

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

Diogo Luiz Pilz dos Santos

**INTERSETORIALIDADE NA IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO SUL - RS**

**Porto Alegre
2019**

Diogo Luiz Pilz dos Santos

**INTERSETORIALIDADE NA IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO SUL - RS**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão Pública.

Orientadora: Prof^a Dr^a Luciana Pazini Papi

Porto Alegre
2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Reitor: Prof. Dr. Rui Vicente Oppermann
Vice-reitora: Profa. Dra. Jane Fraga Tutikian

ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO

Diretor: Prof. Dr. Takeyoshi Imasato
Vice-diretor: Prof. Dr. Denis Borenstein

COORDENAÇÃO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA

Coordenador: Prof. Dr. Paulo Ricardo Zilio Abdala
Coordenador substituto: Prof. Dr. Rafael Kruter Flores

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

Santos, Diogo Luiz Pilz dos
Intersetorialidade na Implementação da Estratégia Saúde da Família no município de Santa Cruz do Sul - RS / Diogo Luiz Pilz dos Santos. – 2019.
52 f.
Orientadora: Luciana Pazini Papi.
Trabalho de conclusão de curso (Especialização) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Administração, Gestão Pública, Porto Alegre, BR-RS, 2019.
1. Política Pública. 2. Implementação. 3. Intersetorialidade. 4. Programa Estratégia Saúde da Família. I. Papi, Luciana Pazini, orient. II. Título.

Elaborado pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo autor.

Escola de Administração da UFRGS

Rua Washington Luiz, 855, Bairro Centro Histórico
CEP: 90010-460 – Porto Alegre – RS
Telefone: 3308-3801
E-mail: eadadm@ufrgs.br

Diogo Luiz Pilz dos Santos

**INTERSETORIALIDADE NA IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO SUL – RS**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Gestão Pública.

Aprovado em: 06 de junho de 2019.

Banca Examinadora

Examinador(a): Sueli Goulart

Examinador(a): Ronaldo Bordin

Orientadora: Prof^a Dr^a Luciana Pazini Papi

RESUMO

A efetivação de políticas públicas no Brasil é uma tarefa complexa que exige recursos, aprendizado institucional e interesse político. Este estudo objetiva analisar a presença da intersetorialidade na implementação do serviço Estratégia Saúde da Família, no município de Santa Cruz do Sul – RS, tendo como foco de análise os elementos institucional, profissional e social que permeiam essa tarefa. Esta pesquisa se caracteriza como um estudo de caso, de natureza exploratória e descritiva, utilizando técnicas qualitativas por meio de buscas bibliográficas e documentais. Os resultados encontrados indicam que não há presença de ações intersetoriais na execução do programa. O que se observa nos planos municipais avaliados é a perspectiva, a intenção e o entendimento dessas integrações multidisciplinares, porém, sem um mediador que pudesse conectar as distintas secretarias e ser o responsável pela articulação entre esses departamentos. Portanto, existe a compreensão intersetorial, mas falta um intermediário com competências executivas para concretizar as ações.

Palavras-chave: Política Pública. Implementação. Intersetorialidade. Programa Estratégia Saúde da Família

ABSTRACT

The implementation of public policies in Brazil is a complex task that requires resources, institutional learning and political interest. This study aims to analyze the presence of intersectoriality in the implementation of the Family Health Strategy service, in the city of Santa Cruz do Sul, RS. The main focus of the work is on the institutional, professional and social elements that are involved throughout this task. This research is characterized as an exploratory and descriptive case study, which uses qualitative techniques through bibliographical and documentary research. The results indicate that there is no presence of intersectoral actions in the execution of the program. Perspective, intention and understanding of these multidisciplinary integrations are present in the municipal plans. However, there is no mediator to connect the different secretariats and take responsibility for the articulation between these departments. Therefore, there is intersectoral understanding, but a lack of an intermediary with executive competencies who can accomplish intersectoral actions.

Keywords: Public policy. Implementation. Intersectoriality. Family Health Strategy Program

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Ciclo de políticas públicas	16
Figura 2 – Modelos top-down e bottom-up	18

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CF 88	Constituição Federal de 1988
DRSAI	Doenças Relacionadas ao Saneamento Ambiental Inadequado
ESF	Estratégia Saúde da Família
PSE	Programa Saúde na Escola
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2. A INTERSETORIALIDADE NA IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICA PÚBLICAS.....	14
2.1 Políticas públicas: definições conceituais.....	14
2.2 O ciclo de políticas públicas e o lugar da implementação	15
2.3 Políticas públicas: coordenação em rede	19
2.4 A intersectorialidade na implementação de políticas públicas: notas conceituais.....	21
3 SAÚDE PÚBLICA: UM DEBATE SOBRE O SEU ARRANJO INSTITUCIONAL .	24
4. INTERSETORIALIDADE NA IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM SANTA CRUZ DO SUL.....	27
4.1 Notas metodológicas	27
4.2 Caracterização do município de Santa Cruz do Sul.....	29
4.3 A política pública de saúde em Santa Cruz e a Estratégia Saúde da Família	30
4.4 Análise da intersectorialidade na implementação da Estratégia Saúde da Família.....	32
4.4.1 Dimensão institucional.....	33
4.4.1.1 Plano Municipal de Gestão Integrada de Resíduos Sólidos de Santa Cruz do Sul – RS	34
4.4.1.2 Plano Municipal de Saneamento Básico de Santa Cruz do Sul – RS	36
4.4.1.3 Plano Municipal de Educação	37
4.4.1.4 Análise dos Planos Municipais verificados	39
4.4.2 Dimensão profissional	40
4.4.3 Análise documental da Ouvidoria da Estratégia Saúde da Família quanto a participação da sociedade.....	42
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
REFERÊNCIAS.....	49

1 INTRODUÇÃO

Em uma nação com a dimensão territorial como a do Brasil, implantar qualquer tipo de serviço público com abrangência universal é uma tarefa complexa. As diferenças geográficas, as variações culturais, a economia e o desenvolvimento desigual das regiões na federação brasileira, são alguns dos fatores que contribuem para essa complexidade. Logo, pensar em soluções centralizadoras para as políticas públicas é problemático, pois, desconsidera as singularidades e as desigualdades regionais do país, acarretando uma gestão ineficiente e antidemocrática.

Por longo tempo, a administração pública brasileira foi guiada por modelos centralizadores (ARRETCHE, 2012). Contudo, nos anos 1980 e 1990, com o processo de reformas do Estado, em resposta à expansão ao fenômeno da globalização (PALUDO, 2013), e à redemocratização que culminou com a Constituição Federal de 1988 (CF 88), a descentralização passou a substituir o antigo modelo de gestão pública.

A partir desse cenário, ratificou-se a estrutura do Estado federativo, distribuindo responsabilidades, competências e autonomia entre União, estados e municípios. Assim, muitas obrigações do governo foram pautadas em uma rede intergovernamental com a premissa de cooperação mútua entre os entes federativos.

Um exemplo desse novo arranjo tem como expoente a política de saúde. Nesse contexto, a CF 88, em seu Art. 198, explica que as ações e serviços públicos de saúde compõem uma rede regionalizada e hierarquizada. Criando um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes de: descentralização; de atendimento integral e de participação da comunidade.

Em 19 de setembro de 1990, o presidente Fernando Collor de Mello assinou a Lei 8.080, a qual regularizou o Sistema Único de Saúde (SUS). Esta, em seu Capítulo III descreve a Organização, a Direção e a Gestão do SUS, na qual a União tem a responsabilidade de planejar, orientar, criar normas, avaliar e utilizar instrumentos de controle por meio do Ministério da Saúde. Aos governos estaduais e do Distrito Federal compete a implementação e também organização do atendimento em seu respectivo território, utilizando as Secretarias de Saúde Estaduais ou setores equivalentes. Os municípios ficaram com o encargo da gestão das ações e implementação dos serviços de saúde local, dentro de suas possibilidades, através

das Secretarias de Saúde Municipais ou departamentos correspondentes (BRASIL, 1990).

Em 2006, foi assinado o Pacto pela Saúde, no qual o gestor municipal assumiu imediatamente ou paulatinamente a plenitude da gestão das ações e serviços de saúde oferecidos em seu território. Com isso, a formulação e a implementação do SUS passou a funcionar em escala crescente de atribuições, onde o governo federal possui mais competências gerenciais e os entes locais, operacionais. Assim, cabe aos municípios o acolhimento básico, a prevenção de patologias e a triagem para encaminhar os casos mais graves ao próximo nível de atenção. Aos estados compete a prestação de assistência aos atendimentos intermediários e complexos (BRASIL, 2007). Logo, é notória a grande relevância dos governos estaduais e municipais quanto às políticas de saúde.

A cartilha “O SUS no seu Município”, de autoria do Governo Federal, explica que o gestor da saúde pública municipal tem a responsabilidade de reduzir os riscos, a mortalidade e as doenças evitáveis. Para tal, o mesmo precisa desenvolver ações e serviços que promovam e protejam a saúde da população local, com o intuito de prevenir patologias e decorrentes agravos, bem como recuperar os enfermos. Essas atribuições, conforme o Departamento Federal de Atenção Básica, são competências da assistência primária à saúde.

Nesse eixo, a Estratégia Saúde da Família (ESF), de acordo com o portal do Ministério da Saúde, é vista como a reorganização da atenção básica no país, além de ser considerada uma ampliação à resolutividade na situação de saúde das pessoas e da coletividade, proporcionando uma importante relação custo-efetividade. Esta é composta por médicos, enfermeiros, auxiliares ou técnicos em enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), além do pessoal da saúde bucal.

Assim, esses profissionais são divididos em equipes alocadas nas regiões carentes do município, com o propósito de conhecer e identificar os problemas de saúde mais comuns e situações de exposição ao risco de doenças, prestar atendimentos iniciais, observar questões sanitárias, garantir a continuidade do tratamento dos doentes, proporcionar orientação e educação sanitária, discutir junto à comunidade conceito de cidadania com foco nos direitos de saúde, incentivar as pessoas a participarem dos conselhos municipais de saúde, e propor ações intersetoriais (BRASIL, 2011).

Logo, a ESF é uma iniciativa do governo federal, porém, discutida e executada pelos governos municipais, com o escopo de resolver os problemas sanitários locais. À vista disso, o que se pode esperar é a cooperação recíproca e descentralizada da União com os municípios, caracterizando a forma de administração em Rede intergovernamental do serviço público de saúde (KLERING, SOARES E GUADAGNIN, 2010).

Nesse sentido, é notável a responsabilidade da administração municipal na implementação deste serviço. Cabe lembrar que a Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS) caracteriza-se pela articulação e cooperação intersetorial (BRASIL, 2014). Tornando assim, inevitável para a gestão do SUS, e sua implementação em todos os níveis, a efetivação da intersetorialidade. Essa, por sua vez, pode ser entendida como:

um conjunto de relações estáveis, não hierarquizadas, com atores que compartilham interesses comuns e admitem que a cooperação é a maneira de alcançar as metas (BÖRZEL, 1997 apud FLEURY, 2005, p. 78).

Junqueira define ação intersetorial como “um movimento articulado e integrado de recursos e processos organizacionais na formulação e implementação de políticas públicas em territórios específicos” (2000 apud MENDES e AKERMAN, 2007, p. 60). Adicionalmente, Feuerwerker e Costa argumentam que “é uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas que pretende possibilitar a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população” (2000 apud MENDES e AKERMAN, 2007, p. 60).

Fernandes, Castro e Maron afirmam que “o conceito de intersetorialidade das políticas públicas pode ser definido como a articulação de saberes e experiências para a solução sinérgica de problemas complexos” (2013, p. 7). Os mesmos autores destacam a “a governança intersetorial, em rede, como forma de gestão no setor público, é novidade para maior parte dos servidores públicos e, por isso, a dinâmica de redes de cooperação muitas vezes ainda não é plenamente apreendida.” (FERNANDES, CASTRO E MARONS, 2013, p. 12). Acrescentam ainda que “os desafios e benefícios da gestão compartilhada e intersetorial ainda não estão sedimentadas na cultura da maior parte dos servidores públicos e isso pode dificultar a obtenção de resultados efetivos na discussão dos objetivos intersetoriais (FERNANDES, CASTRO E MARONS, 2013, p. 12).

Diante desse cenário de articulação da execução de políticas públicas, este trabalho tem como problema de pesquisa a dinâmica intersetorial como novo componente da administração municipal, buscando reconhecer a multidisciplinariedade das soluções que se correlacionam com a implementação da saúde básica de gerencia municipal.

O objetivo geral do estudo é analisar a presença de ações voltados à intersetorialidade na implementação da Estratégia Saúde da Família, por meio dos Planos Municipais da Secretaria de Saúde; da Secretaria de Meio Ambiente, Saneamento e Sustentabilidade e da Secretaria de Educação pertencentes à cidade de Santa Cruz do Sul – RS, no período de 2018.

Os objetivos específicos são: caracterizar o município Santa-Cruzensense, ponderar as ações conjuntas entre duas ou mais secretarias municipais, avaliar a participação dos profissionais das equipes de saúde da família na implementação do programa e, identificar o envolvimento da população com os gestores implementadores deste serviço público.

Assim, institucionalmente, foram avaliados o Plano Municipal de Gestão Integrada de Resíduos Sólidos, o Plano Municipal de Saneamento Básico e o Plano Municipal de Educação, de responsabilidade da Secretaria de Meio Ambiente, Saneamento e Sustentabilidade e da Secretaria de Educação, respectivamente, com o intuito de encontrar propostas e execuções de projetos que atuassem em conjunto com o serviço da Estratégia Saúde da Família. No âmbito profissional e social, foi verificado o Plano Municipal de Saúde, visando buscar aspectos que expusessem a contribuição dos funcionários das equipes das ESF e a participação da população quanto a implementação do programa, com o a finalidade de averiguar o envolvimento intersetorial desses atores que estão diretamente ligados com esta política pública de saúde.

Esta é uma pesquisa de natureza exploratória e descritiva, tendo como estudo de caso a Estratégia Saúde da Família no município de Santa Cruz do Sul – RS. O trabalho faz uso de técnicas qualitativas. A coleta de dados foi realizada por: 1 – meios bibliográficos, os quais contemplam o referencial teórico; 2 – pesquisa documental que: a) esclarece como está estruturada a ESF em Santa Cruz do Sul – RS; b) avalia se a vertente institucional da ESF é articulada intersetorialmente com ações que interagem com outras secretarias municipais; c) mensura a participação dos

profissionais das equipes da ESF, onde o propósito é descobrir se estes opinam a respeito da elaboração do programa; d) pondera a ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde, com a intenção de quantificar se este canal de comunicação sugere alguma demanda advinda da sociedade santa-cruzense quanto a implementação da política pública em questão.

Por fim, o trabalho está estruturado em três partes principais. A revisão teórica na qual consta o embasamento conceitual para o desenvolvimento da pesquisa. A apresentação e organização da política pública de Estratégia Saúde Familiar no município de Santa Cruz do Sul – RS. Por último, a análise e conclusões quanto aos dados obtidos.

2. A INTERSETORIALIDADE NA IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Este capítulo aborda uma reflexão a respeito do conceito de políticas públicas, de organização em rede, de implementação dos programas de governo e, por fim, de concepções teóricas do tema intersectorialidade.

2.1 Políticas públicas: definições conceituais

O conceito de políticas públicas é complexo, a literatura apresenta diversos entendimentos para o assunto, os quais perpassam por concepções da sociologia, da economia, das ciências políticas, da administração pública. Sendo assim, Dye (1984 apud HOCHMAN, ARRETCHE E MARQUES, 2007, p. 38) define políticas públicas como "o que o governo escolhe fazer ou não fazer". Para Lowi *apud* Rezende é "uma regra formulada por alguma autoridade governamental que expressa uma intenção de influenciar, alterar, regular o comportamento individual ou coletivo através do uso de sanções positivas ou negativas" (2004 apud HOCHMAN, ARRETCHE E MARQUES, 2007, p. 38). Hochman, Arretche e Marques (2007) enfatizam a política pública como solução de problemas e afirmam que é um campo multidisciplinar onde cada qual adota um foco diferente. Para Lynn (1980 apud HOCHMAN, ARRETCHE E MARQUES, 2007) é o conjunto de ações do governo que produzirá efeitos específicos.

No mesmo viés, Peters (1986 apud HOCHMAN, ARRETCHE E MARQUES, 2007) esclarece que é a somatória das atividades dos governos, que agem diretamente ou por delegação, e assim, influenciam a vida dos cidadãos. De acordo com Bercovici "o fundamento das políticas públicas é a necessidade de concretização de direitos por meio de prestações positivas do Estado, ou seja, por meio dos serviços públicos; política pública e serviço público estão interligados" (2006, p. 151). Colaborando com a conceituação, Demeter (2002) elucida que as políticas públicas são criadas para atender os direitos dos cidadãos, sendo estas as diversas maneiras de atuação do Estado no trato com assuntos relacionados a vida econômica, social e políticas da coletividade.

O grande marco das políticas públicas brasileiras foi a Constituição Federal de 1988, a qual distribuiu competências e atribuições aos três entes federativos, caracterizando uma forma dispersa de governo, além de discriminar os direitos sociais que passaram a ser direito do povo e dever do Estado. Dessa forma, o Governo Federal precisou se reorganizar para colocar em prática os mandamentos constitucionais referentes às políticas públicas e aos princípios que as regem – descentralização, participação e universalização.

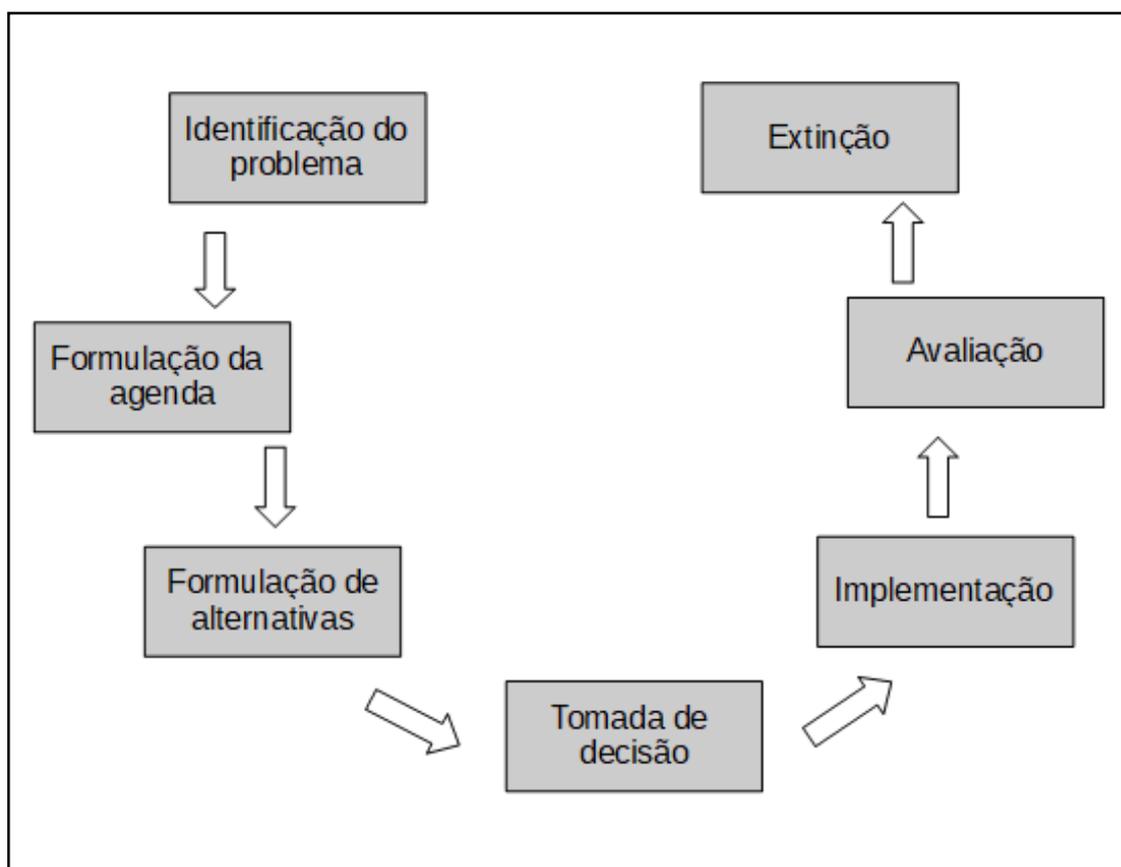
Com isso, Souza classifica a política pública em normatizada e constitucionalizada. A primeira tem participação facultativa, não sendo subordinada a normativa escrita. Em contrapartida, a segunda está prevista em leis e sua adesão é obrigatória (SOUZA, 2018). A saúde e a educação são exemplos destas políticas constitucionais, as quais normalmente se estruturam com a participação e financiamento das três esferas de governo: federal, estadual e municipal.

Portanto, políticas públicas significa o governo agir em prol da coletividade, por exigência legal ou não, criando serviços e programas. E, para estas – políticas públicas – serem elaboradas e concretizadas é necessário que elas perpassem por uma sequência de fases que fecha uma ideia de processo cíclico, convencionalmente chamado de ciclo de políticas públicas.

2.2 O ciclo de políticas públicas e o lugar da implementação

O ciclo de políticas públicas tem como objetivo esquematizar a visualização e interpretação da demanda em fases sequenciais e interdependentes. Secchi (2014) apresenta as etapas cíclicas em 1) Identificação do problema, 2) formação da agenda, 3) formulação de alternativas, 4) tomada de decisão, 5) implementação, 6) avaliação, 7) extinção. A figura 1 ilustra o ciclo de uma maneira didática e correlacionada, contudo, na prática as fases se interligam acontecendo simultaneamente.

Figura 1 – Ciclo de Políticas Públicas



Fonte: SECCHI (2014, p.43)

Analisando o ciclo de políticas públicas, é a etapa da implementação que torna concreto o planejamento. O’Toole Jr esclarece que “a fase de implementação é aquela em que regras, rotinas e processos sociais são convertidos de intenções em ações” (2003 apud SECCHI, 2014, p. 55). Menicucci acrescenta que a implementação “é vista como uma das fases do ciclo das políticas públicas na qual se executam as atividades necessárias ao cumprimento de metas definidas no processo de formulação (HOCHMAN, ARRETICHE e MARQUES, 2007, p. 167). Sabatier e Mazmanian definem “como o cumprimento de decisões aprovadas através de legislação ou de decisão das cortes” (1983 apud SOUZA, 2019, p. 25).

Ou seja, a fase de implementação coloca em prática as políticas públicas de modo a utilizar o aparato administrativo, os recursos humanos, os financeiros, os materiais, as tecnologias. De acordo com Parsons (2007), em grande medida, existe a falta de interesse nas etapas de implementação. O autor caracteriza uma distinção de dois fatores envolvidos nas políticas públicas: o político (formulador e técnico) e o

administrativo (implementador). A falta de comunicação entre estes acaba gerando divergências e incoerências nos resultados finais

A vista disso, a implementação pode ser entendida como um elo entre a formulação e os resultados que, conforme Souza, teve “sua entrada tardia na agenda de pesquisa sobre políticas públicas” (2018, p. 25). As análises sobre o tema iniciaram com Pressman e Wildavsky onde as reflexões sobre as falhas de implementação demonstraram o processo envolvendo um número de elementos expressivos. Assim, a literatura dispõe de três gerações de estudos relativos ao tema.

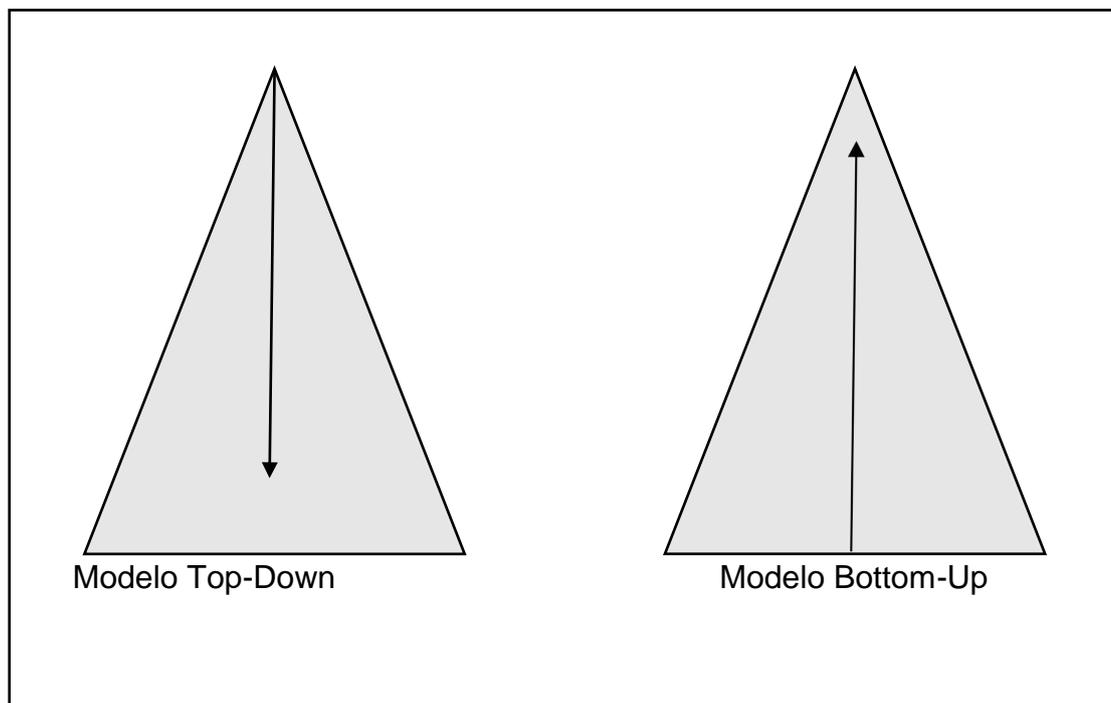
A primeira geração se caracteriza pelo início dos trabalhos acadêmicos buscando entender o porquê da falta de efetividade dos programas e das frustrações em relação às políticas públicas. Em outras palavras, existia uma lacuna entre a expectativa dos formuladores e o que era executado. Logo, foi percebido que havia lapso na coordenação da implementação intragovernamental e intergovernamental (SOUZA, 2018). A segunda geração surge como consequência evolutiva da geração anterior, trazendo dois modelos analíticos para o processo de implementação: *top-down* e *bottom-up*.

O modelo de cima para baixo (*top-down*) apresenta a implementação como uma execução hierarquizada, com decisões políticas centralizadas. Os formuladores estão distantes dos executores. Secchi argumenta que o modelo *top-down* é “caracterizado pela separação clara entre o momento de tomada de decisão e o de implementação” (2014, p. 60), também reforça a ideia do dueto esfera política (elabora e decide) *versus* a esfera implementadora (administrativo) e acrescenta que essa distinção serve como desculpa para o primeiro fator (político) “lavar as mãos” e imputar ineficiências a má implementação (administrativo), uma vez que a formulação está coerente e esclarecida. Essa desculpa foi o *input* para se desenhar uma nova maneira de efetivar as políticas públicas.

Assim, surge o modelo *bottom-up* onde a decisão passa pelos “burocratas do nível rua”, ou seja, os responsáveis operacionais atuam e opinam a respeito das políticas, a vista de que estes estão mais próximo dos problemas do dia a dia (SOUZA, 2018). Para Parsons (2007) este padrão favorece a participação das bases no processo prático. Secchi (2014) esclarece que o modelo de baixo para cima proporciona mais liberdade aos executores dando a estes maior discricionariedade para remodelamento na implementação. Portanto, é um desenho que tem um formato

coerente com vistas a efetivação dos programas e serviços públicos, levando em conta a participação de quem está na ponta da linha executando. A figura 2 mostra a premissa de cada um dos modelos.

Figura 2 – Modelos top-down e bottop-up



Fonte: SECCHI (2014, p.60 e 61)

A terceira geração representa a junção dos modelos anteriores, agregando novos elementos. Pülzl e Treib (2007 apud SOUZA, 2018, p. 26) chamam essa geração de teoria híbrida. Um dos primeiros objetivos desse padrão foi superar a polarização do top-down e do bottom-up, conciliando ambos em dois polos: decisão centralizada e autonomia local (SOUZA, 2018). Outra conclusão que se chegou foi que a implementação não é uma etapa isolada do processo de políticas públicas e, fatores externos como economia, múltiplos atores, os arranjos administrativos, dentre outros, fazem diferença nesta etapa (SOUZA, 2018). Parsons (2007) argumenta que essa não é uma fase simples como os modelos da segunda geração (top-down e botto-up) propõem, é um processo evolutivo e continuado, onde existem conflitos, problemas, os quais devem ser coordenados. Portanto, este último modelo, parece ser o traçado que mais tem ferramentas para lidar com a complexidade de colocar em prática as ações do governo.

Considerando o padrão híbrido de execução das políticas públicas, o qual contempla as ideias estudadas anteriormente, além de compreender as outras variáveis que se apresentam na fase operacional, como a relação entre múltiplos atores do Estado e da sociedade civil, torna-se fundamental discutir coordenação de política pública e o papel da intersetorialidade na implementação.

Entendendo que sistematizar qualquer política pública é uma atividade complexa, Souza explica que a coordenação pode ser de três modalidades: mercado, hierarquia e redes. Na primeira – mercado – as organizações sociais seriam as soluções para os problemas de coordenação. Na segunda – hierarquia – envolve obediência a um escalão superior. A última – rede – caracteriza-se pela não hierarquia e por relações horizontais entre os participantes (SOUZA, 2018).

Assim, além de se compreender a conceituação de políticas públicas, é preciso entender como estas são gerenciadas. No Brasil, há o predomínio da coordenação em rede, o qual se justifica pela busca à ajuda mútuas entre os agentes da federação para solucionar os problemas da sociedade e os direitos constitucionalizados.

2.3 Políticas públicas: coordenação em rede

A Administração em Rede, de modo simplificado, é a interligação de partes que formam um todo. Para alguns autores, essa conceituação pode ter como foco a Política Pública; para outros, é apenas a relação entre atores e o poder público; também tem quem analisa como uma estrutura social. Deixando de lado os entendimentos psicológico social e antropológico, cabe a noção de Rede no sentido intergovernamental e intragovernamental dentro da esfera pública.

Marando e Florestano explicam que rede “é um tópico emergente de junção das disciplinas de política e administração” (1990 apud FLEURY, 2005, p. 78). Mandell (1990 apud FLEURY, 2005, p. 78) expõe como um modelo estratégico de gestão pública. Rhodes (1989 apud FLEURY, 2005, p. 78) entende a rede como uma maneira de governança que envolve os níveis local e global. Börzel (1997 apud FLEURY 2005, p. 78) aponta que é um conjunto de relações estáveis, não hierarquizada, com atores que compartilham interesses comuns e admitem que a cooperação é a maneira de alcançar as metas. Para Calmon e Costa (2013) é uma concepção de teor analítico,

da perspectiva da governança, mesclando a ciência política e econômica e do estudo de relações interorganizacionais.

A gestão em rede, conforme Fleury (2005), tem como característica a adaptabilidade, contínuo ajuste que possibilita a autocorreção, flexibilidade, multidimensionalidade, multinivelalidade, multidisciplinaridade, ocorrências probabilísticas que proporcionam a reflexão para situações contingenciais, recursividade, autonomia, subsidiariedade, personalização, descentralização, vínculos verticais e horizontais, múltiplos atores (políticos, funcionários públicos, empresários, população), além de ter a tecnologia de informação e comunicações a seu favor.

Castells (2006 apud HOCHMAN, ARRETCHE E MARQUES, 2007) afirma que a lógica de uma sociedade em rede, já está acontecendo, apesar de nem todos e nem todas as coisas estarem incluídas nas redes. A grande questão, no entanto, é como maximizar os resultados para cumprir os projetos individuais e coletivos expressos nessa nova condição estrutural.

Uma política pública pode ter na sua rede duas formas de cooperação: vertical e horizontal. A primeira conta com o envolvimento de diferentes níveis de governo trazendo a qualidade intergovernamental. A segunda com o mesmo nível de governo com aptidão intragovernamental (SOUZA, 2018). Assim, para a política pública da saúde, existe claramente as duas cooperações. Uma vez que os municípios recebem dinheiro público federal, estadual para formular e implementar a atenção básica de acordo com as diretrizes gerais do Ministério da Saúde – caracterizando a cooperação vertical. Todavia, também possuem autonomia para elaborar suas estratégias singulares, adequando se as necessidades sanitárias locais, buscando soluções dentro da sua própria esfera de governo – caracterizando a coordenação horizontal.

Mas, a cooperação – vertical e/ou horizontal –, tende a ser coordenada de forma setorial. Cada departamento público restringe-se a atuar isoladamente nos assuntos que lhes dizem respeito, esquecendo que, por muitas vezes, a resposta à sociedade, poderia ser implementada de maneira multidisciplinar, envolvendo ações entre órgãos do mesmo governo, agregando esforços em prol de uma única solução em conjunto. A esta maneira de administração, chama-se de intersetorialidade, cujo o campo de atuação é amplo e se molda em diversas situações envolvendo as políticas públicas, trazendo programas e serviços do governo conectados e eficientes.

2.4 A intersectorialidade na implementação de políticas públicas: notas conceituais

Nesse contexto de soluções para os problemas da sociedade e garantia dos direitos coletivos, a administração em rede dispõe de premissas que torna possível a cooperação dos entes federativos. Assim, muitas destas respostas, perpassam pela implementação da esfera municipal. Esta, por sua vez, cumpre as atribuições através de atitudes pontuais. Entretanto, muitos impasses exigem e poderiam ser resolvidos por meio de ações entre setores, departamentos, secretarias municipais correlacionadas com o assunto, tornando mais completo o retorno ao público. Essa articulação é conhecida como intersectorialidade. Tal concepção ainda é pouco expressiva na literatura e quase não conhecida pelos gestores públicos. Porém, apresenta grande potencial solutivo.

Fernandes, Castro e Maron (2013) expõem que a governança intersectorial, como forma de gestão no setor público, é novidade para maior parte do funcionalismo público. Por essa razão, a dinâmica de redes de cooperação ainda não é completamente apreendida. Ou seja, os desafios e benefícios da gestão compartilhada e intersectorial ainda não estão sedimentados na cultura da maior parte dos servidores públicos, isso pode dificultar a obtenção de resultados efetivos na discussão dos objetivos intersectoriais. Segundo Oliveira (2012) a intersectorialidade significa potencialização das ações e ocorre a partir da integração intencional.

Sposati elucida que “atuação setorial é apenas complementada pela atuação em redes com vistas a potencializar a obtenção de resultados comuns.” (2006, p. 135). Koga ensina que a intersectorialidade “não é a conjugação de várias ações de diferentes, mas a definição de uma estratégia comum; a partir do lugar-comum de ação, quais ou que tipos de intervenção deverão ser efetuadas” (2002 apud NASCIMENTO, 2010, p.102).

Inojosa (2001) esclarece que a intersectorialidade representa a articulação de saber e experiências com vistas ao planejamento, para a efetivação e avaliação de políticas, programas, projetos com o propósito de alcançar sinergia em situações complexas.

Fernandes, Castro e Maron (2013) entendem que a implementação da intersectorialidade representa uma nova dinâmica às políticas públicas, sendo

necessário a mudança de paradigmas organizacionais, atentando para a complexidade, diversidade e comunicação, além de superar a lógica de competição entre grupos de interesse e a centralização de decisões, para assim, atender a complexidade das dinâmicas sociais. Diante disso, para pôr em prática a ação intersetorial é crucial que se promovam a relação entre atores de diferentes setores utilizando a comunicação, interação e compartilhamento em torno de objetivos comuns.

Considerando que a introdução da intersetorialidade, e a exigência da flexibilização das estruturas hierárquicas delas decorrentes, podem ser consideradas como uma inovação em termos de Reforma do Estado, cabe analisar o impacto dessas mudanças na relação entre o Estado e o cidadão. Ora, se até dentro do Poder público as distâncias entre o corpo técnico e o corpo político são diminuídas pela utilização da intersetorialidade, também são reduzidas as linhas que separam a Administração do cidadão, tornando mais eficiente e responsivo o serviço público. Além disso, a intersetorialidade passa a abrir campo para a construção de novas respostas institucionais a demandas públicas, na medida em que oportuniza o pensamento em direções antes impedidas pela lógica institucional. (FERNANDES, CASTRO E MARON, 2013, p.11).

Fernando, Castro e Maron (2013) ratificam que o fomento da intersetorialidade, desde a concepção da política até a busca de meios para implementá-la, é uma das oportunidades que pode ser considerada mais adequada para a gestão pública atual. As partes bem articuladas e conscientes trazem resultados positivos para a produtividade individual e para a organização. Os benefícios dessa atuação em rede excedem o aprendizado dos gestores/técnicos envolvidos, eles esboçam uma resposta efetiva para as crescentes demandas das políticas sociais. Assim a estruturação intersetorial é muito positiva para a máquina pública, devendo ser incentivada como boa prática de gestão. (FERNANDES, CASTRO E MARON, 2013).

De uma maneira ampla, Inojosa (2001) apresenta uma reflexão: não adianta prover escolas para as crianças se elas não estiverem alimentadas e saudáveis. A repressão forte a violência sem fomentar outras vertentes como educação, distribuição de renda, empregos e demais comprometimento social, não resolve o problema. O atendimento médico de qualidade no parto diminui a mortalidade materna, mas, não exime o risco de baixo peso, e complicações posteriores ao bebê. O autor defende que práticas isoladas não dão conta de promover intervenções completas, argumenta que o aparato governamental é todo dividido por conhecimento, saberes, corporações.

Diante do entendimento teórico a respeito da intersectorialidade, é fácil perceber que esta se torna um subterfúgio para inúmeras situações em virtude da sua capacidade multidisciplinar. Confrontando com o modelo híbrido de implementação de políticas, as premissas das ações intersectoriais convergem com o que este padrão preconiza. Nesse sentido, a essência de ambos pode se complementar, buscando conectar os departamentos e atores operacionais da mesma rede, de modo horizontal, com o propósito de melhorar os resultados dos programas públicos, uma vez que as soluções setoriais já não apresentam tanta eficiência.

3 SAÚDE PÚBLICA: UM DEBATE SOBRE O SEU ARRANJO INSTITUCIONAL

Antes de 1988, a saúde pública brasileira era totalmente centralizada no governo federal. O serviço se dividido em duas frente: uma de responsabilidade do Ministérios da Saúde que cuidava apenas das ações preventivas, no qual faziam parte as campanhas de vacinações e outras formas de precaver doenças contagiosas; a outra parte era a cargo do Ministério da Previdência Social que tinha a missão de prestar serviços médicos curativos somente às pessoas que contribuíssem com a previdência, ou seja, somente os trabalhadores com carteira assinada (CARVALHO, 2013).

A assistência sanitária pública universal surge com a promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF 88), a qual torna a saúde pública um direito de todos e dever do Estado, com o propósito de reduzir o risco de doenças e outros agravos, além de ter acesso universal e igualitário para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988). Além disso, a mesma especifica a importância das ações e serviços públicos de saúde, apontando ao Poder Público as atribuições de regulamentação, fiscalização e controle nos termos da lei e apresenta a forma estrutural de organização deste serviço:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade. (BRASIL, 1988)

Dessa forma, constitucionalmente, a saúde pública é um serviço que dever ser planejado, implementado e gerenciado pela União, estados e municípios. Em face disso, fica notório que para se guardar este direito, é preciso estabelecer uma política pública focada na cooperação dos entes federativos. Para tal, foi criada a Lei 8.080, a qual regulariza o Sistema Único de Saúde (SUS). As ações e serviços de saúde estão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente. A direção do SUS ficou compartilhada da seguinte maneira:

Art. 9º A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos: I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde; II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva

Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente. (BRASIL, 1990)

Assim, é perceptível que o esboço inicial do SUS apresentava o governo municipal como um dos vetores da saúde pública. Reforçando essa cooperação, o Pacto Pela Saúde, assinado em 2006, consolidou a gestão em rede, definindo as obrigações de cada ente federativo.

O Pacto de Gestão estabelece as responsabilidades claras de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS. Esse Pacto parte de uma constatação indiscutível: o Brasil é um país continental e com muitas diferenças e iniquidades regionais. Mais do que definir diretrizes nacionais é necessário avançar na regionalização e descentralização do SUS, a partir de uma unidade de princípios e uma diversidade operativa que respeite as singularidades regionais. Esse Pacto radicaliza a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os estados e para os municípios, promovendo um choque de descentralização, acompanhado da desburocratização dos processos normativos. Reforça a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional. (BRASIL, 2006)

O Decreto nº 7.508, de 28 junho de 2011, dispõe sobre a organização do SUS, compondo uma rede de atenção à saúde estruturada de forma regionalizada e hierarquizada, Tendo como porta de entrada ao serviço de saúde a atenção básica, a atenção de urgência e emergência, a atenção psicossocial e as especiais de acesso aberto. Retrata ainda que “processo de planejamento da saúde será ascendente e integrado, do nível local até o federal” e que “os Municípios poderão adotar relações específicas e complementares de ações e serviços de saúde, respeitadas as responsabilidades dos entes” (BRASIL, 2011).

Assim, em 21 de outubro de 2011, entrou em vigor a Portaria nº 2.488 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, a qual incumbiu esta assistência aos municípios e do Distrito Federal. Nesse viés, a Estratégia Saúde da Família (ESF), é considerada como “forma prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil” (BRASIL, 2011).

A Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. A qualificação da Estratégia de Saúde da Família e de outras estratégias de organização da atenção básica deverão seguir as diretrizes da atenção básica e do SUS configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades regionais. (BRASIL, 2011)

A implementação da assistência primária caracteriza-se, dentre outras, pela participação coletiva, integração e de ações intersetoriais, com o propósito de ser preventiva atuando nas regiões mais carentes de cada cidade. Espera-se que cada equipe da ESF seja composta por, no mínimo, um médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, um enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, um auxiliar ou técnico de enfermagem e um agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (BRASIL, 2011).

A Estratégia Saúde da Família visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e pelos gestores estaduais e municipais, representados, respectivamente, pelo Conass e Conasems, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo efetividade. Política Nacional (BRASIL, 2011)

Por fim, a política pública da saúde brasileira está estruturada em uma rede de gestão intergovernamental totalmente descentralizada, onde se tem nos governos municipais a responsabilidade pela formulação e implementação da atenção básica, especificamente, a Estratégia Saúde da Família. Este programa familiar tem a característica preventiva, envolvendo vários atores em sua efetivação e está baseado nas premissas de integração e de intersectorialidade. Além de ser um serviço que se identifica com a inclusão social da população carente e desassistida, garantindo-lhes o mínimo de cidadania, configurando um processo de democratização da assistência sanitárias no Brasil.

4. INTERSETORIALIDADE NA IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM SANTA CRUZ DO SUL

Este tópico se inicia com a apresentação da metodologia e das ferramentas utilizadas na coleta de dados. Posteriormente, caracteriza o município de Santa Cruz do Sul, retrata a estrutura organizacional da estratégia saúde da família santa-cruzense, bem como elenca, analisa e interpreta os resultados obtidos na pesquisa documental realizada nos planos municipais.

4.1 Notas metodológicas

Este trabalho, teve como propósito o estudo de caso da intersectorialidade no programa Estratégia Saúde da Família no município de Santa Cruz do Sul – RS, fazendo uso de técnicas qualitativas. A pesquisa documental caracterizou a forma de coleta e análise de dados baseada em três dimensões: institucional, profissional e social.

Inicialmente, a coleta de dados foi planejada da seguinte forma: 1 – entrevista com o responsável pela implementação da ESF santa-cruzense para atingir a dimensão institucional; 2 – questionário virtual destinado a todos os profissionais que compõem as equipes das ESF do município, cujo a participação seria voluntária e o preenchimento das perguntas por meio de acesso a internet, via link disponibilizado pelo Google Drive; 3 – com o intuito de alcançar a opinião da sociedade, a proposta seria analisar os dados estatísticos quanto às reclamações, aos elogios, às sugestões e qualquer outro tipo de manifestação da população junto à Ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde do Município, obtendo assim, o último enfoque, social.

Dessa forma, foi feito contato com a Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul – RS, solicitando a autorização para realização da pesquisa. Entretanto, a mesma se pronunciou negando a autorização do estudo no município, justificando que existe um número significativo de Estratégias Saúde da Família e de servidores solicitados para a pesquisa, acrescentando também a indisponibilidade do fornecimento dos registros da Ouvidoria da Saúde, argumentando por último, que

estão próximos do início da campanha de vacinação da influenza e atualização vacinal do município o que aumenta e onera as demandas da secretaria.

Haja vista a impossibilidade de realizar a coleta de dados em campo, este trabalho se limitou a pesquisa documental nos Planos Municipais das Secretarias envolvidas na implementação da ESF e nos dados disponíveis no portal da prefeitura de Santa Cruz do Sul.

Já com a nova abordagem, explorando a dimensão institucional, a exposição ao risco de doenças tem relação com a falta de saneamento básico, com a falta de coleta de lixo. A conscientização e educação sanitária, desenvolvida pelas equipes da ESF, correlacionam com o programa federal Programa Saúde na Escola que é uma atividade prevista nas escolas municipais. Sendo assim, existem assuntos em comum entre três secretarias que colabaram com o serviço prestado às famílias locais. Nesse contexto, o trabalho buscou verificar ações em comum entre as Secretarias Municipais de Educação e de Meio Ambiente, Saneamento e Sustentabilidade. Para tal foi feita uma análise detalhada dos seguintes planos municipais: Plano Municipal de Gestão Integrada de Resíduos Sólidos; Plano Municipal de Saneamento Básico de Santa Cruz do Sul – RS e Plano Municipal de Educação.

Na dimensão profissional, a busca documental foi baseada no Plano Municipal de Saúde o qual definiu o universo de pesquisa que são os 227 profissionais da ESF, estes divididos em 23 médicos, 23 enfermeiros, 39 técnicos em enfermagem, 125 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e 17 Auxiliar de Saúde Bucal (ASB). Além de avaliar a participação destes atores na implementação do programa, refletindo acerca da articulação dos funcionários que estão em contato diário com as famílias que utilizam o serviço.

Por fim, a dimensão social teve como finalidade obter as demandas da ouvidoria do município quanto a participação da sociedade local na execução da Estratégia Saúde da Família, caracterizando a participação cidadã da implantação deste serviço.

4.2 Caracterização do município de Santa Cruz do Sul

A cidade de Santa Cruz do Sul, fica localizada na região conhecida como Vale do Rio Pardo, tem como principais acessos a RSC 287 e a BR 471. Sua localização centro-oeste faz divisa com os municípios de Vera Cruz (leste), Rio Pardo (sul), Sinimbu (noroeste), Venâncio Aires (nordeste) e Paso do Sobrado (leste). Possui uma área territorial de 733, 409 km² (IBGE, 2017).

Santa Cruz do Sul é uma das quinze maiores cidades do Rio Grande do Sul. Conforme o IBGE (2018) sua população estimada é de 120.427 pessoas, com densidade demográfica de 161,40 hab/km² (IBGE, 2010). Está dividida em trinte e seis bairros, e 637,53 km² de área rural. Sua principal atividade econômica advém da plantação de tabaco, o que trouxe ao município diversas indústrias e distribuidoras de cigarros, fomentando outros setores da economia local. É conhecida como a capital nacional do tabaco.

Quanto a escolarização (6 a 14 anos), apresenta uma taxa de 98,3%, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0.773, a média brasileira de 0,700 e a média gaúcha de 0,746 (IBGE, 2010). De acordo com a Fundação de Economia e Estatística (FEE), o município santa-cruzense, em 2015, obteve o sétimo maior PIB em um *ranking* estadual, ficando atrás apenas de Porto Alegre, Caxias do Sul, Canoas, Gravataí, Novo Hamburgo e Passo Fundo. Quanto ao Índice de Desenvolvimento Socioeconômico (IDESE), a cidade passou da posição de 54° para 40° entre outros municípios do Estado e da 5° para 3° posição entre todos os municípios com mais de 100 mil habitantes (Fundação de Economia e Estatística – FEE- RS, 2015).

Somado as fumageiras, os ramos da metalurgias, borracha, alimentos, brinquedos, tecnologia, vestuário e sementes também englobam o setor industrial da cidade. Sendo assim, o plano municipal santa-cruzense, elenca as dez maiores empresas em retorno de ICMS para o município no exercício de 2016 com o ano base de 2015, em ordem decrescente: Philip Morris Brasil, Universal Leaf Tabacos, Souza Cruz, JTI, Premium Tabacos do Brasil, Genésio A. Mendes, Metalúrgica Mor, Mercur, ATC e Excelsior Alimentos. (SANTA CRUZ DO SUL, 2018, p. 37).

Além disso, conta com a educação universitária da Universidade de Santa Cruz (UNISC) que, dentre outros cursos, possui as graduações em medicina, odontologia,

enfermagem, técnico em enfermagem. Também tem a Faculdade Dom Alberto, com uma estrutura menor, porém, também disponibiliza o curso técnico em enfermagem. Assim, as duas instituições de ensino contribuem para a formação na área da saúde.

Enfim, a cidade é considerada interiorana, mas, apresenta uma dinâmica socioeconômica expressiva. Portanto, é um município considerado equilibrado economicamente, com poder aquisitivo para manter seus programas e sua administração em pleno funcionamento. Assim, os serviços públicos de saúde tendem a não sofrerem variações pela falta de financiamento municipal e nem pela falta de profissionais, uma vez que a cidade tem duas instituições de ensino que entregam a sociedade santa-cruzensa profissionais formados na área.

4.3 A política pública de saúde em Santa Cruz e a estratégia saúde da família

A política pública do Sistema Único de Saúde santa-cruzensa tem uma ampla e completa rede de assistência. O Plano Municipal de Saúde (2018) explica que sob a gestão da Secretaria Municipal de Saúde estão os serviços de: Atenção Básica – Agentes Comunitários de Saúde, Unidades Básicas de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Centro Materno Infantil, Hospitalzinho, Divisão de Saúde Bucal; Atenção Especializada – Centro Municipal de Atendimento a Sorologia, Centro de Atenção Psicossocial, Centro de Atenção Psicossocial para a Infância e adolescência, Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas, Acolhimento Infanto-Juvenil, Central de Distribuição de Medicamentos, Central de Marcação/Cartão SUS, Unidade Municipal de Referência em Saúde do trabalhadores, Centro de Referência em Saúde do Trabalhador dos Vales, Vigilância em Saúde (Sanitária, Imunizações, Epidemiológica e Ambiental); Programas Bem-Me-Quer, Melhor em Casa, Primeira Infância Melhor e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Santa Cruz do Sul contempla alguns consórcios regionais, sendo o centro de acolhimento de muitos municípios vizinhos, devido sua boa condição socioeconômica e sua localização de fácil acesso na região. A cidade conta com a estrutura de três hospitais – Santa Cruz, Ana Nery e Monte Alverne. Logo, é notório o quanto extenso e complexo é esse arranjo de saúde para o município, que presta assistência desde procedimentos preventivos até os de alta complexidade.

Focando na Estratégia Saúde da Família, o município santa-cruzense estima que o serviço atende 60% da população, com a previsão e a meta de aumentar a cobertura para 82%. (SANTA CRUZ DO SUL, 2018, p. 75). O Plano de Saúde Municipal (2018) esclarece que este atendimento prioriza os grupos e fatores de risco clínico comportamentais, alimentares e/ou ambientais com o propósito de prevenir doenças e danos que podem ser precavidos, convergindo com a normativa federal do programa.

A atenção de saúde básica santa-cruzense aproveita, em inúmeros casos, a mesma estrutura física para as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e para as Estratégias Saúde da Família, tendo em vista que ambas tem como foco a assistência inicial mais próxima dos usuários, sendo a segunda com a proposta de ir ao encontro das pessoas, e, se for o caso, trazê-las e ou encaminhá-las para acompanhamento nas UBS. Assim, uma atividade complementa a outra, e defini a porta de entrada dos cidadãos menos instruídos à assistência médica.

Cabe salientar que Santa Cruz possui regiões caracterizadas como área rural, onde as pessoas vivem da pecuária, da agricultura, algumas sem escolaridade e informação dos seus direitos a saúde. Nessas regiões, também estão presentes as equipes da ESF buscando proporcionar todo o acolhimento a esta população colona que vivem longe do centro das decisões políticas.

Outra singularidade de santa-cruzense tange à ocupação de indígenas no município. No mínimo duas vezes por ano, normalmente nos períodos de Natal e de Páscoa, os índios da tribo Guarani e Caingangue se deslocam do norte do estado para a Santa Cruz, com o propósito de vender seus artesanatos e seus chás. Estes fazem seu comércio nas calçadas do centro e ficam alojados no albergue municipal em uma área exclusiva com dormitório, banheiro e cozinha. São assistidos, pela assistência social da secretaria municipal de Políticas Públicas e pela Estratégia Saúde da Família localizada no bairro Bom Jesus.

Santa Cruz é uma cidade que foi colonizado tipicamente por alemães, e, o plano municipal de saúde entende e demonstra a preocupação com a vulnerabilidades da saúde da população negra. A vista de que a maioria dos negros residem em bairros onde possuem a cobertura da ESF, portanto, tendem a ser lugares com maiores problemas de infraestrutura sanitária, educacional. Com isso, redobra a importância das ações para com estas famílias, uma vez que já é conhecido e combatido o

preconceito racial enraizado na sociedade brasileira. Logo, recai sobre as equipes da Estratégia Saúde da Família a responsabilidade não apenas da saúde, mas também da conscientização, da inclusão e da cidadania dessas pessoas dentro da comunidade e sociedade santa-cruzense.

Por fim, de maneira macro, as políticas públicas de saúde do município são volumosas e consideráveis, isso se justifica, principalmente, pelo desenvolvimento econômico da cidade, somado com educação de nível superior que formam profissionais qualificados para a sociedade santa-cruzense. Tornando Santa Cruz sede de um consórcio de saúde, assistindo e acolhendo os municípios próximos. Quanto a política pública de saúde efetivamente municipal, esta participa e colabora positivamente para o IDH, o qual apresenta valor maior que a média brasileira e gaúcha. E como citado, o SUS município, além das prerrogativas normatizadas, apresenta algumas particularidades do território que acabam sendo incutidas sobre o programa Estratégia Saúde da Família. Estas responsabilidades, nem sempre são unicamente de cunho sanitário, muitas vezes são de valores humanos que adentram na dignidade da pessoa, fazendo que estas se tornem parte da sociedade e exercendo seu direito a cidadania. Assim, possibilitando atuação do governo nessas regiões menos privilegiadas, diminuindo não somente as patologias locais, mas também agravos sociais com outros impactos para a coletividade.

4.4 Análise da intersetorialidade na implementação da estratégia saúde da família

Nos subtópicos estão elencados e apresentados os resultados da coleta de dados. De modo a expor o aspecto intersetorial na implementação da ESF no ponto de vista institucional, operacional e social.

4.4.1 Dimensão institucional

Este tópico tem como objetivo trazer os dados coletados nos planos da Secretaria Municipal de Meio Ambiente, Saneamento e Sustentabilidade e da Secretaria Municipal de Educação, para verificar se existe a previsão de articulação entre projetos ou ações integradas entre as secretarias no município de Santa Cruz do Sul, com o propósito de assegurar melhores resultados na execução da Estratégia Saúde da Família, satisfazendo assim, as premissas básicas de uma gestão intersetorial.

Logo, entendendo que a exposição ao risco de doenças, dentre outras, pode ocorrer pela falta de coleta regular de lixo, pela falta de saneamento básico, por problemas ambientais, tornando-se assim, vetores de doenças transmissíveis por animais e/ou por pessoas. Nesse aspecto é notório que a Secretaria de Municipal de Meio Ambiente, Saneamento e Sustentabilidade possuem a missão de resolver estes assuntos juntamente com a saúde.

Quanto as questões de conscientização e educação sanitária, observa-se que uma ação em conjunto da Secretaria Municipal da Educação com as equipes da Estratégia Saúde da Família pode ser incluído como práticas educativas nas escolas municipais em forma de atividades, programas e medidas que fossem direcionadas a prevenção das doenças gerais, das doenças com maior incidência nos bairros onde as escolas estão alojadas, e, também as de âmbito da cidade.

Diante do apresentado, é possível inferir que a Estratégia Saúde da Família pode ser pensada, planejada e implementada com algumas ações integradas com estas Secretarias Municipais citadas, caracterizando assim, uma forma articulada, intersetorial de atender e solucionar de alguns problemas sanitários que ultrapassam a responsabilidade única do departamento de saúde do município. Assim, evitando a duplicidade de programas para o mesmo foco, o que acaba despendendo maior gasto do dinheiro público. Como se sabe as equipes da ESF são fontes de informação dos pontos mais críticos da cidade quanto aos assuntos correlacionados aos demais setores de políticas públicas e esse “recurso” poderia ser mais bem utilizado.

Portanto, coube a análise dos Planos Municipais das secretarias correlacionadas, em busca de aspectos e pontos articulados que pudessem

caracterizar a implementação intersetorial com aspectos pertinentes à Estratégia Saúde da Família no município de Santa Cruz do Sul – RS.

4.4.1.1 Plano Municipal de Gestão Integrada de Resíduos Sólidos de Santa Cruz do Sul-RS

O Plano Municipal de Gestão Integrada de Resíduos Sólidos de Santa Cruz do Sul-RS, de autoria da Secretaria Municipal de Meio Ambiente, Saneamento e Sustentabilidade, apresenta o entendimento a respeito da intersetorialidade dos temas ambiental, saúde, saneamento; além de demonstrar ciência da necessidade da interação entre vários atores a respeito do assunto.

A interdependência dos conceitos de meio ambiente, saúde e saneamento, hoje bastante evidente, reforça a necessidade de integração das ações desses setores em prol da melhoria da qualidade de vida da população brasileira. (SANTA CRUZ DO SUL, 2013, p. 2).

Envolver a comunidade, sociedade civil organizada, setor empresarial e os diversos níveis do governo municipal na construção de um modelo de gestão dos Resíduos Sólidos. (SANTA CRUZ DO SUL, 2013, p. 17)

Ratificando a ideia de articulação, o documento demonstra a compreensão de que o trabalho multidisciplinar e colaborativo impacta positivamente na preservação sanitária pública. Somado a isto, existe também a noção da participação social no planejamento desta política pública.

Preservar a saúde pública, proteger e melhorar a qualidade do meio ambiente, eliminando os prejuízos causados pela geração ou disposição inadequada. (SANTA CRUZ DO SUL, 2013, p. 17)

Reconhecimento dos diversos agentes sociais envolvidos, identificando os papéis por eles desempenhados e promovendo sua articulação. (SANTA CRUZ DO SUL, 2013, p. 20).

O Plano foi elaborado mediante processo de participação social, por meio da realização de encontros quinzenais promovendo discussões relativas as problemáticas, impactos e desafios para cada tipo de resíduo gerado e consultas populares, através das audiências públicas. (SANTA CRUZ DO SUL, 2013, p. 20).

Assinalando ainda mais a percepção de correlação da saúde pública com as questões contidas no plano desta secretaria, fica evidenciado o aspecto interdisciplinar devolvido ao longo do texto.

As questões sanitárias não podem ser visualizadas independentemente das questões epidemiológicas, ambientais e socioeconômicas, sendo necessária, principalmente, a integração dessas questões. (SANTA CRUZ DO SUL, 2013, p.31)

Acesso à água tratada é fundamental para melhoria das condições de saúde e higiene. Associado a outras informações ambientais e socioeconômicas, incluindo outros serviços de saneamento, saúde, educação e renda. (SANTA CRUZ DO SUL, 2013, p. 32)

O documento caracteriza uma das responsabilidades das equipes da ESF, quanto a conhecer e identificar exposição ao risco de doenças e observação das questões sanitárias:

A ausência ou deficiência dos serviços de esgotamento sanitário é fundamental para a avaliação das condições de saúde, pois o acesso adequado a este sistema de saneamento é essencial para o controle e a redução de doenças. (SANTA CRUZ DO SUL, 2013, p. 33).

Resíduos não coletados ou dispostos em locais inadequados acarretam a proliferação de vetores de doenças e contaminam, principalmente, o solo e corpos d'água. (SANTA CRUZ DO SUL, 2013, p. 35).

Logo, é perceptível, ao longo do Plano Municipal de Gestão Integrada de Resíduos Sólidos de Santa Cruz do Sul-RS, o entendimento e a necessidade de ações em conjunto. O documento traz consigo a noção exata dos impactos que a falta de sua concretização pode acarretar para a saúde pública. Inferindo, por vezes, aspectos e trechos que correspondem a preocupação com a exposição de resíduos que podem acarretar em danos sanitários coletivo. Porém, o que se denota é apenas a perspectiva teórica e não prática dessa conspeção. Não há indicativos de ações e metas quanto a esse objetivo, tampouco de monitoramento das ações que indiquem se, ações desse perfil foram feitas ou não. Desta forma, pela análise do documento não fica clara a existência de um caminho intersetorial para a implementação do programa ESF juntamente com a Secretaria Municipal de Meio Ambiente, Saneamento e Sustentabilidade.

4.4.1.2 Plano Municipal de Saneamento Básico de Santa Cruz do Sul – RS

O saneamento básico é um dos fatores de extrema relevância para a saúde pública. Uma vez que este tende a ser precário nas regiões periféricas e/ou em regiões indevidamente habitadas pela população carente das cidades. Como já é sabido, a ESF atua, predominantemente, junto a essas famílias com menor poder econômico. Logo, saneamento e saúde são assuntos que se interligam como causa e consequência. E, por vezes, são tratados por setores diferentes que não se articulam.

Nesse sentido, o Plano Municipal de Saneamento Básico de Santa Cruz do Sul – RS – Etapa Final / III, de responsabilidade da Secretaria Municipal de Meio Ambiente, Saneamento e Sustentabilidade, expõe a questão de saneamento *versus* saúde da seguinte forma:

A falta de saneamento acarreta diversos impactos negativos sobre a saúde da população. Além de prejudicar a saúde individual, eleva os gastos públicos e privados em saúde com o tratamento de doenças. (SANTA CRUZ DO SUL, 2018, p. 11).

Em 2001 e 2009, o gasto médio anual com internações por DRSAI no país foi responsável por 3,3% do gasto total do SUS com internações hospitalares, e entre 2010 e 2014 os valores absolutos pagos cresceram 141,4%. (SANTA CRUZ DO SUL, 2018, p. 12)

Nesse trecho é facilmente percebido que a Secretaria Municipal de Meio Ambiente, Saneamento e Sustentabilidade tem uma expectativa que converge com as premissas da Estratégia Saúde da Família – exposição ao risco de doenças. Além de ter dados estatísticos relativos aos impactos financeiros no SUS quanto as internações decorrentes de doenças relacionadas ao saneamento ambiental inadequado, chamado no documento de DRSAI.

O plano tem o entendimento de que o saneamento básico é imprescindível para que a cidade possua boas condições sanitárias. Diante disso, existe a preocupação de identificar e de atuar nos pontos críticos do município, que tende a ser em regiões periféricas. Para tanto, a secretaria se dispõe a uma análise das políticas locais sanitárias, a qual poderia ser feita em parceria com a ESF, porém, não há comentários e nem indícios dessa interação no texto.

Devem ser analisadas as políticas locais de saúde e sua relação com o saneamento básico, incluindo as condições de participação do setor saúde na formulação da política e da execução das ações de saneamento básico. (SANTA CRUZ DO SUL, 2018, p. 14)

A única ação multidisciplinar que se observa, envolvendo a ESF, ocorre entre os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) com o Núcleo de Vigilância Ambiental relativo a coleta e verificação da água que abastece a zona rural, afim de monitorar possíveis alterações na água consumida pela população. Demonstrando uma interação com aspecto intersetorial.

Em parceria com os ACS o Núcleo de Vigilância Ambiental realiza coletas de água em propriedades da Zona Rural, com abastecimento unifamiliar, realizando distribuição de hipoclorito de sódio para tratamento da água. (SANTA CRUZ DO SUL, 2018, p. 21)

Logo, as observações auferem a reflexão do consenso de que o saneamento e a saúde estão atrelados e deveriam ser planejados, implementados de forma articuladas, em parceria. Afinal, a ESF atua nas áreas da cidade menos privilegiadas, assim, tendo o conhecimento e as informações dos pontos mais relevantes quanto ao assunto saneamento. Portanto, essa intersetorialidade seria conveniente e poderia ser uma estratégia ou meta do plano em análise. Mas, o que se nota são apenas entendimentos escritos demonstrando a dimensão de multidisciplinariedade e de interdependência dos temas, com apenas uma implementação prática, a coleta de água para pesquisa que envolvem os ACS e o Núcleo de Vigilância Ambiental. Nesse sentido, assim como no caso anterior, não são visíveis a utilização de objetivos, de metas e de ações que contribuam com a lógica intersetorial ao longo do documento.

Por fim, conclui-se que não há planejamento prático e operacional em prol das ideias integradoras no Plano Municipal de Saneamento Básico Santa-Cruzense. Assim, não caracterizando ações em conjunto com os serviços prestados pelas Estratégias Saúde da Família.

4.4.1.3 Plano Municipal de Educação

O Plano Municipal de Educação, de autoria da Secretaria Municipal de Educação, tem como política intergovernamental o Programa Saúde na Escola (PSE),

o qual é ofertado pelo Ministério da Educação, em parceria com o MEC e com as secretarias municipais. (SANTA CRUZ DO SUL, 2015, p. 36 e 37). Assim, já se percebe a intenção do governo federal em integrar os dois assuntos, expandindo essa incumbência aos municípios.

Além disso, chama atenção o documento apresentar o número de crianças fora da escola na educação infantil, fundamental, e o número de adolescente fora da escola, com base nos dados apurados pelos ACS, ligados as equipes da ESF. (SANTA CRUZ DO SUL, 2015, p. 38 e 43).

Analisando as metas e estratégias, sem dúvidas, há muitos propósitos no sentido de conectar, interdisciplinar a educação, a saúde, assistência social, profissionais de diferentes áreas que se interligam:

Apoiar programas de orientação às famílias, por meio da articulação das áreas de educação, saúde e assistência social, com foco no desenvolvimento integral das crianças de até 5 (cinco) anos. (SANTA CRUZ DO SUL, 2015, p. 55)

Fortalecer os programas de transferência de renda (Brasil Carinhoso), em colaboração com as famílias e com os órgãos públicos de assistência social, saúde e proteção à infância. (SANTA CRUZ DO SUL, 2015, p. 55 e 56).

Promover a busca ativa de crianças em idade correspondente à educação infantil, em parceria com órgãos públicos de assistência social, saúde, e proteção à infância. (SANTA CRUZ DO SUL, 2015, p. 56)

Integração com profissionais das áreas de saúde, assistência social, pedagogia e psicologia. (SANTA CRUZ DO SUL, 2015, p. 59)

Finalmente, cabe ressaltar que existe a consciência em ações articuladas e integradas da secretaria municipal da educação com outros órgãos do município, inclusive com o programa e os profissionais da Estratégia Saúde da Família. Fato observado no levantamento de dados relativos a crianças e adolescentes fora das escolas, apurados pelos ACS, fornecidos a esta secretaria. Porém, esta é a única interação apresentada neste documento oficial.

Contudo, os tópicos de metas e estratégias esboçam um planejamento com vistas a maior articulação do órgão de educação com demais secretarias. Entretanto, não desenham e nem preveem uma maneira de execução dessas ações intersetoriais descritas como objetivos. Levando a uma reflexão de que existe a preocupação e o conhecimento dessa necessidade de interação intragovernamental, porém, não são explicados os caminhos para a sua implementação. Portanto, novamente, não se

observa traços que evidenciem a articulação de intersectorialidade mencionadas no documento.

4.4.1.4 Análise dos Planos Municipais verificados

Em síntese, nos planos de municipais não há a presença de objetivos, metas e ações específicas que respondam a intersectorialidade na implementação da Estratégia Saúde da Família no município de Santa Cruz do Sul – RS. O que se percebeu foi no máximo, a pretensão de intenções nos documentos.

Tal resultado, todavia, não é inesperado, uma vez que o assunto intersectorialidade é recente e exige mudanças no comportamento organizacional e cultural das entidades públicas, tornando assim, um processo lento e repleto de dificuldades e obstáculos. Sendo necessário, primeiro, compreender como funciona essa multidisciplinaridade, para que possa ser adaptada a cada governo de forma a suprir suas peculiaridades. Com isso, é preciso repensar a maneira de implementar as políticas públicas.

Por outro lado, foi possível verificar, nos Planos estudados, que existem intenções escritas, esboçando assim, conhecimento e necessidade da articulação multidisciplinar. Nesse sentido, pode-se inferir que as secretarias entendem, criam anseios e perspectivas com uma possível integração. Porém, não seria cabível a Secretaria de Saúde, por exemplo, por vontade própria, repensar a forma macro de governo; cabe a ela gerir suas responsabilidades dentro de sua própria área de atuação, não transcendendo e invadindo as competências de outros departamentos.

Portanto, o que transparece é a falta de uma função e/ou um departamento articulador central, servindo de mediador, com as prerrogativas e competências funcionais para dialogar e transitar entre as secretarias municipais buscando a integração de programas com objetivos comuns.

4.4.2 Dimensão profissional

A busca documental deste tópico, foi pautada no Plano Municipal de Saúde, com o propósito de identificar a intersectorialidade na implementação do programa Estratégia Saúde da Família no que tange a participação dos profissionais atuantes diretamente em campo.

As equipes de ESF são em um total de 23, sendo 17 na Zona Urbana (nos bairros de Bom Jesus, Cristal Harmonia, Faxinal, Figueira, Gaspar Bartholomay, Gloria Imigrante, Linha Santa Cruz, Margarida Aurora, Menino Deus, Pedreira, Progresso, Esmeralda, Arroio Grande, Rauber, Senai, Cohab Renascença e Viver Bem) e 06 na Zona Rural (Alto Paredão, Boa Vista, Monte Alverne, Rio Pardinho, Pinheiral e Pedro Egler). Destas, 11 unidades possuem Equipe de Saúde Bucal (SANTA CRUZ DO SUL – 2018 a 2021, p. 76). A tabela 1 apresenta a distribuição dos profissionais em cada unidade.

Tabela 1 – Recursos Humanos ESF

Unidade ESF	Enfermeiro	Médico	Técnico Enfermagem	ACS	ASB
Alto Paredão	1	1	1	9	1
Arroio Grande	1	1	2	7	1
Boa Vista	1	1	2	7	0
Bom Jesus	1	1	2	5	1
Cristal Harmonia	1	1	1	7	1
Pedro Egler	1	1	2	8	1
Esmeralda	1	1	1	5	1
Faxinal	1	1	2	5	1
Gaspar Bartolomay	1	1	2	4	1
Gloria	1	1	2	4	0
Linha Santa Cruz	1	1	2	7	1
Margarida Aurora	1	1	2	4	1
Menino Deus	1	1	2	5	1
Monte Alverne	1	1	1	5	0
Pedreira	1	1	1	6	1
Figueira	1	1	1	4	0
Pinheiral	1	1	2	1	0
Progresso	1	1	2	7	1
Rauber	1	1	2	6	1

Tabela 1 – Recursos Humanos ESF

Unidade ESF	Enfermeiro	Médico	Técnico Enfermagem	ACS	ASB
Rio Pardinho	1	1	2	5	1
Senai	1	1	2	5	1
Viver Bem	1	1	1	7	0
Cohab	1	1	2	2	1
TOTAL	23	23	39	125	17

Fonte: O Plano Municipal de Saúde - 2018 a 2021 (p. 77 e 78)

Dentre o efetivo total das equipes, os Auxiliares de Saúde Bucal (ASB) representam a minoria dos profissionais envolvidos. Em contrapartida, os Agente Comunitário de Saúde (ACS) são a maioria, pois, são os profissionais que transitam pelos espaços do governo e da comunidade, sendo o interlocutor e mediador entre ambos. Tal tarefa não é fácil. Além disso, tem o papel importante de acolhimento, pois trata-se de um membro da ESF que faz parte da comunidade, permitindo um vínculo e um contato aproximado do programa direto com as famílias.

Estas equipes realizam atendimento no domicílio, bem como em espaços comunitários (escolas, creches, salões, praças), além de atividades educativas que interferem positivamente no processo de saúde/doença da comunidade, instigando a autonomia individual e coletiva em busca da qualidade de vida dos usuários.

Em consonância com a atenção básica, o Ministério da Saúde, através da portaria Nº 154, de janeiro de 2008, criou os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF). Estes têm como objetivo ser um polo de apoio a assistência primária, bem como ser a retaguarda que articula a interação e compõe a base da multidisciplinaridade de diferentes profissionais com o foco de resolver questões sanitárias nível município. Os núcleos não servem de porta de entrada ao SUS, mas sim, de apoio às equipes de saúde da família e às unidades básicas de atendimento. Traduzindo-se assim, em responsabilização compartilhada entre todos os envolvidos. Portanto, o NASF são a retaguarda especializada para a atenção básica.

Em Santa Cruz do Sul, o NASF desenvolve os trabalhos em duas dimensões: clínico assistencial e técnico-pedagógico. A primeira, incide sobre ações clínicas diretas com os usuários e, a segunda, em ações educativas para e com as equipes. Assim, a ESF conta com dois núcleos de apoio, que são compostos por profissionais fonoaudiólogo, nutricionista, educador físico, psicólogo, assistente social, farmacêutico e fisioterapeuta.

Logo, o NASF pode ser interpretado como um esforço coletivo em prol de ações conjuntas dentro do próprio setor da saúde, com o intuito de melhor atender as demandas locais. Seria um primeiro passo para a intersetorialidade dentro do mesmo ramo de atuação.

Quanto a questão da implementação da ESF, sem dúvidas, caracteriza-se pelo modelo híbrido, pois, existem as exigências impostas do Ministério da Saúde – *top-down*, mas, também há o apoio e a relevância de outros atores envolvidos nas questões, como o próprio Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Contudo, os profissionais que têm o grande conhecimento das necessidades, das dificuldades, da realidade do programa são os Agentes Comunitários de Saúde. E, o plano municipal de saúde, não apresenta ferramentas e meios que possibilitem a participação desse universo no desenho de implementação do serviço.

Portanto, pela ótica documental, o que se pode induzir é a falta de participação, de opinião dos burocratas de rua – principalmente os ACSs – na efetivação desta política pública. Caracterizando assim, a ideia do modelo *top-down* no que permeia a questão dos profissionais das equipes ESF.

4.4.3 Análise documental da Ouvidoria da ESF quanto a participação da sociedade

Uma das formas da população opinar, reclamar, sugerir é por meio da Ouvidoria dos governos federal, estadual e municipal. Esta é uma ferramenta que possibilita a participação do cidadão quanto às políticas públicas, aos programas e aos serviços dos governos, e demais situações que envolvam interação com os órgãos institucionais.

Não sendo diferente, a Secretaria Municipal de Saúde também possui sua Ouvidoria e, de acordo com o Plano Municipal de Saúde:

A Ouvidoria do SUS é um canal democrático de comunicação responsável pela mediação entre o cidadão e os gestores dos serviços de saúde, nas esferas Federal, Estadual e Municipal. Deve prezar por um atendimento humanizado e acolhedor, iniciando pela escuta qualificada do cidadão, prestada por profissionais comprometidos com o respeito e a ética profissional. (SANTA CRUZ DO SUL, 2018, p. 235)

Assim, o cidadão registra sua manifestação junto à Ouvidoria, a mesma faz a triagem e encaminha a demanda à seção competente, posteriormente responde ao usuário sobre as providencias tomadas. Além de, também fornecerem informações de saúde e orientar a respeito dos seus serviços. (SANTA CRUZ DO SUL, 2018, p. 235)

Com relação aos objetivos da Ouvidoria:

Tem como objetivo a consolidação do SUS onde o cidadão tenha um espaço para solicitar informações sobre as ações e serviços de saúde ou registrar sua sugestão, elogio, reclamações, e denuncia, com resposta ágil e resolutiva a sua manifestação visando a melhor do atendimento prestado. Estas Demandas são sistematizadas e organizadas, através do sistema ouvidor sus com objetivo de produção de relatórios gerenciais para informar e subsidiar os respectivos gestores sobre a incidência dos problemas, servindo como referência para as mudanças da política pública de saúde. (SANTA CRUZ DO SUL, 2018, p. 235)

Quanto às atribuições da Ouvidoria:

Propor ao gestor a adoção de providencias que implementem melhorias nos serviços, a partir da sugestão dos usuários e trabalhadores em saúde; Analisar sugestões emanadas da sociedade civil, por intermédio de sua organização, e demais órgão de controle social, com vistas a ampliação do acesso e a melhoria dos serviços de saúde; Promover a discussão das demandas e encaminhar quando necessário as instâncias competentes os problemas que afetam a qualidade do atendimento da rede de serviço do SUS no Município; Implementar políticas de estímulo a participação de usuários, trabalhadores em saúde e entidades da sociedade no processo de avaliação dos serviços prestados pelo SUS. (SANTA CRUZ DO SUL, 2018, p. 236 e 237)

Ao que concerne às diretrizes, a Ouvidoria segue as prerrogativas do Pacto de Gestão que está sendo cumprido via Política Nacional de Gestão Estratégica e participativa do SUS, de responsabilidade da Secretaria de Gestão Estratégica Participativa, incentivando e aumentando a envolvimento da comunidade (SANTA CRUZ DO SUL, 2018, p. 238).

Do exposto no plano municipal é notável a preocupação em tornar a população parte dos programas do SUS. Incluindo assim, a importância da Estratégia Saúde da Família e seus usuários. Logo, era de se esperar que essa ferramenta estivesse em pleno funcionamento e que as informações básicas pudessem ser acessadas de forma simples e fácil via portal da prefeitura. Mas, o cenário que se encontrou foi o oposto.

No site da prefeitura não há uma opção para acessar os relatórios ou qualquer outra informação pertinente à publicidade dos dados da Secretaria Municipal de Saúde e seus programas. Então, foi feito contato com a mesma Secretaria questionando a possibilidade de disponibilizarem os registros desta ouvidoria, relativos ao ano de 2018 e aos meses de janeiro e fevereiro de 2019, quanto as reclamações, as sugestões, os elogios e toda forma de manifestação dos usuários da ESF. Em resposta, pronunciaram-se informando que ainda há a indisponibilidade do fornecimento de tais registros.

Por fim, cabe a reflexão de que este canal de comunicação tem uma promessa escrita muito interessante e promissora, mas, que serve apenas para cumprir protocolos e pactos assinados em acordo com políticas democráticas, divergindo do que na prática deveria acontecer. A impressão que fica, é de que o espaço para a população não é respeitado, tirando a prerrogativa de acesso direto do usuário do serviço Estratégia Saúde da Família com os gestores responsáveis, além de não terem zelo pela publicidade das informações. quebrando o pilar base da intersetorialidade do usuário com o eixo institucional previsto e incentivado nos diversos pactos pela saúde.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho elucidou a concepção de política pública, além de apresentar sua a classificação bibliográfica– normatizada e constitucionalizadas. Demonstrou o ciclo de políticas públicas necessário para concretização de ação do governo. Foi elencado a lacuna entre formular e implementar os serviços à sociedade, caracterizando a importância do tema implementação para qualquer programa público, surgindo assim os modelos top-down, bottom-up e híbrido, cada qual com suas características e peculiaridades. Entretanto, a coordenação das atividades e o financiamento destas decorrem de uma rede intergovernamental, onde os governos federal, estadual e municipal trabalham em conjunto e em harmoniosa na formulação e na implementação das respostas ao povo. Correlacionando com todas as concepções teóricas, a intersetorialidade é uma proposta para solução dos problemas coletivos que ultrapassam a incumbência de um único departamento do governo.

E, para transformar a teoria em prática, foi apontado a política de saúde pública. Assim, foi escolhido o programa Estratégia Saúde da Família para análise. O motivo desta escolha foi: primeiro, por que a saúde é garantida constitucionalmente a todos brasileiros, de forma universal; segundo, devido a maneira como o SUS está formulado, todo em uma rede intergovernamental; terceiro, pela importância que o governo federal deposita na ESF como forma resolutiva dos problemas sanitários no Brasil; quarto pela ligação direta da União, dos estados e dos municípios para o custeio deste serviço; quinto, pelo foco em ações intersetoriais que as premissas do programa apresenta na sua normatização, além de representar a inclusão social e o direito à cidadania das pessoas com menor poder econômico. Portanto, a ESF possui todos os aspectos que o trabalho se propôs a pesquisar. Por último, a opção pelo município de Santa Cruz do Sul – RS se deu em virtude do autor residir nesta cidade.

Dessa forma, o trabalho se baseou em um estudo de caso do programa Estratégia Saúde da Família do município de Santa Cruz do Sul – RS. Teve como problema de pesquisa a análise da presença da intersetorialidade nos planos municipais de Plano Municipal de Gestão Integrada de Resíduos Sólidos, de Saneamento Básico – Etapa Final III, de Educação e de Saúde, no que tange aos assuntos em comum com a ESF.

Assim, a coleta de dados foi totalmente documental e teve como base três dimensões: institucional, profissional e social, todas consideradas importantes e relevantes quando o foco são ações intersetoriais da Estratégia Saúde da Família.

Especificamente, na dimensão institucional, a proposta foi averiguar se existia alguma ação entre as secretarias municipais no que tange assuntos em comum com o programa ESF. Assim, limitou-se as buscas nos planos municipais da Secretaria de Meio ambiente, Saneamento e Sustentabilidade e na Secretaria de Educação. Foram escolhidos esses departamentos por apresentarem proximidade com uma das competências funcionais das equipes ESF, que são: a exposição a risco de doenças, assunto correlacionada com o meio ambiente, saneamento básico, coleta de lixo; orientação e educação de saúde tem ligação com um projeto federal chamado Programa Saúde na Escola. Diante das análises, as únicas atitudes em conjunto foram a coleta de água e informações pertinentes ao abandono escolar, ambas disponibilizadas pelos ACS aos outros órgãos. O que não pontua uma ação planejada com o propósito de integração. Logo, não foi observado a presença da intersectorialidade nesse eixo da pesquisa. Contudo, é perceptível nos documentos que há o entendimento da articulação em conjunto.

Na dimensão profissional, o objetivo foi avaliar, por meio do Plano Municipal de Saúde, a participação dos funcionários pertencentes as equipes das Estratégias Saúde da Família na formulação de ações articuladoras com outras políticas públicas. Uma vez que estes, principalmente o Agente Comunitário de Saúde, estão atuando na parte operacional, portanto, sabem das reais necessidades das famílias, das dificuldades e das correções que poderiam ser feitas no programa, em prol de melhor atender os usuários. Entretanto, não há indícios no documento, da efetiva participação desses funcionários na implementação, caracterizando uma aproximação com o modelo *top-down*, no qual não se leva em conta o conhecimento dos burocratas de rua.

Na dimensão social, foi explorado também o Plano Municipal de Saúde. O documento explica que a ouvidoria da secretaria municipal de saúde é o principal canal de comunicação do cidadão com as políticas de saúde pública. Expõem essa ferramenta como sendo um subterfúgio da democracia participativa, conforme assinado em pactos governamentais. É o meio no qual os gestores do SUS ouviriam as reclamações, as sugestões, as demandas e qualquer outro tipo de manifestação

dos usuários, principalmente das famílias atendidas pela ESF. Porém, na prática, não foi encontrado, no site da prefeitura e no link da secretaria municipal, a publicidade dessas informações. E, quando solicitado as demandas da ouvidoria relativo ao ano de 2018 e aos meses de janeiro e fevereiro de 2019, a secretaria municipal de saúde respondeu informando a indisponibilidade do fornecimento dos registros. Portanto, não se observa a presença do ator social exercendo sua democracia junto a este serviço público.

Em nenhuma das três dimensões foram observado a presença efetiva da implementação intersetorial do programa Estratégia Saúde da Família no município de Santa Cruz do Sul – RS. Tal resultado, entretanto, não foi uma novidade, pois, conforme Fernandes, Castro e Marons (2013) o tema é recente na administração pública e, muitas vezes, não é plenamente compreendido e conhecido pelos atores implementadores. Conseqüentemente, tornam-se úteis e relevantes trabalhos que reflitam sobre essa temática necessária para a qualidade de entrega de políticas públicas – a intersetorialidade – colaborando com a construção de uma cultura de diálogo e coordenação horizontal.

Nesse sentido surgem novas possibilidades e oportunidades de trabalhos com o mesmo enfoque – ações intersetoriais. Especificamente, na área da saúde poderia se pesquisar com mais afinco cada uma das dimensões aqui citadas em separado, dando mais ênfase, por exemplo, no fator institucional, onde está calcado o principal personagem implementador de qualquer política pública. Além disso, no mesmo norte – institucional –, poderia se buscar esclarecer o quanto a secretaria municipal de saúde atua de forma articulada com o conselho municipal de saúde, haja vista que este representa a sociedade civil na formulação, na implementação, e na fiscalização dos programas sanitários, além de ter como participantes profissionais da área e usuários do serviço público. Outra sugestão, seria focar totalmente na participação da sociedade junto a Estratégia Saúde da Família, realizando pesquisas de campo direcionadas às famílias atendidas. Enfim, o assunto pode ser readequado a todas situações que exigirem atuações em conjunto.

Cabe ressaltar as limitações e dificuldades encontradas no desenvolvido da pesquisa. O primeiro, foi a bibliografia, pois, nos livros não há muitas considerações a respeito do assunto. Sendo necessário expandir a literatura para artigos e trabalhos

com a perspectiva de políticas públicas intersetoriais, os quais ajudaram no sentido de entender as lógicas que se enquadram o assunto.

Segundo aspecto limitador foi percebido no momento da coleta de dados junto a Secretaria Municipal de Saúde, pois, a expectativa era uma pesquisa de campo com os envolvidos diretamente no programa – gestor por meio de entrevista (Apêndice 1), profissionais das equipes ESF por meio de questionário virtual (Apêndice 2) e dados da ouvidoria. Mas, após longa espera, o órgão municipal se pronunciou não autorizou qualquer tipo de pesquisa nos setores e extensões de sua responsabilidade.

Logo após a resposta negativo, o trabalho foi todo reestruturado e pensado na coleta de dados documental, contudo, na expectativa de se obter um parâmetro mais efetivo, foi feito contato com o Conselho Municipal de Saúde (CMS) questionando a possibilidade de uma entrevista a respeito de aspectos da implementação intersetorial da ESF. De imediato foi aceito a solicitação e marcada uma reunião com a presidenta do CMS. Porém, no dia do encontro, foi dispendido pouco tempo para uma conversa, o que prejudicou a realização da entrevista em si. Diante disso, a interrogada pediu para ficar com as perguntas da entrevista prometendo respondê-las e enviá-las em um arquivo por e-mail. Contudo, a promessa não foi cumprida, foram feitos enviado dois e-mails reforçando o combinado, mas, nada de retorno. Por razão de datas de entregas, essa opção acabou sendo excluída deste trabalho.

Por fim, todo estudo e análise social tem maior credibilidade quando realizada em contato com os atores pesquisados. Nesse contexto, a limitação do trabalho foi a impossibilidade da realização de uma pesquisa de campo com os agentes públicos envolvidos no programa, somado com a privação de acesso aos dados da ouvidoria, agregado a falta de uma resposta efetiva do Conselho Municipal de Saúde. Portanto, pode-se concluir que o principal fator limitante do estudo foram os órgãos públicos cogitados para colaborar com a coleta de dados.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, J.A.D. Redes de Atores: Uma Nova Forma de Gestão das Políticas Públicas no Brasil?. **Gestão & Regionalidade**, v. nº 64 – mai/ago.2006

BERCOVICI, Gilberto. Planejamento e políticas públicas: por uma nova compreensão do papel do estado. In: BUCCI, Maria Paula D. O conceito de política pública em direito. In: BUCCI, Maria Paula D. (org.). **Políticas Públicas**: reflexões sobre o conceito jurídico. São Paulo: Saraiva, 2006. p. 143-162.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei 8.080**. Brasília: Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos, 1990.

BRASIL. **Portaria Nº 399 - Pacto pela saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Cartilha entendendo o SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

Disponível em:

<<http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2013/agosto/28/cartilha-entendendo-o-sus-2007.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2018.

BRASIL. **Portaria Nº 154 – Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. **Portaria Nº 2.488**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. **Portaria Nº 2.446 – Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CALMO, Paulo e COSTA, Arthur Trindade Maranhão. Redes e governança das políticas públicas. **Revista de Pesquisa em Políticas Públicas**, Ed nº 01 – julho.2013.

CARVALHO, G. **A saúde pública no Brasil**. 2013. Disponível em:

<<http://197.249.65.74:8080/biblioteca/bitstream/123456789/83/1/Livro%20de%20Administacao%20Publica.pdf>>. Data de acesso: 20 dez. 2019.

DEMETER, Paulo Roberto. **Políticas Públicas: e preciso conhecer**. AATR-BA, 2002. Disponível em:

<www.dhnet.org.br/dados/cursos/aatr2/a_pdf/02_aatr_pp_conhecer.pdf>. Data de acesso: 10 jan. 2019.

FERNANDES, Ana Tereza. CASTRO, Camila e MARON, Juliana. Desafios para implementação de políticas públicas: intersectorialidade e regionalização. In: VI Congresso de Gestão Pública – CONSAD. Centro de Convenções Ulysses

Guimarães, 2013, Brasília – DF. **Painel 07/025 – Governança em rede: inovações da gestão regionalizada em Minas Gerais.** p. 7 e 12.

FLEURY, S. Redes de políticas: novos desafios para a gestão pública / Policy networks: new challenges for public administration. **Administração em Diálogo**, São Paulo, nº 7, p. 77-89, 2005.

FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA DO RIO GRANDE DO SUL. **Perfil Socioeconômico dos municípios.** Disponível em: <<https://www.fee.rs.gov.br/perfil-socioeconomico/municipios/>>. Data de acesso: 20 fev. 2019.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2002.

HOCHMAN, Gilberto, ARRETCHE, Marta e MARQUES, Eduardo. **Políticas Públicas no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

IBGE. **Cidades e Estados do Brasil.** Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/>>. Data de acesso: 20 fev. 2019.

IBGE. **Índice de Desenvolvimento Humano.** Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/pesquisa/37/0>>. Data de acesso: 20 fev. 2019.

INOJOSA, Rose Marie. **Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade.** Cadernos Fundap, São Paulo, n. 22, p. 102-110, 2001.

KLERING, PORSSSE, GUADAGNIN L.R, M.D.C.S, L.B. Novos Caminhos da Administração Pública Brasileira. **A Revista Acadêmica da FACE**, Porto Alegre, v. 21, nº 1, p. 4-17, jan./jun. 2010

MENDES, Rosilda e AKERMAN, Marco. Intersetorialidade: reflexos e práticas. In: FERNANDEZ, Juan Carlos Aneiros e MENDES, Rosilda(Org.). **Promoção da Saúde e Gestão Local.** 2007. p. 54-70

SANTA CRUZ DO SUL. **Plano Municipal de Gestão Integrada de Resíduos Sólidos.** Santa Cruz do Sul: Secretaria Municipal da Saúde, 2013.

SANTA CRUZ DO SUL. **Plano Municipal de Educação 2015 - 2025.** Santa Cruz do Sul: Secretaria Municipal da Saúde, 2015.

SANTA CRUZ DO SUL. **Plano Municipal de Saneamento Básico de Santa Cruz do Sul - Etapa Final / III.** Santa Cruz do Sul: Secretaria Municipal da Saúde, 2018.

SANTA CRUZ DO SUL. **Plano Municipal de Saúde no período de 2018 a 2021.** Santa Cruz do Sul: Secretaria Municipal da Saúde, 2018.

NASCIMENTO, Sueli. Reflexões sobre a intersetorialidade entre as políticas públicas. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 101, p. 95-120, jan./mar. 2010

OLIVEIRA, R. C. (2012). Intersetorialidade entre as políticas públicas e seus efeitos na escola pública brasileira. **Ata do Congresso Internacional de Pedagogia Social**, 2012, São Paulo (SP, Brasil) [online]. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000092012000200024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 jan. 2019.

PALUDO, A. **Administração Pública**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

PARSONS, W. **Políticas públicas: Uma introducion a la teoria y la práctica del análisis de políticas públicas**. México: Flacso, 2007.

SEBRAE/MG. Políticas Públicas: conceitos e práticas. **Série Políticas Públicas**, Belo Horizonte, v. 7, 2008. Disponível em: <<http://www.mp.ce.gov.br/nespeciais/promulher/manuais/MANUAL%20DE%20POLITICAS%20P%C3%9ABLICAS.pdf>>. Data de acesso: 10 jan. 2019.

SECCHI, L. **Políticas pública: Conceitos, esquema de análises, casos práticos**. 2ª ed. São Paulo: Cengage Learning, 2014.

SOUZA, C. **Coordenação de políticas públicas**. Brasília: Enap, 2018.

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