá providências correlatas. *Lex. Coletânea de Legislação e Jurisprudência*, São Paulo, ano 50, p. 840-848, jul./dez.

YUNES, João

1987 Apresentação. In: FUNDAP – Fundação do Desenvolvimento Administrativo – *Secretaria de Estado da Saúde: concepção, organização e funcionamento*. São Paulo: Secretaria da Saúde/FUNDAP.