

# **A Intersectorialidade Como Estratégia Técnica e Política da Organização Mundial da Saúde e do Banco Mundial**

**Cassiane Cominoti Abreu**

**Tese de Doutorado em Política Social  
Doutorado em Política Social  
Universidade Federal do Espírito Santo**

**Vitória  
Novembro de 2017**

# **A intersectorialidade como Estratégia Técnica e Política da Organização Mundial da Saúde e do Banco Mundial**

**Cassiane Cominoti Abreu**

**Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade Federal do Espírito Santo como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutora em Política Social.**

**Aprovada em 27/11/2017 por:**

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Lúcia Teixeira Garcia - Orientadora, UFES**

---

**Prof. Dr. Luis Jorge Vasconcellos Pessoa de Mendonça, UFES**

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Berenice Rojas Couto, PUC-RS**

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Jussara Maria Rosa Mendes, UFRS**

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Cristina de Souza Vieira, UFPE**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
Vitória, Novembro de 2017**

## **AGRADECIMENTOS**

Esta tese representa mais do que um texto acadêmico. Ela significa o trilhar de questionamentos, descobertas, conclusões e novas indagações. Enfim, simboliza o fruto do amadurecimento que só os desafios de uma pesquisa podem proporcionar.

Para concretizar este trabalho acadêmico contei com o apoio e a ajuda de um grupo de pessoas, sem as quais o trajeto seria ainda mais complexo. Agradeço sinceramente a todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para a conclusão da tese e, especialmente:

À minha orientadora Maria Lúcia Teixeira Garcia, por ter compartilhado os seus ensinamentos e saber profissional com dedicação, afetividade e paciência desde a minha inserção no primeiro período do curso de Serviço Social como sua aluna e, posteriormente, enquanto bolsista de iniciação científica e orientanda do mestrado e doutorado. Você é a professora mais importante da minha vida acadêmica e profissional.

À minha mãe Maria Elizabete, ao meu pai Arnaldo (in memoriam), aos meus irmãos (Cristiane, Chrizan e Crizane) e ao meu namorado Carlos, por terem incentivado os meus estudos, fornecendo o apoio emocional e compreendendo as ausências necessárias para que eu pudesse concluir a tese.

Aos diretores do Instituto Federal do Espírito Santo – Campus Guarapari, Ronaldo Neves Cruz e Gibson Dall’Orto Muniz da Silva, pela concordância na liberação das atividades laborais para que eu pudesse ter dedicação exclusiva aos estudos exigidos pelo doutorado.

Aos servidores e coordenadores da Coordenadoria de Atendimento Multidisciplinar do Campus Guarapari, especialmente ao amigo Joaquim dos Santos Junior pelo incentivo para que eu tentasse a seleção do doutorado, auxílio no processo de obtenção da licença capacitação e torcida na reta final.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade Federal do Espírito Santo, pela riqueza dos debates teóricos vivenciados durante as disciplinas e atividades para além da sala de aula.

Aos integrantes do grupo de estudos Fênix, pelas trocas de conhecimentos e convivência fraterna. Especialmente agradeço as amigas do grupo Edineia e Mirian, pela proximidade e apoio emocional durante o processo de elaboração da tese.

Aos membros da banca examinadora, Berenice Rojas Couto, Jussara Maria Rosa Mendes, Ana Cristina de Souza Vieira e Luis Jorge Vasconcellos Pessoa de Mendonça; professores que tenho grande admiração. Muito obrigada por terem aceito prontamente e de forma gentil, o convite para participar da avaliação deste trabalho.

Por fim, como cristã, agradeço a Deus pela força espiritual durante todo o percurso e finalização de mais uma etapa acadêmica.

*Cassiane Cominoti Abreu*

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)  
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

Bibliotecária: Maria Aparecida da Costa Pereira Akabassi – CRB-6/ES-43

Abreu, Cassiane Cominoti, 1982-

A162i A intersetorialidade como estratégia técnica e política da Organização Mundial da Saúde e do Banco Mundial / Cassiane Cominoti Abreu. – 2017.

292 f. : il.

Orientador: Maria Lúcia Teixeira Garcia.

Tese (Doutorado em Política Social) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas.

1. Problemas sociais. 2. Política social. 3. Intersetorialidade. 4. Organização Mundial da Saúde. 5. Banco Mundial. I. Garcia, Maria Lúcia Teixeira . II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas. III. Título.

CDU: 32

---

## RESUMO

ABREU, Cassiane Cominoti. **A intersectorialidade como estratégia técnica e política da Organização Mundial da Saúde e do Banco Mundial**. Vitória, 2017. Tese (Doutorado em Política Social) - Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2017.

O objetivo desta tese é analisar os fundamentos da intersectorialidade como estratégia de gestão proposta pela Organização Mundial da Saúde e pelo Banco Mundial, caracterizando as intencionalidades contidas nas dimensões técnica e política. Para o alcance do objetivo, realizamos uma pesquisa qualitativa, envolvendo pesquisa documental a partir das palavras-chave intersectoral e multisectoral, a partir dos textos disponíveis nos sites dessas agências internacionais. A busca ocorreu entre os anos de 2015 e 2016. O método escolhido como referencial teórico foi o materialismo histórico dialético. Para a análise de dados utilizamos a análise de conteúdo do tipo análise temática. O significado da intersectorialidade para a Organização Mundial da Saúde e para o Banco Mundial está relacionado à: realização de ações, atividades ou esforços conjuntos entre vários setores; a uma estratégia de saúde adotada nas conferências internacionais de promoção da saúde; como sinônimo de ação multisectorial entre setores e ao trabalho conjunto entre profissionais de diferentes disciplinas/profissões para compartilhar saberes ou como uma forma de intervenção, abordagem, ações, coordenação entre setores diferentes. Os objetivos para o uso da intersectorialidade/multisectorialidade por ambas as Agências estão relacionados à resolução dos problemas sociais como a falta de saúde, educação, epidemias e a má gestão das políticas sociais. Relaciona-se o fomento das ações intersectoriais ao âmbito das políticas sociais, especialmente para os pobres e vulneráveis, como ferramenta técnica de gestão capaz de desfragmentar as políticas sociais e resolver os problemas sociais. Com o uso das categorias historicidade, essência/aparência desvendou-se a impossibilidade da resolução dos problemas sociais no capitalismo e da desfragmentação das políticas sociais pelo uso da intersectorialidade. Compreende-se que a gênese da fragmentação e dos problemas sociais postos pelas Agências estão associados à base material que os produzem: as relações sociais de produção. Essas comandam todo o processo e as necessidades humanas dos seres sociais não são a prioridade do sistema. Concluímos que a aparente racionalização técnica conferida a intersectorialidade/multisectorialidade pelas agências internacionais Organização Mundial da Saúde e Banco Mundial encobrem as determinações ideológicas e políticas a favor da reprodução de propostas de reforma social aliançadas ao neoliberalismo. Essas supõem que com boa administração e gestão dos recursos e intersectorialidade seja possível resolver expressões da questão social. A intersectorialidade, no aspecto conceitual, deve ser compreendida como uma ação técnica e política de articulação entre setores visando à construção, reafirmação ou oposição a projetos coletivos.

**Palavras-Chave:** questão social, política social, Organização Mundial da Saúde, Banco Mundial, intersectorialidade.

## ABSTRACT

ABREU, Cassiane Cominoti. **The intersectorality as a technical and political strategy of the World Health Organization and the World Bank.** Vitória, 2017. Thesis (Doctorate in Social Policy) – Federal University of Espírito Santo, Vitória, 2017.

The objective of this thesis is to analyze the fundamentals of intersectorality as a management strategy proposed by the World Health Organization and the World Bank, characterizing the intentionalities contained in the technical and political dimensions. To reach the goal, we conducted a qualitative research, involving documentary research from intersectoral and multisectoral keywords, from the texts available on the websites of these international agencies. The search occurred between 2015 and 2016. The method chosen as epistemological reference was the dialectical historical materialism. For data analysis we used the content analysis of the thematic type. The meaning of intersectionality for the World Health Organization and the World Bank is related to: performing actions, activities or joint efforts between various sectors; to a health strategy adopted at international health promotion conferences; as a synonym for multisectoral action among sectors and the joint work among professionals from different disciplines/professions to share knowledge or as a form of intervention, approach, actions, coordination between different sectors. The objectives for the use of intersectorality/multi-sectorality by both Agencies are related to the resolution of social problems such as lack of health, education, epidemics and poor management of social policies. The promotion of intersectoral actions is related to the scope of social policies, especially for the poor and vulnerable, as a technical management tool capable of defragmenting social policies and solving social problems. Using the categories historicity, essence/appearance, the impossibility of solving social problems in capitalism and the defragmentation of social policies through the use of intersectorality was revealed. It is understood that the genesis of the fragmentation and social problems indicated by the Agencies are associated with the material basis that produce them: the social relations of production. These command the whole process and the human needs of social beings are not the priority of the system. We conclude that the apparent technical rationalization conferred to the intersectorality/multi-sectorality by the international agencies World Health Organization and the World Bank masks ideological and political determinations in favor of the reproduction of social reform proposals allied to neoliberalism. These suppose that with good administration and resource management and intersectorality it is possible to resolve expressions of the social issue. The intersectorality, in the conceptual aspect, must be understood as a technical and political action of articulation between sectors aiming at the construction, reaffirmation or opposition to collective projects.

**Key words:** social issue, social policy, World Health Organization, World Bank, intersectorality.

## RESUMEN

ABREU, Cassiane Cominoti. **La intersectorialidad como estrategia técnica y política de la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial**. Vitória, 2017. Tesis Doctorado en Política Social.- Universidad Federal de Espírito Santo, Vitória, 2017.

El objetivo de esta tesis es analizar los fundamentos de la intersectorialidad como estrategia de gestión, propuesta por la Organización Mundial de Salud y por el Banco Mundial, caracterizando las intencionalidades contenidas en las dimensiones técnica y política. Para el logro del objetivo, realizamos una investigación cualitativa, comprendiendo la investigación documental a partir de las palabras-clave intersectorial y multisectorial, desde los textos disponibles en los sitios de dichas agencias internacionales. La búsqueda ocurrió entre los años de 2015 y 2016. El método elegido como referencial epistemológico fue el materialismo histórico dialéctico. Para el análisis de datos utilizamos el análisis de contenido del tipo temática. El significado de la intersectorialidad para la Organización Mundial de Salud y el Banco Mundial se relaciona con: la realización de acciones, actividades o esfuerzos conjuntos entre varios sectores; una estrategia de salud adoptada en las conferencias internacionales de promoción de la salud; como sinónimo de acción multisectorial entre sectores y al trabajo conjunto entre profesionales de distintas disciplinas/profesiones para compartir saberes o como una forma de intervención, enfoques, acciones, coordinación entre sectores diferentes. Los objetivos para el uso de la intersectorialidad/multisectorialidad por ambas Agencias se relacionan a la resolución de los problemas sociales como la falta de salud, de educación, epidemias y la mala gestión de las políticas sociales. Se relaciona el fomento de las acciones intersectoriales al ámbito de las políticas sociales, especialmente para los pobres o vulnerable, como herramienta técnica de gestión capaz de desfragmentar las políticas sociales y resolver los problemas sociales. Con el uso de las categorías historicidad, esencia/apariencia se desveló la imposibilidad de la resolución de los problemas sociales en el capitalismo y de la desfragmentación de las políticas sociales por el uso de la intersectorialidad. Se entiende que la génesis de la fragmentación y de los problemas sociales puestos por la Agencias están asociados a la base material que los producen: las relaciones sociales de producción. Esas comandan todo el proceso, y las necesidades humanas de los seres sociales no son la prioridad del sistema. Concluimos que la aparente racionalización técnica conferida a la intersectorialidad/multisectorialidad por las agencias internacionales Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial encubren determinaciones ideológicas y políticas a favor de la reproducción de propuestas de reforma social aliadas al neoliberalismo. Estas suponen que con buena administración y gestión de los recursos e intersectorialidad sea posible resolver expresiones de la cuestión social. La intersectorialidad, en el aspecto conceptual, debe ser comprendida como una acción técnica y política de articulación entre sectores, con miras a la construcción, reafirmación u oposición a proyectos colectivos.

**Palabras-Clave:** cuestión social, política social, Organización Mundial de Salud, Banco Mundial, intersectorialidad.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Quantitativo de materiais da OMS e do BM contendo as palavras intersectoral e multisectoral	40
Quadro 2	Documentos seleccionados da OMS com a palavra-chave intersectoral	43
Quadro 3	Documentos seleccionados da OMS com a palavra multisectoral	45
Quadro 4	Documentos seleccionados da OMS a partir das palavras multisectoral e intersectoral	46
Quadro 5	Documentos seleccionados do BM com a palavra intersectoral	48
Quadro 6	Documentos seleccionados do BM a partir da palavra multisectoral	49
Quadro 7	Documentos seleccionados do BM a partir das palavras-chave intersectoral e multisectoral	50
Quadro 8	O significado da intersectorialidade nos materiais da OMS a partir das palavras intersectoral e multisectoral	51
Quadro 9	O significado da intersectorialidade e multissetorialidade nos materiais do BM	53
Quadro 10	Exploração dos documentos da OMS	55
Quadro 11	Exploração dos documentos do BM	56
Quadro 12	A intersectorialidade nas conferências internacionais de saúde	112
Quadro 13	Objetivos do uso da intersectorialidade/multissetorialidade: BM e OMS	152
Quadro 14	Os 10 passos para a implementação da intersectorialidade	192
Quadro 15	Os significados e fundamentos da intersectorialidade/multissetorialidade	200

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Os significados da intersectorialidade para a OMS	139
Figura 2	Multissetorialidade para o BM	149
Figura 3	Regiões mencionadas nos documentos do BM	151
Figura 4	Pobreza, proteção social e multissetorialidade para o BM	166
Figura 5	Fundamentos da discussão da intersectorialidade/multissetorialidade	197

## LISTAS DE SIGLAS

AID	Associação Internacional de Desenvolvimento
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária À Saúde
BDTD	Banco de Teses e Dissertações
BM	Banco Mundial
CEPAL	Comissão Econômica Para a América Latina
EUA	Estados Unidos da América
FMI	Fundo Monetário internacional
HIAP	Saúde em Todas as Políticas
IFES	Instituto Federal do Espírito Santo
ISA	Ação Intersetorial em Saúde
LOS	Lei Orgânica da Saúde
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMC	Organização Mundial do Comércio
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAIUAD	Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas
PNL	Plenária Nacional de Saúde
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
RSI	Regulamento Sanitário Internacional
UNCTAD	Conferência das Nações Unidas sobre o Comércio e Desenvolvimento
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>36</b>
2.1	A SELEÇÃO DOS DOCUMENTOS DA OMS	40
2.2	A SELEÇÃO DE DOCUMENTOS DO BM	46
<b>3</b>	<b>QUESTÃO SOCIAL NO SÉCULO XX, A POLÍTICA SOCIAL E A GÊNESE DA INTERSETORIALIDADE</b>	<b>59</b>
3.1	DO SURGIMENTO DOS SEGUROS SOCIAIS AOS WELFARE STATES: A POLÍTICA SOCIAL ENTRE CRISES E EXPANSÕES DO CAPITAL	69
3.2	A INTERSETORIALIDADE E AS POLÍTICAS SOCIAIS EM TEMPOS (NEO)LIBERAIS	98
3.3	O PAPEL DAS AGÊNCIAS INTERNACIONAIS OMS E BM NA CONFIGURAÇÃO DAS POLÍTICAS SOCIAIS	115
<b>4</b>	<b>A INTERSETORIALIDADE/MULTISETORIALIDADE COMO ESTRATÉGIA TÉCNICA E POLÍTICA DA OMS E DO BM</b>	<b>137</b>
4.1	O SIGNIFICADO DA INTERSETORIALIDADE E A MULTISETORIALIDADE NOS DOCUMENTOS DAS AGÊNCIAS (OMS E BM)	137
4.1.1	<b>A intersectorialidade como instrumental técnico para o alcance da saúde para todos</b>	<b>154</b>
4.1.2	<b>A intersectorialidade e a globalização</b>	<b>157</b>

<b>4.1.3</b>	<b>Pobreza, sistemas de proteção social e a multissetorialidade/intersectorialidade</b>	164
<b>4.1.4</b>	<b>A intersectorialidade/multissetorialidade como ferramenta para se alcançar mudanças na gestão e implementação das políticas sociais</b>	185
<b>4.2</b>	<b>VOLTANDO AO INÍCIO: O USO DO CONCEITO DE INTERSETORIALIDADE PROPOSTO POR JUNQUEIRA E INOJOSA E O SERVIÇO SOCIAL</b>	196
<b>5</b>	<b>CONCLUSÕES</b>	205
<b>6</b>	<b>REFERÊNCIAS</b>	211
	<b>APÊNDICES</b>	223
	APÊNDICE A - Documentos selecionados da OMS a partir da palavra-chave intersectoral	224
	APÊNDICE B - Documentos selecionados da OMS a partir da palavra-chave multisectoral	232
	APÊNDICE C – Documentos selecionados da OMS a partir da palavra-chave multisectoral	250
	APÊNDICE D – Documentos selecionados da OMS a partir da palavra-chave multisectoral com resumo do conteúdo	253
	APÊNDICE E – Documentos selecionados do BM a partir da palavra-chave multisectoral	259
	APÊNDICE F - Documentos selecionados do BM a partir da palavra-chave multisectoral com resumo do conteúdo	264
	APÊNDICE G – Documentos selecionados do BM a partir da palavra-chave intersectoral	282
	APÊNDICE H – Documentos selecionados do BM a partir da palavra-chave intersectoral com resumo do conteúdo	285

# 1 INTRODUÇÃO

*"[...] que a importância de uma coisa não se mede com fita métrica nem com balanças nem barômetros etc. Que a importância de uma coisa há que ser medida pelo encantamento que a coisa produza em nós."(Manoel de Barros).*

A tese de doutorado tem como objeto de estudo a intersetorialidade como estratégia de gestão disseminada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Banco Mundial (BM). Esse objeto foi urdido ao longo de um percurso da vida acadêmica e profissional e decorreu de experiências concretas vivenciadas durante a graduação e o mestrado em política social, bem como, por meio da materialização da prática profissional como Assistente Social nos campi Nova Venécia e Guarapari do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Espírito Santo (IFES). No IFES vivencio o dilema entre expectativas institucionais de uma prática na perspectiva intersetorial, sua ausência no âmbito da gestão das políticas sociais e uma postura crítica dos limites da intersetorialidade tal como pensada pelas instituições. Mas, para chegar até aqui, é preciso reconhecer que há um longo caminho percorrido por uma pesquisadora que se pôs a caminhar.

O caminho até a estruturação do objeto tem seu início quando ingressei como bolsista de iniciação científica do projeto de pesquisa intitulado "Atualização do Levantamento das Instituições Especializadas em Dependência Química do Espírito Santo" desenvolvido pelo Núcleo de Estudos Sobre o Álcool e Outras Drogas em parceria com o Ministério Público Estadual. Nesse projeto obtive uma aproximação com o tema política de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas (PAIUAD) e tínhamos como objetivo identificar se as ações desenvolvidas no âmbito da dependência química atendiam aos princípios da PAIUAD, entre eles, a intersetorialidade (ABREU, 2006).

Durante o processo de execução da pesquisa nos deparamos com uma realidade causadora de inquietação pessoal. As ações municipais destinadas a atender usuários, familiares e/ou dependentes de álcool e outras drogas (cuja execução se processava por intermédio das Secretarias Municipais de Ação Social, Saúde ou Educação) se mostravam setorializadas e desarticuladas - em detrimento do que

preconizava a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas (PAIUAD). Além disso, causava-me surpresa o desconhecimento de gestores e profissionais das secretarias em relação ao que os outros gestores e profissionais das demais secretarias de seu próprio município realizavam no âmbito da dependência química em termos de ações assistenciais. Aliado a isso, havia ainda a não identificação dos recursos da rede assistencial municipal como capazes de fornecer atenção em casos de uso e/ou abuso de álcool e outras drogas.

Assim, constatava: a intersectorialidade - como categoria teórica que requer mediações para apreendê-la no interior de uma dada Política Social (Política de Saúde e no interior dela a PAIUAD) –, não se fazia presente nesses espaços a partir das evidências encontradas.

No mestrado mergulhei na literatura acerca da temática da intersectorialidade e percebi que essa categoria, incorporada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), estava revestida de dilemas e embates teóricos que superdimensionavam a questão. Assim era preciso primeiramente compreender o significado da intersectorialidade a partir da literatura e dos documentos vinculados à criação da Lei Orgânica da Saúde (LOS).

O exame da literatura demonstrou que a intersectorialidade vem despertando crescente interesse intelectual e político, particularmente no âmbito das políticas sociais e sua consolidação constitui uma necessidade no âmbito das políticas sociais. A temática ocupa centralidade na agenda contemporânea da política social em razão da complexidade que cerca a questão social, traduzida no agravamento da pobreza e das desigualdades sociais, assim como na conhecida debilidade do sistema de proteção social brasileiro em responder às demandas por direitos sociais (PEREIRA, 2014; MONNERAT; SOUZA, 2014).

Entretanto, o debate atual sobre a intersectorialidade também se traduz na ausência de consenso do significado do termo, configurando, assim, polissemia no tratamento da questão com predominância do debate fomentado pelo campo da saúde coletiva e da administração pública (MONNERAT; SOUZA, 2014).

No Brasil, um dos primeiros autores a tratar o tema da intersectorialidade (no âmbito da administração pública) foi Junqueira (1997). Em um de seus textos intitulado “Novas formas de Gestão da Saúde”, o autor traz aos leitores muito mais do que um simples conceito. Ao contrário de alguns autores que, em seus textos, não problematizam a intersectorialidade, Junqueira (1997) elenca uma série de pressupostos que nos remetem à reflexão do aparato teórico e ideológico que sustenta seu argumento e, conseqüentemente, a intersectorialidade. Seu argumento é articulado a partir da associação entre **descentralização e intersectorialidade**.

Junqueira (1997) faz uma contextualização histórica de como a intersectorialidade (e com que intencionalidade) passa a ser discutida no âmbito da gestão pública. Nesse sentido, elenca que, em âmbito mundial, as organizações públicas de saúde (até a década de 1970) caracterizam-se por serem centralizadas, verticalizadas e com baixa eficácia. Para esse autor, o Estado de Bem Estar Social, que vigorou do final da Segunda Guerra Mundial até o início dos anos de 1970 nos países centrais democráticos, ocasionou uma enorme expansão do aparato burocrático na gestão das políticas sociais, gerando centralização e comprometimento da sua eficácia.

Assim, é no interior de um novo direcionamento nas formas de gestão pública de reformas administrativas visando à efetividade e a eficácia nas ações em saúde que surge a necessidade da descentralização e da intersectorialidade, sob a ótica do autor. Em relação à descentralização, Junqueira (1997) enfatiza que, em países da América Latina (como o Brasil), a discussão sobre essa, durante a luta pelo fim da ditadura militar foi pautada na ótica da política, mas deveria pautar-se também nas reformas e transformações administrativas da máquina pública.

Enfatiza que a descentralização política não garante a eficácia das políticas sociais e, no âmbito da saúde, a descentralização administrativa é uma possibilidade de alterar a gestão de uma política setorial desde que ela seja desenvolvida de forma a propiciar a integração das políticas sociais. O autor argumenta que essas últimas têm dificuldade de promoverem a equidade e a integralidade do atendimento já que os problemas sociais se apresentam setorialmente, mas sua solução está na dependência de mais de uma ação política. Eles são parte de um todo complexo e demandam uma maneira integrada para resolvê-los. Para Junqueira:

[...] a intersetorialidade constitui uma **concepção** que deve informar uma **nova maneira de planejar, executar e controlar a prestação de serviços**. Isso significa alterar toda a forma de articulação dos diversos segmentos da organização governamental e dos seus interesses (JUNQUEIRA, 2005, p. 4).

É nesse contexto que a intersetorialidade, como um pressuposto de gestão municipal para melhorar a qualidade de vida dos munícipes se coloca como uma possibilidade de encaminhar a **resolução dos problemas sociais** da população situada, em um **determinado território**, de maneira **integrada** (JUNQUEIRA, 1997). A intersetorialidade transcende ao setor saúde que, em alguma medida, acolheu e aprofundou as discussões iniciais e apontou para determinações dos problemas que chegam ao setor, que não podem ser tratados somente por ele, assumindo uma dimensão mais ampla, **intersectorial**. Essa lógica de atuação pautada na intersetorialidade, segundo Junqueira (1997), deve referir-se basicamente à população e ao espaço onde se situam. Assim, a base populacional e geográfica permite que se identifiquem os problemas e as soluções para atingir uma vida com qualidade.

Em relação ao aparato estatal, Junqueira (1997) evidencia que apesar do Estado deter sua importância, ele não pode substituir a sociedade em qualquer que seja o sistema. Assim, se faz necessário saber “[...] o que transferir, para quem e como transferir [...]” (JUNQUEIRA, 1997, p.3). Defende o autor que o Estado transfere a prestação de serviços que são de sua competência para outro organismo público não estatal, devolvendo à sociedade aquilo que lhe é próprio (JUNQUEIRA, 1997, p.3). E por isso, acrescenta: não se pode crer que apenas iniciativas estritamente estatais sejam capazes de dar resposta de uma maneira equânime e justa às necessidades sociais. É necessária a instituição da **devolução social**, que significa a anulação do Estado como o principal agente da solidariedade social. Para argumentar sua afirmação, cita Rosanvallon – autor que ratifica a existência de uma sociedade solidária.

Para Rosanvallon (1998)<sup>1</sup>, o Estado deve responder de forma inovadora aos “novos problemas” que emergem a partir dos anos 1970 e propõe transformar o Estado

---

<sup>1</sup> Para aprofundamento do tema ler Rosanvallon (1998).

Providência em um Estado de Serviços, baseado em ajudas diferenciadas, solidárias e individualizadas.

Baseado nesse pressuposto, Junqueira define o conceito, juntamente com Inojosa (1997), que atualmente predominam nos textos brasileiros<sup>2</sup> quando se discute a intersetorialidade, seja na Saúde, Assistência Social, Educação, Meio Ambiente. A categoria é definida como “[...] a **articulação de saberes e experiências** de planejamento, realização e avaliação de ações para **alcançar efeito sinérgico** em situações complexas visando o **desenvolvimento social**, superando a **exclusão social**” (JUNQUEIRA; INOJOSA, 1997, p. 3).

Mantendo o argumento sobre a necessidade da criação de um Estado que transfira a responsabilidade da execução das políticas sociais para a sociedade “solidária”, e a definição de intersetorialidade acima referida, em outro texto – intitulado “A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor” –, Junqueira (2004) argumenta que a crise econômica e social dos países demanda maior eficácia na gestão das políticas direcionadas à sociedade. Entretanto, as organizações públicas gestoras não têm conseguido realizar essa tarefa.

Assim, é necessário partilhar o poder com outras organizações privadas autônomas, que privilegiem os interesses coletivos. Nesse sentido, as organizações do terceiro setor constituem uma alternativa privilegiada para fazer frente aos problemas sociais que afetam o conjunto da população. Elas têm o potencial de introduzir um inovador dinamismo na gestão das políticas sociais por privilegiarem a lógica do cliente e valorizar a **gestão intersetorial** visando ao desenvolvimento de uma sociedade mais justa e equânime (JUNQUEIRA, 2004).

---

<sup>2</sup> Em uma busca no repositório Banco de Teses e Dissertações (BDTD) com a palavra intersetorialidade no ano de 2015 foram encontrados 172 trabalhos que abordam o tema. Há predominância do debate fomentado pela área de Saúde, Assistência Social e Educação. Ao evidenciarmos os significados de intersetorialidade presentes dos materiais notamos que mais de 75% dos trabalhos encontrados utilizam as significações de intersetorialidade oriundas do pensamento desses autores.

Especificamente no âmbito do Serviço Social, no XIII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, realizado em Juiz de fora no ano de 2012, 14 trabalhos foram publicados sobre a temática intersetorialidade associada às políticas sociais de Assistência Social e Saúde. Dos 14 trabalhos publicados, 12 deles utilizam os conceitos propostos por Inojosa (2001) e/ou Junqueira (1997) sem problematizá-los em sua essência. Ademais, os trabalhos defendem a consolidação de direitos sociais pela via de responsabilização do Estado, mas contraditoriamente, adotam conceitos de intersetorialidade que trazem em sua essência pressupostos da ideologia neoliberal.

E, para que isso ocorra, é fundamental a criação de múltiplas redes de interação articuladas envolvendo o poder público, as organizações privadas autônomas, os indivíduos com problemas sociais, as famílias e os voluntários que ajudarão a tecer a rede e colocarão o seu saber, o seu tempo e a sua experiência a serviço do bem público (JUNQUEIRA, 2004). Segundo Junqueira (2004, p.30):

Esse processo, articulando os diversos atores sociais públicos – estatais e privados – e mesmo lucrativos, possibilita superar a incapacidade dos responsáveis pela gestão dos microprocessos das políticas sociais. O Estado, enquanto descentraliza seu poder, possibilita a criação de novos formatos organizacionais, de novos espaços públicos, possibilitando novas respostas da sociedade civil às demandas de **alguns** de seus segmentos.

Ao buscarmos desvelar o pensamento do autor é possível identificar que o mesmo foca o entendimento dos problemas sociais ou a ausência de políticas sociais meramente pela lógica de uma má administração pública. Com isso, retira a dimensão política dos fenômenos sociais, restringindo-os à condição técnica e operativa, escondendo sua essência como favorecedor dos processos de reprodução material em prol de uma determinada ideologia neoliberal que em nada preconiza a expansão dos direitos sociais. Assim, há o reforço do racionalismo burguês próprio da ideologia neoliberal, que se infiltra nas relações sociais entre os cidadãos, instituições e organizações sociais, funcionando como mecanismo de produção e reprodução ideológica com um discurso aparente de resolução dos problemas sociais. O autor fala de Estado como se o mesmo não contemplasse a sociedade, como se fosse um ente fictício e estivesse acima da mesma. E, ao enfatizar que se deve devolver à sociedade aquilo que lhe é próprio, ou seja, as responsabilidades na condução e custeio das políticas sociais diretamente no âmbito do setor privado lucrativo, não lucrativo e aos indivíduos solidários, o autor nega o dever do Estado brasileiro de regular as políticas sociais como um direito ratificado pela Carta Magna de 1988.

O significado de intersetorialidade aparece não como uma forma de articular políticas sociais de responsabilidade do Estado para a efetivação de direitos sociais, mas como uma forma de transferir essa responsabilidade para as organizações sociais privadas, focalizando as intervenções em “alguns de seus segmentos” como referido na citação acima.

Outro argumento que buscamos questionar no texto do autor relaciona-se ao entendimento da descentralização sob apenas um de seus pilares que é a descentralização administrativa, ou seja, da transferência de responsabilidades para as instâncias subnacionais notadamente os municípios na condução da gestão das políticas sociais visando à resolução dos problemas sociais locais. Em nenhum momento o autor busca vincular os municípios ao restante das instâncias nacionais. O mesmo menciona os municípios como se fossem autônomos e tivessem uma desvinculação total dos estados e da União. Junqueira (1997) não analisa os processos históricos que evidenciam o estrangulamento dos municípios em relação ao aumento de suas responsabilidades na condução da gestão pública e baixa capacidade de recursos para gerir suas ações. Coloca ainda a intersectorialidade como capaz de oferecer resolução para os problemas sociais e de fomentar a superação da exclusão social por meio da articulação entre os setores e das políticas sociais locais. Seu argumento, apesar de em um primeiro momento parecer ingênuo ou atraente (se for observado apenas o conceito em si em detrimento das determinações teóricas), ao leitor mais atento, reproduz preceitos preconizados por uma ideologia (neoliberal) que vem mostrando cada vez mais sua força nas políticas sociais. Tal ideologia produz um discurso que transfere problemas que são globais para o âmbito local. Esconde aquilo que não quer que vejamos – que não consegue suprir os problemas sociais simplesmente porque eles não estão atrelados à dimensão local, mas se inscrevem na dinâmica das relações sociais de produção.

Mesmo não concordando com os fundamentos da proposta de intersectorialidade cunhada por esse autor, o mesmo foi fundamental no percurso sobre o tema por possibilitar a desmistificação de que a intersectorialidade é uma ferramenta técnica de gestão, que por si só justificaria a sua utilização visando à efetivação de direitos sociais. A partir dele iniciamos uma aproximação crítica sobre o tema e começamos a tecer dúvidas sobre a intersectorialidade ser justificada pelo que é proposto na aparência, ou seja, como ferramenta técnica de gestão que contribui para a superação de problemas sociais sem nenhuma outra intencionalidade ideológica e política – algo inexistente dentro de uma sociedade capitalista. Afinal, aparentemente quem seria capaz de negar a necessidade de articular

setores/políticas sociais para causar mudanças substanciais na gestão visando à efetivação de direitos sociais<sup>3</sup>? Mas, nem sempre o que se mostra como possibilidade de ampliação de direitos sociais pelo uso da intersetorialidade pode ser considerado como tal. Com Junqueira (1997; 2004), a intersetorialidade transparece como uma forma de ratificar um determinado modo de condução das políticas sociais com vistas a fomentar ações neoliberais. Além disso, o autor não discute como a intersetorialidade se daria em um contexto de uma sociedade capitalista periférica (suas possibilidades e limites), como é o caso brasileiro.

Ainda na busca por analisar os conceitos de intersetorialidade em voga na literatura não poderíamos deixar de mencionar outra importante autora, muito utilizada nos estudos que tratam do assunto e que em vários textos escreve sobre a temática com Junqueira (1997), sendo deles o significado hegemônico de intersetorialidade presente na literatura brasileira como anteriormente reportamos. Esta é Rose Marie Inojosa.

A intersetorialidade é definida por Inojosa (2001) como uma **coordenação entre setores ou como uma intervenção coordenada de instituições em ações destinadas a abordar um problema ou como a articulação entre saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeitos sinérgicos em situações complexas**. Segundo Inojosa (2001), a implantação de práticas interssetoriais no aparelho governamental requer **decisão política**, o que implica romper com o antigo padrão de prestação de serviços que reflete determinada estrutura de poder no qual impera a setorialização, centralização e fragmentação (SILVA; FERREIRA, 2005). Essa autora defende em sua tese de doutorado que o governo, seja ele federal, estadual ou municipal, não

---

<sup>3</sup> A discussão sobre a efetivação dos direitos sociais nas sociedades capitalistas deve ultrapassar a lógica aparente do entendimento do fenômeno como um direito natural e inerente aos homens conforme propagado pela teoria positivista. Tal entendimento obscurece a questão social, a luta de classes e os limites à efetivação de tais direitos na sociabilidade capitalista. É preciso analisar que os direitos sociais ganham relevância na manutenção da ideologia hegemônica, justificando a estrutura social capitalista mediante a racionalidade jurídica e garantindo por meio do aparato legal e burocrático do Estado as condições essenciais para a reprodução do capital. E, por outro lado, tornam-se contraditoriamente uma importante ferramenta de luta e tensionamento para a garantia de condições mais dignas aos sujeitos sociais. Exterioriza, desta forma, seu caráter contraditório inerente à própria sociabilidade desse modo de produção (SARTORI, 2010).

incentiva a integração entre suas secretarias, o que tornam onerosos e ineficientes os projetos sociais.

Um primeiro aspecto a ser considerado na definição de Inojosa (2001) diz respeito a como realizar a articulação entre setores muitas vezes tão diferentes em termos de estrutura institucional, competências, recursos humanos, materiais e que ostentam uma série de peculiaridades intrínsecas a eles e ao contexto brasileiro. Outro aspecto diz respeito a decisão política como solução para o problema da setorialização, fragmentação e centralização das decisões. Entretanto, a decisão política está intimamente relacionada à dimensão econômica, social e cultural e captar apenas uma dimensão perde-se a totalidade dos processos sociais aos quais a intersectorialidade está vinculada.

Além disso, segundo Inojosa (2001), o tema da intersectorialidade está vinculado à discussão da transdisciplinaridade e pode ser também denominada de transectorialidade estando relacionada à necessidade de agrupar os saberes com o objetivo de superar o paradigma da disjunção e da redução propiciada pela setorialização do conhecimento. A autora argumenta que as disciplinas construíram os seus saberes de um modo isolado e com a pretensão de esgotar questões e acabaram criando linguagens e setores próprios que impedem o entendimento e a resolução de problemas complexos. Assim, seria preciso superar a fragmentação do conhecimento já que as clausuras setoriais não dão conta de enxergar a totalidade social (INOJOSA, 2001). Nesse contexto, o aparato governamental reflete as clausuras das disciplinas sendo todo fracionado por conhecimentos, por saberes e por setores impedindo a leitura de determinados problemas em sua totalidade. Há ainda, a herança da hierarquia verticalizada, piramidal, em que os processos e as decisões são tomadas apenas no topo e não na base, próximo à população (INOJOSA, 2001). Concordamos com Inojosa no que diz respeito à fragmentação do conhecimento e dos limites que a mesma propicia no âmbito da produção de conhecimento e dos reflexos dessa fragmentação no âmbito da gestão das políticas sociais. Entretanto, acreditar que apenas a desfragmentação do conhecimento seria responsável pela resolução dos problemas sociais e de gestão pública estaríamos deixando de lado outras variáveis: políticas, econômicas que

também são determinantes no processo de consolidação das políticas sociais e da intersetorialidade.

No que diz respeito ao aparato governamental, a autora argumenta que ele também é objeto de loteamento político-partidário e de grupos de interesse nas suas estruturas, em todos os níveis de governo, e em cada nova gestão, são novamente loteadas para os partidos e para os grupos de apoio. Desse modo, cada uma dessas fatias passa por um novo loteamento político-partidário. Todos os setores, como a educação e a saúde são campos de interesse de corporações e de grupos políticos partidários (INOJOSA, 2001). Com isso, ela traz para o debate aspectos da cultura política brasileira que são fundamentais ao debate da intersetorialidade, mas representa uma das dimensões contidas nessa categoria.

Inojosa (2001) ressalta também que uma perspectiva de trabalho intersetorial implica mais do que justapor ou compor projetos que continuem formulados e realizados setorialmente, seria necessário um **projeto político transformador no âmbito da gestão pública**. Significa também alterar a forma de articulação dos diferentes segmentos da organização governamental. Cabe aqui questionar os limites próprios desse projeto político transformador da gestão pública, aliado a não setorialização do conhecimento. Parte-se aqui do pressuposto de que a ação intersetorial para a saúde, por exemplo, faz parte de um todo social e por isso determina e está determinada por suas características em um momento e lugar, e participa da dinâmica contraditória das relações entre as classes sociais.

As possibilidades de expressão dos fenômenos, no caso, da ação intersetorial, são condicionadas ou mediadas pelo sistema social e econômico que delimita os limites de movimento dos processos produzidos nele. A história econômica, política e cultural determina os processos que têm espaço na realidade e a ação intersetorial em saúde é uma das expressões destes processos sociais (SILVA; FERREIRA, 2005). Portanto, não se pode desconsiderar as relações, objetivos, metas, propósitos que estão subjacentes em cada projeto intersetorial e de como esses se relacionam aos projetos societários.

Ou seja, a construção de um projeto político transformador na perspectiva de Inojosa parte de pressupostos centrados na realização de planejamento e na

avaliação participativos e na atuação em rede de compromisso social. E seus pressupostos ancoram-se na formulação de Edgar Morin. Esse autor afirma que é preciso reagrupar os saberes para buscar a compreensão do universo. Assim, o pensador francês – através da epistemologia da complexidade - propõe a hierarquização e a organização do saber no pensamento contemporâneo por meio da construção do pensamento que una e não separe todos os aspectos presentes no universo. Considera a incerteza e as contradições como parte da vida e da condição humana (ou seja, são fenômenos naturais da sociedade) e, ao mesmo tempo, sugere a solidariedade e a ética como caminho para a religação dos seres e dos saberes. O ser humano é entendido por esse autor como um ser complexo, capaz de se auto-organizar e de estabelecer relações com o outro, modificando o seu meio e a si próprio através da ética que reflete os seus valores, escolhas e percepções do mundo.

Assim, tomando como base a teoria da complexidade, podemos dizer que a intersectorialidade estaria presente na interconexão entre setores que são detentores de saberes diferenciados. Essa interconexão auxiliaria o reagrupamento dos saberes e dos seres humanos tendo por base a solidariedade e a ética. Desse modo, os aspectos econômicos, culturais, políticos estão ausentes no argumento de Morin e, conseqüentemente, de Inojosa que utiliza a teoria da complexidade para estruturar seu argumento da intersectorialidade.

Assim, a partir da discussão sobre as conceituações propostas por Junqueira e Inojosa sobre intersectorialidade, constatamos que não há um debate crítico sobre a mesma. Além disso, os conceitos não buscam realizar uma aproximação da temática com a questão social e a gênese da política social e da peculiar forma de produção e reprodução sociais do capitalismo. E, no âmbito especificamente da política de saúde brasileira (apesar de mesma ratificar a intersectorialidade como estratégia) não havia tanto na Lei Orgânica da Saúde (LOS) quanto da Constituição Federal de 1988, seu significado explicitado e menção a ela como princípio organizativo ou doutrinário do Sistema Único de Saúde.

Assim, mediante esses apontamentos, no mestrado analisamos como a intersectorialidade foi inserida no processo de construção da política de saúde

brasileira, tendo por base o debate construído pelo movimento pela reforma sanitária e como *locus* a Plenária Nacional de Saúde nas décadas de 70 e 80 do século XX. Construíamos dessa forma, uma segunda aproximação à mesma questão: a intersectorialidade no interior da política social.

Ao findar da dissertação, o estudo apontou que no processo de construção da política de saúde brasileira havia dois projetos societais em disputa que congregavam significados diferenciados de intersectorialidade. O projeto neoliberal que defendia um significado de intersectorialidade baseado na articulação entre os setores em uma perspectiva técnica e racionalizadora, que escondia um significado político e ideológico a favor da redução dos recursos financeiros para a política de saúde, e o projeto defendido pela reforma sanitária. Esse último mantinha um significado de intersectorialidade a favor da articulação entre políticas sociais com a expansão de direitos sociais e a consequente consolidação do conceito de saúde defendido pelo movimento sanitário no interior da Plenária Nacional de Saúde (PNS). Entretanto, houve também o apontamento de que a intersectorialidade não foi discutida pela PNS (ABREU, 2009).

Outro aspecto importante do estudo foi à associação da intersectorialidade via discussão sobre promoção da saúde com o apoio principal da OMS e também de outras agências ligadas à Organização das Nações Unidas (ONU) como o BM.

É possível inferir dos materiais que tratam do assunto que a OMS surgiu<sup>4</sup> no bojo do esforço apreendido pelos futuros vencedores da Segunda Guerra Mundial, para estabelecer um arcabouço institucional que assegurasse a estabilidade social no pós-guerra e garantisse a saúde dos povos. Entretanto, esse discurso, que na aparência se apresentava como dotado de intencionalidades boas, trazia em sua essência a necessidade de manter a população desprovida das influências “nocivas” da época, expressas por ideologias contrárias ao sistema capitalista de produção. Para tanto, se fazia necessário minimizar as expressões da questão social como, por exemplo, diminuir os problemas de saúde vivenciados pela população em âmbito mundial, bem como controlar a proliferação de doenças que

---

<sup>4</sup> Para o aprofundamento do tema origem da OMS ler Matta (2001); Mattos (2001); Cueto (2015); OMS (1946).

poderiam concorrer para o bom funcionamento do capitalismo, especialmente as epidemias (LIMA, 1999).

As experiências das grandes epidemias ocorridas no início do século XX em cidades industrializadas e com um grande contingente populacional como Berlim, Paris e Nova Iorque ilustram a associação entre cidade massiva e patologias, ao mesmo tempo em que o receio diante da desordem e a necessidade de respostas em termos de políticas sociais podia ser verificado nesses diferentes lugares (LIMA, 1999). Esse receio de desordem não se deu apenas no plano interno às nações. A necessidade de políticas sociais para intervir na situação de saúde e doença da população e o controle das epidemias entrou na agenda internacional com a criação das Conferências Sanitárias Internacionais. As nações capitalistas sabiam que a questão da saúde é muito importante. A ocorrência de doenças, o sofrimento e a morte são fenômenos que não suportam uma espera indefinida em decorrência das consequências políticas e econômicas que essa falta de intervenção pode propiciar. Assim, estava posto para os vencedores da Segunda Guerra Mundial a necessidade da criação da OMS como um organismo que disseminasse e mantivesse a questão da saúde como pauta de cunho internacional. Era preciso intervir no âmbito da política social, como por exemplo, na política de saúde aliada à política econômica visando à manutenção do capitalismo enquanto sistema (LIMA, 1999).

Em termos de política econômica, as forças que haviam combatido o fascismo na Segunda Guerra, sabiam que era fundamental a criação de mecanismos que controlassem o capitalismo da grande empresa e o capital financeiro, ratificando limites aos megapoderes privados oriundos do liberalismo econômico que levou o mundo capitalista ao colapso econômico, à Grande Depressão do final dos anos 20 e início dos anos 30 e à Segunda Guerra Mundial. No âmbito político, as consequências imediatas da Grande Depressão e da Segunda Guerra foram a destruição temporária ou o refluxo imposto ao liberalismo econômico por meio século. Além disso, houve a obrigação impingida aos governos ocidentais em priorizar as questões sociais em relação às econômicas, ao estabelecer suas políticas de Estado, pois o perigo em não proceder desta forma poderia ser uma radicalização à esquerda ou à direita (HOBSBAWM, 1994).

Estava visível para os capitalistas que para manter a paz, os acordos e as estratégias que deveriam ser estabelecidos no segundo pós-guerra, não poderiam cometer os mesmos erros do Pós-Primeira Guerra Mundial. A paz não seria duradoura se permanecessem os mesmos ressentimentos, ou outros de caráter político, econômico e social. Esta certeza impunha a realização de ações concretas para a recuperação e reinserção, na economia mundial, dos países destruídos pela Guerra (HOBBSAWM, 1994).

As forças sociais e os homens de poder, incumbidos de reconstruir as instituições capitalistas do pós-guerra, estavam piores desta convicção. Para evitar a repetição do desastre era necessário, antes de tudo, construir uma ordem econômica internacional capaz de alentar o desenvolvimento, sem obstáculos, do comércio entre as nações, dentro de regras monetárias que garantissem a confiança na moeda reserva, o ajustamento não deflacionário do balanço de pagamentos e o estabelecimento da liquidez requerido pelas transações em expansão. Tratava-se, portanto, de erigir um ambiente econômico internacional destinado a propiciar um amplo raio de manobra para as políticas nacionais de desenvolvimento e industrialização falseadas de progresso social (RIZZOTTO, 2000).

Ao fim da Segunda Grande Guerra, pela primeira vez na história, os EUA tinham condições concretas para assumir a liderança econômica/política internacional, porém, precisavam barrar o avanço do socialismo que se apresentava como alternativa ao sistema político-econômico vigente e ampliar o mercado de consumidores de seus produtos. Para a expansão do mercado mundial, seria fundamental que as condições econômicas das regiões “subdesenvolvidas” do mundo fossem melhoradas (HOBBSAWM, 1994).

Nesse contexto, e com o mundo dividido entre nações capitalistas e socialistas (na qual cada uma delas buscava captar influências em uma briga ideológica e política), foi criada a ONU. Essa organização assumia um discurso no qual propagava a defesa dos direitos fundamentais do ser humano, a garantia da paz mundial e contrária a qualquer conflito armado, e busca de mecanismos que promovessem o progresso social das nações e a criação de condições que mantivessem a justiça e o direito internacional (ONU, 2015).

Quando os diplomatas se reuniram em São Francisco para constituir as Nações Unidas em 1945, um dos temas de debate foi o estabelecimento da Organização Mundial de Saúde. No mês de julho de 1946, 61 Estados Nacionais constituíram a OMS. O documento de criação consta de um preâmbulo de 19 capítulos com 82 artigos, como carta básica da Organização, estabelecendo o objetivo geral e as estruturas central e regional, além de definir sua condição jurídica e estipular relações de cooperação entre as Nações Unidas e outras entidades. A OMS entrou em vigor em 7 de abril de 1948. Em junho de 1948, delegados procedentes de 53 dos 55 estados membros originais da OMS celebraram a primeira assembleia mundial da saúde (LIMA, 1999).

A OMS foi criada como uma agência específica da Organização das Nações Unidas. O objetivo da OMS é definido como a obtenção, por todos os povos, do nível de saúde mais alto possível, com a saúde sendo definida como um completo estado de bem-estar físico, mental e social. A OMS, após a sua criação, teve como primeiro objetivo fazer com que as organizações de saúde já existentes (como as organizações sanitárias internacionais) fossem substituídas ou absorvidas pela OMS (OMS, 2008). Na América Latina uma organização despontava desde o início do século XX como importante ícone no âmbito da saúde: a Comissão Sanitária Pan-Americana que, posteriormente, ao se integrar a OMS, foi denominada de Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Esta última, não é somente considerada o mais antigo organismo de cooperação na área de saúde, mas também uma das primeiras instituições de cooperação internacional<sup>5</sup>. Em suas origens, a OPAS tinha o papel de coibir as doenças transmissíveis, notadamente a febre amarela e a peste bubônica, de grande circulação entre os portos e a adoção de uma base comum para o desenvolvimento da agenda de problemas e da adoção de políticas de saúde, particularmente nos países da América Latina e Caribe (LIMA, 1999).

Segundo Lima (1999), ao longo do período que se estende da criação da OPAS até 1947, pode-se afirmar que dois elementos foram os mais relevantes em sua relação

---

<sup>5</sup> Não vamos aqui problematizar, mas cabe destacar que nessa temporalidade a compreensão de cooperação internacional partiu de uma perspectiva de transferência de conhecimento de um centro (considerado desenvolvido e avançado) para a periferia – que dependia dessa transferência de saber.

com os países que a integram: a difusão de ideias científicas e relacionadas a ações de saúde – principalmente por meio das conferências sanitárias Pan-Americanas, e a proposta de regulação da notificação e formas de combate às doenças suscetíveis de serem transmitidas a seres humanos.

Não foi simples o estabelecimento do papel a ser desempenhado e a garantia de alguma autonomia de ação da OPAS. O contraste com o seu exíguo orçamento quando comparado ao da OMS, pesou efetivamente na negociação entre as duas entidades. Em julho de 1948, durante a segunda assembleia mundial de saúde, firmou-se acordo entre OMS e OPAS, pelo qual a OPAS, sem perda de sua identidade, converteu-se em Oficina Regional para as Américas da OMS. No plano das novas relações OMS/OPAS, o tema prioritário para acoplar a OPAS à OMS foi a sustentação financeira da organização, diante de um orçamento historicamente reduzido sustentado pela OPAS e também das novas relações que se estabeleciam com o governo dos Estados Unidos (LIMA, 1999). Por incentivos financeiros, e pressão dos Estados Unidos, a OPAS adere a oferta de tornar-se uma organização dentro de um outro organismo maior que era a OMS.<sup>6</sup>

Assim, a OPAS deixa de ser uma agência independente para ser parte integrante da OMS, atuando especificamente na América Latina. Em termos do quadro internacional, a região das Américas experimentou expansão econômica desde fins da década de 1950 até meados da década de 1970, quando os efeitos da crise mundial trouxeram importantes resultados adversos, com altas taxas de inflação e redução do ritmo de crescimento. Vale destacar que o período foi denominado de Guerra Fria, marcado pelo impacto no continente americano da Revolução Cubana. Isso desencadeava uma briga ideológica dentro do continente americano em que de um lado tínhamos os Estados Unidos da América (EUA) (propagador da ideologia capitalista) e de outro Cuba (único país do continente americano em transição para o socialismo). Essa briga ideológica fazia com que os EUA adotassem estratégias para a manutenção de sua hegemonia continental e

---

<sup>6</sup> Por incentivos financeiros, e pressão dos Estados Unidos, a OPAS adere a oferta de tornar-se uma organização dentro de um outro organismo maior que era a OMS.

fizessem, por exemplo, programas de ajuda bilateral aos países da América Latina<sup>7</sup> (HOBSBAWM, 1994).

A crise financeira internacional e a crise da dívida externa, que assolou os países periféricos nos anos 1980 e da postura unilateral dos Estados Unidos em aumentar os seus juros (com a consequente valorização do dólar e aumento das dívidas dos países periféricos), contribuíram para que o Banco Mundial<sup>8</sup> assumisse um papel intermediador entre os credores internacionais e os países devedores. Redefinia-se a sua política de empréstimos que antes se limitava ao financiamento de projetos, para outras formas que possibilitassem desembolsos mais rápidos, ou seja, os programas de ajuste estrutural e os projetos para setores específicos. Tais programas e projetos contribuiriam para os processos de renegociação e pagamento da dívida externa e para a redefinição de políticas nacionais. O Banco Mundial avaliava que os acordos de empréstimos de caráter mais abrangentes teriam maior repercussão e efeitos mais amplos no redirecionamento do padrão de desenvolvimento econômico dos países periféricos (RIZZOTTO, 2000).

A origem dos empréstimos setoriais, como para a área da saúde, e de ajuste estrutural tem sido relacionada à revisão crítica, por parte do Banco Mundial, do padrão de desenvolvimento industrial adotado pelos países latino-americanos. O Banco acredita que uma excessiva proteção foi mantida presente no decorrer do processo de substituição de importações desencadeado nestas economias,

---

<sup>7</sup> Um importante programa americano de ajuda bilateral para países da América Latina foi implementado no período de 1961 – 1974, em grande medida motivado pela Revolução Cubana de 1959 e pela repercussão política deste processo em outros países da América Latina. Trata-se do programa conhecido como Aliança para o Progresso, que foi apresentado no Uruguai, em agosto de 1961, pelo então presidente dos EUA (John Kennedy) e ratificado na carta de Punta Del Este consistindo em um tratado envolvendo o então presidente dos EUA John Kennedy e os dezenove países latino-americanos, excluindo Cuba. A semelhança do plano Marshall na Europa, a “Aliança” tinha como objetivo promover o desenvolvimento da América Latina. Contudo, a despeito dos proclamados propósitos, documentos da época atestam, inequivocamente, que o acento do programa era a estabilidade e a segurança da região. A invenção do desenvolvimento estava relacionada à Guerra Fria, inscrevendo o Terceiro Mundo no campo da batalha ideológica das grandes potências. As operações da Aliança encerram-se em 1974, quando o perigo socialista já parecia estar afastado, interrompendo-se, então, o suporte financeiro (LIMA, 1999).

<sup>8</sup> Não temos como o objetivo de descrever a história do Banco Mundial, pois esse tema já foi exaustivamente trabalhado por outros autores. Recomendamos aos leitores que buscam um aprofundamento do tema história do Banco Mundial, a leitura da tese de doutorado de Pereira (2009).

implicando ineficiente alocação de recursos e perda de competitividade internacional dos produtos industriais. Assim, foi idealizada uma política de condicionalidades que atuaria no curto prazo, em um reordenamento da estrutura produtiva destes países (RIZZOTTO, 2000).

Entretanto, o que aparentemente emanava como uma ampla possibilidade de ajuda aos países latinos para o bom reordenamento de sua máquina produtiva mediante o financiamento de projetos, programas e conferências pelo Banco Mundial, na essência, através de acordos de empréstimos e das condicionalidades que os acompanham, buscam determinar o direcionamento a ser conferido as políticas nacionais. Defende o BM a redução do papel e a participação do Estado na oferta de serviços, como por exemplo, na área de saúde, implementando projetos e programas que focalizam e direcionam as ações públicas para as populações mais pobres, ao mesmo tempo em que promove a ampliação e a participação do setor privado, neste promissor mercado para a expansão do capital (RIZZOTTO, 2000).

Segundo Rizzotto (2000), as propostas do Banco Mundial para o setor saúde dos países periféricos, visam ao auxílio no processo de estabilização política e econômica desses e servem como instrumentos para propagar a imagem de um Banco humano na aparência. Entretanto, a intervenção do BM no setor saúde se constitui em uma questão estratégica voltada para a segurança interna e externa dos países centrais e para a organização do mundo capitalista.

Rizzotto (2000) argumenta também que, embora em documentos do Banco Mundial nunca tenham sido explicitadas de forma sistematizada, as bases conceituais que fundamentam as suas ações (dando a impressão de uma aparente liberdade teórica e ideológica), é possível, através da análise de pronunciamentos oficiais e de trabalhos realizados por seus técnicos ou consultores, identificar os referenciais teóricos que orientam e orientaram essa instituição. Mesmo não existindo um marco conceitual manifesto, todas as gestões administrativas do Banco pautaram suas ações num pressuposto básico: o desenvolvimento. A lógica que sustentaria a atitude do Banco em disponibilizar recursos para induzir o crescimento e o desenvolvimento dos países que não se desenvolveram fundamenta-se no pressuposto de que o fator escasso nestes países seria o capital, essencial para

estimular a utilização plena dos fatores de produção, potencialmente existentes neles.

Assim, com esse discurso que na aparência preconizava o desenvolvimento dos países do Terceiro Mundo, o Banco Mundial na gestão de Robert Namara inicia um processo de financiamento de propostas não mais ligadas apenas à infraestrutura, mas ao suporte financeiro a políticas sociais como necessárias ao alcance do tão sonhado desenvolvimento econômico para os países do terceiro mundo (RIZZOTTO, 2000). Há um incentivo financeiro do banco ao patrocinar, juntamente com a OMS e a OPAS e o apoio de outros organismos internacionais, a disseminação de preceitos instituídos em uma série de conferências internacionais de saúde. Essas conferências trarão à tona a intersectorialidade visando ao rompimento da fragmentação existente entre as políticas setoriais e ao aumento da eficiência/eficácia dos gastos públicos para o alcance de um objetivo: “a saúde para todos”. É importante mencionar que, além do patrocínio às conferências internacionais de promoção da saúde, o Banco Mundial passa a impulsionar os países, principalmente a partir do ano 2000, a utilizarem estratégias multissetoriais/intersetoriais<sup>9</sup> visando especificamente ao combate à pobreza (WORLD BANK, 2013).

Apesar de identificarmos que o surgimento da discussão da intersectorialidade tem uma mediação com o debate internacional fomentado por essas agências da ONU, especialmente a OMS e o BM, não foi possível no decorrer do mestrado estabelecer um aprofundamento sobre quais seriam os fundamentos da proposta de intersectorialidade cunhada por essas agências, pois o objeto de estudo não era esse. Tínhamos a convicção de que era preciso realizar um estudo sobre o objeto, já que essas duas agências foram fundamentais para a realização das conferências internacionais de saúde – apontadas pela literatura como idealizadoras e impulsionadoras da intersectorialidade. Mas, como o desejo em buscar respostas para algumas perguntas é apenas um dos requisitos para propor um projeto de pesquisa (sendo necessário justificar a escolha e a novidade propiciada pelo objeto

---

<sup>9</sup> Enquanto a OMS utiliza com maior regularidade os termos intersectorialidade e intersectorial em seus textos, o BM adota os termos multissetorialidade e multissetorial com maior frequência em relação ao termo intersectorialidade. Iremos enfatizar esses aspectos no capítulo 4 (análise dos documentos da OMS e BM).

de estudos), realizamos uma nova busca em fontes documentais disponibilizadas em sites nacionais e internacionais com a finalidade de identificar se o objeto já havia sido estudado.

Desse modo, realizamos uma busca no site do Centro Latino-Americano e do Caribe de informação (Bireme) (que nos permitia uma revisão com amplitude internacional) e encontramos 2.489 documentos que tratam do tema intersectorialidade. Desses, 988 vinculam a discussão à ação intersectorial; 328 à promoção da saúde; 227 à política de saúde; 138 à participação comunitária; 136 à atenção primária à saúde; 135 à saúde pública; 93 à fatores socioeconômicos; 92 à nutrição e alimentação; 90 à cidade saudável; 81 aos serviços de saúde; 77 à planejamento em desastres; 69 à política social; 60 à descentralização; 55 à políticas públicas; 46 à cooperação internacional; 38 à administração em saúde pública; 25 a agências internacionais; 14 à estratégias mundiais, 6 ao Serviço Social; apenas citando alguns temas presentes nos documentos. Após exaustiva leitura não encontramos nenhum material que debatesse a proposta de intersectorialidade como estratégia de gestão das agências BM e OMS.

Realizamos também uma pesquisa no Banco de Teses e Dissertações e encontramos 172 documentos entre dissertações e teses que tratam do tema intersectorialidade. Mas, nenhum deles buscava associar a discussão ao BM e OMS. A produção associa a intersectorialidade majoritariamente ao âmbito da ação intersectorial como necessária para a consolidação de políticas sociais como: saúde, Assistência Social, Nutrição e Educação<sup>10</sup>.

Assim, nossas questões norteadoras de pesquisa - quais seriam os fundamentos políticos e ideológicos da proposta de intersectorialidade disseminada pela OMS e pelo BM? Qual a relação existente entre a questão social, a política social e a intersectorialidade? Qual a relação existente entre as mudanças no padrão de acumulação capitalista e a disseminação da intersectorialidade pelo BM e a OMS? Há uma semelhança entre o conceito de intersectorialidade proposto por Inojosa e

---

<sup>10</sup> Nas produções da área de Serviço Social entre 2013-2016, 87 trabalhos foram concluídos por 20 das 34 Instituições de Ensino Superior da área (com destaque para a Universidade Federal da Paraíba). Esses trabalhos destacaram as políticas sociais de saúde e assistência social com foco na criança e adolescente.

Junqueira (1997) e em uso pelo Serviço Social, e o conceito de intersectorialidade proposto pela OMS e BM? - permaneciam sem resposta, demonstrando que o objeto de estudo mantinha como características ser novo e inédito – condições exigidas para um objeto de Doutorado. Entretanto, para além da novidade, estudar o tema intersectorialidade vem contribuir para fomentar um debate crítico sobre o tema, algo que autores como Monnerat e Souza (2014) pontuam como necessidade.

**Nossa hipótese é que a intersectorialidade proposta pelo Banco Mundial e pela Organização Mundial de Saúde é uma estratégia técnica e política que na aparência propaga a expansão de direitos sociais, mas na essência, contraditoriamente, obstaculiza a efetivação desses direitos.**

Como objetivo geral intentamos analisar os fundamentos da intersectorialidade como estratégia de gestão proposta pelos organismos internacionais Organização Mundial de Saúde e Banco Mundial, caracterizando as intencionalidades contidas nas dimensões técnica e política.

Aliado ao objetivo geral, delimitamos como objetivos específicos:

- Analisar a relação existente entre questão social, política social e intersectorialidade para caracterizar os elementos políticos, econômicos e sociais que circunscrevem a intersectorialidade no interior de uma sociedade capitalista;
- Refletir como a intersectorialidade se inscreve em um processo de retração da função do papel do Estado para com as políticas sociais, limitando o acesso aos direitos sociais.
- Analisar o significado da intersectorialidade disseminado pela OMS e pelo BM buscando identificar os fundamentos políticos, ideológicos aí inscritos.

Ademais, nossa tese é que a aparente racionalização técnica conferida a intersectorialidade encobre as determinações ideológicas e políticas nela presentes.

Por fim, destacamos que a tese será estrutura da seguinte forma:

O Capítulo 2 apresenta a metodologia adotada, partindo do pressuposto que como caminho do pensamento, envolve teoria, método e criatividade (MINAYO, 2002).

Tratou-se de uma pesquisa qualitativa, envolvendo pesquisa documental nos sites das agências internacionais OMS e BM, entre os anos de 2015 e 2016. O método enquanto referencial teórico escolhido foi o materialismo histórico dialético. Esse possibilitou a busca da essência da intersectorialidade/multisectorialidade, desvendando suas manifestações, estabelecendo conexões e desvelando contradições. Para a análise de dados utilizamos a análise de conteúdo do tipo análise temática.

O capítulo 3, intitulado Questão social no século XX, política social e a gênese da intersectorialidade faz uso da categoria historicidade para chegar à essência que produz a lógica fundante geradora da necessidade da intersectorialidade nas sociedades capitalistas. Foi necessário voltarmos nossa atenção ao momento histórico da criação das políticas sociais mediadas pelas lutas de classe para estabelecermos que a essência da fragmentação das políticas sociais está ancorada na base material que a produz e a reproduz: as relações sociais de produção e não na falta de intersectorialidade conforme proposto pelas agências BM e OMS. Nesse processo de desvelamento, analisamos a relação existente entre questão social, política social e intersectorialidade para caracterizar os elementos políticos, econômicos e sociais que circunscrevem a intersectorialidade no interior de uma sociedade capitalista.

Prosseguimos o capítulo com uma análise das conferências internacionais de promoção da saúde devido as mesmas serem consideradas as responsáveis em disseminar a intersectorialidade em âmbito mundial. Demarcaremos que tanto o BM quanto a OMS participam dessas conferências. E, por fim, enfatizamos que essas duas agências atuam de forma conjunta para disseminar um determinado modo de condução das políticas sociais que corrobora para uma significação de intersectorialidade aliançada ao projeto político dessas agências.

No capítulo 4 problematizamos a intersectorialidade/multisectorialidade para a OMS e o BM, a partir da análise dos documentos dessas agências, identificando os fundamentos políticos e ideológicos aí inscritos para demonstrar a intersectorialidade como estratégia técnica e política da OMS e do BM. Nesse processo, desvelamos que a intersectorialidade na aparência é propagada como

uma inovadora estratégia de gestão para a consolidação e ampliação de direitos sociais. Entretanto, mediante o método escolhido, ratificamos que essencialmente a intersectorialidade corrobora para a focalização das políticas sociais e do acesso a direitos sociais para alguns segmentos específicos da população: os considerados pobres e vulneráveis pelas agências. Com essa reflexão, realizamos ao final do capítulo uma síntese do significado da intersectorialidade para o BM e OMS. Retornamos ao nosso ponto de partida da tese: o uso dos conceitos de Inojosa e Junqueira (1997) pelo Serviço Social e estabelemos os limites dessa apropriação conceitual à luz do projeto ético político da profissão.

A conclusão do trabalho ratifica que, a aparente racionalização técnica conferida a intersectorialidade/multisectorialidade pelas agências internacionais Organização Mundial da Saúde e Banco Mundial, encobre a determinações ideológicas e políticas a favor da reprodução de propostas de reforma social aliançadas ao neoliberalismo. Essas supõem que, com boa administração e gestão dos recursos e intersectorialidade, seja possível resolver expressões da questão social.

É importante mencionar que a tese ora introduzida não se esgota com a conclusão, mas descortina novos desafios. O primeiro deles é a reprodução do conteúdo do estudo para os Assistentes Sociais que cotidianamente lidam com o tema da intersectorialidade. É necessário também a continuidade de novos estudos sobre o tema. Como exemplo, citamos a importância de descortinarmos como se processa o uso da intersectorialidade em uma sociedade em transição para o socialismo.

Por fim, convido os leitores a adentrarem as páginas subsequentes, fruto de um caminho repleto de indagações sobre a intersectorialidade, que surgiram durante a Graduação em Serviço Social e foram se adensando com o aprofundamento teórico propiciado pelo Mestrado/Doutorado em Política Social e pelos desafios vivenciados na prática profissional de uma Assistente Social que cultivou indagações e resolveu percorrer um longo trajeto de estudos na busca de respostas. Assim, compartilho com vocês o que pude definir como difícil, desafiador e prazeroso processo de produção do conhecimento.

## 2 METODOLOGIA

*“Eu quase que nada não sei. Mas desconfio de muita coisa” (Guimarães Rosa).*

A realidade é mediada por teorias, crenças, representações e nos apropriamos dela para nos aproximar de nosso objeto de estudo. Partimos do pressuposto de que nossa visão de mundo está implicada em todo o processo de conhecimento, desde a concepção do objeto aos resultados alcançados (DESLANDES; MINAYO, 2002).

Ao iniciar o trabalho de pesquisa comecei com algumas perguntas e também com algumas ideias mais ou menos preconcebidas que me permitiram construir caminhos de aproximação com o tema de estudo. Como estrada, o caminho metodológico se configurou em um processo reflexivo de idas e vindas. Como uma espiral, dei muitas voltas nesse processo, mas sempre me encontrava em um ponto diferente do percurso.

A criatividade foi uma grande companheira que, como caminhante e construtora dessa estrada, demandou experiência reflexiva, capacidade pessoal de análise e de síntese teórica, memória intelectual, nível de comprometimento com o objeto e capacidade de exposição lógica que não fosse a formal-abstrata. Assim, o caminho que busquei traçar fala também de sua caminhante que intencionalmente selecionou e construiu todas as etapas da pesquisa.

Ao falarmos de escolhas, acerca da metodologia da pesquisa científica não podemos deixar de mencionar os métodos como elementos indispensáveis a qualquer produção de conhecimento novo relevante teoricamente e/ou socialmente. Para Oliveira (1998), o método demarca um percurso escolhido em detrimento dos outros possíveis. Assinala ainda o autor que o método não constitui a escolha de um caminho entre outros, mas um caminho seguro, que se expresse como uma via para a obtenção de acesso visando à efetivação de interpretações dotadas de uma maior coerência para as questões norteadoras propostas, dentro da perspectiva abraçada pelo pesquisador. Parafraseando Chauí (1994, p.134), “o bom método que perseguimos foi aquele que nos permitiu conhecer o maior número de coisas com o menor número de regras”. O método escolhido como referencial teórico é o

materialismo histórico dialético. Optamos por esse referencial porque o mesmo busca a essência dos fenômenos, almejando desvendar como este se manifesta, estabelecendo interconexões e desvendando contradições. Vale destacar que nesse método, os fenômenos são percebidos como parte integrante de um contexto mais amplo, multideterminado, articulado, que compõe a totalidade (KOSIK, 2002).

O materialismo histórico dialético contempla uma visão de homem sujeito histórico crítico, que influencia e é influenciado pela realidade social concreta, pois não existe realidade sem homem, assim como não é (somente) realidade do homem. Nesse sentido, é a realidade do homem que na natureza, e como parte da natureza, cria a realidade humano social, que ultrapassa a natureza, e a história define o seu lugar no universo (KOSIK, 2002). A realidade não é algo imediato, dado, pronto, acabado, não se apresenta aos homens de forma clara, ao contrário, se esconde e aparece, é preciso desvendar o aparente, revelar a essência do fenômeno, pois compreender o fenômeno é atingir a essência (KOSIK, 2002).

O materialismo histórico dialético tem como categorias fundamentais: a totalidade, a historicidade e a contradição, que permeiam todo o estudo e estão interligadas. A categoria totalidade é entendida não como a reunião de todos os fatos, de todas as partes, mas como uma unidade dialética, em movimento, um todo articulado e interconectado, tanto que a relação entre as partes altera o sentido de cada parte desse todo. Significa que a realidade como um todo estruturado, dialético, no qual ou do qual um fato qualquer (classes de fatos, conjunto de fatos) pode vir a ser racionalmente compreendido. Desse modo, os fenômenos são entendidos como parte integrante de um contexto mais amplo, sendo necessário ir do geral ao singular, problematizando a realidade, estabelecendo relações das partes com esse todo, que mutuamente se influenciam (KOSIK, 2002).

A categoria historicidade parte do entendimento da história pela perspectiva dos processos de produção e reprodução material. A história se modifica dialeticamente para Marx, mediante a luta de classes (considerada “o motor da história”) e não segue um curso unilinear e evolutivo. Em “o Dezoito Brumário de Luiz Bonaparte”, Marx e Engels argumentam que:

[...] os homens fazem sua própria história, mas não a fazem como querem; não a fazem sob circunstâncias de sua escolha e sim sob aquelas com

que se defrontam diretamente, ligadas e transmitidas pelo passado. A tradição de todas as gerações mortas oprime como um pesadelo o cérebro dos vivos. E justamente quando parecem empenhados em revolucionar-se a si e às coisas, em criar algo que jamais existiu, precisamente nesses períodos de crise revolucionária, os homens conjuram ansiosamente em seu auxílio os espíritos do passado, tomando-lhes emprestado os nomes, os gritos de guerra, as roupagens, a fim de apresentar a nova cena da história do mundo nesse disfarce tradicional e nessa linguagem emprestada (MARX; ENGELS, s.d, p.8).

Desse modo, passado e presente possuem uma relação mútua, permeada historicamente por contradições (KOSIK, 2002). Essas contradições estão presentes nos fenômenos econômicos, políticos e sociais e constituem-se em produtos da ação e da interação, da produção e da reprodução da sociedade pelos sujeitos (MINAYO, 2004).

Optamos pelo método materialista histórico dialético em decorrência do mesmo nos possibilitar a compreensão e desvelamento das determinações que permeiam nosso objeto, considerando as relações sociais, a luta de classes, a ideologia; e pelo materialismo histórico dialético demarcar a necessidade de uma mudança societal como condição fundamental para a superação das desigualdades propiciadas pelo modo de produção capitalista. Nessa perspectiva é que pretendemos percorrer o estudo das categorias política social e intersetorialidade permeadas pelas categorias inerentes ao método enquanto referencial teórico.

Ademais, definindo o tipo de pesquisa, optamos nesta proposta pela utilização da pesquisa documental. Os estudos baseados em documentos como material primordial buscam extrair deles toda a análise mediante organização e interpretação. Para tanto, se faz necessário que os mesmos sejam vasculhados buscando retirá-los das prateleiras ou arquivos para receber um tratamento. O caminho a ser trilhado segue a diretriz do problema de pesquisa visando à montagem progressiva das peças como se fosse um desafiador quebra-cabeça (PIMENTEL, 2001).

Mas, não se trata de um simplório quebra-cabeça cujas peças são dadas facilmente aos que se submetem à sua montagem. As peças (documentos) podem não ser facilmente encontradas e, mesmo que sejam, cabe ao pesquisador relacioná-las não ao momento em que se está montando, mas ao exato tempo em que as peças foram criadas e associá-las a quem as criou e para que. Assim, o quebra-cabeça

mesmo que tenha sido produzido há décadas e nunca tenha sido utilizado para fins de pesquisa, só poderá ser montado no presente se o pesquisador se reportar ao momento sócio histórico que influenciou a sua elaboração (PIMENTEL, 2001).

A pesquisa documental requer não apenas alguma prática, mas também o caráter reflexivo por parte do pesquisador com os documentos. Nesse aspecto, três perguntas aos documentos mereceram atenção: o que ele é? E o que ele nos diz? E o que ele deixa de dizer?

O método da pesquisa documental depende não apenas do desejo do pesquisador em responder a um determinado problema tendo como subsídio fontes documentais, mas também da possibilidade de acesso aos materiais necessários para a estruturação da pesquisa, do tempo que o pesquisador detém para procurar os materiais, dos recursos disponíveis para consegui-los, e dos problemas que poderão ocorrer no processo de coleta de dados (MAY, 2004). Esse alerta do autor foi crucial em nosso caminho.

Outro fator evidenciado no processo de construção da tese é o entendimento de que os documentos - alvo de análises - se mostram interessantes não apenas pelo que expressam aparentemente (o que foi escrito), mas também por aquilo que era deixado de fora (o que não foi escrito). Nesse sentido, os documentos são visualizados como instrumentos por meio dos quais se expressaram tentativas de persuadir sujeitos políticos denotando acontecimentos sociais demarcados em determinadas conjunturas (MAY, 2004).

Levando em consideração as peculiaridades intrínsecas ao método da pesquisa documental, o tipo de abordagem que utilizamos foi a qualitativa. Sabemos que nenhum documento é criado senão por situações concretas postas no transcorrer dos processos históricos e que essas são multideterminadas, o que demanda aos pesquisadores que adotam esse tipo de abordagem, a necessidade de captar as várias dimensões imbricadas nessa processualidade a partir dos documentos alvo de análises (MAY, 2004).

A pesquisa documental envolveu um levantamento nas páginas da internet pertencentes ao Banco Mundial e a Organização Mundial da Saúde. Em uma

primeira busca o objetivo foi selecionar documentos utilizando duas palavras-chave que são recorrentes nos materiais que tratam da temática intersectorialidade: *intersectoral* e *multisectoral*. A primeira aproximação demonstrou (mediante quantidade) que essas palavras são amplamente encontradas nos materiais publicados nos sites dessas agências internacionais, o que pode ser ilustrado pelo quadro 1:

Quadro 1 – Quantitativo de materiais da OMS e BM contendo as palavras intersectoral e multisectoral

Fonte	Palavra-chave		URR
	Intersectoral	Multisectoral	
OMS	2.120	2.370	<a href="http://www.who.int/en/">www.who.int/en/</a>
BM	551	1.428	<a href="http://www.worldbank.org">www.worldbank.org</a>

Fonte: site do BM, 2015. Site da OMS, 2015. Sistematização própria, 2015.

Após a identificação desse quantitativo de documentos, realizamos algumas etapas para seleção dos materiais constitutivos da pesquisa documental. Vale destacar que realizamos a leitura de todos os materiais obtidos nos sites das agências a partir das palavras-chave. E, para fins de organização, cada um dos documentos recebeu um número (01, 02, 03, etc.) antecedido pelas siglas OMS inter (para os documentos vinculados a OMS e obtidos a partir da palavra *intersectoral*) ou OMS multi (para os documentos da OMS selecionados a partir da palavra *multisectoral*). Também adotamos esse procedimento para os materiais do BM. Desse modo, cada um dos documentos dessa agência também recebeu um número antecedido pelas siglas BM inter (para os documentos selecionados a partir da palavra-chave *intersectoral*) e BM multi (para os documentos vinculados pelo site a palavra *multisectoral*). Nas linhas subsequentes descrevemos como procedemos a escolha dos documentos para a constituição do *corpus* da pesquisa.

## 2.1 A SELEÇÃO DE DOCUMENTOS DA OMS

*“Porque andei sempre sobre meus pés, e doeu-me às vezes viver” (Mia Couto).*

Na primeira consulta realizada no site da OMS com a palavra chave *intersectoral* no segundo semestre de 2015, o site elencou 2.120 documentos que possuíam esta palavra em seu interior (conforme evidenciado no quadro 1). Entretanto, após a exploração do site, identificamos que o número de documentos existentes era de

1.000 materiais. Assim, a seleção de documentos levou em consideração os 1.000 documentos que o site elencou como materiais que mencionavam a palavra em seu interior.

Dos 1.000 documentos, 965 foram eliminados pela pesquisadora na primeira e segunda leitura. Dentre os 965, 371<sup>11</sup> documentos foram excluídos por estarem repetidos (por exemplo, o mesmo documento consta várias vezes no banco de dados em línguas diferentes) 202 eram publicações de outros autores e não especificamente da OMS, 297 eram notas curtas, textos, notas de rodapé e referências que apenas mencionavam a palavra. Ademais, 33 documentos foram eliminados por serem tabelas, listas de publicações, glossários e anexos. Também eliminamos 20 documentos que não abriram, 24 por não mencionarem a palavra e 5 entrevistas que não eram da OMS. Assim, após essa primeira leitura restaram 48 documentos dos 1000 documentos elencados pelo site.

Concomitante a segunda leitura, realizamos uma listagem com os temas ou política sociais que mais se associavam a discussão da intersectorialidade nesses 48 documentos<sup>12</sup>. Constatamos que dos 48 documentos, 35 abordavam como discussão a intersectorialidade e os determinantes sociais da saúde, intersectorialidade e saúde, intersectorialidade e nutrição, intersectorialidade e gestão e 13 materiais focavam em temas específicos: clima, irrigação, agricultura, turismo, antibióticos, urbanização, raiva animal, energia. Com essa informação, optamos em descartar esses 13 documentos por não englobarem os temas mais debatidos na amostra e não apresentarem um debate diferente em relação a intersectorialidade daquilo que estava presente nos 35 documentos não eliminados (nesse momento

---

<sup>11</sup> Quando estávamos no processo de pesquisa entre a seleção de documentos de 361 ao 370 o site da OMS emitiu o seguinte aviso *"In order to show you the most relevant results, we have some entries very similar to the 367 already displayed. If you like, you can repeat the search with the omitted results included"*, ou seja, o site demonstrou que havia entradas (documentos) muito semelhantes aos 367 já exibidos. Ao mesmo tempo, informa que o pesquisador poderia repetir a consulta com os resultados omitidos incluídos. Optamos em repetir a pesquisa com os resultados omitidos considerados similares (por cautela) e com essa decisão foi possível verificar que realmente havia muitas repetições de documentos. O número de documentos excluídos por estarem repetidos demonstra isso. Esse fato, ocorreu tanto no banco de dados da OMS quanto do BM. Assim, alerta ao leitor sobre o porquê da existência de tantas eliminações por repetições de documentos.

<sup>12</sup> Procedemos à leitura de todos os documentos com o objetivo de identificar se nesses materiais havia algum conceito/debate de intersectorialidade/multisetorialidade diferente daqueles documentos utilizados para análise.

da seleção documental). Desse modo, selecionamos esses 35 documentos que relacionavam a intersectorialidade ao âmbito da política de saúde.

Com o intuito de aperfeiçoar a organização do material, montamos um quadro com os 35 documentos (APÊNDICE A). O quadro contém as seguintes informações: nome do documento, direcionado a quais países, tipo de documento (manual, relatório, artigo, revista ou jornal) e objetivo/tema. A sistematização teve como finalidade a identificação ou não de similaridades entre os documentos com relação aos temas, objetivos e abrangência (se o conteúdo estava relacionado ou direcionado a um país específico, países, mundo ou continente). Nesse processo, eliminamos mais 14 documentos. Desses 14 materiais excluídos, 7 eram estudos de casos de países específicos (foram eliminados porque tivemos a preferência por documentos que eram mais abrangentes e englobavam mais países ou eram direcionados a todos os países membros. Ademais, antes da eliminação verificamos se a discussão da intersectorialidade possuía alguma peculiaridade não debatida por outro documento da listagem); 3 possuíam conteúdos similares no que tange a discussão da intersectorialidade, 1 mencionavam a palavra *intersectoral* poucas vezes (e os exertos que continham a palavra enfatizavam a necessidade da intersectorialidade na discussão dos determinantes sociais da saúde. Algo já reproduzido em outros materiais não eliminados); 2 não eram documentos da OMS, mas publicações de outros autores, 1 era uma introdução parcial de um texto, ou seja, estava incompleto e não trazia novidades em relação ao debate da intersectorialidade.

A partir dessa triagem, montamos um novo quadro com os 21 documentos remanescentes. Porém, no processo de montagem do quadro verificamos que 3 documentos também estavam listados como materiais a serem analisados na seleção de documentos com a palavra *multisectoral*. Assim, excluímos os 3 materiais repetidos. Ao final, ficamos com 18 documentos. Esses 18 documentos foram organizados em um quadro (APÊNDICE B) e acrescentamos um pequeno resumo do conteúdo do texto em que a palavra-chave se relacionava. Assim, obtivemos uma aproximação mais detalhada dos documentos com o intuito de verificar novamente a frequência de repetições dos conteúdos associados a palavra-chave *intersectoral*.

Após a realização dessa etapa, selecionamos os documentos a serem utilizados para análise - com base nos seguintes critérios: frequência com que a intersectorialidade foi debatida no documento associada às informações como abrangência (mundial, ou de um conjunto de nações), tema, objetivo abordado e não repetição do conteúdo manifesto em relação a outros documentos que faziam parte da amostra escolhida. Com a adoção desses novos critérios selecionamos 7<sup>13</sup> documentos que estão listados no quadro 2.

Quadro 2 - Documentos selecionados da OMS com a palavra-chave *intersectoral*

Código	Nome	Ano	Abrangência	Tipo	Objetivo
1 OMS inter 001	Intersectoral action for health: the role of intersectoral cooperation in national strategies for health for all	1986	Mundial	Relatório	Apresentar a cooperação intersectorial como um dos princípios da estratégia saúde para todos.
2 OMS inter 864	Think and act globally and intersectorally to protect national health	1997	Mundial	Documento de apoio para a conferência	Apresentar a ação intersectorial para a saúde como um componente integral no desenvolvimento da política de saúde para todos no século XXI.
3 (OMS 20/1)	Health opportunities in development. A course manual on developing intersectoral decision-making skills in support of health impact assessment.	2003	Mundial	Manual	Orientar sobre a importância da colaboração intersectorial
4 (OMS inter 08)	Intersectoral action on health	2011	Mundial	Manual	Resumir um conjunto de recomendações, lições e abordagens para a ação intersectorial em saúde como uma estratégia global.
5 (OMS inter 04)	Evaluating intersectoral processes for action on the social determinants of health: learning from key informants	2013a	Mundial	Relatório	Avaliar os processos intersectoriais para a ação sobre os determinantes sociais da saúde

<sup>13</sup> Nos apêndices da tese o leitor encontra o quadro de cada um dos documentos selecionados nesta etapa (documento e resumo) e o porquê de sua escolha ou eliminação.

Código	Nome	Ano	Abrangência	Tipo	Objetivo
6 OMS inter 566	Opportunities for scaling up and strengthening the health-in-all-policies approach in South-eastern Europe.	2013b	Sudeste europeu	Relatório	Avaliar as oportunidades para a ampliação e fortalecimento da abordagem saúde em todas as políticas.
7 OMS inter 572	Health in all policies. The 8 th Global Conference on Health promotion jointly.	2014	Mundial	Relatório	Apresentar a discussão da 8ª conferência global de promoção da saúde.

Fonte: OMS, 2015. Sistematizado pela autora, 2016.

Após a definição dos documentos com a utilização da palavra chave *intersectoral*, prosseguimos a pesquisa documental a partir do site da OMS com a segunda palavra-chave: *multisectoral*.

Verificamos que na consulta realizada com a palavra-chave *multisectoral* no segundo semestre de 2015, o site da OMS elencou a existência de 2.370 documentos que possuíam esta palavra em seu interior. Entretanto, após a triagem, identificamos (como ocorrido anteriormente com a palavra *intersectoral*) que o site termina a exibição dos documentos em 1.000. Assim, a seleção de materiais levou em consideração os 1.000 documentos que o site triou como documentos que mencionavam a palavra em seu interior.

Dos 1.000 documentos elencados pelo site eliminamos 985. Desses, 598 documentos foram excluídos por serem repetidos, 130 eram publicações de outros autores, organizações e não especificamente da OMS, 183 eram notas curtas, textos, notas de rodapé e referências que apenas mencionavam a palavra e 38 eram tabelas, lista de publicações, glossários, anexos. Ademais, eliminamos 9 documentos que não mencionavam a palavra-chave e 6 entrevistas que mencionavam a palavra, além de 7 documentos que não abriram. Restaram nesta etapa 29 documentos dos 1000 que o site listou. Os temas mais debatidos pelos 29 documentos foram semelhantes aos dos documentos selecionados com a palavra-chave *intersectoral*: política de saúde, nutrição, educação e saúde, determinantes sociais da saúde, educação, envelhecimento e saúde, violência e saúde. Desses 29, eliminamos mais 6 que já faziam parte da amostra obtida pela seleção dos documentos com a palavra-chave *intersectoral* e já haviam sido eliminados; e descartamos também mais 8 documentos específicos sobre temas como clima, zoonoses, antibióticos, água (como mencionamos anteriormente não

eram temas que a intersectorialidade mais se relacionava nos materiais e também não apresentavam um conteúdo relacionado a multissetorialidade com diferenciações no que tange aos materiais já selecionados).

Desse modo, na primeira e segunda leitura selecionamos 15 documentos que posteriormente seriam alvo de outra leitura.

Para otimizar a organização do material também montamos um quadro (APÊNDICE C) seguindo as mesmas informações elencadas no quadro da palavra-chave *intersectoral*: nome do documento, direcionado a quais países, tipo de documento (manual, relatório, artigo, revista ou jornal) e objetivo/tema.

Após a montagem desse quadro eliminamos mais 9 documentos. Desses materiais eliminados, 6 possuíam conteúdo repetido ou semelhante em relação a multissetorialidade, 2 apenas mencionavam a palavra-chave poucas vezes (e a informação relacionada a palavra já havia sido explorada em outros documentos selecionados) e 1 era específico sobre tabaco e também pouco mencionava a multissetorialidade. Posteriormente, montamos um quadro (APÊNDICE D) com os 6 documentos remanescentes e além das informações já evidenciadas no quadro anterior acrescentamos o conteúdo relacionado com a palavra-chave *multisectoral*. Assim, conseguimos obter uma aproximação mais detalhada com cada um dos documentos e esse procedimento foi decisivo para a eliminação de mais cinco documentos. Esses 5 documentos foram eliminados pelo conteúdo associado a palavra já ter sido debatido em outros materiais já selecionados. Ao final da seleção escolhemos um documento que está listado no quadro 3:

Quadro 3 - Documentos selecionados da OMS com a palavra *multisectoral*

<b>Código</b>	<b>Nome</b>	<b>Ano</b>	<b>Abrangência</b>	<b>Tipo</b>	<b>Objetivo</b>
1 OMS multi 08	Expert consultation impact assessment as a tool for multisectoral action for health	2012	Mundial	Relatório	Analisar a avaliação de impacto como ferramenta para a ação multisectorial em saúde

Fonte: OMS, 2015. Sistematizado pela autora, 2016.

Desse modo, averiguamos que nossa amostra para análise da OMS envolvendo as duas palavras-chave englobou 8 documentos. A seguir apresentamos o quadro final com os documentos selecionados da OMS (quadro 4).

Quadro 4 - Documentos selecionados da OMS a partir das palavras *multisectoral* e *intersectoral*

Código	Nome	Ano	Tipo	Objetivo
1 OMS inter 001	Intersectoral action for health: the role of intersectoral cooperation in national strategies for health for all	1986	Relatório	Apresentar a cooperação intersectorial como um dos princípios da estratégia saúde para todos.
2 OMS inter 864	Think and act globally and intersectorally to protect national health	1997	Documento de apoio para a conferência	Apresentar a ação intersectorial para a saúde como um componente integral no desenvolvimento da política de saúde para todos no século XXI.
3 (OMS 20/1)	Health opportunities in development. A course manual on developing intersectoral decision-making skills in support of health impact assessment.	2003	Manual	Orientar sobre a importância da colaboração intersectorial
4 (OMS inter 08)	Intersectoral action on health	2011	Manual	Resumir um conjunto de recomendações, lições e abordagens para a ação intersectorial em saúde como uma estratégia global.
5 (OMS inter 04)	Evaluating intersectoral processes for action on the social determinants of health: learning from key informants	2013a <sup>14</sup>	Relatório	Avaliar os processos intersectoriais para a ação sobre os determinantes sociais da saúde
6 OMS inter 566	Opportunities for scaling up and strengthening the health-in-all-policies approach in South-eastern Europe.	2013b	Relatório	Avaliar as oportunidades para a ampliação e fortalecimento de uma abordagem saúde em todas as políticas.
7 OMS inter 572	Health in all policies. The 8 th Global Conference on Health promotion jointly.	2014	Relatório	Apresentar a discussão da 8ª conferência global de promoção da saúde.
8 OMS multi 08	Expert consultation impact assessment as a tool for a multisectoral action for health	2012	Relatório	Analisar a avaliação de impacto como ferramenta para a ação multisectorial em saúde

Fonte: OMS, 2015. Sistematizado pela autora, 2016.

Escolhidos os documentos da OMS passamos à escolha dos documentos do Banco Mundial. Os procedimentos utilizados para a seleção foram iguais aos adotados pela OMS.

## 2.2 A SELEÇÃO DE DOCUMENTOS DO BM

*“Eu precisava de ficar pregado nas coisas vegetalmente e achar o que não procurar” (Manuel de Barros).*

<sup>14</sup> Adotamos a letra “a” e “b” associada ao ano 2013 por existir mais de um documento selecionado da agência OMS do ano de 2013.

Na primeira consulta realizada no site da BM com a palavra chave *intersectoral* no segundo semestre de 2015, o site elencou 551 documentos que possuíam essa palavra em seu interior. Entretanto, após a triagem, identificamos que o número de documentos existentes era de 532. Assim, a seleção de documentos levou em consideração os 532 documentos que o site triou como materiais que mencionavam a palavra-chave.

Dos 532 documentos 519 foram eliminados pela pesquisadora na primeira e segunda leitura. Dentre os 519 documentos, 243 eram publicações de outros autores, organizações e não especificamente do BM, 126 eram notas curtas, textos, notas de rodapé e referências que apenas mencionavam a palavra uma única vez, 93 foram excluídos por serem repetidos e 35 eram tabelas, lista de publicações, glossários e anexos. Ademais, eliminamos 9 documentos que apesar de terem a palavra no título do material, não mencionavam a mesma no corpo do texto. Também descartamos 8 documentos que não abriram. Restaram 18 documentos dos 532. Dos 18 documentos, 13 debatem os temas: HIV/AIDS, educação, saúde, proteção social e pobreza e 5 os temas energia, clima, reflorestamento e recursos hídricos. Eliminamos esses 5 documentos por não englobarem um dos temas mais debatidos pelos documentos e, especialmente por não agregarem novidades ao conteúdo já manifesto em outros materiais já selecionados.

Para fins de organização do material, montamos o quadro (APÊNDICE G) com os 13 documentos remanescentes que continha as informações: nome do documento, direcionado a quais países, tipo de documento (manual, relatório, artigo, revista ou jornal) e objetivo/tema.

Após a realização da montagem e leitura para estruturação do quadro, eliminamos mais 5 documentos. Desses, 3 tinham o conteúdo similar (relacionado a palavra-chave) a outro documento já selecionado, 1 era um conjunto de perguntas e respostas sem um autor definido e 1 mencionava apenas uma única vez a palavra no texto. Em seguida, fizemos um novo quadro (APÊNDICE H) com os 8 documentos remanescentes, acrescentando um pequeno resumo em que a palavra-chave estava relacionada.

Realizada essa etapa, por fim, escolhemos apenas um documento<sup>15</sup> a ser utilizado na análise com base nos critérios de frequência em que a intersectorialidade foi debatida no documento e se o debate apresentava novidade em relação aos materiais já selecionados, associado a informações como abrangência (mundial, de um país, ou conjunto de países), tema e objetivo abordado. Os documentos selecionados estão listados no quadro 5.

Quadro 5 - Documentos selecionados do BM com a palavra *intersectoral*.

Código	Nome	Ano	Tipo	Objetivo
1 BM inter 007	Have a country assistance strategies capitalized on intersectoral linkages to improve health outcomes among the poor?	2010	Relatório	Fortalecer a abordagem intersectorial para melhorar o nível de distribuição de saúde e nutrição especialmente para os pobres

Fonte: BM, 2015. Elaboração própria, 2016.

Após a seleção dos documentos que seriam analisados com a palavra-chave *intersectoral*, realizamos a pesquisa com a segunda palavra-chave: *multisectoral*.

Na primeira consulta na página do BM com essa palavra chave o site elencou 1.428 documentos. Entretanto, após a triagem, identificamos que o site apresentou o número de documentos em 1.000. Assim, a seleção de documentos levou em consideração os 1.000 documentos que o site triou como documentos que mencionavam a palavra no corpo textual.

Dos 1.000 documentos que continham a palavra *multisectoral*, 976 foram eliminados pela pesquisadora na primeira e segunda leitura. Dentre os 976 documentos, 462 foram excluídos por serem repetidos, 222 eram publicações de outros autores, organizações e não especificamente do BM e 148 eram notas curtas, textos, notas de rodapé e referências que mencionavam a palavra apenas uma única vez.

Ademais, eliminamos 28 documentos que – apesar do site ter triado como documentos que continham a palavra-chave - não continham a palavra *multisectoral*. Descartamos 26 por não abrirem e 90 eram tabelas, listas de publicações, anexos, glossários ou abrangiam temas como água, energia, clima, zoonoses, peixes, turismo, conflitos entre povos, agronegócio, transporte (que não

<sup>15</sup> No APÊNDICE H mencionamos o porquê de não termos escolhido os demais documentos selecionados nesta etapa.

eram um dos temas mais associados à multissetorialidade. Os temas que obtiveram destaque foram os mesmos da triagem com a palavra-chave *intersectoral*: HIV/AIDS, saúde, educação, proteção social e pobreza). Desse modo, na leitura selecionamos 24 documentos dos 1000 documentos iniciais.

Com o intuito de facilitar a organização do material montamos um quadro (APÊNDICE E) que continha as mesmas informações do quadro montado anteriormente para a palavra chave *intersectoral*: nome do documento, direcionado a quais países, tipo de documento (manual, relatório, artigo, revista ou jornal) e objetivo/tema.

Após a realização do quadro eliminamos mais 5 documentos que tinham conteúdo similar relacionado a multissetorialidade. Assim, confeccionamos um novo quadro (APÊNDICE F) com os 19 documentos que ficaram e acrescentamos o conteúdo relacionado à palavra chave.

Após a realização dessa etapa, por fim, escolhemos os documentos a serem utilizados na análise com base nos critérios de frequência em que a multissetorialidade foi debatida no documento, associada a informações como abrangência (mundial, de um país, ou conjunto de países) tema e objetivo abordado e se o conteúdo manifesto apresentava novidades em relação aos outros documentos escolhidos. Por fim, foram selecionados 9 documentos (quadro 6).

Quadro 6 - Documentos selecionados do BM a partir da palavra *multisectoral*

<b>Código</b>	<b>Nome</b>	<b>Ano</b>	<b>Tipo</b>	<b>Objetivo</b>
1 BM multi 276	Intensifier la lutte contre le VIH/SIDA en Afrique: faire face à une crise de développement	2000	Relatório	Mobilizar os governos africanos, o BM, os parceiros de desenvolvimento, a sociedade civil e os setores privados para desenvolver políticas multissetoriais para conter a epidemia de HIV/AIDS
2 BM multi 280	SIDA, lutte contre la pauvreté et allégement de la dette	2001	Módulo de formação	Enfatizar o apoio do grupo Banco Mundial para os países que tentam resolver questões relacionadas a epidemia de HIV/AIDS.
3 BM multi 419	Promoviendo una vida saludable en América Latina y el Caribe. Gobernanza de intervenciones multisectoriales para la prevención de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles	2014	Relatório	Contribuir para a concepção e implementação de políticas de promoção de estilos de vida saudáveis na América Latina e no Caribe, e, assim, prevenir por meio da intervenção sobre os determinantes da saúde, as doenças não transmissíveis.
4 BM multi 511	Education and HIV/AIDS a window of hope	2002	Relatório	Abordar a educação das crianças e jovens como um instrumento eficaz de prevenção do HIV.

Código	Nome	Ano	Tipo	Objetivo
5 BM multi 262	Addressing HIV/AIDS in East Asia and the Pacific Region	2004	Relatório	Descrever a direção estratégia do BM para dar resposta a epidemia de HIV/AIDS no leste da Ásia e Região do Pacífico.
6 BM multi 641	Education sector strategy update achieving education for all, broadening our perspective, maximizing our effectiveness	2005	Relatório	Abordar as estratégias do BM para alcançar a educação para todos
7 BM multi 547	Attacking inequality in the health sector	2009	Relatório	Apresentar um conjunto prático de ferramentas analíticas para a compreensão das causas das iniquidades no uso dos serviços de saúde.
8 BM multi 720	Learning for all investing in people's knowledge and skills to promote development	2011	Relatório	Abordar a estratégia do BM: educação para todos.
9 BM multi 867	Commun Groud: UNICEF and World Bank approaches to building social protection systems	2013	Nota	Abordar um ponto em comum entre o BM e o UNICEF na construção de sistemas de proteção social voltados ao combate à pobreza

Fonte: World Bank; 2015. Sistematizado pela autora, 2017.

Abaixo apresentamos um quadro único com os 10 documentos selecionados a partir das palavras-chave *intersectoral e multisectoral* no site do BM.

Quadro 7 - Documentos selecionados do BM a partir das palavras – chave *intersectoral e multisectoral*

Código	Nome	Ano	Tipo	Objetivo
1 BM multi 276	Intensifier la lutte contre le VIH/SIDA en Afrique: faire face à une crise de développement	2000	Relatório	Mobilizar os governos africanos, o BM, os parceiros de desenvolvimento, a sociedade civil e os setores privados para desenvolver políticas multissetoriais para conter a epidemia de HIV/AIDS
2 BM multi 280	SIDA, lutte contre la pauvreté et allègement de la dette	2001	Módulo de formação	Avaliar o apoio do grupo Banco Mundial para os países que tentam resolver questões relacionadas a epidemia de HIV/AIDS.
3 BM multi 511	Education and HIV/AIDS a window of hope	2002	Relatório	Abordar a educação das crianças e jovens como um instrumento eficaz de prevenção do HIV.
4 BM multi 262	Addressing HIV/AIDS in East Asia and the Pacific Region	2004	Relatório	Descrever a direção estratégia do BM para dar resposta a epidemia de HIV/AIDS no leste da Ásia e Região do Pacífico.
5 BM multi 641	Education sector strategy update achieving education for all, broadening our perspective, maximizing our effectiveness	2005	Relatório	Abordar as estratégias do BM para alcançar a educação para todos
6 BM multi 547	Attacking inequality in the health sector	2009	Relatório	Apresentar um conjunto prático de ferramentas analíticas para a compreensão das causas das iniquidades no uso dos serviços de saúde.
7 BM multi 720	Learning for all investing in people's knowledge and skills to promote development	2011	Relatório	Abordar a estratégia do BM: educação para todos.

Código	Nome	Ano	Tipo	Objetivo
8 BM multi 867	Commun Groud: UNICEF and World Bank approaches to building social protection systems	2013	Nota	Abordar um ponto em comum entre o BM e o UNICEF na construção de sistemas de proteção social voltados ao combate à pobreza
9 BM multi 419	Promoviendo uma vida saudable en América Latina y el Caribe. Governanza de intervenciones multisectoriales para la prevención de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles	2014	Relatório	Contribuir para a concepção e implementação de políticas de promoção de estilos de vida saudáveis na América Latina e no Caribe, e, assim, prevenir eficazmente as doenças não transmissíveis
10 BM inter 007	Have a country assistance strategies capitalized on intersectoral linkages to improve health outcomes among the poor?	2010	Relatório	Fortalecer a abordagem intersetorial para melhorar o nível de distribuição de saúde e nutrição especialmente para os pobres.

Fonte: BM, 2015; OMS, 2015. Desenvolvido pela autora, 2016.

Uma vez selecionados os documentos<sup>16</sup>, partimos para a organização do *corpus* empírico. Nessa organização levamos em conta os seguintes questionamentos: O que é intersetorialidade? Qual o enfoque conferido a essa significação? Tendo como diretriz esses questionamentos, e visando demonstrar qual o conceito de intersetorialidade/multissetorialidade defendido por essas agências e explicitar o enfoque conferido a esses conceitos, organizamos os quadros abaixo.

Quadro 8. O significado da intersetorialidade nos materiais da OMS a partir das palavras *intersectoral* e *multisectoral*

Código	Nome	Ano	Objetivo do documento	Significado	Enfoque
1 OMS inter 01	Intersectoral action for health: the role of intersectoral cooperation in national strategies for health for all	1986	Apresentar a cooperação intersetorial como um dos princípios da estratégia saúde para todos.	A cooperação intersetorial para atingir os objetivos de saúde tem sido aceita como um dos princípios da estratégia de saúde adotada na conferência internacional sobre atenção primária à saúde (OMS, 1986, p.13).	Técnico
2 OMS inter 864	Think and act globally and intersectorally to protect national health	1997	Apresentar a ação intersetorial para a saúde como um componente integral no desenvolvimento da política de saúde para todos no século XXI.	- O conceito de colaboração intersetorial em saúde implica que as estruturas institucionais formais que constituem um setor desenvolvam uma relação reconhecida entre parte ou partes do outro setor (OMS, 1997, p.4).	Técnico

<sup>16</sup> A maioria dos documentos estava na língua inglesa. A tradução foi realizada pela pesquisadora e as dúvidas em relação a tradução foram sanadas com o auxílio dos professores de letras português/inglês e espanhol do Instituto Federal do Espírito Santo.

Código	Nome	Ano	Objetivo do documento	Significado	Enfoque
3 OMS inter 20/1	Health opportunities in development. A course manual on developing intersectoral decision-making skills in support of health impact assessment.	2003	Orientar sobre a importância da colaboração intersetorial.	A avaliação de impacto é uma atividade intersetorial. Isso significa que profissionais de diferentes disciplinas precisam trabalhar juntos, compartilhando perguntas e respostas (OMS, 2003, p. 7).	Técnico
4 OMS inter 8	Intersectoral action on health	2011	Resumir um conjunto de recomendações, lições e abordagens para a ação intersetorial em saúde como uma estratégia global.	Trabalhar em conjunto com todos os setores para melhorar a saúde e influenciar seus determinantes é muitas vezes referida como ação intersetorial em saúde (OMS, 2011, p. 3).	Técnico
5 OMS inter 4	Evaluating intersectoral processes for action on the social determinants of health: learning from key informants	2013	Avaliar os processos intersetoriais para a ação sobre os determinantes sociais da saúde	<b>Ação intersetorial</b> refere-se a processos em que os objetivos, estratégias, atividades e recursos de cada setor são considerados em termos do seu impacto nos objetivos, estratégias, atividades e recursos de outros setores (OMS, 2013, p. 8).	Técnico
6 OMS inter 566	Opportunities for scaling up and strengthening the health-in-all-policies approach in South-eastern Europe.	2013	Avaliar as oportunidades para a ampliação e fortalecimento de uma abordagem saúde em todas as políticas.	A saúde em todas as políticas (HIAP) é central na abordagem dos determinantes sociais das iniquidades em saúde e de saúde. "Hiap", "intersectorialidade", "multissetorialidade" e "juntar-se" são termos que foram usados indistintamente para se referir à percepção da necessidade de esforços conjuntos de vários setores (OMS, 2013, p. 12).	Técnico
7 OMS inter 572	Health in all policies. The 8 <sup>th</sup> Global Conference on Health promotion jointly.	2014	Apresentar a discussão da 8ª Conferência global de promoção da saúde.	No contexto deste quadro, a ação multissetorial refere-se a ações entre dois ou mais setores dentro do governo (como a saúde, transportes e ambiente), e é usado como um sinônimo de ação intersetorial (OMS, 2014, p. 8).	Técnico

<b>Código</b>	<b>Nome</b>	<b>Ano</b>	<b>Objetivo do documento</b>	<b>Significado</b>	<b>Enfoque</b>
8 OMS multi 08	Expert consultation impact assessment as a tool for a multisectoral action for health	2012	Analisar a avaliação de impacto como ferramenta para a ação multissetorial em saúde	<p>A ação intersectorial para a saúde (ISA) tem sido definida como uma relação reconhecida entre parte ou partes de diferentes setores para tomar medidas visando a melhorar a saúde e a equidade na saúde (OMS, 2012, p.10).</p> <p>Existem várias definições dos termos Saúde em Todas as Políticas (HIAP), política de saúde pública, ação intersectorial para a saúde (ISA), multissetorial para a saúde (MSA). Embora existam algumas diferenças em suas definições, esses termos são frequentemente usados alternadamente (OMS, 2012, p. 10).</p>	Técnico

Fonte: fonte WHO (2015); sistematização própria, 2016.

Quadro 9. O significado da intersectorialidade e multissetorialidade nos materiais do BM

<b>Código</b>	<b>Nome</b>	<b>Ano</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Significado</b>	<b>Enfoque</b>
1 BM multi 276	Intensifier la lutte contre le HIV/SIDA en Afrique: faire face à une crise de développement	2000	Mobilizar os governos africanos, o BM, os parceiros de desenvolvimento, a sociedade civil e os setores privados para desenvolver políticas multissetoriais para conter a epidemia de HIV/SIDA	Não aparece explícito.	Não relatado.
2 BM multi 280	SIDA, lutte contre la pauvreté et allègement de la dette	2001	Enfatizar o apoio do grupo Banco Mundial para os países que tentam resolver questões relacionadas a epidemia de HIV/AIDS	Não aparece explícito.	Não menciona.
3 BM multi 511	Education and HIV/AIDS a window of hope	2002	Abordar a educação das crianças e jovens como um instrumento eficaz de prevenção do HIV	Não aparece explícito.	Não específica.
4 BM multi 262	Addressing HIV/AIDS in East Asia and the Pacific Region	2004	Descrever a direção estratégia do BM para dar resposta a pandemia de HIV/AIDS no leste da Ásia e Região do Pacífico.	Não aparece explícito.	Não específica.

Código	Nome	Ano	Objetivo	Significado	Enfoque
5 BM multi 641	Education sector strategy update achieving education for all, broadening our perspective, maximizing our effectiveness	2005	Abordar as estratégias do BM para alcançar a educação para todos	Não aparece explícito.	Não especifica.
6 BM multi 547	Attacking inequality in the health sector	2009	Apresentar um conjunto prático de ferramentas analíticas para a compreensão das causas das iniquidades no uso dos serviços de saúde.	Não aparece explícito.	Não define o conceito.
7 BM multi 720	Learning for all investing in people's knowledge and skills to promote development	2011	Abordar a estratégia do BM: educação para todos.	Não aparece explícito.	Não menciona o conceito.
8 BM multi 867	Commun Groud: UNICEF and World Bank approaches to building social protection systems	2013	Abordar um ponto em comum entre o BM e o UNICEF na construção de sistemas de proteção social voltados ao combate à pobreza	Não aparece explícito.	Não menciona o conceito.
9 BM multi 419	Promoviendo una vida saludable en América Latina y el Caribe. Gobernanza de intervenciones multisectoriales para la prevención de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles	2014	Contribuir para a concepção e implementação de políticas de promoção de estilos de vida saudáveis na América Latina e no Caribe, e, assim, prevenir eficazmente as doenças não transmissíveis	Não aparece implícito	Não menciona o conceito
10 BM inter 007	Have a country assistance strategies capitalized on intersectoral linkages to improve health outcomes among the poor?	2010	Relatório	Não aparece implícito	Não menciona.

Fonte: World Bank (2015); sistematização própria, 2016.

Assim, após a montagem do quadro é possível identificar que para a OMS o conceito de intersectorialidade está relacionado a um enfoque técnico em todos os documentos enquanto que para o BM não foi possível identificar o conceito de multissetorialidade/intersectorialidade de forma explícita. Compreendemos que todo direcionamento técnico aparente traz em sua essência um direcionamento ideológico e político.

Assim, mesmo que o conceito não se mostre aparente no texto se faz necessário desvendar os conteúdos manifestos pelos documentos circunscritos à intersectorialidade/multissetorialidade no sentido de adentrar na fase da análise dos dados com a interpretação dos conteúdos.

Nesse sentido, relembramos as perguntas que May (2004) nos instiga a questionar quando estamos trabalhando com documentos: o que ele nos fala? O que ele deixa de dizer? E acrescentamos outras que estão relacionadas com o assunto a ser abordado em cada documento entrelaçado com a intersectorialidade. No quadro 10 apresentamos as principais perguntas feitas a cada documento que subsidiaram a realização da análise.

Quadro 10 – Exploração dos documentos da OMS

<b>Código</b>	<b>Nome</b>	<b>Ano</b>	<b>Perguntas</b>
1 OMS inter 001	Ação intersectorial para a saúde: o papel da cooperação intersectorial nas estratégias nacionais de saúde para todos.	1986	- Qual o significado de intersectorialidade? - Qual o objetivo da ação intersectorial? - Qual a relação estabelecida entre a ação intersectorial e a meta "saúde para todos"?
2 OMS inter 864	Think and act globally and intersectorially to protect national health	1997	- Qual a relação estabelecida entre intersectorialidade, globalização e saúde global? - Há relação entre a globalização, doenças contagiosas e intersectorialidade? - Qual a relação entre a intersectorialidade e as demais agências da ONU para além da OMS? - Qual a relação entre globalização, ajuste estrutural, saúde e ação intersectorial? - Qual o conceito de intersectorialidade adotado? Ele se aproxima de algum referencial teórico?
3 (OMS 20/1)	Health opportunities in development. A course manual on developing intersectoral decision-making skills in support of health impact assessment.	2003	- Qual a proposta do curso? - Como a intersectorialidade aparece no debate? - A quem é direcionado o material? Com qual intencionalidade? - Quais os objetivos do manual?
4 (OMS inter 08)	Intersectoral action on health	2011	Quais as recomendações dadas pelo documento aos dirigentes dos países para a implementação da ação intersectorial? - Qual a relação entre ação intersectorial e saúde das populações mundiais? - Qual significado de intersectorialidade é estabelecido no documento? - Quais são as estratégias gerais para a ação intersectorial?

<b>Código</b>	<b>Nome</b>	<b>Ano</b>	<b>Perguntas</b>
5 (OMS inter 04)	Evaluating intersectoral processes for action on the social determinants of health: learning from key informants	2013a	- O que se constitui como saúde em todas as políticas? - De que maneira a proposta de saúde em todas as políticas se articula a intersectorialidade?
6 OMS inter 566	Opportunities for scaling up and strengthening the health-in-all-policies approach in South- eastern Europe.	2013b	- Por que a situação política e econômica dos países “em desenvolvimento” representa uma oportunidade para as abordagens multissetoriais?
7 OMS inter 572	Health in all policies. The 8 th Global Conference on Health promotion jointly.	2014	- O que significa saúde em todas as políticas? Qual a relação desse significado com a intersectorialidade?
8 OMS multi 08	Expert consultation impact assessment as a tool for a multisectoral action for health	2012	- O que significa ação multissetorial para a saúde? Há similaridade com o significado de ação multissetorial?

Fonte: Site do WHO (2015). Sistematização própria, 2016.

Quadro 11 – Exploração dos documentos do BM

<b>Código</b>	<b>Nome</b>	<b>Ano</b>	<b>Perguntas</b>
1 BM multi 276	Intensifier la lutte contre le HIV/SIDA en Afrique: faire face à une crise de développement	2000	- Qual a relação entre a multissetorialidade e a luta contra a AIDS na África? - Por que a África é escolhida como <i>locus</i> de ação do BM? - Como o BM pretende participar na luta contra a AIDS na África? Há exigência de contrapartidas dos países africanos em decorrência dessa participação? - Qual a relação entre combate à AIDS, desenvolvimento e multissetorialidade?
2 BM multi 280	SIDA, lutte contre la pauvreté et allègement de la dette	2001	- Qual a relação entre o BM, à luta contra a AIDS, a luta contra a pobreza e a multissetorialidade?
3 BM multi 511	Education and HIV/AIDS a window of hope	2002	- Qual a relação entre Educação, metas do milênio, HIV e multissetorialidade? - Por que a educação é considerada a arma mais forte para o combate à AIDS na África?
4 BM multi 262	Addressing HIV/AIDS in East Asia and the Pacific Region	2004	-Qual a relação entre o combate ao HIV/AIDS, o desenvolvimento e a multissetorialidade?
5 BM multi 641	Education sector strategy update achieving education for all, broadening our perspective, maximizing our effectiveness	2005	- Como a educação (segundo o BM) pode contribuir para a redução da pobreza? - Por que o enfoque é na educação básica? - Qual a relação entre o BM, a multissetorialidade, a educação e os Objetivos do Milênio?
6 BM multi 547	Attacking inequality in the health sector	2009	- Como a multissetorialidade pode ser utilizada para combater as iniquidades na saúde? - A multissetorialidade está relacionada à focalização do acesso a grupos específicos?
7 BM multi 720	Learning for all investing in people’s knowledge and skills to promote development	2011	- Como a multissetorialidade relaciona-se a estratégia educação para todos até 2020?

Código	Nome	Ano	Perguntas
8 BM multi 867	Commun Groud: UNICEF and World Bank approaches to building social protection systems	2013	- Qual a relação entre o combate à pobreza e a multissetorialidade? - Por que a abordagem de sistemas multissetoriais deve focar exclusivamente os mais pobres?
9 BM multi 419	Promoviendo una vida saudable en América Latina y el Caribe. Gobernanza de intervenciones multisectoriales para la prevención de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles	2014	- Como a multissetorialidade está relacionada à prevenção de doenças não transmissíveis? - Qual a relação entre governança, governabilidade e multissetorialidade?
10 BM inter 007	Have a country assistance strategies capitalized on intersectoral linkages to improve health outcomes among the poor?	2010	Qual a relação entre intersectorialidade, nutrição, saúde e pobreza?

Fonte: Site do World Bank, 2015. Sistematização própria, 2016.

A técnica de análise dos dados escolhida foi a de conteúdo, a qual consiste em um conjunto de técnicas que permitem encontrar respostas para as questões formuladas e a confirmação ou não das afirmações estabelecidas antes do trabalho (MINAYO, 2002). Além disso, permite uma compreensão além das aparências dos documentos, possuindo, portanto, duas funções: verificação de hipóteses e/ou questões; e descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos pelos documentos (MINAYO, 2002).

Para Bardin (1979) a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas e engloba várias maneiras de se analisar os conteúdos como: a análise de avaliação ou análise representacional; a análise de expressão; a análise de enunciação e a análise temática. Em nosso estudo optamos em realizar a análise de conteúdo do tipo temática.

Na análise temática, como o próprio nome indica, o conceito central é o tema. Esse comporta um feixe de relações e pode ser graficamente apresentado através de uma palavra, uma frase, um resumo. “o tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura” (BARDIN, 1979, p. 105). Assim, trabalhar com a análise temática “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição pode significar alguma

coisa para o objetivo analítico escolhido” (BARDIN, 1979, p. 105). Como nosso objeto de estudo tem como núcleo central de sentido um tema: a intersetorialidade/multissetorialidade como estratégia de gestão das organizações internacionais BM e OMS esse tipo de análise de conteúdo foi à opção que melhor possibilitou desvendar os conteúdos manifestos pelos documentos no processo de análise. Ademais definimos previamente as categorias de análise inerentes ao objeto de estudos: intersetorialidade e multissetorialidade associadas às categorias inerentes ao método materialista histórico dialético enquanto referencial epistemológico escolhido.

A análise buscou identificar: a) a relação entre intersetorialidade/multissetorialidade e a questão social; b) os fundamentos ideológicos e políticos que embasam a discussão da intersetorialidade/multissetorialidade no âmbito das agências OMS e BM; c) O argumento utilizado para a adoção da intersetorialidade/multissetorialidade.

Ademais, devemos mencionar que em todas as etapas de confecção da tese buscou-se observar cuidados éticos.

A ética em pesquisa é uma condição que deve acompanhar o caminhar de todo pesquisador. Nessa pesquisa os cuidados éticos adotados foram os seguintes: a) não negligenciar nenhum dos autores lidos e buscamos compreendê-los dentro da lógica que se inscreve a sua produção visando a respeitar a propriedade intelectual dos autores, evitando a deturpação de suas ideias; b) buscou-se inscrever os documentos dentro do contexto histórico em que os mesmos foram inscritos; c) nos comprometemos em realizar a divulgação da tese produzida.

Descrito o caminho, em seguida adentramos no capítulo 3, que conforme descrevemos na introdução da tese, analisa a relação entre a questão social, a política social e a intersetorialidade nas sociedades capitalistas.

### 3 QUESTÃO SOCIAL NO SÉCULO XX, A POLÍTICA SOCIAL E A GÊNESE DO DEBATE DA INTERSETORIALIDADE

*O bom do caminho é haver volta. Para ida sem vinda, basta o tempo (Mia Couto).*

É possível estabelecer uma relação entre questão social, política social e intersectorialidade? Neste capítulo demonstraremos que não apenas é possível, mas o estabelecimento desta relação torna-se necessária. Isso porque não pretendemos nesta tese compreender a intersectorialidade como uma ferramenta de gestão desprovida de vinculações com o padrão de acumulação capitalista e sua peculiar forma de estabelecimento de relações sociais e de reprodução.

O pressuposto sobre o qual partimos é que há uma relação direta entre o surgimento da discussão sobre a necessidade da intersectorialidade, a política social e a agudização das expressões da questão social no século XX, sendo que as políticas sociais e no interior delas a intersectorialidade vai conformando elementos específicos em consonância ao padrão de acumulação adotado, em resposta a relação contraditória entre capital e trabalho. O caminho para delinear essa relação busca captar historicamente como este relacionamento entre questão social, política social e intersectorialidade é demarcado em conjunturas históricas, fortemente vinculadas ao modo de produção capitalista e a particularidades intrínsecas a determinados processos históricos que delimitam lutas entre forças políticas vinculadas a diferentes projetos societários inscritos nos cenários nacional e internacional.

Consideramos a realidade uma totalidade em constante movimento que só poderá ser analisada e compreendida na medida em que busquemos capturar os processos históricos. Entretanto, isso não implica pensar esses processos de forma linear como cortes entre passado, presente e futuro, e tampouco, como uma sucessão de fatos, mas sim numa relação dialética, de continuidades e rupturas, entre passado e presente (PASTORINI, 2004). Assim, para analisarmos a intersectorialidade na atualidade é imprescindível estabelecermos esta relação que delinea subsídios teóricos para compreendermos a concretude da disseminação

da necessidade da intersetorialidade aliançada por diferentes projetos políticos a partir da década de 70 do século XX.

Imbuídos dessas argumentações, e do conseqüente entendimento de que todo fenômeno social, político, econômico é histórico e apenas poderá ser compreendido por meio da história enquanto processualidade em movimento (LOWY, 2004), busca-se captar a historicidade do objeto deste capítulo (questão social, política social e intersetorialidade) tendo por base a seguinte questão: como e qual é a relação existente entre questão social, política social e intersetorialidade? Quais processos históricos vivenciados pela sociedade capitalista possibilitam a eclosão da intersetorialidade como ferramenta de gestão na atualidade?

Buscaremos evidenciar que o surgimento da intersetorialidade e sua disseminação está intrinsecamente relacionado à criação das políticas sociais que, no decorrer dos processos históricos vivenciados pelo modo de produção capitalista, demarcam como características as formas fragmentada e setorializada, sendo respostas ao surgimento, agudização da questão social e da luta de classes.

Historicamente, a expressão questão social surge no século XIX para evidenciar o fenômeno do pauperismo na Europa Ocidental, que experimentava os impactos sociais e econômicos acarretados pela primeira onda industrial. Tratava-se de um fenômeno novo, sem precedentes anteriores na história, onde se visualizava concretamente a polarização entre ricos e pobres. A pobreza pela primeira vez na história se generalizava e crescia em razão direta ao aumento da capacidade social de produzir riquezas (NETTO, 2004).

Assim, quanto mais a sociedade se revelava capaz de, progressivamente, produzir mais bens e serviços, contraditoriamente, mais aumentava o contingente de pessoas que, além de não terem acesso efetivo a tais bens e serviços, viam-se despossuídos das condições materiais mínimas de sobrevivência (NETTO, 2004).

Para Yamamoto (2004) a expressão questão social é estranha ao universo marxiano, tendo sido cunhada por volta de 1830. Entretanto, os processos sociais traduzidos pela questão social são centrais na análise de Marx sobre a sociedade capitalista. O regime capitalista de produção é tanto um processo de produção de

condições materiais da vida humana, quanto um processo que se desenvolve sob relações sociais – histórico-econômicas - de produção específicas. Em sua dinâmica produz e reproduz seus expoentes: suas condições materiais de existência, as relações sociais contraditórias e formas sociais por meio das quais se expressam (IAMAMOTO, 2004).

Na sociedade capitalista a mercadoria se constitui como o caráter predominante e determinante dos produtos e a mais valia é a finalidade direta e o móvel determinante da produção. Em termos da composição do valor, há uma redução do capital variável empregado na força de trabalho e um aumento do capital constante, empregado nos meios materiais de produção. Isso contribui para acelerar a produtividade do trabalho e a rotação do capital, permitindo uma ampliação das taxas de lucro (IAMAMOTO, 2004).

Esse sistema vai possibilitar a concentração e centralização de capitais, impulsionadas pelo crédito e pela concorrência visando à ampliação da escala de produção. Com isso, o decréscimo relativo de capital variável aparece inversamente como crescimento absoluto da população trabalhadora, mais rápido que os meios de sua ocupação. Esse processo de acumulação produz uma população sobrando e subsidiária às necessidades médias de seu aproveitamento pelo capital (IAMAMOTO, 2004). É a lei particular desse regime de produção:

[...] quanto maiores à riqueza social, o capital em funcionamento, o volume e a energia de seu crescimento, portanto, também a grandeza absoluta do proletariado e a força produtiva de seu trabalho, tanto maior o exército industrial de reserva. A força de trabalho disponível é desenvolvida pelas mesmas causas que a força expansiva do capital. A grandeza proporcional do exército industrial de reserva em relação ao exército ativo de trabalhadores, tanto mais maciça a superpopulação consolidada, cuja miséria está em razão inversa do suplício do seu trabalho. Quanto maior, finalmente, a camada lazarenta da classe trabalhadora e o exército industrial de reserva, tanto maior o pauperismo oficial. Essa é a lei absoluta geral da acumulação capitalista (MARX, 2001, p. 274).

Com a acumulação, fruto da própria população trabalhadora, esta produz, em volume crescente, os meios de seu excesso relativo. Acresce-se a isso o interesse dos empresários capitalistas em extrair uma maior quantidade de trabalho de uma parcela menor de trabalhadores – via ampliação da jornada de trabalho e intensificação do trabalho excedente dos segmentos ocupados. Com isso, o

sistema capitalista condena à ociosidade forçada amplos contingentes de trabalhadores aptos ao trabalho, mas impedidos de trabalhar (IAMAMOTO, 2004).

Cresce, com isso, uma superpopulação relativa para esse padrão de desenvolvimento: os supérfluos para o capital, acirrando a concorrência entre os trabalhadores – a oferta e procura, com evidente interferência na regulação dos salários. Dentre essa superpopulação relativa – denominada à época da revolução industrial inglesa de exército industrial de reserva – encontram-se os segmentos intermitentes, sujeitos às oscilações cíclicas e eventuais de absorção e repulsa do trabalho nos centros industriais; a superpopulação latente na agricultura, fruto da redução de demanda de força de trabalho decorrente do seu processo de industrialização, não acompanhada de igual capacidade de absorção dos trabalhadores nos pólos urbano-industriais. Inclui-se também aquela parcela estagnada de trabalhadores ativos com ocupações irregulares e eventuais: os precarizados, temporários, com máximo de tempo de serviço e mínimo de salário, sobrevivendo abaixo do nível médio da classe trabalhadora. Esse quadro é complementado com o crescimento do pauperismo como um segmento formado por contingentes populacionais miseráveis aptos ao trabalho, mas desempregados, crianças e adolescentes e segmentos indigentes incapacitados para o trabalho (idosos, vítimas de acidentes, doentes, etc.) cuja sobrevivência depende da renda de todas as classes, e, em maior medida, do conjunto dos trabalhadores (IAMAMOTO, 2004).

A lei geral de acumulação capitalista<sup>17</sup> desvendada por Marx possibilitou o entendimento da dinâmica de funcionamento do processo de acumulação, revelando uma relação contraditória. À medida que cresce a acumulação de capital há um aumento da pobreza; a luta de classes se acirra e a questão social é colocada em cena. Isso significa dizer que a gênese da questão social é explicada pelo processo de acumulação ou reprodução ampliada do capital. Esse processo remete à incorporação permanente de inovações de tecnologia pelos detentores do capital, tendo em vista o aumento da produtividade do trabalho social e a diminuição do tempo de trabalho socialmente necessário à produção de mercadorias. Essa

---

<sup>17</sup> Para aprofundamento do tema ler o capítulo XXIII do livro 2 do Capital de Karl Marx (MARX, 1996).

tendência, por sua vez, produz um movimento simultâneo de aumento do capital variável, que corresponde à força de trabalho (SANTOS, 2012).

[...] Essa redução da parte variável do capital, acelerada com o aumento do capital global, e que é mais rápida do que este aumento, assume, por outro lado, a aparência de um acréscimo absoluto da população trabalhadora muito mais rápido que o do capital variável ou dos meios de ocupação dessa população. Mas, a verdade é que a acumulação capitalista sempre produz, e na proporção de sua energia e de sua extensão, uma população trabalhadora supérflua relativamente, isto é, que ultrapassa as necessidades médias de expansão do capital, tornando-se, desse modo, excedente (MARX, 2001, p.733).

Vale destacar, como alertam Braz e Netto (2006), que não é simplesmente a incorporação do progresso tecnológico o gerador da classe trabalhadora excedente, ou desprovida de emprego. O progresso tecnológico se constitui em um fator importante para proporcionar a diminuição da quantidade de horas de trabalho necessário por dia. Mas, esse não é o objetivo do sistema capitalista de produção, este não se satisfaz com o tempo de trabalho socialmente necessário para produzir as respostas às necessidades humanas, realizando sempre para além deste, a busca da valorização do capital, ou seja, a obtenção de mais-valia (SANTOS, 2012). Assim Marx revela que:

[...] comparando o processo de produzir valor com o de produzir mais-valia, veremos que o segundo só difere do primeiro por se prolongar além de certo ponto. O processo de produzir valor simplesmente dura até o ponto em que o valor da força de trabalho pago pelo capital é substituído por um equivalente. Ultrapassando esse ponto, o processo de produzir valor torna-se processo de produzir mais-valia (MARX, 2001, p. 228).

O desenvolvimento tecnológico se torna determinante do desemprego em decorrência da sua utilização no interior das leis de reprodução do capitalismo. Nesse contexto, a produção de respostas às necessidades humanas está inteiramente subordinada ao processo de valorização do capital. Assim, quem permanece trabalhando é mais explorado na intensidade de horas trabalhadas e torna “dispensáveis” outros tantos trabalhadores (SANTOS, 2012).

A população trabalhadora excedente constitui a alavanca da acumulação e um produto ao desenvolvimento da riqueza no modo de produção capitalista. Ela compreende (como já evidenciamos) um exército industrial de reserva disponível, que pertence ao capital de uma maneira absoluta, como se ele o tivesse criado à

sua própria custa. O mecanismo de acumulação e produção capitalista ajusta o número de trabalhadores em consonância às suas necessidades de valorização:

[...] a primeira palavra desse ajustamento é a criação de uma superpopulação relativa, ou exército industrial de reserva; a última palavra, a miséria de camadas sempre crescente do exército ativo de trabalhadores e o peso morto do pauperismo [...] (MARX, 2001, p. 263).

Segundo Netto (2004), os processos de valorização do capital nas condições que produz a riqueza para a burguesia e a miséria do proletariado se intensificam na mesma medida que se desenvolve o modo de produção capitalista. Sob o formato da grande indústria houve o aprofundamento das leis que regem o sistema fazendo emergir no século XIX, o pauperismo – considerado o marco histórico do conjunto de fenômenos que, o incluem, mas também se reproduzem para além dele, e que englobam a gênese da questão social.

Por questão social Iamamoto e Carvalho (1983) definem:

**[...] as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado.** É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e repressão (IAMAMOTO; CARVALHO, 1983, p.77).

Com a questão social posta em cena, o Estado busca ceder a algumas reivindicações da classe trabalhadora por meio das leis fabris e da estruturação de políticas sociais<sup>18</sup>. Essas devem ser analisadas como processo e resultado de relações complexas e contraditórias que se estabelecem entre Estado e sociedade, no âmbito dos conflitos e luta de classes que envolvem o processo de produção e reprodução do capitalismo (BEHRING; BOSCHETTI, 2006).

---

<sup>18</sup> As sociedades que antecederam ao capitalismo fomentaram algumas responsabilidades sociais com a finalidade de manter a ordem social e punir a vadiagem. Ao lado da caridade privada e de ações de filantropia, algumas iniciativas pontuais são identificadas como protoformas de políticas sociais ou legislações seminais. As mais frequentemente citadas são as leis inglesas do período que antecedeu a Revolução Industrial: Estatuto dos Trabalhadores, de 1349; Estatuto dos Artesãos, de 1563; Lei dos Pobres entre 1531 e 1601; Lei de Domicílio, de 1662; Speenhamland Act, de 1795 e Nova Lei dos Pobres, de 1834. Essas legislações sociais eram punitivas, restritivas e agiam na intersecção da assistência social e do trabalho forçado (POLANYI, 2000). O abandono dessas insuficientes e repressivas medidas de proteção social no auge da Revolução Industrial propiciará o pauperismo como fenômeno decorrente da chamada “questão social” (BEHRING; BOSCHETTI, 2006).

As políticas sociais são produtos históricos derivadas das lutas do trabalho, uma vez que respondem pelo atendimento de necessidades provenientes de princípios e valores socializados pelos trabalhadores e reconhecidos pelo Estado e patronato (MOTA, 2005). A configuração das políticas sociais quaisquer que sejam (saúde, assistência social, previdência social, etc.) dependerá do nível de socialização da política conquistado pelas classes trabalhadoras, como das estratégias do capital na incorporação das necessidades do trabalho. Isso ocorre devido à sociedade capitalista ser marcada pela contradição, cujas mediações econômicas e políticas imprimem um movimento dinâmico e dialético. As políticas sociais demarcam, portanto, os conflitos de interesses e as lutas de classes expressas pelos movimentos de lutas das classes laborais (MOTA, 2005).

Os primeiros movimentos populares que expressam as lutas da classe trabalhadora por melhorias nas condições laborativas ocorreram nos países onde a Revolução Industrial trouxe a intensificação das jornadas de trabalho em massa - principalmente na Inglaterra, França, Alemanha e Estados Unidos. As consequências dos processos de industrialização propiciaram fenômenos como a urbanização exacerbada, aumento das doenças e epidemias e as primeiras medidas de política social (VIEIRA, 1992). Partindo dos embates e conflitos advindos do modo de produção capitalista, as políticas sociais representam reivindicações do operariado, e tem o Estado seu principal implementador. Como afirma Vieira (1992, p.23):

[...] não tem havido, pois, política social desligada dos reclamos populares. Em geral o Estado acaba assumindo alguns destes reclamos, ao longo de sua existência histórica. **Os direitos sociais significam antes de mais nada a consagração jurídica de reivindicações dos trabalhadores.** Não significam a consagração de todas as reivindicações populares, e sim **a consagração daquilo que é aceitável para o grupo dirigente do momento.**

As políticas sociais, em uma sociedade capitalista, representam uma alternativa ao não suprimento das necessidades básicas, fornecendo elementos possíveis à libertação do proletariado, inclusive por meio de uma revolução, pois [...] não é possível libertar os homens enquanto eles não estiverem completamente aptos a fornecerem-se comida e bebida, a satisfazerem as suas necessidades de

alojamento e vestuário em qualidade e quantidade perfeitas [...] (MARX; ENGELS, 2007, p.28).

Por outro lado, as políticas sociais representam “concessões” conquistadas nos embates entre as classes da sociedade capitalista, evidenciando um elemento contraditório, pois ao fornecerem condições de sobrevivência, sintetizam-se também como limite de conquistas numa sociedade burguesa, o que não indica em momento algum, alterações estruturais desta sociedade, servindo à manutenção do trabalho vivo e do consumo, essenciais para a continuidade do ciclo de funcionamento do capitalismo (VIEIRA, 1992).

Assim, da mesma forma que as políticas sociais permitem, no limite da sociedade burguesa, as condições de sobrevivência para inclusive uma possível revolução proletária, por outro lado, reforçam a condição de exploração a que os proletários estão susceptíveis dentro desta mesma sociedade. Não obstante, a solução para este impasse está para os proletários, em [...] derrubar esse Estado para realizar a sua personalidade (MARX; ENGELS, 2007, p.83).

O Estado, nas sociedades capitalistas, constitui-se em um espaço de ação política e de exercício do poder marcado pela contradição em que as relações de forças nacionais e internacionais se relacionam e auxiliam na configuração de situações específicas. Deve-se, para tanto, considerar que os momentos históricos em que se configuram as políticas sociais são diferenciados e as lutas de classe variam em consonância a essas periodicidades vivenciadas pelo sistema capitalista de produção (VIEIRA, 1992).

Como vimos, o surgimento das políticas sociais data do século XIX vinculando-se aos processos de industrialização e urbanização, que trouxeram consigo o agravamento da pobreza e as mobilizações operárias desencadeadas ao longo das primeiras revoluções industriais. Assim, como processo social, elas se gestaram na confluência dos movimentos de ascensão do capitalismo com a Revolução Industrial, das lutas de classe e do desenvolvimento da intervenção estatal (VIEIRA, 1992).

É importante destacar que nessa periodicidade histórica (século XIX e se expandindo até a terceira década do século XX) há um predomínio do liberalismo e de seu principal sustentáculo: o entendimento do trabalho como mercadoria a ser regulado pelo livre mercado (BEHRING; BOSCHETTI, 2006). Sob a influência do pensamento, sobretudo de Adam Smith, o liberalismo introduz a tese que vai marcar fortemente o Estado liberal: cada indivíduo agindo pelos seus próprios interesses no âmbito econômico, quando associado a uma coletividade, maximizaria o bem-estar coletivo. Desse modo, parte-se do princípio que o funcionamento livre e ilimitado do mercado asseguraria o bem-estar. Nas palavras de Adam Smith, é a “mão invisível” do mercado livre que regula as relações econômicas e sociais e produz o bem comum (SMITH, 1996).

Segundo Behring e Boschetti (2006, p. 62) os elementos essenciais do liberalismo ajudam a compreender a reduzida intervenção estatal na forma de políticas sociais nesse período a saber:

a) **predomínio do individualismo.** Os liberais consideram o indivíduo como sujeito de direito. É importante mencionar que os primeiros a obterem reconhecimento pelo Estado Liberal foram os direitos civis no século XVIII, pois a liberdade de ir e vir, de obter e comercializar propriedade era um requisito fundamental para a instituição da sociedade classista;

b) **o bem-estar individual maximiza o bem-estar coletivo.** Para os liberais, cada indivíduo deve buscar o bem-estar para si e sua família por meio da venda da força de trabalho no mercado. O Estado não deve garantir bens e serviços públicos para todos. Cada um, em caráter individual, deve garantir seu bem estar, o que levaria todos os indivíduos a atingir uma situação de bem estar. Esse princípio se funda em outro – a liberdade em detrimento da igualdade;

c) **predomínio da liberdade e competitividade.** A liberdade e a competitividade são interpretadas como formas de autonomia. Assim, o indivíduo tem autonomia para escolher o que é melhor para si e lutar por isso. Não há o reconhecimento para os liberais de que a competitividade e a liberdade não asseguram igualdade de condições e de oportunidades para todas as pessoas;

d) **naturalização da miséria.** Os liberais visualizam a miséria como natural e insolúvel, pois decorre da imperfeição da natureza do ser humano. A miséria é compreendida como resultado da moral humana e não como resultado do acesso desigual à riqueza socialmente produzida;

e) **predomínio da lei da necessidade.** Sob influência das teses malthusianas, os liberais compreendem que as necessidades humanas básicas não devem ser totalmente satisfeitas, pois sua manutenção é um instrumento eficaz de controle do crescimento populacional e do conseqüente controle da miséria;

f) **manutenção de um Estado mínimo.** O Estado, para os liberais, deve assumir papel “neuro” de legislador e árbitro, e desenvolver apenas ações complementares ao mercado. Sua intervenção deve restringir-se a regular as relações sociais com vistas a garantir a liberdade individual, a propriedade privada e assegurar o livre mercado;

g) **as políticas sociais estimulam o ócio e o desperdício.** Para os liberais, o Estado não deve garantir políticas sociais, pois os auxílios sociais contribuem para reprodução da miséria, desestimulam o interesse laboral e acarretam acomodação, o que poderia ser um risco para a sociedade de mercado;

h) **a política social deve ser um paliativo.** Como, na perspectiva liberal, a miséria é insolúvel e alguns indivíduos (crianças, idosos e deficientes) não têm condições de competir no mercado de trabalho, ao Estado cabe apenas assegurar assistência mínima a esses segmentos de forma paliativa. A pobreza deve ser minimizada pela caridade privada.

A mobilização e a organização da classe trabalhadora foram determinantes para a mudança da natureza do Estado liberal no final do século XIX e início do século XX. Entretanto, as lutas das classes trabalhadoras não conseguiram instituir uma nova ordem social, apesar de forçarem as classes detentoras de poder a fomentarem políticas sociais que materializam algumas demandas dos trabalhadores. O intuito era a manutenção da ordem societal vigente. O país pioneiro no âmbito da instituição de políticas sociais na forma de seguros sociais foi a Alemanha. Essa pista é central na problematização que aqui propomos.

### 3.1 DO SURGIMENTO DOS SEGUROS SOCIAIS AOS *WELFARE STATES*: CONFIGURAÇÕES DA POLÍTICA SOCIAL ENTRE CRISES E EXPANSÕES DO CAPITAL.

*“O sonho é o olho da vida” (Mia Couto)*

Sigerist (1999) descreve em um artigo de 1942 (republicado em 1999 na revista *Journal of Public Health Policy*), as forças econômicas, sociais e políticas, que no século XIX levaram à promulgação da legislação de segurança social na Alemanha de forma pioneira e que, posteriormente, influenciou a instituição de outras legislações em vários países.

Para Sigerist (1999), o desenvolvimento do capitalismo na Alemanha aumentou muito a insegurança da classe trabalhadora, e a situação se tornou aguda no século XIX após a revolução industrial:

[...] Milhões de pessoas dependiam do mercado de trabalho para ganhar a vida. Trabalhavam por longas horas com salários muito baixos para permitir a poupança, expostos a muitos perigos, eles eram jogados para fora do trabalho por acidentes, doenças, velhice, e pelas crises econômicas periódicas que são inerentes à produção capitalista. Sem reservas para se manterem, tornaram-se encargos públicos, beneficiários de uma instituição de caridade que era incapaz de lidar com um problema de tal magnitude (SIGERIST, 1999, p.477)

Nesse contexto de insegurança da classe laboral, foram fomentadas, por iniciativa dos próprios trabalhadores, sociedades de socorros mútuos<sup>19</sup>. Elas eram voluntárias, atingiram apenas grupos relativamente pequenos, e não eram fortes para proteger os seus membros de forma suficiente. Além dessas iniciativas, foi conferida aos empregadores das empresas a responsabilidade de fornecer indenizações em caso de acidentes. Mas essa concessão foi na maioria dos casos,

---

<sup>19</sup> As organizações mutualistas na Alemanha durante séculos foram constituídas como organizações de voluntários que cultuando sentimentos de ajuda mútua medievais forneciam auxílios aos pobres, inválidos e viúvas. Essa natureza se modificou com a promulgação de uma lei prussiana de 1854 que tornou obrigatória a existência dessas organizações com o intuito de fornecer benefícios e pensões (para as viúvas) durante a doença, invalidez e funeral. A natureza dos recursos para a manutenção das instituições tornou-se responsabilidade dos próprios trabalhadores e dos empregadores - que tinham que contribuir com um montante igual a pelo menos metade do montante pago pelos trabalhadores. Os fundos eram administrados conjuntamente por empregadores e empregados. Em outras palavras: a idéia do seguro obrigatório foi aceito na Alemanha muito antes de Bismarck (SIGERIST, 1999).

ilusória, pois cabia ao empregado processar o empregador por danos e prová-lo em tribunal. Uma lei específica para as empresas ferroviárias foi aprovada em 1838 em que obrigava as companhias a se tornarem responsáveis por acidentes com os empregados e passageiros, exceto se o acidente fosse causado por negligência da vítima ou por um “ato de Deus” (SINGERIST, 1999).

O auxílio aos pobres era responsabilidade das comunidades cuja obrigação era prestar cuidados médicos, sustento e um funeral para os cidadãos incapazes de se sustentarem ou de serem apoiados por outros indivíduos. Entretanto, essas iniciativas ante a questão social na Alemanha eram aplicadas apenas de uma forma muito limitada. O alívio ao pobre era uma questão de caridade pública e ninguém tinha o direito legal de privar a sociedade desse direito cívico (SINGERIST, 1999).

No início do século XIX a Alemanha ainda possuía seu território dividido em estados independentes que formavam juntos a Confederação Germânica cujo território provinha da herança do Sacro Império Romano Germânico (HOBBSAWM, 2007). Entretanto, havia o descontentamento popular com a estrutura política autocrática dos Estados independentes que seguiam orientações conservadoras sob influência principal de dois estados: a Prússia e a Áustria. O movimento liberal cresce juntamente com os processos de industrialização. Reivindica a reforma política com a instituição de um parlamento e a liberdade de expressão, além de políticas econômicas liberais. A classe trabalhadora também passa, por meio das lutas sociais, a reivindicar melhorias em suas condições de vida (SINGERIST, 1999).

Aliado a isso, a crise econômica que assolou o país nos anos de 1846 e 1847 provocou um alto índice de desemprego, a falta de alimentos (em decorrência de safras ruins), o aumento dos preços e a disseminação de doenças entre a população, acarretando um processo ainda maior de migrações para as cidades, epidemias de cólera (especialmente na Silésia) e o aumento do proletariado urbano sobrevivendo com baixos salários e condições de vida miseráveis. Isso gerou um clima de efervescência revolucionária entre as camadas médias e baixas da sociedade, influenciadas por uma vasta gama de ideais vinculados, entre eles, ao liberalismo e ao socialismo (ANDRADE, 2007).

Especialmente em relação à introdução das ideias socialistas, Marx e Engels (2003) argumentam que elas adentram o território da Alemanha quando a burguesia começa a lutar contra o absolutismo feudal. Entretanto, eles fazem uma crítica afirmando que os filósofos e impostores alemães apreenderam a literatura socialista francesa sem diferenciar as condições sociais peculiares da Alemanha.

[...] a literatura socialista e comunista da França, nascida sob a pressão de uma burguesia dominante, expressão literária da revolta contra esse domínio, foi introduzida na Alemanha quando a burguesia começava a luta contra o absolutismo feudal. Filósofos, semifilósofos e impostores alemães lançaram-se avidamente sobre essa literatura, mas esqueceram que, com a importação da literatura francesa na Alemanha, não eram importados ao mesmo tempo as condições sociais da França. Nas condições alemãs, a literatura francesa perdeu toda significação prática imediata e tomou um caráter puramente literário (MARX; ENGELS, 2003, p. 50).

Ademais, o socialismo alemão nascente não buscou associar que a crítica realizada pelo socialismo francês baseava-se na análise das condições materiais e políticas de existência daquela sociedade específica – algo que na Alemanha, se tratava ainda de conquistar (MARX; ENGELS, 2003). Marx e Engels (2003) argumentam ainda, que para os governos absolutos da Alemanha, esse socialismo converteu-se em “espantalho” com a finalidade de causar medo à burguesia industrial que se erguia ameaçadora aos governos absolutistas em momentos de revoltas populares. Especificamente, com início em março de 1848, ocorrem uma séria de rebeliões e protestos liderados pelos liberais com dois objetivos principais: a unificação alemã e a introdução de liberdades civis (SIGERIST, 1999). A classe trabalhadora também participa da agitação política com uma agenda que englobava melhorias salariais, proteção contra a autoridade arbitrária do empregador e respeito moral (ANDRADE, 2007).

Entretanto, para Sigerist (1999) apesar da participação da classe trabalhadora, a revolução<sup>20</sup> de 1848 na Alemanha foi um movimento majoritariamente da classe média liberal contra os privilégios remanescentes feudais e para a melhoria das condições sociais visando à manutenção do crescimento da ordem capitalista. O

---

<sup>20</sup> Os anos 40 do século XIX foi marcado por crise agrária, crise comercial, industrial, e Revoluções como as ocorridas na França (em fevereiro) e na Alemanha (em março) do ano de 1848 (HOBSBAWM, 2007).

autor cita os médicos liberais como parte importante do movimento. Plenamente conscientes dos perigos para a saúde criados pelo capitalismo, os médicos estavam convencidos de que os problemas não poderiam ser resolvidos sem uma reforma profunda nos serviços médicos (SINGERIST, 1999).

É importante mencionar que o Movimento pela Reforma Médica na Alemanha do século XIX não questionava o direito de propriedade, nem mesmo dos meios de produção (ANDRADE, 2006). Este justificava o direito à saúde como dever de um Estado que

[...] clama ser um Estado que protege o direito de propriedade. Seu propósito é proteger os bens do povo. A maioria das pessoas, entretanto, possui apenas seu poder de trabalho, que depende inteiramente de sua saúde. Esta é sua única propriedade e o Estado, portanto, tem o dever de protegê-la e o povo tem o direito de exigir que a sua saúde, sua única propriedade, seja protegida pelo Estado (SINGERIST, 1996, p.226).

Nessa perspectiva, pode-se inferir que a discussão emanada pelo movimento de medicina social insere-se no interior das intencionalidades do sistema capitalista desejoso pela acumulação de capital:

[...] uma grande dúvida está presente hoje em dia em todos nós: quais seriam os efeitos dos salários mais altos e horas de trabalho mais curtas? Examinada à luz da Medicina Social, esta pergunta se responde fácil e satisfatoriamente. Horas de trabalho mais curtas significarão maior energia e maior bem-estar que resultarão numa força de trabalho melhor e mais produtiva (GARCIA, 1989, p.165).

Assim, as melhorias no âmbito da saúde da população (com a criação de serviços médicos públicos para os indigentes e o aumento das instalações hospitalares), juntamente com outras demandas levantadas (como a compensação para a perda de salário por motivo de doença, criação de um seguro doença financiado conjuntamente pelos empregados, empregadores e o Estado) ecoam na Revolução de 1848. Em relação à participação dos socialistas alemães nas lutas sociais desse período, Marx e Engels (2003, p.52) afirmam que:

[...] se tornou uma arma nas mãos dos governos contra a burguesia alemã, representava, além disso, diretamente, um interesse reacionário, o interesse da pequena burguesia alemã. E, conservá-la seria manter na Alemanha o regime estabelecido, ou seja, a aristocracia conservadora (MARX; ENGELS, 2003).

A Revolução de 1848 fracassou com a vitória da aristocracia conservadora, mas as idéias que tinham sido formuladas iriam subsidiar a criação dos seguros sociais a serem propostos pelo aristocrata Otto Von Bismarck<sup>21</sup>.

Bismarck era um membro da aristocracia prussiana<sup>22</sup>. Juntamente com o partido conservador alemão, tinha a atitude paternalista feudal para com a pobreza – acreditava que era o dever do Senhor ajudar os pobres. Tinha um vínculo de identidade com o Estado monarca e, portanto, era a favor de que o poder do Estado fosse utilizado para proporcionar segurança social aos economicamente fracos com a criação de seguros sociais. Mas, para que isto se tornasse realidade, era necessário que o parlamento alemão aprovasse a criação dos seguros sociais. Houve grandes disputas entre os partidos que eram contra a aprovação da legislação social e os que eram favoráveis à mesma (SINGERIST, 1999).

Os liberais<sup>23</sup> eram, de longe, o maior grupo parlamentar. Eles representavam a classe média e, portanto, os interesses das finanças, indústria e comércio. Defendiam a política do *laissez-faire, laissez-passe*, mas contraditoriamente, estavam prontos para chamar a intervenção do Estado quando precisavam de proteção tarifária. Mesmo nos anos de depressão econômica, afirmavam que a indústria era capaz de fornecer emprego e a prosperidade para todos, não sendo necessária a criação de uma legislação social. Defendiam que o Estado não deveria

---

<sup>21</sup> Bismarck tornou-se primeiro ministro da Prússia em 1862. Seu maior desafio político era unificar a Alemanha sob o controle Prussiano. Entretanto era preciso conquistar a hegemonia sobre a Áustria (outro estado independente, sobre influência francesa e detentora de grande influência sobre os demais Estados). Em 1866 inicia-se a disputa pelo controle dos Estados por meio da Guerra Austro-Prussiana. A Prússia, liderada por Bismarck, sai vitoriosa e começa a exercer a sua autoridade política de falar pelos estados alemães e de defender os interesses desses estados; enquanto a Áustria direcionava a sua atenção cada vez mais para os territórios dos Balcãs. Em 1870 os estados alemães (incluindo os estados alemães menores que anteriormente tinham influência política da Áustria, que por sua vez era influenciada pela França) foram compelidos a aliarem-se aos prussianos na Guerra Franco-Prussiana. A vitória sobre a França em 1871 expandiu a hegemonia da Prússia pelos estados alemães a um nível internacional. Com a proclamação de Guilherme I como Kaiser, a Prússia assumiu a liderança do novo império. Os estados do sul tornaram-se, oficialmente integrados numa Alemanha unificada no Tratado de Versalhes de 1871 e mais tarde pelo Tratado de Frankfurt, que formalmente pôs fim à guerra (HOBBSAWM, 2007).

<sup>22</sup> Proprietário de terras feudais, ele não gostava das grandes cidades e tampouco dos banqueiros e industriais.

<sup>23</sup> Os liberais que integravam o parlamento alemão nas décadas finais do século XIX eram diferentes dos liberais integrantes da Revolução de Março de 1848. Esses últimos eram favoráveis à criação dos seguros sociais por intermédio do Estado, pois acreditavam que eles eram importantes para a manutenção do crescimento capitalista (SINGERIST, 1999).

intervir no jogo das forças econômicas. Esse grupo era adversário de Bismarck (SINGERIST, 1999).

Segundo Sigerist (1999), havia um segundo grupo liderado principalmente pelos Estados da Baviera e Renânia<sup>24</sup> (estados cuja maioria da população era católica). Esse grupo, de filosofia conservadora e adepto a tradição medieval, inicialmente se mostrou contrário a Bismarck em decorrência das divergências políticas e religiosas que culminaram na denominada *Kulturkampf*<sup>25</sup>. Mas, posteriormente apoiou a proposta de legislação social.

A terceira força política era representada pelo partido social democrata (jovem partido, pequeno, com poucos membros no Parlamento, entre eles, August Bebel e Wilhelm Liebknecht). Formavam um grupo articulado e bem visível. Considerado um partido revolucionário, tinha uma filosofia política de orientação popular socialista<sup>26</sup>. Esse partido representava os trabalhadores industriais e tinha enormes potencialidades quando as indústrias foram crescendo. Sua composição foi aumentando ano a ano e, a partir de 1875 mostrava-se contrário às propostas do Estado Alemão (SINGERIST, 1999).

Bismarck tinha conhecimento da ameaça que esse partido com ideais socialistas representava ao seu regime. A Comuna de Paris de 1871, apesar de seu colapso rápido, tinha demonstrado que o socialismo não era um sonho de filósofos, mas poderia se tornar uma realidade tangível. Assim, decide destruí-lo antes que ele se

---

<sup>24</sup> Estado em que Marx inicia seu trabalho como escritor na Gazeta Renânia.

<sup>25</sup> A *Kulturkampf* corresponde ao enquadramento legislativo condicionante do catolicismo na Alemanha, como expressão do confronto entre o governo de Bismarck e setores católicos. A constituição do *Zentrum* (centro católico) como organização política católica, fora encarada como expressão do ultramontanismo e sentida como antagônica a política de Bismarck. Todavia, este conflito, onde se destacou a figura do Mons. Ketteler, correspondeu às reivindicações de organização pública dos católicos na Alemanha, associada às exigências de liberdade de ensino e de imprensa e pregação, ou ainda, sobre determinados assuntos como o estatuto e a prática do matrimônio religioso e civil. Este processo de confronto desenvolveu-se no último período do pontificado de Pio IX e só foi superado no de Leão XIII, em 1887, pela alteração de algumas leis da *Kulturkampf* e pela progressiva aproximação dos católicos à política do chanceler alemão (FERREIRA, 2007).

<sup>26</sup> O Partido Social Democrata dos Trabalhadores Alemães (participante da Internacional dos Trabalhadores) tinha como orientação a luta pela igualdade dos direitos e dos deveres mediante a supressão de qualquer dominação de classe. Entretanto, segundo Andrade (1997) possuía um forte viés reformista.

tornasse ainda mais forte. Para tanto, tenta o apoio dos liberais para aprovação de uma legislação anti socialista. Mas, por meio dos votos, os liberais declararam-se contra a proposta de Bismarck de deslegitimar o partido social democrata sob o argumento do temor à instituição de um regime consolidado a partir da força de coerção policial (SIGERIST, 1999). Bismarck não desiste e, em 1878, aproveita duas tentativas de assassinato contra o imperador Guilherme II para eliminar os adversários (tanto liberais quanto os da social democracia), afirmando que havia ligação entre as tentativas contra a vida do imperador e o partido social democrata (apesar de nunca ter se provado qualquer ligação desses atentados contra a vida do imperador com o partido). O *chanceler* destitui o parlamento vigente e outros parlamentares são eleitos em um ambiente de repressão. Com a nova eleição, os liberais perdem assento e o partido conservador duplica sua representatividade (SIGERIST, 1999). Na sequência destes atentados é aprovada a legislação anti socialista, que entra em vigor a partir de 19 de outubro de 1878 (ANDRADE, 2007).

A legislação anti socialista aprovada pelo parlamento alemão proibia os socialistas de se organizarem em grupos, devendo toda reunião operária estar submetida à supervisão da polícia. A maioria de suas publicações foi tornada ilegal e seus distribuidores foram condenados judicialmente por difundirem um conteúdo “subversivo” para a ordem pública e hostil ao interesse do Estado. Embora não restringisse a participação dos socialistas nas eleições (desde que desvinculados do partido político) e o direito de greve, a vedação ao direito de reunião e associação promoveu a desorganização do partido e de sindicatos (ANDRADE, 2007).

Além de restringir as atividades do partido e proibir reuniões periódicas, Bismarck exige o fechamento de associações socialistas locais. A estratégia do governo, no entanto, não residia apenas em impor mecanismos de coerção. A repressão foi combinada com a tentativa de promover a cooptação das massas trabalhadoras. Com este fim, foi criada uma máquina de propaganda do governo, que controlava a imprensa local (ANDRADE, 2007).

Em meio a esses processos de repressão política, Bismarck inicia as tentativas de promulgação de uma legislação de segurança social. Segundo Sigerist (1999), Bismarck, diante do descontentamento dos trabalhadores da Alemanha com o governo, identificou que as principais queixas dos trabalhadores eram a insegurança em que se encontravam em meio a uma economia que mesclava crescimento/depressão e era incapaz de garantir emprego estável, assistência em caso de adoecimento, acidentes laborais e velhice. Assim, Bismarck toma como necessidade para a manutenção da ordem conservadora e aristocrática, a instituição da legislação de segurança social e, ao fazê-la, esperava “tirar o vento das velas” do movimento socialista, desarticulando-o e destruindo-o (SIGERIST, 1999).

Assim, desde o início da década de 1880, Bismarck levou a cabo um programa de legislação social que progressivamente foi aprovado pelo parlamento após intensos embates políticos. A legislação social incluía a criação de um sistema de seguridade social – com leis de seguro à saúde (1883), seguro por acidentes de trabalho (1884) e seguro por invalidez e velhice aos maiores de 60 anos (1889) – e a regulação das condições de trabalho. A concessão de benefícios sociais foi utilizada como instrumento político para atrair os grupos reformistas ligados ao movimento operário. A estratégia política do governo imperial buscava conciliar paternalismo e política repressiva (ANDRADE, 2007).

É possível, diante dos processos histórico, político, social e econômico vivenciados pela Alemanha, inferir e exemplificar que a gênese e a estrutura do sistema de seguro social estão intimamente relacionados ao conflito capital *versus* trabalho. O Estado autoritário toma para si a incumbência de manter a “segurança social” e inclui gradualmente a população dependente do trabalho assariado via solidariedade obrigatória (GIOVANELLA, 1999).

A política de Bismarck, para além do enfrentamento da questão social, conformou uma proposta intencional de organização corporativa da sociedade – corporações submetidas ao Estado – e de ampliação do controle social. Buscou combater o avanço da social democracia mediante a realização de alguns pontos das

reivindicações socialistas, que fossem adequados e compatíveis com as leis do Estado (ANDRADE, 2007).

O pioneirismo alemão na instituição dos seguros sociais expressa e ilustra que a política social surge por intermédio da luta de classes em meio a questão social não sendo sua instituição, portanto, fruto da “bondade” do Estado. A iniciativa de consolidar leis sociais, associada a repressão política, propicia a desarticulação do movimento dos trabalhadores e ecoa como um exemplo para outros países ocidentais (em meio as contradições inerentes ao sistema capitalista em expansão) adotarem, por intermédio do Estado, o sistema de seguro sociais. Desse modo, o sistema de seguro social alemão se dissemina internacionalmente e foi tomado como modelo por vários países ocidentais.

Behring e Boschetti (2006) indicam que: a) entre 1883 e 1914, todos os países europeus implantaram um sistema estatal de compensação de renda para os trabalhadores na forma de seguros; b) no mesmo período, 11 dos 13 países europeus introduziram seguro-saúde e 9 legislaram sobre pensão aos idosos; c) em 1920, 9 países tinham alguma forma de proteção ao desempregado.

Deve-se mencionar que essas formas de proteção social materializadas em seguros sociais são respostas ou formas de enfrentar as expressões multifacetadas da questão social no capitalismo. **Setorializadas e fragmentadas**, as políticas sociais não nascem voltadas para atender aos interesses do ser social em sua totalidade (NETTO, 1992). Elas surgem fragmentadas, setorializadas em detrimento do entendimento da necessidade de sua articulação em um ambiente marcado pela questão social. O exemplo da Alemanha nos permite evidenciar que entre a aprovação de um seguro e outro houve grandes embates políticos em que os custos de adesão aos seguros eram mais relevantes do que o atendimento às necessidades humanas em sua totalidade (algo típico do sistema capitalista e sua peculiar forma de considerar a força de trabalho uma mercadoria). Assim, as políticas sociais já nascem na sociedade capitalista tendo como marca a divisão, segmentação e fragmentação, ou seja, a intersetorialidade não era uma prática recorrente **ou uma estratégia** no surgimento das políticas sociais.

[...] não é difícil compreender que a resposta dada à questão social no final do século XIX foi sobretudo repressiva e apenas incorporou algumas demandas da classe trabalhadora, transformando as reivindicações em leis que estabeleciam melhorias tímidas e **parciais** nas condições de vida dos trabalhadores, sem atingir, portanto, o cerne da questão social (BEHRING; BOSCHETTI, 2006, p. 63).

Essas tímidas iniciativas revelam que até o início do século XX, as ideias liberais irão prevalecer, derrotando na maior parte das vezes os humanistas, democratas, reformadores e socialistas. O capital, mediante a luta de classes, estabelece algumas iniciativas mínimas por intermédio do Estado que por um lado atendem algumas demandas fragmentadas das classes trabalhadoras de forma gradual e diferenciada entre os países, dependendo dos movimentos de organização e pressão da classe trabalhadora, do grau de desenvolvimento das forças produtivas, e das correlações e composições de força no âmbito do Estado (BEHRING; BOSCHETTI, 2006).

Entretanto, ao longo da segunda metade do século XIX e início do século XX ocorreu um enfraquecimento da ideia da intervenção mínima do Estado como resultado de processos político-econômicos entre os quais podem ser destacados o crescimento do movimento operário e a concentração do capital na fase de desenvolvimento imperialista e monopolista (BEHRING; BOSCHETTI, 2006).

Nesta fase de desenvolvimento do capital, acrescentou-se uma nova dimensão tanto à relação entre expansão nacional e expansão internacional, quanto à relação entre as leis de desenvolvimento capitalista e o uso deliberado da coerção estatal para fins econômicos. A concentração de capital em nível nacional – acelerada pela segunda revolução tecnológica, e conseqüente aumento da acumulação do capital necessário à concorrência efetiva dos setores em crescimento na época –, levou cada vez mais à centralização do capital. Isso significou uma redução drástica no número dos diferentes capitais em concorrência até que setores inteiros da indústria foram dominados pelos trustes, empresas e monopólios, e os acordos de preços alteraram o comportamento econômico desses monopólios. A tendência resultante da concorrência, e portanto também a tendência à restrição da expansão do mercado interno, levaram então a uma supercapitalização geral, a uma exportação crescente de capital e a um interesse capitalista cada vez maior não apenas em expedições militares periódicas para assegurar a livre exportação de

mercadorias, mas em ocupação e controle militares permanentes para garantir novos campos de investimento para as exportações de capital (MANDEL, 1982).

A divisão completa do mundo, efetivada pelas grandes potências imperialistas, resultantes elas mesmas da contração da concorrência capitalista no mercado interno, levou a uma intensificação da concorrência capitalista internacional no mercado mundial, inclusive por meio das forças armadas, ou seja, por meio de guerras imperialistas. A criação de empresas passou a depender de um grande volume de investimento, dinheiro emprestado pelos bancos, numa verdadeira fusão entre o capital bancário e o industrial, que dá origem ao capital financeiro. A concorrência intercapitalista feroz entre grandes empresas de base nacional ultrapassou as fronteiras e se transformou em confronto aberto nas duas grandes guerras mundiais. Além disso, a concentração e monopolização do capital tornou descreditada a utopia liberal do indivíduo empreendedor orientado por sentimentos morais e cada vez mais o mercado foi liderado por grandes monopólios. A intervenção do Estado para garantir a acumulação monopolista torna-se fundamental (MANDEL, 1982).

E, no fluxo do processo de monopolização do capital ocorre uma crise estrutural do capitalismo no século XX, o que auxilia a vitória da Revolução Russa em 1917. Por intermédio da Revolução, uma vasta região foi subtraída ao mercado mundial capitalista e houve o fortalecimento do movimento operário e a configuração de uma atitude defensiva do capital mediante a luta de classes. Aliado a isso, no âmbito dos países capitalistas o aumento do poder de organização coletiva com o advento do fordismo será fundamental para o estabelecimento de acordos trabalhistas e ganhos de produtividade (MANDEL, 1982).

Outro acontecimento histórico importante, em meio ao capitalismo em sua fase monopolista, foi a crise de 1929-1932 ou Grande Depressão. Considerada a maior crise capitalista até aquela periodicidade histórica, esta tem seu início a partir de 24 de outubro de 1929, quando ocorre a quebra na Bolsa de Nova York. A crise se alastra mundialmente e acarretou a redução do comércio a um terço do que era anteriormente. Instaura-se a desconfiança de que os preceitos do liberalismo econômico poderiam estar errados. Cria-se um paralelo à revolução socialista de 1917 e instaura-se uma ampla crise da economia, com desemprego em massa e

pela primeira vez, desde o seu surgimento, as flutuações do capitalismo se tornam um perigo para a manutenção do próprio sistema (HOBSBAWM, 1994).

Hobsbawm (1994) descreve que nesse período, além da produção industrial ter decrescido, ocorre também uma crise na produção básica, tanto de alimentos como de matérias-primas acarretada pela queda de preços:

[...] os preços, não mais mantidos pela formação de estoques como antes, entraram em queda livre. O preço do chá e do trigo caiu dois terços, o da seda bruta três quartos. Isso deixou prostrados – para citar apenas os nomes relacionados pela Liga das Nações em 1931 – Argentina, Austrália, países balcânicos, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Cuba, Egito, Equador, Finlândia, Hungria, Índia, Malásia britânica, México, Índias Holandesas (atual Indonésia), Nova Zelândia, Paraguai, Peru, Uruguai e Venezuela, cujo comércio internacional dependia em peso de alguns poucos produtos primários. Em suma tornou a Depressão global no sentido literal (HOBSBAWN, 1994, p. 91).

A Grande Depressão, para aqueles que não tinham controle dos meios de produção e sobreviviam pela venda de sua força de trabalho em troca de um salário, trouxe como consequência o aumento expressivo do desemprego. No ano de 1932, 23% da força de trabalho britânica e belga, 24% da sueca, 27% da americana, 29% da austríaca, 31% da norueguesa, 32% da dinamarquesa e 44% da alemã não tinha emprego (HOBSBAWN, 1994). Essa situação de desemprego tornava-se ainda mais complexa em decorrência das parcas políticas sociais existentes ou inexistentes em alguns países. A previdência pública na forma de seguro social, por exemplo, incluindo o auxílio-desemprego, ou não existia, como nos Estados Unidos ou era inexpressiva, sobretudo, para os desempregados a longo prazo. A proporção de trabalhadores com direito ao auxílio-desemprego na Europa ia de zero a cerca de  $\frac{1}{4}$  com exceção da Alemanha onde a cobertura era acima de 40% e da Grã-Bretanha com uma cobertura média menor que 60% durante os anos da grande crise (HOBSBAWM, 1994). Crise que se constitui em uma expressão típica da operação da lei do valor (BRAZ; NETTO, 2006).

Mandel (1982), ao buscar explicar a espiral da crise, ratifica que ela deve ser compreendida por dentro dos ciclos longos de expansão e depressão, superando-se, dessa forma, a tendência dos economistas de vincularem as crises aos detonadores imediatos, que em geral são catalisadores da depressão, mas não sua

causa. Segundo o autor, no período de expansão há o acréscimo da composição orgânica do capital, pelo aumento da taxa de mais-valia e pela possível baixa dos preços das matérias-primas. Essa situação é criadora de obstáculos: com a redução do exército industrial de reserva, tende a ocorrer a ampliação da resistência do movimento operário, diminuindo a taxa de mais-valia. Há uma generalização da revolução tecnológica, que está na base de todo ciclo de expansão, abaixando os superlucros extraídos do diferencial de produtividade do trabalho. Nesse sentido, impõe-se a queda tendencial da taxa de lucros em relação ao conjunto do capital social. A concorrência é acirrada, bem como a especulação. Ocorre também a estagnação dos postos de trabalho e da produtividade, o que gera uma forte capacidade ociosa na indústria. Com isso, configura-se uma superabundância de capitais e uma escassez de lucros, produzindo o desemprego generalizado e a queda do consumo, inviabilizando o processo de realização da mais-valia (MANDEL, 1982).

As soluções para a crise de 1929-1932, que teve as características acima descritas, se darão no sentido de reativar o emprego e o consumo, daí a importância do fundo público e da guerra (BEHRING; BOSCHETTI, 2006).

Além disso, deve-se mencionar que a Grande Depressão propiciou desconfiança em relação aos automatismos do mercado propagado pelo liberalismo. O ápice do período depressivo – a crise de 1929-1932 –, promoveu uma inflexão na atitude da burguesia, quanto à sua confiança cega nos automatismos do mercado (BEHRING; BOSCHETTI, 2006). Aliado a isso, em âmbito econômico, político e ideológico, seria insustentável para o capital vivenciar uma nova crise com as características de 1929, quando, com todos os limites, se consolidava uma experiência alternativa ao capitalismo liberal: a experiência socialista na União Soviética, que, ao contrário dos demais países em crise, evidenciam um período de crescimento econômico, se apresentando como um novo modelo:

[...] O trauma da Grande Depressão foi realçado pelo fato de que um país que rompera com o capitalismo pareceu imune a ela: a União Soviética. Enquanto o resto do mundo estagnava, ou pelo menos o capitalismo liberal ocidental, a URSS entrava numa industrialização ultra rápida e maciça sob os novos Planos Quinquenais. De 1929 a 1940, a produção industrial soviética triplicou, no mínimo dos mínimos. Subiu de 5% dos produtos manual faturados em 1929 para 18% em 1938, enquanto no mesmo período a fatia conjunta dos Estados Unidos, Grã Bretanha e

França caía de 59% para 52% do total no mundo. E mais, não havia desemprego. Essas conquistas impressionaram (HOBSBAWM, 1994, p. 99).

Outra alternativa que se apresentava era o fascismo, que deu fôlego imediato ao período de expansão subsequente, mediante a extração da mais-valia absoluta por métodos bárbaros durante a Segunda Guerra Mundial, a exemplo dos campos de concentração nazistas. Porém, essa maneira de organização política, com forte tensão entre as classes sociais, não poderia se sustentar a médio ou longo prazos. Havia portanto, uma tensão entre a saída fascista, liberal-burguesa e socialista. Tensionamento que temporariamente se resolveu na segunda guerra mundial com a vitória dos aliados mediante a efetivação de um acordo com a União Soviética que foi decisivo para derrotar o Nazi-fascismo. Naquela época, estavam em disputa econômica e territorial três grandes projetos – dois do campo da burguesia (o fascismo e o projeto liberal-reformista) – e o projeto socialista, já nesse momento sob a condução de Stálin (BEHRING; BOSCHETTI, 2006).

O projeto liberal-reformista surge da contestação do liberalismo ortodoxo, expresso majoritariamente nas proposições do economista britânico John Maynard Keynes. E, foi o projeto que a burguesia se vinculou para saída da crise. As proposições de Keynes estavam aliançadas a um conjunto de medidas anticrise com o propósito de amortecer as crises cíclicas de superprodução, superacumulação e subconsumo, ensejadas a partir da lógica do capital (MANDEL, 1982).

Mandel (1982) sinaliza que tais medidas, nas quais se incluem as políticas sociais, objetivavam amortecer a crise e manter algum controle sobre os ciclos econômicos. O argumento fundamental se baseava na necessidade da eliminação permanente do desemprego em massa. Keynes afirmava que a demanda a ser gerada pela renda dos trabalhadores com pleno emprego teria um efeito de estimular a economia em recessão. E, contrariando as teses liberais, Keynes defendia uma regulação do Estado na economia visando a conter a crise (HOBSBAWM, 1994).

Essa contenção só foi possível pela conjugação de alguns fatores como: o estabelecimento de políticas objetivando a geração do pleno emprego e crescimento econômico num mercado capitalista liberal; a instituição de serviços e

políticas sociais com vistas a criar demanda e ampliar o mercado consumidor; e um amplo acordo entre esquerda e direita, entre capital e trabalho (MISHRA, 1995).

Após a Segunda Guerra Mundial, o chamado “consenso do pós-guerra” permitiu o estabelecimento de uma aliança entre as classes sociais. Isso somente foi viabilizado em decorrência do enfraquecimento, por parte da classe trabalhadora, do projeto de socialização da economia. Ocorreram algumas alianças entre partidos de esquerda e direita que também propiciaram o estabelecimento de acordos e compromissos e resultaram na aprovação de diversas legislações sociais. É nesse contexto que as políticas sociais se generalizaram, compondo o rol de medidas anticíclicas do período, e também como o resultado de um pacto social estabelecido nos anos subsequentes com segmentos do movimento operário, sem o qual não podem ser compreendidas (MISHRA, 1995).

O “consenso do pós-guerra”, materializado pela assunção de partidos social democratas, ratificou a possibilidade de políticas sociais mais abrangentes serem estabelecidas e universalizadas, baseadas na cidadania, no compromisso governamental com o aumento de recursos para expansão dessas políticas, de consenso político em favor da economia mista e de um amplo sistema estatal de compromisso com políticas sociais de bem estar e de pleno emprego (BEHRING; BOSCHETTI, 2006).

Pierson (1991), ao analisar o surgimento e desenvolvimento do *Welfare State*, postula três elementos que marcam essa periodicidade do Pós Segunda Guerra Mundial como a idade áurea das políticas sociais. O primeiro elemento é expresso pelo **aumento do orçamento destinado a gastos sociais em todos os países da Europa** pertencentes a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). A média de gastos sociais desses países, em relação ao produto interno bruto, passou de 3%, em 1914, para 5%, em 1940, entre 10% e 20% em 1950 e 25% em 1970. Outro elemento importante foi o crescimento demográfico da população idosa nos países capitalistas centrais, que ampliou os gastos com aposentadorias e saúde pelo aumento da taxa da população economicamente inativa. Em decorrência desse aumento, ocorre uma mudança na relação contribuinte (ativo) e usuário das pensões (inativo).

O terceiro elemento é o crescimento sequencial de programas sociais no período. Pierson (1991) aponta que a ordem de adoção e expansão de programas sociais foi bastante similar em quase todos os países: primeiro ocorre a cobertura de acidentes laborais, seguida pelo seguro doença e invalidez, pensões a idosos, seguro desemprego e auxílio maternidade. Os primeiros beneficiados foram os trabalhadores de indústrias estratégicas, seguidos pelos trabalhadores rurais, dependentes, trabalhadores autônomos e, por último, a população como um todo. Por fim, o autor sinaliza a introdução de amplas formas de acesso a benefícios e a aplicação menos restritiva dos critérios de elegibilidade, o que perdurou até 1950 (PIERSON, 1991). Além disso, é preciso destacar que a relação de programas apontados pelo autor refere-se a políticas sociais do tipo *bismarckiano*, baseadas na lógica do seguro, iniciada na Alemanha, no final do século XIX.

Como anteriormente reportamos, as iniciativas de seguro social propostas por Bismarck têm sua origem nas reivindicações da classe trabalhadora durante o século XIX, mas não tinham caráter universal nem recebiam a designação de *Welfare State*. O que marca a emergência do *Welfare State* é justamente a superação da óptica securitária e a incorporação de um conceito ampliado de Seguridade Social com o Plano *Beveridge* na Inglaterra, que provocou mudanças significativas no âmbito dos seguros sociais até então predominantes (MAURIEL, 2011).

O Plano *Beveridge* é considerado uma referência no período pós-Segunda Guerra Mundial, no que tange a proteção social, por demarcar como características os princípios de unidade e universalidade, em que a “prevenção da miséria, a diminuição e o alívio das enfermidades – objetivo especial dos serviços sociais – constituem, de fato, interesse comum a todos os cidadãos” (MAURIEL, 2011). A proteção social funciona fundamentalmente como um meio de redistribuir a renda e construir “igualdade social”, ou aquilo que Marshall (1967) define como “cidadania plena”, composta por três conjuntos de direitos: os civis, que são necessários ao exercício da liberdade individual e a essência mesma da própria noção moderna de indivíduo; os políticos, que tratam da participação no exercício do poder político, tendo o indivíduo o arbítrio de membro de um organismo investido de autoridade política ou um eleitor dos quadros de tal organismo; os direitos sociais, que dizem

respeito a tudo o que vai desde o direito a um mínimo de bem-estar econômico e segurança, ao direito de participar, por exemplo, na herança social e levar a vida de um ser civilizado de acordo com os padrões que prevalecem na sociedade (MARSHALL, 1967).

Para Marshall (1967), a Lei de Educação, a Lei de Seguro Nacional e a Lei de Serviço Nacional de Saúde se constituíram nos três pilares do Estado de Bem Estar Social britânico. Estão associadas com os nomes de Butler, Beveridge e Bevan – um conservador, um liberal e um socialista. Na interpretação de Marshall, o Plano *Beveridge* consistiu na fusão das medidas esparsas já existentes, na ampliação e consolidação dos vários planos de seguro social, na padronização dos benefícios e criação de novos como o seguro acidente de trabalho, o abono familiar ou o salário-família, o seguro desemprego e os auxílios: funeral, maternidade, abono nupcial, benefícios para esposas abandonadas, assistência às donas de casa enfermas e auxílio treinamento para os que trabalhavam como autônomos (MARSHALL, 1967).

Assim, o *Welfare State* eclode como uma particular forma de regulação social, que se expressa pelas transformações das relações entre o Estado e a economia, entre o Estado e a sociedade, a um dado momento do desenvolvimento econômico (MAURIEL, 2011). Tais transformações podem ser evidenciadas na emergência de sistemas públicos de base nacional regulados pelo Estado como: de educação, saúde, previdência social, assistência social e habitação que, *pari passu* as políticas de salário e emprego, regulam, de maneira direta ou indiretamente, o volume, as taxas e os comportamentos do emprego e do salário, afetando, portanto, o nível de vida da população trabalhadora (MAURIEL, 2011).

O *Welfare State* ou Estado de Bem-Estar Social é um modelo ou tipo de Estado que foi gestado concomitantemente com a ideia de política social e que pressupõe a existência de instrumentos dessa política. Mesmo que tenha sido plenamente constituído como prática social após a Segunda Guerra Mundial, os elementos de sua composição começaram a surgir desde o final do século 18, ainda como forma de aliviar a pobreza das grandes massas (MAURIEL, 2011). O estabelecimento dos sistemas de proteção social que vão conformar os *Welfare States* ocorre no bojo da constituição e fortalecimento da ordem econômica mundial capitalista. E, como

destacado por Ferguson (2013, p. 68-69) [...] “quaisquer que sejam suas realizações [...] o governo operou de forma muito clara no quadro do capitalismo e não hesitou em colocar as necessidades do capital antes daquelas da classe trabalhadora”.

Nesse sistema de proteção social – os *Welfare States* –, o financiamento é proveniente dos impostos fiscais (e não da contribuição direta de empregados e empregadores como o modelo Bismarckiano) e a gestão é pública estatal. Os princípios fundamentais do sistema *beveridgiano* são a unificação institucional e a uniformização dos benefícios (MARSHALL, 1967).

Vale destacar que, conforme Esping-Andersen (1991), não há um único tipo de *Welfare State*<sup>27,28</sup>. Mas, não vamos aqui adentrar esse debate. Apenas destacar que das diferenças didáticas estabelecidas por autores como Esping-Andersen (1991) no que diz respeito aos tipos de *Welfare States* estabelecidos nos diversos

---

<sup>27</sup> Ele distingue os países em três tipos de regime. O primeiro, que caracteriza como **liberal**, apresentaria como características: execução de políticas focalizadas de assistência aos que se comprovem por meio de instrumentos (testes) serem pobres, poucas transferências universais ou planos modestos de previdência, benefícios focalizados na população de baixa renda; reforma social limitada pelas normas tradicionais e liberais com foco na ética do trabalho; critérios rígidos para acesso aos benefícios. Nos países em que predominam tais características, o Estado encoraja o mercado, tanto passiva (ao garantir apenas o mínimo) quanto ativamente (ao subsidiar esquemas privados de previdência). Para o autor, políticas sociais com tais características contribuem para edificar uma ordem de estratificação que mistura igualdade relativa da pobreza entre os beneficiários do Estado e serviços diferenciados pelo mercado para a maioria, produzindo um dualismo político de classe (ESPING-ANDERSEN, 1991). Outro regime, denominado pelo autor de **conservador e corporativista**, teria como base o modelo *Bismarckiano*. Neste, os direitos sociais preservam o status ligado à estratificação social, o que limitaria sua capacidade redistributiva; o edifício estatal substitui o mercado enquanto provedor de benefícios sociais, de modo que a previdência privada possui papel secundário. Para o autor, nesses regimes corporativos há uma ênfase estatal na manutenção das diferenças de status, os benefícios são comprometidos com a família tradicional devido ao legado da Igreja e baseiam-se no princípio da subsidiariedade, o que levaria o Estado a intervir apenas quando a capacidade da família exaure (ESPING-ANDERSEN, 1991). O terceiro regime, que o autor designa como **social-democrata**, englobaria os países que instituíram políticas sociais universais e cujos direitos sociais foram estendidos às classes médias. Para o autor, esse modelo de *Welfare State* propicia igualdade com melhores padrões de qualidade e não apenas igualdade das mínimas necessidades. Dois princípios são basilares na implementação das políticas sociais: a prestação de serviços e benefícios compatíveis com os gastos da classe média e igualdade na prestação de serviços. Ademais, os benefícios são desmercadorizantes e universalistas, todas as camadas são incorporadas a um sistema universal de seguros, mas com benefícios graduados de acordo com os ganhos habituais (ESPING-ANDERSEN, 1991).

<sup>28</sup> Segundo Pereira (2010, p. 3), Esping-Andersen recebeu várias críticas ao divulgar a sua tipologia. As críticas iam do reduzido número de regimes de bem-estar tratados pelo autor (apenas três), à ausência de consideração das diferenças de gênero e de análise consistente sobre o papel da família nesses regimes. A autora também alerta sobre a necessidade de se ter critérios ao utilizar a tipologia de Esping-Andersen, por exemplo, em uma pesquisa comparativa, pois o pesquisador pode – por não possuir comensurabilidade comparativa – simplificar realidades que são complexas.

países majoritariamente após a Segunda Guerra Mundial, é importante ratificar que nesse período há uma mudança de mentalidade na interpretação da concessão dos serviços sociais. Se antes vistos como necessários, porém lamentáveis, agora passam a ser caracterizados como parte constitutiva da ordem capitalista, o que se gestou em decorrência do quadro de dificuldades em grande escala gerado pela guerra (MAURIEL, 2011).

Segundo Castel (1998), após a Segunda Guerra Mundial, há um aumento no processo de intervenção do Estado, denominado por ele de Estado Social. Esse Estado teria como elemento central de integração a relação de assalariamento e sua ação interventiva se desdobrou em três principais frentes: a garantia de uma proteção social generalizada pelo desenvolvimento de esquemas de seguridade social; a condução da economia para a manutenção dos equilíbrios (produtivo, monetário, cambial e financeiro), por meio da aplicação dos princípios keynesianos; buscava consolidar um compromisso entre diferentes atores implicados no processo de desenvolvimento pela construção de um padrão de regulação social (MAURIEL, 2011). Assim, o Estado Social opera para Castel (1998) como um redutor de riscos, por intermédio das obrigações que ele impõe e garante pela lei.

Nesse contexto, a instauração da seguridade social é uma etapa importante na construção da proteção social, pois concretiza objetivos já existentes desde a criação dos primeiros seguros sociais como: assegurar para as classes assalariadas políticas de prevenção aos riscos e vulnerabilidades; realizar melhorias nas condições materiais e simbólicas de vida da classe operária, utilizando como principal meio a redistribuição econômica via salário social. A partir daí os bens sociais passam a compor o nível de qualidade de vida da classe assalariada via salário indireto. Por intermédio dessa incorporação se dá também uma incorporação jurídica na própria estrutura do salário, resultante de um processo de conquista da classe trabalhadora: um direito adquirido. Assim, as relações entre empregadores e assalariados foram progressivamente sendo mediadas pelas instituições sociais de um Estado regulador (MAURIEL, 2011).

É importante mencionar que enquanto o processo de construção da seguridade social é um desdobramento dos sistemas de proteção social que tomavam forma

desde o século 19, o papel do Estado regulador da economia surge como uma inovação.

[...] ao dirigir a economia, o Estado estabelece uma correspondência entre os objetivos econômicos, políticos e sociais, assumindo a responsabilidade pela promoção da sociedade, e construindo uma forma de regulação que pesa sobre o econômico para promover o social e que faz deste o meio para tirar a economia da crise quando esta se abate. Essa característica não fica, porém, presa às fronteiras nacionais, pois, a partir do fim da segunda guerra, o planejamento e a intervenção estatal passam a compor a agenda da política internacional (MAURIEL, 2011, p. 59).

Assim, os *Welfare States* dos países capitalistas centrais serviram de referência para a construção dos sistemas de proteção social em quase todo o mundo, disseminando não um modelo a ser copiado, mas um padrão de relacionamento do Estado com a sociedade e o mercado. Em outras palavras, os *Welfare States* inspiraram uma forma particular de desenvolvimento social e, para autores como Polanyi (2000), o surgimento do Estado de Bem-Estar Social é a “grande transformação” do século 20. Isso porque o Estado de Bem-Estar Social se concretiza como um poderoso instrumento de proteção, circunscrevendo a interação de mercado, baseada na ideia utilitarista de competição atomizada, em princípios de cooperação, com a proteção social sendo a pedra de toque para se entender que as relações econômicas se devem embutir nas sociais.

Ainda segundo Polanyi (2000), a grande transformação estaria sendo gestada, nos anos de 1940, com a superação da desordem causada pela auto regulação do mercado, com a valorização do planejamento como instrumento regulatório da ordem econômico-social, associado ao fortalecimento da democracia na luta contra o nazifascismo e com a instituição do Estado de Bem Estar Social. Vale destacar que isso somente foi possível em decorrência do crescimento econômico capitalista em sua fase monopolista.

O capitalismo em sua fase monopolista adentra as décadas de 1950, e os primeiros anos da década de 1960, mostrando crescimento econômico aliado a taxas de lucro compensadoras para os países centrais. Na aparência, o Taylorismo-Fordismo e o Keynesianismo consolidariam o que Braz e Netto (2006) denominaram de “capitalismo democrático”, em que a produção em larga escala encontraria um

mercado em expansão infinita sob o controle de um Estado regulador capaz de manter as crises econômicas controladas.

Até o início dos anos de 1960 o capitalismo vivencia uma onda longa expansiva, na qual os períodos cíclicos de prosperidade são mais longos e intensos (MANDEL, 1982). As crises não foram suprimidas, mas seus impactos viram-se reduzidos e as retomadas das taxas de crescimento foram rápidas e intensas. Podemos dizer que as crises constituíram uma série de pequenos episódios em um contexto em que o crescimento econômico mostrou-se dominante. Os “anos dourados” expressam esta onda longa de expansão econômica, durante a qual crescimento econômico e taxas de lucro mantiveram-se ascendentes após o fim da Segunda Guerra Mundial (BRAZ; NETTO, 2006).

Porém, essa fase de crescimento econômico já nos anos finais de 1960 começa a declinar e como em todo período de esgotamento de uma fase expansiva, a queda nas taxas de lucros já começava a se evidenciar: entre 1968 e 1973, ela cai, na Alemanha ocidental, de 16,3 para 14,2%, na Grã-Bretanha, de 11,9 para 11,2%, na Itália, de 14,2 para 12,1%, nos Estados Unidos, de 18,2 para 17,1% e, no Japão, de 26,2 para 20,3%. Deve-se mencionar que nenhum país capitalista do centro conseguiu manter ou ascender às taxas de crescimento (BRAZ; NETTO, 2006).

Houve também dois acontecimentos entre 1971 e 1973 que anunciaram o fim da ilusão do capitalismo democrático com crescimento econômico infinito e desprovido de conflitos: o colapso do ordenamento financeiro mundial, com a decisão norte-americana de desvincular o dólar do ouro (rompendo com os acordos de Bretton Woods que, após a Segunda Guerra Mundial, convencionaram o padrão-ouro como lastro para o comércio internacional e a conversibilidade do dólar em ouro) e o choque do petróleo, com a alta dos preços determinada pela Organização dos Países Exportadores de Petróleo (HARVEY, 2004).

Aliada a redução do crescimento da economia, a elevação dos preços do petróleo e o rompimento dos acordos de *Bretton Woods*, somam-se ainda vetores sociais e políticos relevantes como a pressão organizada dos trabalhadores. Durante a fase expansiva dos “anos dourados” houve um aumento significativo do movimento sindical (reivindicando não apenas melhorias salariais e de condições laborais, mas

também questionando a própria forma de organização da produção nos moldes taylorista-fordista), dos movimentos de contracultura e de categorias sociais específicas: movimento estudantil, dos negros norte-americanos, o movimento feminista, entre outros (HARVEY, 2004).

A ilusão de um crescimento econômico infinito é enterrada nos anos de 1974 e 1975 em que, num processo inédito desde o pós-segunda guerra mundial, a recessão se generaliza e envolve todas as grandes potências imperialistas. Essa conjuntura recessiva faz com que os capitalistas monopolistas implementem uma estratégia mundial para reverter esse processo negativo. Primeiramente ocorrem ataques aos sindicatos, que constituíam um dos suportes do sistema de regulação social nos vários tipos de *Welfare States*. Eles são considerados os responsáveis pelos gastos públicos com as garantias sociais e a queda das taxas de lucro. Os capitalistas, nos anos finais da década de setenta, impõem medidas legais repressivas que restringem seu poder de intervenção e simultaneamente começam a ser inseridas modificações nos circuitos de produção que deslocam cada vez mais o padrão que se consolidou nos “anos dourados”. Há um esgotamento do padrão rígido de acumulação taylorista-fordista e desponta uma nova modalidade de padrão de acumulação característico da terceira fase do estágio imperialista: a acumulação flexível (BRAZ; NETTO, 2006). Essa para Harvey (2004) é apoiada na flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados de trabalho, dos produtos e padrões de consumo. É caracterizada pelo despontar de setores novos de produção e de novas formas de fornecimento de serviços financeiros, novos mercados e principalmente, taxas de lucros intensificadas de inovação comercial, tecnológica e organizacional.

Vale destacar que a reestruturação produtiva constitui a base dos processos de flexibilidade das relações de trabalho marcada pela substituição da produção rígida (taylorista-fordista) por um tipo diferente de produção, que mantém algumas características da forma anterior como a produção em grande escala. Porém, destina-se a mercados específicos e procura se adequar aos “nichos” particulares de consumo, atendendo as variabilidades culturais e regionais. Há também um movimento de desconcentração industrial com a desterritorialização da produção (especialmente para áreas subdesenvolvidas e periféricas), onde a força de

trabalho possui legislação protetora do trabalho “branda”, baixo preço e com pouca tradição de luta sindical) (HARVEY, 2008).

Os avanços técnico-científicos, notavelmente a introdução da microeletrônica e dos recursos de informática e robótica nos circuitos de produção, foram essenciais para a reestruturação produtiva, reduzindo enormemente a demanda de trabalho vivo. Ela altera os processos de trabalho, de produção e de consumo, apoiando-se em novos mercados e alta inovação tecnológica, comercial e organizacional. Também ocorre a flexibilização dos direitos trabalhistas, do contrato de trabalho (parcial, temporário, terceirizado) e o próprio trabalhador, que se tornou polivalente, passando a operar simultaneamente em várias funções no processo produtivo. Os processos de flexibilização/desregulamentação podem ser entendidos como uma forma de derrubar as barreiras que dificultariam o movimento de capitais e à acumulação (ANTUNES, 1995).

Associado a isso, uma importante transformação na economia foi acarretada pelo processo que alguns analistas designam como financeirização do capital. Sobre o assunto Harvey (2004) constata:

[...] Foi em tudo espetacular por seu estilo especulativo e predatório. Valorizações fraudulentas de ações, falsos esquemas de enriquecimento imediato, a destruição estruturada de ativos por meio da inflação, a dilapidação de ativos mediante fusões e aquisições e a promoção de níveis de encargos de dívidas que reduzem populações inteiras, mesmo nos países capitalistas avançados, a prisioneiros da dívida, para não dizer nada da fraude corporativa e do desvio de fundos [...] decorrente de manipulações do crédito e das ações – tudo isso são características centrais da face do capitalismo contemporâneo (HARVEY, 2004, p. 123).

A financeirização foi impulsionada pelos recursos tecnológicos informacionais, que garantem comunicações imediatas entre os agentes econômicos estabelecidos nos lugares mais longínquos. Ela é resultado da superacumulação e da queda das taxas de lucro dos investimentos industriais registrada entre os anos setenta e meados dos oitenta. Na medida em que o sistema capitalista prefere não produzir em vez de produzir sem lucro, um montante gigantesco de capital foi disponibilizado sob a forma de capital monetário ou capital-dinheiro. Uma parte desse capital foi aplicado na produção e no setor de serviços em outros países pelas corporações imperialistas via investimento externo direto. Entretanto, uma parte substancial se

manteve no circuito da circulação buscando valorizar-se nesta esfera. Vale destacar que apenas na produção se cria valor – na circulação não há geração de valor: o capital sai da circulação (D) e a ela regressa (D'). Isso significa que 1) valorizando-se realmente na produção, o capital aparece valorizado na circulação; e 2) que quaisquer ganhos efetivos na esfera da circulação só podem resultar de valores criados na esfera da produção. Em síntese: D só pode tornar-se D' pela mediação da produção (BRAZ; NETTO, 2006; MARQUES; NAKATANI, 2009).

A existência de uma massa de capital sob a forma de capital dinheiro é imprescindível à dinâmica do capitalismo e essa massa é remunerada através dos juros. À medida que o capitalismo se desenvolveu, um segmento capitalista passou a viver exclusivamente desse capital que conservaram sob a forma monetária – trata-se da camada de capitalistas rentistas, que não se responsabilizam por investimentos produtivos. O que vem se passando no capitalismo contemporâneo é o fabuloso crescimento (em função da superacumulação e da queda das taxas de lucros) dessa massa de capital dinheiro que não é investida produtivamente, mas que succiona seus ganhos (juros) da mais-valia global – trata-se, como se vê, de uma sucção parasitária (BRAZ; NETTO, 2006).

Associado a esse fenômeno há o crescimento do capital fictício. Segundo Nakatani e Marques (2009) é possível identificar em Marx, três grandes formas de capital fictício: o capital bancário, a dívida pública e o capital acionário. E, os autores, agregam a essas três formas o atual mercado de derivativos. Dessa forma para os autores:

[...] teremos, então, quase todo o capital fictício que impulsiona a acumulação de capital e forma o conjunto de capitais que comandam o processo de acumulação em geral e as formas particulares de gestão de unidades individuais de capital, nesta fase do capitalismo financeirizado (MARQUES; NAKATANI, 2009, p. 31).

O capital fictício (cotas de fundos de investimentos, títulos de dívidas públicas, ações) não possui valor em si mesmo. Representa apenas um título de propriedade, que dá direito a um rendimento. Seu crescimento tem sido de caráter nitidamente especulativo, ou seja: não guarda a menor correspondência com a massa de valores reais (KOSLOV, 1981). A financeirização do capitalismo contemporâneo deve-se a que as transações financeiras (isto é: as operações

situadas na esfera da circulação) tornaram-se sob todos os sentidos hipertrofiadas e desproporcionais em relação à produção real de valores – tornaram-se predominantemente especulativas. [...] Os rentistas e os possuidores de capital fictício extraem ganhos sobre valores frequentemente imaginários e alguns só descobrem isso quando, nas crises do “mercado financeiro”, papéis que, à noite, valiam X, na manhã seguinte passam a valer  $-X$ , ou a não valer nada [...] (BRAZ; NETTO, 2006, p. 232).

É importante destacar que as finanças passaram a constituir, nos últimos anos, o sistema nervoso do capitalismo – nelas se espelham, particularmente, a instabilidade e os desequilíbrios da economia dessa fase do estágio imperialista:

Envolvendo interesses monumentais e instituições tentaculares, a oligarquia que as controla (não mais que 500 “investidores”) dispõe de um poder que desafia a soberania dos Estados nacionais e a autoridade dos seus bancos centrais; deve-se a esse poder a livre mobilidade de que os capitais puramente especulativos (“capitais voláteis”) passaram a desfrutar e, com ela, a sua capacidade de arruinar inteiras economias nacionais – especialmente através da sua ação sobre o mercado de divisas (BRAZ, NETTO, 2006, p. 232).

É também no marco da financeirização do capitalismo que se tornam inteligíveis a questão da dívida externa de muitos países periféricos e também as propostas de “ajuste” de suas economias, através das “reformas” recomendadas e monitoradas por agências internacionais, notadamente o Fundo Monetário Internacional, que representam os interesses da oligarquia das finanças.

Embora tenha origens bem anteriores, a dívida externa dos países periféricos e dependentes ganhou a dimensão que hoje possui a partir de meados dos anos setenta do século XX: volumosos capitais dos países centrais, tornados excessivos pela superacumulação e pela queda das taxas de lucro, foram postos ao alcance dos tomadores (devedores) a juros variáveis, determinados pelos credores. Só esta prescrição já aprisionava os devedores; mas ela não bastou aos credores: estes condicionaram largamente os empréstimos, de forma a compelir os tomadores a compras ou investimentos segundo os seus interesses. O resultado foi o seguinte: de uma parte, a taxa de juros oscilou em geral a favor dos credores; de outra, o quantum que efetivamente serviu aos interesses dos credores foi sempre muito inferior ao montante dos empréstimos (MANDEL, 1982).

Nessas condições, a dívida cresceu astronomicamente e aos credores não interessa senão o pagamento dos juros – seu total acumulado ultrapassa de longe o principal da dívida – que, de tão significativos, muitas vezes implicaram novos empréstimos para saldá-los. O caso latino-americano é emblemático: se em 1975, a dívida externa de nossos países era estimada em 300 bilhões de dólares, em 2005 ela chegava a 730 bilhões – apesar de, nos mesmos trinta anos, nossos países terem pago um total de 1 trilhão de dólares (BRAZ; NETTO, 2006).

A maioria dos empréstimos realizados para a América Latina foi estabelecida com base em taxas de juros flutuantes e, assim, quando os Estados Unidos resolveram aumentar sua taxa básica de juros, em 1979, triplicando seu valor, a dívida externa passou a constituir um problema de dimensões antes não pensadas, levando à paralisia ou mesmo à queda do produto interno bruto (PIB) dos países devedores, o que foi chamado de “década perdida”. Nesse momento, os governos converteram as dívidas externas privadas em dívidas públicas, aumentando ainda mais a responsabilidade do Estado. No momento da renegociação das dívidas, o que ocorreu em momentos diferentes em cada país da América Latina, essas foram transformadas em títulos comercializáveis nos mercados financeiros internacionais (BRAZ; NETTO, 2006).

Completava o quadro de endividamento, a dívida contraída pelos Estados para financiarem seus déficits orçamentários. Essas dívidas, associadas aos encargos da dívida externa, foram acumulando-se gradativamente entre os anos 1970, 1980 e 1990.

Os gastos estatais, quando não cobertos pelas receitas, resultam no chamado déficit público – em face do qual o Estado pode emitir sem lastro, desencadeando diretamente processos inflacionários, ou pode lançar papéis (títulos da dívida pública) no mercado, oferecendo juros atraentes aos investidores. A oligarquia financeira é a principal detentora desses títulos e, naturalmente, utiliza todo o seu poder para, primeiro, manter elevados aqueles juros e, segundo, recebê-los pontualmente. Quando Estados periféricos e dependentes, por uma razão ou outra, encontram dificuldades para manter o fluxo de recursos para os detentores dos títulos, estes pressionam no sentido de reduzir os gastos estatais, de forma a constituir um superávit que lhes permita continuar succionando valores sob forma

monetária. Não é preciso observar que esse superávit se obtém mediante a diminuição de investimentos (em infra-estrutura, saúde, educação etc.), o que reduz as possibilidades de crescimento econômico. As propostas de “reforma” e “ajustes estruturais” apresentadas aos Estados periféricos e dependentes combinam a recomendação de “cortar gastos” com a privatização – e, por isso, tais “reformas” e “ajustes” resultam sempre em ganhos para a oligarquia financeira e os grupos monopolistas, penalizando fortemente as massas trabalhadoras (CHOSSUDOVSKY, 1999).

E, nas últimas três décadas, os países dependentes periféricos tornaram-se grandes exportadores de capital para os países centrais – segundo cálculos do sociólogo mexicano Pablo González Casanova, entre 1972 e 1995, o volume dos excedentes exportados da periferia capitalista para o capitalismo central chegou à grandiosa cifra de 4,5 trilhões de dólares (BORÓN, 2002).

É necessário enfatizar que o processo de financeirização é marcado pelo aumento da exploração do trabalhador via, por exemplo, a reestruturação produtiva e em termos ideológicos pelo neoliberalismo, trazendo como característica marcante a ofensiva do capital sobre o trabalho, exponenciação da questão social e de tendências para as políticas sociais em que uma das expressões é o desmonte dos *Welfare States* europeus (IAMAMOTO, 2008).

Vale destacar que o período que se deu pós-segunda Guerra até o final da década de 70 do século XX pode ser identificado como de absoluta excepcionalidade na história do capitalismo onde há crescimento econômico, industrialização da periferia e acumulação, ocorrendo, concomitantemente, a definição de uma nova institucionalidade econômica, construída sob a hegemonia norte-americana. Consolida-se um novo padrão de produção e uso da força de trabalho (fordismo), associado a uma também nova relação entre Estado e economia (keynesianismo), num contexto de Guerra Fria ou bipolaridade (BEHRING; BOSCHETTI, 2006).

Desde os anos 70, em decorrência da crise do sistema capitalista, a tendência é uma inversão no que se refere à transferência de recursos e responsabilidades. O Estado voltou a reproduzir o discurso ideológico da necessidade de transferir responsabilidades para a sociedade civil (principalmente no que tange a proteção

social) e passou a incorporar outros de natureza não propriamente “nacional” (daí o debate sobre como e em que medida deve ocorrer o controle sobre o comércio e o capital transnacional) conforme é propagado pelo neoliberalismo (MAURIEL, 2011).

O desmonte (de forma total ou de parte) dos vários tipos de *Welfare States* se constitui em um exemplo da estratégia do capital em suprimir direitos conquistados pela sociedade, que são visualizados como privilégios. Em âmbito mundial, a estratégia do capital visa romper com as barreiras sociopolíticas, alfandegárias e destruir qualquer mecanismo que possa travar a liberdade do movimento do capital. Além disso, para legitimar esta estratégia houve uma forte disseminação do neoliberalismo, definido por Harvey (2008) como:

[...] uma teoria das práticas político-econômicas que propõe que o bem-estar humano pode ser melhor promovido liberando-se as liberdades e capacidades empreendedoras individuais no âmbito de uma estrutura institucional caracterizada por sólidos direitos à propriedade privada, livres mercados e livre comércio (HARVEY, 2008, p.12).

O ideário neoliberal compreende uma visão de homem individualista, possessivo e competitivo; uma visão de sociedade como um agregado fortuito que se constitui como um meio para o indivíduo realizar seus anseios privados. Ela é fundada na ideia da desigualdade natural e necessária entre os homens e a liberdade é entendida como liberdade de mercado. Sendo maciçamente disseminada pelos meios de comunicação a partir dos anos de 1980, essa ideologia legitima o projeto do capital monopolista de romper com as restrições sociais e políticas que limitam a sua liberdade de movimento. Vale destacar que o primeiro alvo foi à intervenção do Estado na economia e nos gastos sociais.

O Estado, durante todo desenvolvimento histórico capitalista, longe de se manter afastado dos processos de mercado, toma como seu papel manter o grau de expansão e acumulação necessário à manutenção do capital. No contexto de crise econômica e de dominação, que atingiu profundamente as estruturas do capital no final da década de 1960 e início de 1970, as determinações decorrentes da configuração do Estado como complemento do capital levaram-no a tomar a configuração neoliberal como tentativa de recompor o poder da classe burguesa (HARVEY, 2008).

Nesse contexto é propagada ideologicamente a necessidade de “enxugamento dos gastos sociais” e ampliação dos espaços para exploração capitalista com a abertura do campo dos serviços públicos ao empresariado, tornando-se contribuinte na busca pela recuperação dos padrões de acumulação do capital<sup>29</sup>. Nesse sentido, observamos uma ofensiva do capital que permite definir as políticas sociais do neoliberalismo a partir de 3 pontos principais: administração racional dos recursos públicos; descentralização, terceirização de serviços públicos para a iniciativa privada e focalização das políticas sociais (PEREIRA; STEIN, 2010).

Draibe (1993) retrata esses pontos como vetores estruturantes das reformas e dos programas sociais neoliberais. Descentralizar como uma maneira de aumentar a eficiência e a eficácia dos gastos com políticas sociais mediante a aproximação dos problemas da gestão local, incluindo a interação com as organizações não governamentais no financiamento das atividades sociais. Argumenta-se que com isso há uma melhor utilização dos recursos e formas alternativas de produção e operação de serviços, mais facilmente organizadas nas esferas municipais.

No que diz respeito à privatização, a mesma é propagada pela ideologia neoliberal como uma forma de deslocamento da produção de bens e serviços públicos para o setor privado lucrativo e não lucrativo (composto pelas organizações comunitárias e associações filantrópicas). Ela também propicia o alívio fiscal e evita a irracionalidade no uso de recursos - que é induzida pela gratuidade de certos serviços públicos. A ideia de universalidade das políticas sociais é substituída pela focalização pelas seguintes razões: aplicam-se com mais eficácia e moralidade critérios redistributivos; enfrentam-se situações de pobreza e de exclusão de forma mais focada e orientada; o gasto é menor; e no âmbito técnico, atua-se de forma mais eficaz na gestão de programas e projetos a serem desenvolvidos (PEREIRA;

---

<sup>29</sup> Ferguson (2013) ao relatar sobre as mudanças que estão ocorrendo no Estado Social da Grã-Bretanha, enfatiza que a denominada “reforma social” instituída pelo governo (de coalisão conservador/liberal-democrata a partir dos anos de 2010) é apenas um eufemismo para as nomenclaturas privatização, cortes nos serviços e ataques a benefícios que historicamente foram instituídos a partir de 1948 (baseados nas recomendações do relatório *Beveridge*). Exemplifica, citando o ato da saúde e assistência social. Esse ato exige na lei que 49% dos serviços possam ser adjudicados a “qualquer fornecedor qualificado”, o que segundo o autor, levará a uma rápida privatização dos serviços. Enfatiza também que entre um quarto e a metade de todos os serviços comunitários prestados já estavam sendo geridos por uma instituição privada no ano de 2013.

STEIN, 2010). E, no âmbito da gestão de programas/políticas sociais **emerge a discussão da intersetorialidade**.

Assim é no contexto de mudanças no padrão de acumulação capitalista, em que as políticas sociais começam a ser submetidas ao crivo da ideologia neoliberal que a literatura demarca o surgimento da intersetorialidade a partir da discussão internacional sobre a promoção da saúde – que tem suas bases teóricas vinculadas ao movimento de medicina social do século XIX. Assim, apesar da intersetorialidade ser uma estratégia de gestão que abrange várias políticas sociais na atualidade, a mesma tem seu surgimento na política de promoção da saúde da OMS, disseminada especialmente a partir das conferências internacionais de promoção da saúde, alvo de análise a partir das linhas subsequentes.

### 3.2 INTERSETORIALIDADE E AS POLÍTICAS SOCIAIS EM TEMPOS (NEO) LIBERAIS.

*“O destino o que é senão um embriagado conduzido por um cego?” (Mia Couto).*

A discussão acerca da intersetorialidade emerge a partir da conferência internacional de Alma-Ata. Essa conferência enfatiza que a **saúde constitui um estado de completo bem-estar físico, mental e social**, e não simplesmente ausência de doença ou enfermidade (OMS, 1978). No interior desse conceito está a crítica que se disseminava sobre o entendimento da saúde estritamente atrelado a conceitos biológicos e a necessidade de ruptura com a perspectiva *pausteriana*. Além do conceito de saúde ratificado nessa declaração, outro conceito passa a ser priorizado como a chave para a resolução dos problemas de saúde em âmbito mundial: o de cuidados primários em saúde<sup>30</sup>.

---

<sup>30</sup> Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito da autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto no sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais

A Conferência de Alma-Ata enfatiza ainda que a realização desse **conceito de saúde**, e a disseminação dos cuidados primários em saúde para as populações mundiais, **não poderiam ser atingidos se a discussão e a operacionalização das ações se mantivessem intrínsecas ao setor saúde**. Os cuidados primários em saúde propagados por tal conferência envolveriam, além do setor saúde, todos os setores e aspectos correlatos do desenvolvimento nacional e comunitário como a agricultura, a pecuária, a produção de alimentos, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas, as comunicações e outros setores (OMS, 1978).

É a partir desse pensamento que é propagada nessa conferência a necessidade da **ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde** visando ao contínuo desenvolvimento econômico, social e a redução das lacunas existentes entre o estado de saúde dos países em desenvolvimento e dos ditos subdesenvolvidos. Ademais, os dirigentes dos países são clamados a mobilizarem os recursos existentes em seu território e utilizarem racionalmente os recursos externos disponíveis bem como a elaborarem estratégias para a sua operacionalização. O objetivo era atingir, por intermédio da disseminação dos cuidados primários, a saúde para todos no ano 2000 (OMS, 1978).

Para tanto, o documento também postula a necessidade dos países abrirem suas portas para a “Ordem Econômica Internacional” como um dos requisitos para atingir tal objetivo (OMS, 1978). Essa nova ordem econômica baseava-se no padrão de acumulação neoliberal que naquele momento histórico estava em fase de propagação pelos países centrais. Assim, em termos políticos e ideológicos essa conferência, apesar de discutir a temática da saúde e propagar a adoção da intersectorialidade, não se mantém alheia à adoção de direcionamentos a serem seguidos pelos países periféricos (entre eles os latino-americanos) de modo a perpetuar ainda mais a condição de superexploração e dependência, haja vista que o modelo neoliberal acentua ainda mais essas características sustentadas pelas nações latino-americanas.

---

proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS, 1978, p.1).

Além disso, em detrimento de todas as intenções contidas nas linhas que, em conjunto, formam a declaração de Alma-Ata, também não poderíamos deixar de explicitar a conjuntura histórica que permeia essa declaração. A disputa ideológica acirrada entre as duas potências a época (Estados Unidos e União das Repúblicas Socialistas Soviéticas) na denominada Guerra Fria, fez com que o mundo fosse segmentado em torno desses dois países e de suas alianças. A corrida armamentista ostentada pelos mesmos acarretou um cenário de incertezas em torno da possibilidade da eclosão de uma terceira guerra mundial (FARIA, 1991). Nesse sentido, a declaração de Alma-Ata explicita em seus preceitos a necessidade da paz mundial para a obtenção da saúde para todos, além de enfatizar a necessidade de se investir melhor os recursos mundiais, por exemplo, revertendo os gastos com armamento e conflitos militares em ações voltadas para o desenvolvimento social e econômico, do qual os cuidados primários em saúde mereceriam uma parcela adequada (OMS, 1978).

Outro aspecto detentor de atenção nessa conferência refere-se ao posicionamento de que para os países considerados subdesenvolvidos conseguirem atingir o sonhado desenvolvimento, a estratégia da adoção dos cuidados primários em saúde contribuiria significativamente para tal conquista. Essa segregação entre países desenvolvidos e subdesenvolvidos notadamente disseminada pela ONU, a partir da década de 1950, enfatizava a importância de seguir determinadas diretrizes econômicas e sociais por parte dos países considerados subdesenvolvidos (WANDERLEY, 1998). E, se as mesmas fossem seguidas à risca em um determinado espaço de tempo, as nações subdesenvolvidas se equiparariam aos países desenvolvidos. Essa diretriz proposta por essa organização, e demais organismos internacionais que a englobam, trazia em sua essência a necessidade da manutenção de controle e exploração por parte dos países desenvolvidos visando à manutenção da hegemonia americana e da manutenção do sistema capitalista sob o controle dos centros detentores de hegemonia financeira e política em um mundo sustentado pela guerra ideológica entre as duas grandes potências à época: Estados Unidos e União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (WANDERLEY, 1998). Ratificamos aqui o entendimento de que o processo de produção que se estabelece no que se denominam países

subdesenvolvidos/atrasados deve ser entendido como expressão de uma dinâmica de funcionamento e desenvolvimento do capitalismo, que no momento de sua expansão subsume todos os elementos da nova sociedade aos ditames do capital e não como uma etapa para alcançar o desenvolvimento análogo ao dos países centrais, pois só há países centrais porque existem os periféricos que auxiliam no sustento da lógica de acumulação capitalista (PAIVA; ROCHA, CARRARO, 2010).

Vale mencionar ainda a não observância das discrepâncias existentes entre os países, que são postos em patamares de igualdade em termos, por exemplo, de aparato administrativo/setores no texto da conferência. É notório que países detentores a época de *Welfare States* com políticas sociais expansivas não poderiam se equiparar a nações como, por exemplo, o Brasil, que sequer possuía universalidade no acesso a serviços de saúde, ostentava alto índice de analfabetismo, desemprego e uma máquina administrativa e burocrática ligada aos interesses da autocracia burguesa. Ademais, alguns setores possuíam maior investimento por parte dos governos militares (seguindo interesses clientelistas) enquanto outros funcionavam com poucos recursos.

Nesse contexto, não poderíamos equiparar nações que ostentavam frágeis sistemas de proteção social, como o Brasil, a países detentores dos chamados *Welfare States* em termos do usufruto de políticas sociais por parte da população. Acreditamos que é indiscutível a relevância de práticas pautadas na atenção primária a saúde, mas a focalização da política de saúde, em apenas um nível de atenção em detrimento dos outros, não assegura a superação dos agravos à saúde. Acreditamos também que a estratégia da intersetorialidade ou da articulação entre os setores (saúde, educação, agricultura) como uma das fórmulas para atingir a saúde para todos em um contexto como o brasileiro tornar-se-ia naquela periodicidade (final da década de 1970) mais uma estratégia descontextualizada da realidade brasileira e latino-americana apreendida de forma vertical.

Assim, ao mesmo tempo que é central no interior da política de saúde a centralidade da Atenção Primária, por outro o foco nesse nível pode também significar desinvestimento na política de saúde pautada na perspectiva da integralidade, contemplando todos os seus níveis de atenção.

Tendo em vista essas considerações, se fizermos uma analogia histórica, a intersetorialidade passa a ser discutida com maior ênfase a partir do final da década de 1970. Esse é um momento em que as sociedades capitalistas, após os chamados 30 anos gloriosos do *Welfare State*, passam a sofrer os abalos do avanço do ideário neoliberal visando a superar uma das crises do sistema capitalista e impedir a queda tendencial da taxa de lucros (MOTA, 2005).

Parte-se do ideário de que a articulação entre os diversos setores para a resolução de problemas complexos aumentaria também a possibilidade da diminuição dos custos operacionais. Além disso, há ênfase nas ações na atenção primária em saúde em detrimento de outras que exijam maior complexidade e, conseqüentemente, maior demanda por recursos financeiros (MARQUES; MENDES, 2002).

No que diz respeito à atenção primária em saúde considera-se que essa é, ao mesmo tempo, um reflexo e uma consequência das condições econômicas e características socioculturais e políticas do país e de suas comunidades. Inclui a participação de todos os setores e campos de atividade conexas do desenvolvimento nacional e comunitário, em particular o agropecuário, a alimentação, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas, as comunicações e outros, exigindo os esforços coordenados de todos estes setores (DOMINGUES, 2006).

Em âmbito internacional, o ideário contido na Declaração de Alma-Ata se dissemina e, em 1986, em resposta às crescentes expectativas por uma nova saúde pública ocorreu a Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde<sup>31</sup>, realizada em Ottawa (Canadá). As discussões obtidas nessa conferência foram baseadas na declaração de Alma-Ata e no debate ocorrido na Assembleia Mundial da Saúde

---

<sup>31</sup> Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (OMS, 1986, p.1).

sobre as ações intersetoriais visualizadas como necessárias para o setor saúde e o foco principal da conferência está pautado na defesa da promoção da saúde (OMS, 1986).

De acordo com essa conferência, as ações de promoção da saúde objetivam reduzir as diferenças no estado de saúde da população e assegurar oportunidades e recursos igualitários para capacitar todas as pessoas a realizar completamente seu potencial de saúde. Isto inclui uma base sólida: ambientes favoráveis, acesso à informação, a experiências e habilidades na vida, bem como oportunidades que permitam fazer escolhas por uma vida mais sadia (OMS, 1986).

Parte-se do pressuposto que pré-requisitos e perspectivas para a saúde não são assegurados somente pelo setor saúde. A promoção da saúde demanda uma [...] ação coordenada entre todas as partes envolvidas: governo, setor saúde e outros setores sociais e econômicos, organizações voluntárias e não governamentais, autoridades locais, indústria e mídia [...] (OMS, 1986, p. 2). Coloca-se, também, que os dirigentes dos diversos setores devem estar atentos para as consequências que suas decisões podem ocasionar na saúde das pessoas. As pessoas, em todas as esferas da vida, devem envolver-se neste processo como indivíduos, famílias e comunidades. Estas últimas devem desenvolver-se com os recursos materiais nelas existentes para intensificar a auto-ajuda e o apoio social no sentido do trabalho conjunto, almejando a conquista de um elevado nível de saúde (OMS, 1986).

Nota-se nessa conferência a percepção do conceito de saúde em uma perspectiva em que cada um individualmente deverá realizar o seu potencial de saúde; esquece-se de vincular a saúde em uma dimensão que englobe a coletividade e os processos que envolvem o adoecer das populações. Ademais, pode-se inferir o entendimento da sociedade como constitutiva de entidades organicamente articuladas como indivíduo, famílias e comunidades em que cada um desempenharia um papel de solidariedade em prol da conquista da saúde de todos. Os laços de comunidade passam a compor a ideia da “boa sociedade” como ordenadora das relações sociais, em tensão com seus fundamentos históricos concretos. Assim, a conferência de Ottawa resgata a ideia de solidariedade entre os indivíduos nas comunidades como matriz analítica da sociedade capitalista

quando a mesma já deixou de ter contrapartida histórica. Isto é, quando a sociedade se encontra estruturada não mais segundo os princípios das relações comunitárias, mas conforme os parâmetros da racionalidade burguesa da reprodução do capital (IAMAMOTTO, 1992).

Após dois anos da realização da Conferência de Ottawa, ocorreu a 2ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde na cidade de Adelaide, Austrália. O tema central dessa conferência foi as políticas públicas saudáveis<sup>32</sup>. A conferência ratifica que a saúde é, ao mesmo tempo, um direito fundamental e um sólido investimento social. Assim, os governos devem investir recursos em **políticas públicas saudáveis** que envolvam **práticas intersectoriais** entre setores governamentais de agricultura, comércio, educação, indústria e comunicação. Destaca ainda que as recomendações contidas na conferência somente terão materialidade se os governos estabelecerem ações concretas nos níveis nacional, regional e local com uma periódica avaliação do impacto destas políticas saudáveis (OMS, 1988).

A proposta de cidades saudáveis dissemina-se no período pós-1980, concomitantemente ao aprofundamento do processo de globalização e abertura econômica. Entre os impactos a se destacar na gestão pública, advindos deste processo, menciona-se o enfraquecimento dos Estados Nacionais – por instâncias de caráter supranacional de tipo político-econômico, como os mercados regionais, a Organização Mundial do Comércio (OMC) ou até mesmo pelas próprias empresas, em especial as que realizam transações financeiras em âmbito global. Na outra “ponta” desse processo tem-se um movimento de fragmentação ou de localismo, destacando o papel da região (muitas vezes em oposição à ideia de nação), fortalecendo as instâncias locais de poder e concretizando a tendência à descentralização (DOMINGUES, 2006).

---

<sup>32</sup> As políticas públicas saudáveis caracterizam-se pelo interesse e preocupação explícitos de todas as áreas das políticas públicas em relação à saúde e à equidade, e pelos compromissos com o impacto de tais políticas sobre a saúde da população. O principal propósito de uma política saudável é criar um ambiente favorável para que as pessoas possam viver vidas saudáveis. Para tanto, a preocupação deve estar voltada para a criação de ambientes físicos comprometidos com a saúde (OMS, 1988).

**Essa proposta por cidades saudáveis preconiza ainda que cada cidade deve buscar soluções para os seus problemas nos mais diversos setores e trabalhar com os recursos existentes na comunidade, privilegiando as ações ofertadas em conjunto com as organizações não governamentais, sociedade civil, empresariado e poder público** (OMS, 1988). Cabe aqui toda uma crítica em termos dessa proposta que visualiza os problemas sociais, ambientais e políticos como inerente a determinadas localidades tendo essas a responsabilidade de conter tanto as causas quanto às consequências de seus problemas. Em um contexto econômico dos anos de 1980 em que a maior parte dos países considerados em desenvolvimento passava por crises econômicas e aumento da desigualdade social essa proposta de cidades saudáveis é funcional à disseminação da ideologia neoliberal.

Em uma análise ampliada, identifica-se que a crise nas cidades está relacionada com a crise do sistema capitalista. Por exemplo, a forma como a descentralização foi incorporada na agenda dos governos implicou na transferência de responsabilidades para as cidades sem a contrapartida de recursos necessários. Ao considerar equivocadamente que os problemas estão particularizados nas cidades perde-se de vista que, na verdade, fazem parte de um contexto amplo de crise do capitalismo que desencadeia uma série de desequilíbrios econômicos e sociais, bem como desigualdades na distribuição de renda e riqueza percebidas desde os primórdios desse modo de produção (BEHRING, 2002).

Nesse contexto, distancia-se do conceito de intersectorialidade como a integração entre os setores e saberes para melhorar as condições de vida e atendimento da população. Utiliza-se desse princípio como argumento visando à permanência do processo perverso de descentralização centrado nos localismos com a contenção de despesas públicas e transferência de responsabilidades do Estado para a sociedade civil, transferindo para o local um problema que é global (SOARES, 2003).

Não estamos aqui questionando o âmbito local como desprovido de problemas com potencial de propor alternativas pontuais. O que queremos ratificar é que o ideário neoliberal utiliza um discurso de valorização do local pautado na solidariedade das comunidades visando à redução do papel do Estado no âmbito das políticas sociais.

Essas, particularmente na América Latina, nunca serão como as estruturadas pelos *Welfare States* (que no atual padrão de acumulação também estão sendo reestruturados); a política social no atual molde que se propaga para os países da América Latina deve ser compreendida muito mais como uma forma de manter condições mínimas de sobrevivência de uma população que já é superexplorada e mantê-la coesa do que como uma forma de apropriação coletiva do excedente<sup>33</sup> socialmente produzido.

Na mesma perspectiva da conferência de Adelaide, a da criação de ambientes favoráveis à saúde foi o tema central da Terceira conferência Internacional de Promoção da Saúde realizada em Sundsvall na Suécia em junho de 1991. A conferência retoma a bandeira de luta das conferências anteriores: saúde para todos no ano 2000 e convoca os dirigentes políticos para a ação em favor a esse objetivo. **As ações intersetoriais** aparecem como condição para o enfrentamento da pobreza, migrações, aumento populacional, degradação ambiental e devem envolver, predominantemente, setores como educação, transporte, habitação, desenvolvimento urbano, produção industrial e agricultura. As ações devem ter diferentes dimensões (física, social, espiritual, econômica e política) e precisam ser coordenadas tanto no nível local como nos níveis regional, nacional e mundial, para encontrar soluções sustentáveis (OMS, 1991).

Em detrimento da ocorrência dessas conferências internacionais, pouco delineamento foi dado as peculiaridades intrínsecas aos países considerados por essas agências como subdesenvolvidos. As mesmas relatam a importância desses países adotarem as prerrogativas contidas nessas conferências visando à obtenção da saúde para todos no ano 2000 e o alcance do almejado desenvolvimento. É importante mensurar que os organismos internacionais, como o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), o Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento, ou Banco Mundial (BM), constituíam órgãos

---

<sup>33</sup> Segundo Marini (2000) o excedente produzido na América Latina é fruto da mais-valia extraordinária que é acumulada através da superexploração da força de trabalho e é apropriado: a) pelo capital privado interno, ou seja, parte da mais-valia gerada no interior da economia dependente, que permanece em solo nacional; b) pelo capital privado externo, ou seja, quando o capitalista estrangeiro é proprietário total ou parcial do capital produtivo e por esse motivo apropria-se total ou parcialmente da mais-valia gerada por seu empreendimento; c) pelo Estado, isto é, parte da mais-valia gerada no interior da economia dependente é transferida ao poder público mediante pagamento de impostos.

participantes dessas conferências, sejam como organizadores (no caso do UNICEF – Conferência de Alma-Ata) sejam como entidades fornecedoras de subsídios financeiros em forma de empréstimos para os países considerados subdesenvolvidos (caso do BM). Evidencia-se também que para a concessão de tais recursos, esses países deveriam seguir determinadas proposições defendidas por esses órgãos para um melhor ajuste nos programas e sistemas de saúde. Essa situação gerou a necessidade, por parte dos países considerados em desenvolvimento, de realizarem uma conferência a fim de discutirem a situação vivenciada por eles em termos sociais, econômicos e de saúde.

Assim, foi realizada em Santafé de Bogotá no ano de 1992 a primeira conferência na América Latina de Promoção da Saúde (OPAS, 1992). Vale destacar que nessa periodicidade (década de 1990) os países latino-americanos recebem, sob a forma de pacotes de ajuste, uma série de determinações que condicionava suas ações a prerrogativas propostas por organismos internacionais delineados pela ideologia neoliberal. Isso proporcionou o agravamento da situação alarmante de pobreza que se encontrava a América Latina<sup>34</sup> (SOARES, 2003).

---

<sup>34</sup> Desde a década de 1980, a região da América Latina vem sofrendo o aprofundamento das consequências do processo de endividamento, aceleração inflacionária, recessão e os efeitos das políticas de ajuste fiscais (FLEURY, 1995). Para citar o impacto dos ajustes na vivência das populações da Latino América nos anos 90 do século XX, dados da Comissão Econômica para a América Latina (CEPAL) revelam que no ano de 1994 um em cada cinco latino-americanos não possuíam recursos financeiros suficientes para alimentar-se de forma adequada do ponto de vista nutricional (CEPAL, 1994), situação que foi agravada pela recessão e também pelas medidas de ajuste estrutural da economia que levaram a redução do nível de emprego e das remunerações (FLEURY, 1995). Comparando as condições de saúde na região com o restante do mundo verifica-se que a mortalidade infantil registrada na América Latina no ano de 1994 era (44 por mil nascidos vivos) muito mais alta do que a dos países da OCDE (8 por mil nascidos vivos). O mesmo padrão se apresentava em relação à esperança de vida ao nascer na região (68 anos na América Latina, 77 anos nos membros da OCDE). Já a comparação em termos dos recursos econômicos, destinados ao setor saúde, demonstrava que a região encontra-se em situação muito desfavorável, destinando apenas US\$ 121 per capita para a saúde, enquanto que a média mundial era de US\$ 323. Já o gasto público em saúde representava 2,2% do Produto Interno Bruto (PIB), o que correspondia a menos da metade da média mundial (4,9% do PIB). Aliado a isso, o Crescimento das Organizações Não Governamentais (ONGs) privadas e filantrópicas no financiamento da saúde da região assumia proporções volumosas, tendo canalizado entre 1980 e 1989 um total de US\$ 6 bilhões, sendo que sua participação, nos países mais pobres, chegava a ser similar ou superior à dos governos locais. Em termos de oferta de níveis de serviço de saúde há a deterioração dos serviços públicos no setor terciário (hospitalar públicos e que exige alta tecnologia) e perda da eficiência da atenção à saúde, que passa a ser concentrada no nível primário em detrimento dos serviços que exigem alta tecnologia. Com isso ocorre um aumento da oferta de serviços pelo setor privado, especialmente na modalidade de seguro saúde (FLEURY, 1995).

A Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada sob o patrocínio do Ministério da Saúde da Colômbia e da OPAS, contou com representantes de 21 países, entre eles, o Brasil. Segundo a declaração oriunda dessa conferência, a promoção da saúde na América Latina busca a criação de condições que garantam o bem-estar geral como propósito fundamental do desenvolvimento, assumindo a relação mútua entre saúde e desenvolvimento. Além disso, nessa conferência delineou-se a situação de iniquidade em que se encontra a região da América Latina ao mesmo tempo em que se elencam as políticas de ajuste macroeconômico como responsáveis pela deterioração das condições de vida da maioria da população, aliado ao aumento de riscos para a saúde e uma redução de recursos para enfrentá-los. Nessa conjuntura, relatam a dificuldade de enfrentar e resolver estes problemas e alcançar um objetivo ratificado desde a conferência de Alma-Ata e que perpassou todas as conferências de promoção da saúde: a saúde para todos no ano 2000 (OPAS, 1992).

Na primeira conferência realizada na América Latina são assumidos diversos compromissos entre os países presentes. Entre eles, dois se relacionam mais diretamente às ações intersetoriais (DOMINGUES, 2006).

- O primeiro deles enfatiza **a necessidade de afinar mecanismos de concentração e negociação entre os setores sociais e institucionais** para levar a cabo atividades de promoção da saúde, visando avançar até alcançar o bem-estar físico, social e mental das populações mundiais, propiciando **a transferência de recursos de investimento social às organizações da sociedade civil**<sup>35</sup>.
- O segundo deles ratifica ser de relevância **o fortalecimento da capacidade do setor mobilizar recursos para a produção social da saúde**, estabelecendo **responsabilidades de ação nos diferentes setores sociais e seus efeitos sobre a saúde** (DOMINGUES, 2006).

Desse modo, nota-se que os países da América Latina e não apenas eles – vivenciando situações de pobreza, baixos indicadores de saúde – anunciam que não haveria possibilidade de cumprir a meta saúde para todos no ano 2000.

---

<sup>35</sup> Entendida como Organizações Não Governamentais.

Entretanto, a saída apontada para promover a saúde é a **articulação** com a sociedade civil não governamental (ONGs) mediante transferência de responsabilidades.

A declaração de Jacarta, resultado da IV Conferência Internacional para a Promoção da Saúde ocorrida na Indonésia em 1997 – após quase vinte anos da declaração de Alma-Ata –, pôs em foco um desafio importante: derrubar as fronteiras tradicionais dentro dos setores públicos, entre organizações governamentais e não governamentais e entre setores público e privado. A promoção da saúde requer **parcerias** para o desenvolvimento social e da saúde entre os diferentes setores. Para tanto, deve-se criar incentivos para influenciar as ações de organizações governamentais e não governamentais, instituições educacionais e o setor privado a fim de assegurar que a mobilização de recursos para a promoção da saúde seja maximizada. Uma parte essencial desse papel é dado à Organização Mundial de Saúde (OMS) – exortar as organizações governamentais e não governamentais, bancos de desenvolvimento, agências da Organização das Nações Unidas (ONU), órgãos interregionais, agências bilaterais, sindicatos e cooperativas, assim como o setor privado, a promover as ações de prioridade para a promoção da saúde (OMS, 1997).

A partir da leitura dessa declaração, percebe-se o **entendimento de um relacionamento harmônico entre os diferentes setores**: Organizações não governamentais, iniciativa privada, e setor público como se os mesmos fossem dotados de interesses desprovidos de antagonismos em que todos trabalhariam em prol da promoção da saúde sem nenhuma outra intencionalidade, fato inexistente em uma sociedade marcada pela contradição entre as classes sociais, como a capitalista. O que se pretende é transferir parte das responsabilidades que eram conferidas ao Estado para as ONGs e a iniciativa privada, reduzindo o papel do mesmo ao mínimo e fazendo com que esses “setores” a serem articulados se apropriem do fundo público.

Cabe destacar que às vésperas do ano 2000, a meta saúde para todos no ano 2000 estava longe de ser atingida. *Pari passu* a essa constatação, em setembro de 2000, a ONU e suas agências (entre elas, a OMS, BM, UNICEF), juntamente com o apoio de 147 chefes de Estado e de Governo, aprovam a Declaração do Milênio das

Nações Unidas. Segundo essa declaração, o estabelecimento dos objetivos de desenvolvimento do milênio se constitui em um compromisso da comunidade internacional em direção à efetivação de melhorias nas condições de vida da população, especialmente os denominados pelas agências internacionais da ONU como grupos mais necessitados e vulneráveis (ONU, 2000). Os objetivos estabelecidos que se relacionam a saúde e seus determinantes sociais foram: a) erradicar a pobreza extrema e a fome; b) atingir o ensino básico universal; c) promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres; d) reduzir a mortalidade infantil; e) melhorar a saúde materna; f) combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças; g) garantir a sustentabilidade ambiental; h) estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento global (OPAS, 2011).

A **intersectorialidade é demarcada como estratégia importante da OMS/OPAS** para o desenvolvimento das metas do milênio. Ela emana como uma **ferramenta de gestão** a ser utilizada para o desenvolvimento de políticas e alianças intersectoriais solidárias, que objetivem a equidade, a integralidade, a resolução de desigualdades e que tenham a participação da sociedade civil<sup>36</sup> e de outros atores. A prioridade de investimento dos governos deverá ser os cuidados primários em saúde em nível local e a promoção da saúde. Vale destacar que o conteúdo da declaração do milênio influenciará nos debates fomentados na conferência internacional de promoção da saúde realizada em Bangkok no ano de 2005 na Tailândia e que resultou em uma carta identificando compromissos e promessas para abordar os determinantes da saúde em um mundo “globalizado”.

Segundo esse documento, a globalização abre novas oportunidades de cooperação para a melhoria da saúde e redução dos riscos transnacionais mediante mecanismos mais eficientes de troca de experiências. Reforça ainda a necessidade de construir parcerias e alianças com organizações públicas, privadas, não governamentais e sociedade civil com o objetivo de **criar ações sustentáveis mediante o fomento de ações articuladas (intersectoriais)** entre os mesmos (OMS, 2005).

---

<sup>36</sup> Entendida como Organizações privadas com ou sem fins lucrativos.

No que diz respeito especificamente à eficiência da globalização, concordamos com Soares (2003), quando essa autora aborda a globalização mundial como uma justificativa para a eclosão de um rearranjo da hierarquia das relações econômicas e políticas internacionais, feito sob a égide de uma doutrina neoliberal, gestada no centro financeiro e político do mundo capitalista. Reafirmo também suas considerações a respeito de que a globalização não tem contribuído principalmente para melhorias na vivência dessas populações periféricas, mas para o surgimento de novas condições de pobreza e generalização da precariedade e da insegurança em vastos setores sociais, entre eles, o setor saúde.

Por fim é possível apreender dessas conferências internacionais que a saúde para todos no ano 2000<sup>37</sup> (como esperado) pode ser considerada uma meta difícil de ser alcançada em um contexto restritivo às políticas sociais de caráter redistributivo. Os processos históricos desencadeados desde a conferência de Alma-Ata propiciaram modificações notórias no padrão de acumulação capitalista e hoje vivenciamos o arrefecer das políticas sociais mediante o avanço do ideário neoliberal com o agravamento das antigas situações de pobreza, bem como o surgimento de novas situações denominadas de precarização, vulnerabilidade, instabilidade e violência. Tais situações expressam a agudização da questão social. Com isso, presencia-se a conseqüente manutenção da dependência dos países periféricos em relação aos países capitalistas centrais. Nesse contexto das conferências internacionais de promoção da saúde, a intersectorialidade aparece como uma ferramenta de gestão a favor da focalização da política de saúde no nível primário em detrimento de outros níveis e está atrelada ideologicamente a manutenção da lógica da dependência. Assim, a saúde para todos permanece como um desafio, e nos moldes propagados pelos organismos internacionais, uma meta sem fundamentação estrutural.

Nesse sentido, concordamos com a afirmação de Buss e Carvalho (2008) que expressa o baixo alcance das experiências intersectoriais em relação ao impacto geral sobre os determinantes sociais de caráter estrutural (2008, p.155):

[...] Embora frequentemente exitosas em nível local, as experiências de **intersectorialidade tiveram pouco alcance geral** e pouco impacto sobre

---

<sup>37</sup> E, mais recentemente, a construção das metas do Milênio (ONU, 2000).

as desigualdades sociais e sanitárias, em razão de sua **baixa possibilidade de influir sobre os determinantes sociais** de caráter mais estrutural, produzidos por políticas econômicas geradoras de pobreza, desemprego e risco social em geral.

Abaixo apresentamos um quadro que busca ilustrar a discussão da intersectorialidade nos documentos das conferências:

Quadro 12 - A intersectorialidade nas conferências internacionais de saúde

Documento	Ano	Agências internacionais participantes	Direcionamentos aos países	Intersectorialidade
Conferência de Alma Ata	1978	OMS com o patrocínio do Banco Mundial, UNICEF.	Adoção prioritária da promoção da saúde e do conceito de saúde como o estado completo de bem-estar físico, mental e social e não simplesmente ausência de doença.  Necessidade da inserção dos países na ordem econômica internacional como condição para atingir a meta: saúde para todos no ano 2000;	[...] A consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde (OMS, 1978, p. 1).  [...] Todos os governos devem formular políticas, estratégias e planos nacionais de ação para sustentar os cuidados primários de saúde em coordenação com outros setores (OMS, 1978, p.2).
Conferência de Ottawa	1986	OMS	A promoção da saúde deve estar na agenda de prioridades dos políticos e dirigentes em todos os níveis e setores, chamando-lhes a atenção para as consequências que suas decisões podem ocasionar no campo da saúde e a aceitarem suas responsabilidades políticas com a saúde.  Os países devem juntar seus esforços mediante ação das pessoas, governos e organizações voluntárias visando atingir a meta: saúde para todos no ano 2000.	[...] a promoção da saúde demanda uma ação coordenada entre todas as partes envolvidas: governo, setor saúde e outros setores sociais e econômicos, organizações voluntárias e não governamentais, autoridades locais, indústria e mídia (OMS, 1986, p.2).  [...] a política de promoção da saúde requer a identificação e a remoção de obstáculos para a adoção de políticas públicas saudáveis nos setores que não estão diretamente ligados à saúde (OMS, 1986, p. 2).

Documento	Ano	Agências internacionais participantes	Direcionamentos aos países	Intersetorialidade
Conferência de Adelaide	1988	OMS com patrocínio da UNESCO, BM.	Os países devem privilegiar seus serviços promotores de saúde aos grupos mais desprivilegiados e vulneráveis	[...] os governos devem investir recursos em <b>políticas públicas saudáveis</b> que envolvam <b>práticas intersetoriais</b> entre setores governamentais de agricultura, comércio, educação, indústria e comunicação (OMS, 1988, p.2).
Conferência de Sundsvall	1991	OMS	A solução para os países resolverem seus vastos problemas de pobreza, desigualdades e a falta de acesso a cuidados de saúde reside na ação social, nos recursos e na criatividade dos indivíduos e comunidades.  A meta saúde para todos no ano 2000 será extremamente difícil de atingir	[...] iniciativas devem surgir de todos os setores que podem contribuir para a criação de ambientes favoráveis para a saúde e serem desenvolvidas pelas pessoas, nas suas comunidades locais, a nível nacional e pelos governos e organizações não governamentais internacionais (OMS, 1991, p. 3).
Conferência de Santafé	1992	OPAS/OMS	A promoção da saúde na América Latina deve buscar a criação de condições que garantam o bem-estar geral como propósito do desenvolvimento, assumindo relação mútua entre saúde e desenvolvimento.	[...] fortalecer a capacidade convocatória do setor saúde para mobilizar recursos para a produção social da saúde, estabelecendo responsabilidades de ação de diferentes setores sociais e de seus efeitos sobre a saúde (OMS, 1992, p. 4).
Conferência de Bangkok	2005	OMS/ONU	A globalização abre novas oportunidades de cooperação para a melhoria da saúde e a redução dos riscos de saúde transnacionais.  O setor privado, assim como outros empregadores e o setor informal, é responsável por assegurar saúde e segurança no ambiente de trabalho e por promover a saúde e o bem-estar de seus empregados, suas famílias e comunidades.	[...] cada setor inter-governamental, sociedade civil e privado têm papéis e responsabilidades únicos (OMS, 2005, p.6).

Fonte: OMS. Sistematização própria, 2015.

A partir da análise dos documentos pode-se inferir que o significado da intersectorialidade está relacionado a uma estratégia de intervenção/gestão que busca, por meio da articulação entre setores, programas e políticas sociais, disseminar a atenção primária e a promoção da saúde para os países.

Acompanhando as transformações econômicas e sociais vivenciadas pelas sociedades capitalistas, esta ferramenta de gestão se dissemina por meio das conferências internacionais com maior notoriedade no final dos anos de 1970, não coincidentemente, no momento em que temos o avanço do ideário neoliberal, que acirra as expressões da questão social e influencia a estruturação de tendências para as políticas sociais, entre elas a focalização. Essa última não se mostra como uma característica recente das políticas sociais, tendo em vista que (como explicitamos neste capítulo) em seu despontar as políticas sociais - sob influência do liberalismo nascem focalizadas em determinados segmentos populacionais, notavelmente para os trabalhadores que vendiam a sua mão de obra em troca de um salário.

Nesse sentido, liberalismo, neoliberalismo, questão social, políticas sociais focalizadas e intersectorialidade são categorias relacionáveis e que ratificam um determinado modo de produção, padrão de acumulação e perpetuação da situação de dependência.

Em se tratando de dimensão ideológica e política, a intersectorialidade pode tanto atender a disseminação de políticas sociais favoráveis à focalização, por exemplo, no investimento em determinados níveis de saúde em detrimento de outros, alinhada a ideologia neoliberal (como podemos verificar no texto acima) ou a projetos que buscam o atendimento a múltiplas necessidades sociais em uma perspectiva do atendimento do homem como ser social dotado de necessidades múltiplas tendo em vista que apenas uma política social não poderá por si só atender a integralidade das necessidades dos cidadãos, elas necessitam ser articuladas. Mas é preciso explicitar aos leitores que a intersectorialidade está aliançada a diferentes projetos políticos e não deve ser compreendida meramente como uma ferramenta que na aparência pode dar respostas a interesses sociais/ de gestão, pois partimos do entendimento de que toda técnica/ferramenta de

gestão tem em sua essência um direcionamento político e ideológico aliançado em torno de um projeto societário.

É importante destacar também nesse contexto que duas agências internacionais se destacam no financiamento/participação nessas conferências: a OMS e o BM. Nesse sentido é mister problematizarmos qual seria o papel dessas agências na configuração das políticas sociais dos países sobre os quais detêm influência.

### 3.3 O PAPEL DAS AGÊNCIAS INTERNACIONAIS OMS E BM NA CONFIGURAÇÃO DAS POLÍTICAS SOCIAIS

A OMS e o BM originalmente foram gestados em um contexto histórico marcado pelo processo de reorganização do sistema interestatal capitalista, mediante acordo estabelecido pelas potências vitoriosas na Segunda Guerra Mundial liderado pelos Estados Unidos. Não obstante a existência de certa “divisão institucional do trabalho” entre as duas organizações, no contexto atual, essas agências buscam atuar de forma integrada, conformando um complexo organicamente estruturado no sentido de legitimar o receituário neoliberal para as políticas sociais. Esse trabalho conjunto é enfatizado no documento da OMS de 1997:

[...] a OMS deve continuar a estreitar os laços com o Banco Mundial e o FMI. Como parte de uma relação mais estreita entre a OMS e as instituições de Bretton Woods, deve defender fortemente os esquemas de redes de segurança social como parte da implantação de políticas de ajustamento estrutural e apoiar os recentes movimentos do Banco Mundial para aliviar a dívida dos países mais pobres do mundo (WHO, 1997, p.18).

Nesse contexto, essas Agências cumprem um papel ideológico estratégico de intelectual orgânico do grande capital, representando seus interesses através do discurso da necessidade do ajustamento estrutural como única forma dos países obterem o desenvolvimento econômico e social, defendendo um tipo de proteção social ou “redes de segurança social” aliançadas ao ideário neoliberal e ratificam a necessidade do ajuste estrutural como um processo benéfico e necessário. Aos países endividados não cabe questionar o ajuste estrutural e sim adaptar-se às condições impostas. Para Chossudovsky (1999, p. 28), e com quem concordamos:

[...] o ajuste estrutural é conducente a uma forma de “genocídio econômico” levado a cabo pela deliberada manipulação das forças do mercado. Comparando-o a outros tipos de genocídio em vários períodos da história colonial (por exemplo, trabalhos forçados e escravidão) seus impactos sociais são devastadores. Os ajustes estruturais afetam diretamente a subsistência de mais de quatro bilhões de pessoas. Sua aplicação em grande número de países devedores favoreceu a “internacionalização” da política macroeconômica sob o controle direto do FMI e do BM, atuando em nome de poderosos interesses políticos. Essa nova forma de dominação econômica e política – de “colonialismo de mercado” – subordina o povo e os governos por meio da interação aparentemente “neutra das forças do mercado”. A burocracia internacional sediada em Washington foi investida, pelos credores internacionais e corporações multinacionais, do poder de execução de um plano econômico global que afeta a subsistência de mais de 80% da população mundial. Em nenhuma época da história o “livre” mercado operando no mundo por meio dos instrumentos da macroeconomia – desempenhou um papel de tal importância na determinação do destino de nações “soberanas”.

É necessário apreender o caráter orgânico da dívida como forma de perpetuar o mecanismo de extração de excedentes dos países considerados subdesenvolvidos, que explica porque não interessa aos credores o pagamento em si da dívida original. Ocorre que o controle dos fluxos financeiros e comerciais dos países endividados proporciona aos credores vantagens infinitamente maiores do que o mero recebimento do valor principal emprestado, por maior que ele seja. Assim, a administração da dívida limita-se a assegurar que o país devedor mantenha em dia o pagamento dos juros, cuja magnitude representa, na visão de Chossudovsky (1999, p. 37), um verdadeiro “Plano Marshall para os países ricos”, em termos de transferência de capital dos países periféricos para os países centrais:

[...] Por meio de “engenharia financeira” e da cuidadosa arte de reescalonamento da dívida, o reembolso do principal é adiado, enquanto, os resgates dos juros são tornados obrigatórios; a dívida é trocada por participação acionária e dinheiro “novo” é emprestado às nações à beira da falência para capacitá-las a liquidar os juros devidos sobre os débitos “antigos”, de forma a evitar temporariamente a falta de pagamento e assim por diante (CHOSSUDOVSKY, 1999, p. 43).

Trata-se de um processo de dominação de uma área do globo terrestre, por intermédio da imposição do receituário macroeconômico. O caráter impositivo transparece claramente quando alguma nação esboça qualquer intenção de trilhar rumos próprios na condução de sua política econômica: imediatamente entra em cena o complexo midiático, deflagrando violenta ofensiva ideológica no sentido de desqualificar o posicionamento do país em questão. Caso essa ofensiva não seja suficiente para demover os governantes desses países de suas “veleidades de

soberania”, outros mecanismos são utilizados como, por exemplo, a obstrução do acesso aos recursos financeiros do BM, do Fundo Monetário Internacional (FMI) e dos bancos privados internacionais, o bloqueio comercial e diplomático e até mesmo a intervenção territorial (CHOSSUDOVSKY, 1999).

As reformas estruturais difundidas pelas Agências internacionais como o BM (e apoiadas pela OMS) centram-se na desregulamentação dos mercados, na abertura comercial, financeira, na privatização do setor público e na redução do Estado e assumem uma convergência forçada nas medidas recomendadas pelo BM aliançadas as mudanças no padrão de acumulação capitalista (SOARES, 2003). Essas mudanças se dão de maneira desigual entre os países e as distintas regiões do mundo. Vale estacar que o preço pago pelo ajuste foi muito mais alto nos países da periferia capitalista (SOARES, 2003). E, o ajuste não é apenas de natureza econômica. Seus impactos atingem as políticas sociais e os programas sociais que passam a ser reestruturados em consonância a tendências como a descentralização, a focalização e a privatização, principalmente quando as recomendações são direcionadas aos países latino-americanos (DRAIBE, 1993). A descentralização é concebida como uma maneira de aumentar a eficiência e a eficácia do gasto, além de possibilitar o aumento da interação no âmbito local, dos recursos públicos e dos não governamentais, para o financiamento das atividades sociais. A focalização significa direcionar o gasto social a programas e público-alvo específicos, selecionados pela maior necessidade e urgência e a privatização é entendida como deslocar a produção de bens e serviços públicos para o setor privado lucrativo ou não lucrativo (organizações comunitárias, filantropia) (DRAIBE, 1993).

Essas tendências podem ser evidenciadas no discurso das agências BM e OMS que como ratificamos no processo histórico atual legitimam a necessidade das reformas nas políticas sociais em consonância ao ideário neoliberal. Entretanto, a aproximação entre as duas agências não ocorreu desde as origens dessas instituições. Esse vínculo data de fins dos anos de 1970 (não coincidentemente no processo em que o capitalismo vivencia uma de suas graves crises) com a progressiva perda da autonomia da OMS no que tange ao delineamento a ser dado à política de saúde internacional para o BM.

O Banco Mundial começa a exercer uma maior influência no âmbito da saúde internacional após a Conferência de Alma-Ata, realizada em 1978. Com a aprovação da meta “Saúde para todos no ano 2000” essa conferência coroou o processo anterior de questionamento dos modelos verticais de intervenção da OMS para o combate às endemias nos países em desenvolvimento, em especial na África e América Latina, e do modelo médico hegemônico cada vez mais especializado e intervencionista (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2014).

Entretanto, um ano após a realização da conferência de Alma-Ata a declaração e a adoção da Atenção Primária a Saúde pela OMS passa a ser questionada por agências internacionais com o argumento da mesma ser abrangente e pouco propositiva. Partindo da crítica ao caráter irrealista, da complexidade e do alto custo da atenção primária à saúde (APS), o BM, a Fundação Rockefeller, a Fundação Ford e o UNICEF propõem a substituição da APS pela Atenção Primária à saúde seletiva. Para Giovanella e Mendonça (2014, p. 498) a atenção primária seletiva:

[...] designa um pacote de intervenções de baixo custo para combater as principais doenças em países pobres. Inicialmente proposta como estratégia interina e afirmada como complementar as proposições de Alma-Ata, a APS seletiva difundiu-se, a partir de então, destinada a controlar apenas algumas doenças em países em desenvolvimento.

Assim, o processo de redução do idealismo de Alma-Ata e a substituição desses ideais por um conjunto prático de intervenções técnicas consideradas por eles mais facilmente implementáveis, mas que tinha na essência interesses políticos e ideológicos direcionados para a focalização dos investimentos em saúde nas populações pobres e no controle das epidemias, teve início em 1979 em uma pequena conferência com forte influência dos Estados Unidos, realizada em Bellagio, na Itália, e financiada pela Fundação Rockefeller, com apoio do Banco Mundial. Entre os participantes incluíam-se o presidente do Banco Mundial, o vice-presidente da Fundação Ford e o secretário-executivo do UNICEF (OMS, 1986). A reunião de Bellagio ratificou o conceito alternativo ao articulado em Alma-Ata – Atenção primária seletiva à saúde –, construído sobre a noção de intervenções técnicas pragmáticas e de baixo custo visando ao controle de doenças em países em desenvolvimento (WHO, 1986).

Simultaneamente ao processo de adesão à atenção primária seletiva, o BM adota uma política de financiamento mediante empréstimos diretos aos países visando a realização de reformas nos serviços de saúde. O UNICEF também se afasta da proposta de Atenção Primária de Alma Ata e passa a difundir a Atenção Primária Seletiva mediante a adoção de quatro intervenções especialmente voltadas para os países pobres: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, reidratação oral, aleitamento materno e imunização. Assim, agências internacionais como o Unicef, passaram a financiar essas intervenções, que eram consideradas detentoras de objetivos claros, fáceis para avaliar e de medir o alcance de metas (CUETO, 2004). A esse pacote restrito foram incorporadas, em alguns programas: planejamento familiar, suplementação alimentar, alfabetização feminina e escolaridade das mulheres são tidas como base de diversas ações em saúde e estão fortemente associadas à redução da mortalidade infantil.

Ainda que se reconhecesse a efetividade dessas intervenções, a concepção de APS difundida então pelo Unicef foi criticada pelo tecnocratismo – orientando-se por critérios estritamente técnicos de custo-efetividade sem considerar questões políticas determinantes – e, principalmente, por desconsiderar a exigência de melhorias socioeconômicas e a importância da garantia das necessidades básicas para a melhoria da situação da saúde das populações. Por exemplo, o uso da terapia de reidratação oral – tecnologia efetiva para tratamento de diarreias – não poderia substituir medidas específicas de saneamento, como o acesso à rede geral de abastecimento de água e de esgoto, efetivas na promoção da saúde e na prevenção de doenças de veiculação hídrica (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2014).

Ademais, o enfoque seletivo desconsidera os determinantes sociais do processo saúde/doença e busca intervir sobre problemas específicos de forma isolada e paralela. Um dos principais problemas desse enfoque é que as ações seletivas, ainda que custo/efetivas, somente são realmente implementadas na presença de estrutura assistencial que suporte o acompanhamento dos grupos de risco regularmente, e para tal devem estar integradas a um sistema de saúde universal (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2014).

Daí em diante, a direção do Unicef se afastaria das teses universalistas de Alma-Ata e o papel de liderança da OMS na formulação e na assessoria das políticas setoriais passaria progressivamente para o BM, muito mais rico e influente. Os estudos realizados por Laurell (1994); Matta (2005); Cueto (2015) permitem sustentar que, a partir dos anos de 1980, ocorre um progressivo deslocamento do poder político e financeiro da OMS sob os ditames do Banco Mundial e a incorporação por parte dessa agência do ideário neoliberal. Sob a pressão dos Estados Unidos, principalmente na segunda metade dos anos de 1980, quando esse país começa a sair do quadro recessivo e a recuperar sua hegemonia no cenário internacional, ocorre uma relação associativa subsidiada pela dependência financeira da OMS em relação ao Banco Mundial.

Assim, a partir da década de 1980, a OMS teve de levar em consideração a crescente influência do Banco Mundial, instituição que aumentou seu interesse no direcionamento da saúde internacional durante e após o período em que Robert McNamara foi seu presidente (WHO, 1986). O Banco, criado em 1946, inicialmente para apoiar a reconstrução da Europa, e posteriormente expandiu seu mandato para oferecer empréstimos, subvenções e assistência técnica a países em desenvolvimento. No início, financiou grandes investimentos em capital físico e infraestrutura, mas nos anos 1970 começou a investir em controle populacional, saúde e educação (CUETO, 2015). O Banco Mundial aprovou seu primeiro empréstimo para planejamento familiar em 1970. Em 1979, criou o Departamento para População, Saúde e Nutrição e adotou uma política de financiamento tanto para programas exclusivamente de saúde, quanto de componentes de saúde de outros projetos (CUETO, 2015).

No seu Relatório sobre o desenvolvimento mundial de 1980, o Banco argumentou que tanto a desnutrição quanto a doença poderiam ser tratados mediante ação governamental direta – com a sua assistência. Sugeriu também que a melhoria da saúde e da nutrição poderia acelerar o crescimento econômico, oferecendo assim um bom argumento para gastos no setor social. Na medida em que o Banco Mundial começou a fazer empréstimos diretos para serviços de saúde, requereu o uso mais eficaz dos recursos disponíveis e levantou a discussão sobre o papel dos

setores público e privado no financiamento do atendimento à saúde (CUETO, 2015).

Em contraste com a crescente autoridade do Banco Mundial, nos anos 80 o prestígio da Organização Mundial da Saúde estava começando a diminuir. Um sinal de dificuldade foi o voto, em 1982, da Assembleia Mundial da Saúde pelo congelamento do orçamento da OMS (MATTA, 2005). A isso se seguiu a decisão dos Estados Unidos, em 1985, de pagar apenas 20 por cento da sua contribuição fixada para todas as agências da ONU, e de suspender sua contribuição ao orçamento regular da OMS, em parte como protesto contra o Programa de Medicamentos Essenciais da OMS, ao qual se opuseram as principais empresas farmacêuticas dos Estados Unidos (CUETO, 2015).

Ademais, durante a gestão de Hiroshi Nakajima na OMS, houve uma mudança crucial da dependência predominante do orçamento regular dessa agência – obtido da contribuição dos Estados membros, baseada em tamanho da população e PIB – para uma dependência aumentada de fundos extraorçamentários resultantes de doações de agências multilaterais ou países doadores (MATTA, 2005). Nos anos de 1986 e 1987, os fundos extraorçamentários de 437 milhões de dólares quase haviam atingido o montante do orçamento regular, de 543 milhões de dólares. E, no início da década de 1990, ocorre pela primeira vez a supremacia dos fundos extraorçamentários em relação ao orçamento regular. O montante dos fundos extraorçamentários superou em 21 milhões de dólares o orçamento regular, obtendo 54% do orçamento total da OMS. Vários problemas surgiram para a Organização em virtude dessa mudança orçamentária. Prioridades e políticas eram pretensamente definidas pela Assembleia Mundial da Saúde, composta por todos os países membros, mas esta, então numericamente dominada por países considerados pobres e subdesenvolvidos, tinha autoridade somente sobre o orçamento regular, congelado desde o início dos anos 80. Em detrimento disso, os países doadores ricos e agências multilaterais, como o Banco Mundial, podiam ter amplo controle sobre o uso dos fundos extraorçamentários com os quais contribuía (CUETO, 2015).

Conforme escreve Matta (2005), esse processo fez com que a OMS perdesse parte de sua influência no cenário internacional e sua missão foi sendo aglutinada por outras agências da ONU e a mesma passaria a depender cada vez mais de recursos extraorçamentários para desenvolver as suas atividades. Em decorrência disso, havia a necessidade cada vez maior de captar recursos de outras fontes para a execução de seus programas específicos. Ademais, não somente os Estados Unidos, principal financiador da OMS, retiraram parte de seu apoio financeiro, mas também houve uma diminuição da arrecadação dos recursos dos demais países membros em decorrência da crise internacional do capitalismo nos anos de 1980, o que prejudicou ainda mais o orçamento regular (LIMA, 2014).

Em um contexto de limitação das ações da OMS, com a diminuição dos recursos financeiros, a 39ª Assembleia Mundial de Saúde da OMS em 1986 aprovaria a recomendação de se considerarem a saúde e a nutrição nos programas de ajustes estruturais dos países (LAURELL, 1994). Entretanto, em 1987, a Assembleia barrou momentaneamente a iniciativa mais emblemática do BM naquele ano: a proposta de reforma ratificada no documento intitulado “Financiando serviços de saúde em países em desenvolvimento: uma agenda para reforma”. Segundo Lima (2014) essa vitória foi viabilizada porque, no momento em que o BM apresentava a sua proposta de adequação da política de saúde dos países às prioridades do ajuste fiscal, com a diminuição dos gastos públicos em saúde, eclodia no mundo a epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Esse acontecimento mobilizou a opinião pública mundialmente e os países, associado ao conteúdo neoliberal ortodoxo e à insensibilidade diante da deterioração social e dos conflitos políticos que acompanhavam os processos de ajuste, provocou severas críticas à iniciativa do BM, inclusive da própria OMS. Todavia, a pressão apenas adiou a investida do Banco para o ano de 1993, quando apresentaria com a aprovação da OMS o documento denominado “Investindo em Saúde”, cujo eixo das propostas está em consonância ao recomendado pelo Consenso de Washington.

Para Mattos (2001) as principais lições oferecidas pelo documento “Investindo em Saúde” podem ser aglutinadas em três categorias: as voltadas a criar um ambiente propício a que as famílias melhorem suas condições de saúde; as que pretendem

tornar mais criteriosos os gastos públicos em saúde; e as que se voltam para a promoção da diversificação e da concorrência no setor. No primeiro grupo inscrevem-se as sugestões de melhorar a escolaridade, sobretudo, das meninas (o que se justifica pela constatação de que a escolaridade das mulheres é um importante fator de queda da mortalidade infantil). Também estão nesse grupo as medidas necessárias para assegurar o crescimento econômico, incluindo as políticas de ajustes estruturais (MATTOS, 2001).

Assim, os autores do documento continuam ratificando a necessidade de ajustes econômicos, inclusive com a contenção dos gastos públicos. Mas, defendem que os gastos públicos em saúde devem ser ativamente protegidos mesmo no contexto de ajuste econômico, desde que voltados para oferecer cuidados essenciais aos pobres. Esse argumento antecipa uma tese que se tornou central para o BM no final da década: há que se proteger ativamente os pobres dos efeitos perversos das crises econômicas (MATTOS, 2001).

O segundo grupo de sugestões volta-se para o redimensionamento da ação governamental e para o uso mais adequado dos gastos públicos. Para os autores, a intervenção governamental na saúde justifica-se por três conjuntos de argumentos distintos. Primeiramente, a redução ou alívio da pobreza seria motivo suficiente para o engajamento dos governos na saúde. É que a doença deteriora mais a situação dos pobres. Garantir o acesso dos pobres a serviços de saúde eficazes e desse modo reduzir a deterioração seria um dos motivos principais para a intervenção governamental. Em segundo lugar, existiriam algumas ações que envolveriam grandes externalidades. Tipicamente, aqui estariam as atividades de saúde pública, cujos benefícios não poderiam ser apropriados privadamente (MATTOS, 2001).

Já o terceiro grupo apregoa que os governos deveriam atuar no sentido de corrigir as imperfeições dos mercados de seguros em saúde, regulando o setor prestador de serviços e incentivando a competição entre prestadores (MATTOS, 2001). Esse documento de 1993 consolidou um novo momento na orientação das políticas de saúde em âmbito internacional e também da influência política da OMS e no início

dos anos 90, o Banco Mundial deslocou-se confiantemente para ocupar um papel de destaque político e ideológico no âmbito da saúde aliado as mudanças no padrão de acumulação capitalista com uma política econômica internacional estruturada em torno de abordagens neoliberais (WHO, 1997).

A tendência foi a conformação de uma agenda hegemônica de homogeneização das políticas de saúde entre essas duas agências, assim como se verificaria uma associação entre o BM e a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), como parte do processo de crescente interdependência e integração econômica, política e social, acelerado pela financeirização do capital (LIMA, 2014). A grande vantagem comparativa do Banco recaía na sua capacidade de mobilizar grandes somas de recursos financeiros; em 1990, os empréstimos do Banco para saúde ultrapassaram o orçamento total da OMS, e, ao final de 1996, a carteira cumulativa de empréstimos do Banco em saúde, nutrição e população alcançara 13,5 bilhões de dólares, ou seja, a estratégia de programas verticais e específicos sob financiamento do BM foi minando ainda mais a já precária influência política da OMS e sua capacidade de mobilizar recursos financeiros das agências internacionais e dos países-membros. Em outras palavras, foram se desenhando mecanismos de subordinação da OMS que preservariam o seu conhecimento técnico em matéria de saúde e medicina, enquanto o BM foi se tornando uma força dominante no cenário internacional tanto por sua capacidade de mobilizar recursos financeiros para a área da saúde quanto pelas condicionalidades que foi determinando aos países para o acesso aos empréstimos visando às reformas dos serviços de saúde (CUETO, 2015).

O Banco sustentava que os sistemas de saúde existentes frequentemente causavam desperdício de recursos financeiros e humanos, eram ineficientes e ineficazes, e argumentava a favor de uma maior presença do setor privado na provisão de atenção à saúde, com a redução do envolvimento público no oferecimento de serviços de saúde (WORLD BANK, 1997). É importante mencionar que embora o BM tivesse grande influência e força econômica, a OMS ainda dispunha de considerável conhecimento técnico em matéria de saúde e medicina

e foi considerada em um relatório de 1993 do BM como uma importante parceira integral do Banco Mundial (WHO, 1997).

Nesse contexto, tomou posse como diretora geral da OMS Gro Harlem Brundtland. Sua pretensão era posicionar a organização como um importante ator no cenário global, com acento nas mesas de negociações no âmbito da saúde internacional, “capaz de monitorar e influenciar outros atores” e fortalecer a situação financeira da OMS. Esse fortalecimento seria realizado por meio da organização de parcerias e fundos globais, com doadores privados, governos e agências bilaterais e multilaterais, e concentrando-se em alvos específicos de ação, tais como malária, tuberculose, tabagismo e vacinação. A partir de então se verifica uma aproximação cada vez maior com o BM e outras agências internacionais, não só para o financiamento de projetos, como também na definição de políticas de “desenvolvimento”, especialmente do que passou a ser nomeado de sistemas de saúde eficazes – isto é, a construção de políticas de apoio às reformas do setor que priorizassem as intervenções de maior custo-benefício e em parceria com o setor privado (LIMA, 2014).

Um marco importante nesse processo de aglutinar parcerias globais para a OMS foi a criação de uma comissão sobre Macroeconomia e Saúde, em janeiro de 2000. Presidida pelo economista Jeffrey Sachs, da Universidade de Columbia<sup>38</sup>, e composta por ex-ministros de finanças, funcionários do BM, do FMI, da OMC e do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), teve a finalidade de avaliar o lugar que a saúde ocuparia no desenvolvimento econômico mundial (OMS, 2002). Quanto à parceria setorial, o BM ocupou o lugar de interlocutor privilegiado. Foi o Relatório de Desenvolvimento Mundial do BM de 1993 que serviu como documento referencial para o Relatório sobre a saúde no mundo 2000:

---

<sup>38</sup> Segundo a Columbia University (2017) Jeffrey Sachs faz parte do corpo docente da universidade desde 2002. Entretanto, antes de tornar-se docente da universidade de Columbia esteve por mais de 20 anos na universidade de Harvard, tendo sido admitido como professor em 1980. Desde 2002 é diretor do Instituto da Terra da Universidade de Columbia e professor do departamento de Economia, da Escola de Assuntos Internacionais e Públicos e do Departamento de Política de Gestão de Saúde. É também diretor do Projeto do Milênio das Nações Unidas. Foi conselheiro do FMI, BM e OMS. É também conhecido pelo seu trabalho nas agências internacionais da ONU para a redução da pobreza extrema, o controle das epidemias – especialmente a SIDA para os países subdesenvolvidos.

melhorar o desempenho dos sistemas de saúde (relatório da OMS). Esse relatório foi considerado o primeiro tipo de investigação que ampliou a análise da combinação do cálculo dos custos com medidas de eficácia das intervenções e sua utilização para determinar prioridades dos sistemas de saúde (OMS, 2000). Assim, foi na gestão de Gro Harlem Brundtland que a OMS passou a participar efetivamente do grande consenso que os principais organismos e agências internacionais de desenvolvimento já haviam formulado no Relatório de Desenvolvimento Mundial de 1993 do BM, sobre a necessidade de se compatibilizar a política de saúde com a doutrina neoliberal e de se adequar essa política às prioridades do ajuste fiscal. É disso que vai tratar o Relatório OMS-2000, estabelecendo assim a narrativa neoliberal como política oficial da OMS aliada aos interesses ideológicos e políticos do BM (OMS, 2000). Nesse relatório, é enfatizada a necessidade do estabelecimento de alianças com o setor privado, ora como parceiro, ora como cliente, na relação com o Estado, cujas opiniões devem ser respeitadas, cujas demandas têm que ser dirigidas e cuja parceria deve ser estimulada na direção do desenvolvimento e da estabilização econômica mundiais (MELO, 2004).

Para o BM, um Estado eficiente é vital para a provisão dos bens e serviços, bem como das normas e instituições – que permitem que os mercados floresçam e que as pessoas tenham uma vida mais saudável e feliz. Sugere duas estratégias para tornar o Estado um parceiro mais confiável e eficiente para a comunidade internacional. A primeira é ajustar a função do Estado à sua capacidade, entendida como a capacidade de promover de maneira eficiente ações coletivas, em áreas tais como lei e ordem, saúde pública e infraestrutura básica (WORLD BANK, 1997), sendo a eficiência traduzida como o resultado obtido pela capacidade de se atenderem às demandas desses bens no interesse da sociedade. Nesse sentido, identificam-se cinco tarefas fundamentais para o desenvolvimento dos países: a formação de uma base jurídica, a manutenção da estabilidade macroeconômica, o investimento em serviços básicos e infraestrutura, a proteção dos grupos vulneráveis e a proteção do meio ambiente. A segunda estratégia é aumentar a capacidade do Estado no âmbito da gestão, revigorando as instituições públicas, para submeter o setor público a uma maior concorrência, visando “aumentar a sua

eficiência”, e para viabilizar maior descentralização, participação e parceria com a sociedade civil e a empresa privada (LIMA, 2014).

Essas estratégias não apontam simplesmente para a redução do Estado, mas para uma redefinição das responsabilidades do Estado, para uma reforma que envolve mudanças drásticas no modo de pensar e agir dos órgãos de governo (WORLD BANK, 1997). A nova mensagem é que o Estado é essencial para o desenvolvimento econômico e social, não como promotor direto do crescimento, mas como parceiro, catalisador e facilitador da sociedade civil e do mercado (LIMA, 2014). É um Estado com função regulatória e de focalização na área social, que se apoia no novo padrão de acumulação de capital e na elevada liquidez internacional para sustentar internamente a estabilidade monetária e a abertura comercial com a desregulação financeira e desregulamentação do mercado de trabalho. Desse ponto de vista, para o BM, os mercados, a sociedade civil e os governos devem ser complementares, visto que o Estado é essencial para a implantação dos fundamentos institucionais apropriados para os mercados, pois com frequência as políticas e programas desviam recursos e serviços daqueles que mais necessitam deles (WORLD BANK, 1997), em razão da influência política dos mais ricos em detrimento dos mais pobres e marginalizados da sociedade. Portanto, as políticas e os programas devem gerar crescimento, mas também assegurar os benefícios do crescimento fomentado pelo mercado, particularmente por meio de investimentos em serviços básicos de educação e saúde, com a participação da comunidade, aproveitando a sua reserva de capital social e fazendo com que os cidadãos e as comunidades participem da prestação dos bens coletivos essenciais (WORLD BANK, 1997).

Ajustar a função do Estado à sua capacidade se traduz, na área da saúde, pela construção de um sistema de saúde “eficiente” (para a acumulação de capital) e na expansão da capacidade de pagamento do conjunto da população, inclusive dos pobres, por meio da ampliação dos planos de pré-pagamento como forma de proteger toda a população contra os custos financeiros da enfermidade. Essa necessidade de ajustamento é justificada pela OMS da seguinte forma:

[...] A cada dia se anuncia um novo medicamento ou tratamento ou um novo avanço da medicina e da tecnologia em saúde. O ritmo dos avanços só é comparável com o ritmo com que cresce o afã da população por beneficiar-se deles. O resultado é um aumento da demanda e das pressões que têm de suportar os sistemas de saúde, ricos ou pobres. Sem dúvida, a capacidade dos governos para financiar e prestar serviços tem limites. Com o presente relatório, se deseja estimular a adoção de políticas públicas que reconheçam as limitações que sofrem os governos. Se eles forem prestar serviços para todos, não é possível oferecer todos os tipos de serviços (OMS, 2000, p. 26).

Assim, a OMS busca delinear uma política de saúde “global” que amortize os custos sociais e políticos do ajuste com um discurso social centrado na redução das desigualdades e no combate à pobreza, mas ao mesmo tempo incorporando os pobres ao mercado privado de saúde, com o argumento de se priorizar a demanda. Quanto à alternativa, de aumentar a capacidade do Estado revigorando as instituições públicas, ela se traduz na ênfase que se dá à construção da função reitora dos sistemas de saúde, implicada na própria reforma do Estado. Isso significa a capacidade de se estabelecerem as regras do jogo e fazê-las serem cumpridas, proporcionando orientação estratégica aos distintos atores envolvidos. Portanto, o Estado não é o único responsável pela cobertura universal de saúde e o próprio setor público deve ser submetido à concorrência com as empresas de planos de pré-pagamento, as seguradoras de saúde e as organizações não governamentais (LIMA, 2014).

Desse modo, em um contexto marcado pela forte influência do Banco Mundial, a OMS remodelou-se na coordenação, no planejamento estratégico e na liderança de iniciativas de saúde. As mudanças são predominantemente influenciadas pelo ideário da globalização neoliberal e nesse sentido ganha força na instituição a concepção de novas nomenclaturas como “saúde global”, termo vinculado à ideia de pensar a saúde em um mundo globalizado (WHO, 1997; CUETO, 2015). Segundo Brow et al (2006) esse termo parece manifestar pelo menos duas dimensões. A primeira é a que indica a consideração das necessidades de saúde da população de todo o planeta, acima dos interesses das nações em particular, como em casos de epidemias, tais como a Aids, o vírus Ebola e a Influenza A (H1N1). A segunda se refere aos interesses das “forças do mercado” ou das corporações transnacionais na área de saúde. No primeiro caso, o seu uso está ligado à necessidade da criação de informações e sistemas de vigilância eficientes

para reforçar o monitoramento e o alerta global sobre a circulação de doenças e sobre o meio ambiente. No segundo, tem a ver com a privatização dos serviços de saúde, com o controle dos fundos de pensões pelo capital financeiro e com a expansão dos seguros de saúde privados como alternativa à seguridade social pública, isto é, refere-se aos propósitos da mercantilização da saúde em todo lugar em que se possa gerar lucros (LIMA, 2014).

Por tudo isso, destaca-se o BM e sua influência no delianeamento a ser dado pelos países, especialmente os periféricos, na conformação de políticas de saúde aliançadas às novas prioridades econômicas e ideológicas para a reprodução do capitalismo. Essas passam a ser marcadas por tendências como as parcerias público privadas, a focalização, as mudanças na gestão com o discurso ideológico da eficiência, eficácia como única forma de lidar com as mudanças propiciadas pela globalização difundidas pelo BM e também pela OMS. O BM buscou intensificar e pela via econômica impor as demais agências internacionais, como a OMS, o que deve e não deve ser apoiado pela “comunidade internacional” no âmbito da saúde.

O interesse aparente da intervenção do BM no âmbito da saúde está aliançada a um objetivo principal por parte dessa agência: o combate à pobreza (que a própria agência contribui com o seu aumento e perpetuação via ajustes estruturais e a dinâmica de empréstimos) a ser conquistado mediante o “desenvolvimento dos países”, especialmente os periféricos, que por sua vez está subordinado para o BM ao crescimento econômico. Segundo Lichtenztein e Baer (1998), a concepção de desenvolvimento, no interior do BM, assumiu as seguintes características ao longo do tempo:

[...] Até meados da década de 50, o desenvolvimento é entendido como crescimento econômico que requer ser apoiado em maior capital de infraestrutura, financiado com poupança interna. No período seguinte (década de 60 e 70), a concepção continua formulada nos termos anteriores, mas os investimentos para o desenvolvimento – além dos de infra-estrutura – estendem-se ao campo industrial, agrícola e educativo. Finalmente na era de McNamara, a concepção do desenvolvimento já não se esgota no crescimento econômico. O Banco começa a sustentar que tal crescimento deve incluir aspectos sociais e políticos ligados à planificação familiar, à urbanização e ao desemprego (LICHTENSZTEJN; BAER, 1987, p. 174-175).

A ideia propagada inicialmente pelo BM de subordinação da questão do desenvolvimento social ao crescimento econômico vinculava-se a crença de que à medida em que se promovesse o crescimento das economias dos países “em desenvolvimento”, estes passariam a desenvolvidos e, conseqüentemente, haveria uma melhoria na qualidade de vida das pessoas em função do aumento de empregos e salários, que o referido crescimento proporcionaria. Entretanto, a realidade se constituiu de forma diferente, o crescimento econômico experimentado por alguns países periféricos nos anos 60 e 70, promovido em grande parte com a ajuda do Banco Mundial, longe de representar uma melhoria no padrão de vida das pessoas, contribuiu para acelerar a concentração de renda, ampliando a diferença entre as classes sociais, ao mesmo tempo em que aumentou a quantidade de pobres em todo o mundo e acentuou o fosso que divide os países ricos dos pobres (RIZZOTTO, 2000).

A realidade social que se apresentava, caracterizada por péssimas condições de vida de uma grande parcela da população mundial, fez com que, a partir dos anos 70, a satisfação das necessidades básicas e o combate à pobreza, fossem incorporados ao marco teórico e ideológico do Banco Mundial. O bem-estar parecia deixar de ser visto como uma conquista derivativa e natural do crescimento econômico, passando a fazer parte das estratégias de promoção do desenvolvimento. Entretanto, apesar de retoricamente estas questões aparecerem com hierarquia equivalente, em realidade, a satisfação das necessidades básicas e o combate à pobreza ficaram duplamente subordinados a promoção do crescimento econômico. Primeiro, pelas próprias diferenças de acesso aos bens de produção entre pobres e ricos e segundo, em função do raciocínio de que, o “ataque à pobreza” exige grandes investimentos em infra-estrutura produtiva e social, em educação, saúde, moradia, controle demográfico, nutrição, criação de empregos, etc., e estes recursos só podem provir do aumento da produtividade. Por conseguinte, sem crescimento, considera-se impossível alcançar os níveis mínimos de bem-estar (RIZZOTTO, 2000).

Sendo assim, a questão do crescimento econômico, é recolocada como condição à *priori* para a solução dos problemas sociais que afligem os países periféricos e

dependentes, sem tocar na raiz do problema, ou seja, na relação de exploração e dependência entre as nações ricas e pobres, e no interior delas, entre exploradores e explorados; dinâmica necessária para a manutenção do processo de acumulação, tanto em nível internacional como nacional. O discurso que atrela o bem-estar ao desenvolvimento, constitui-se num poderoso instrumento ideológico que ajuda a perpetuar a atual divisão internacional do trabalho (UGÁ, 2008).

A partir dos anos 80, com as transformações promovidas internamente no Banco Mundial com a radicalização das políticas neoliberais, por meio das condicionalidades que acompanharam os seus empréstimos para os ajustes estruturais e setoriais, a questão do desenvolvimento passou a ser compreendida como resultado da “interação global” entre os países, perspectiva que considera inviável um projeto de desenvolvimento nacional e defende a “globalização” da economia mundial como um processo inexorável em que progressivamente possibilitaria a homogeneização econômica do globo terrestre.

Essa ideia da globalização relacionada à homogeneização econômica do globo terrestre é revestida de uma construção ideológica que busca encobrir em sua essência a disseminação das mudanças que estavam em curso no padrão de acumulação capitalista, incluindo a esfera financeira e o aumento da polarização entre ricos e pobres em âmbito mundial (MILLET; TOUSSAINT, 2006).

A hegemonia deste entendimento de globalização e, sobretudo, sua penetração no senso comum não devem ocultar o papel ideológico da crença nesta globalização homogeneizadora, globalização que promete gerar um mundo de oportunidades iguais, com democracia e prosperidade econômica generalizada. Na verdade, esconde-se aí a imposição de políticas econômicas que favorecem poderes econômicos e políticos mundiais, elites capitalistas e capitais especulativos, bem como potências imperialistas (o grupo dos países mais ricos do mundo, sobretudo os Estados Unidos) (MILLET; TOUSSAINT, 2006).

Chesnais (1996, p. 17) desnuda o significado do termo e afirma que a expressão “mundialização do capital” é a que corresponde à substância do termo inglês “globalização”:

[...] que traduz a capacidade estratégica de todo grande grupo oligopolista, voltado para a produção manufatureira ou para as principais atividades de serviços, de adotar, por conta própria, um enfoque e conduta “globais”. O mesmo vale, na esfera financeira, para as chamadas operações de arbitragem. A integração internacional dos mercados financeiros resulta sim, da liberalização e desregulamentação que levaram à abertura dos mercados nacionais e permitiram sua interligação em tempo real. Mas, baseia-se sobretudo, em operações de arbitragem feitas pelos mais importantes e mais internacionalizados gestores de carteiras de ativos, cujo resultado decide a integração ou exclusão em relação às “benesses das finanças de mercado”.

Assim, o autor busca relacionar a “mundialização do capital” ou globalização às estratégias econômicas e políticas do capital e ao seu fortalecimento via ampliação das políticas de liberalização. Para Chesnais (1996), em virtude disso, o capital recuperou a possibilidade de voltar a escolher, em total liberdade, quais os países e camadas sociais que têm interesse para ele e trouxe consigo o agravamento da situação econômica, social e humana de muitos países, certas regiões dentro de países, e até áreas continentais inteiras (na África, na Ásia e mesmo na América Latina) ocasionando o aumento dos drásticos efeitos polarizadores entre as nações ricas e pobres.

Não se pode negar que houve um progresso técnico nas áreas de informática, telecomunicações, finanças e que essas assumiram dimensões extraordinárias e muito complexas, facilitando a integração comercial e financeira e mesmo a internacionalização de alguns setores da produção. Entretanto, isto não caracteriza por si só a homogeneização da economia global. Apenas representa uma economia internacionalizada, caracterizada por processos de intercâmbio entre economias nacionais distintas, sendo isto uma tendência do capitalismo desde as suas origens. Portanto, estes processos não são uma novidade absoluta e inevitável, e muito menos incontrolável, além de não terem o alcance propagado (BATISTA, 1998).

Para as políticas sociais, nada é mais nefasto e desmobilizador do que o discurso que vincula o desenvolvimento social ao crescimento econômico e subordina este aos ditames da globalização para que se alcance o “alívio da pobreza” (RIZZOTTO, 2000). Mas, qual o significado de pobreza apreendido pelo Banco Mundial?

Um marco importante para a aproximação do BM com questões que envolviam a pobreza foi o surgimento, por proposta dos Estados Unidos, da Associação

Internacional de Desenvolvimento (AID), concebida para responder demandas dos países do Terceiro Mundo e das Nações Unidas, cuja maior parte do debate era centrado na ampliação dos empréstimos sociais (MAURIEL, 2008). As circunstâncias que levaram o BM a ampliar sua atuação nesse âmbito estavam diretamente relacionadas à ameaça política no contexto internacional (período de Guerra Fria), inovação intelectual e mudanças organizacionais, que se sobrepunham às justificativas de cunho apenas moral de ajuda dos países ricos para com os países pobres. Aliado a isso, as elites dos países subdesenvolvidos procuravam financiar educação, saúde e habitação para minimizar conflitos entre classes sociais, sendo a AID o canal de obtenção de recursos nesse âmbito (MAURIEL, 2008).

Ademais, os Estados Unidos irão utilizar a AID como um instrumento para configurar uma nova lógica de empréstimos, impondo critérios sociais contra os próprios do banco, a fim de assegurar a ordem internacional e conter a ameaça socialista. Foi assim, que a pobreza, como critério explícito para empréstimos, começou a sair das sombras das considerações econômicas e ganhou espaço próprio nas discussões sobre políticas setoriais – educação, saúde, água, etc (MAURIEL, 2008).

Desse modo, o BM passa progressivamente a ampliar o leque de empréstimos e de suas funções no âmbito das políticas sociais com o objetivo aparente de “lutar contra a pobreza”. Mesmo após o fim da Guerra Fria, a instituição mantém esse objetivo aparente que perdura até o momento atual. Entretanto, a intencionalidade real para a adoção desse objetivo pode ser expressa pelos seguintes motivos: a constatação dos altos custos do ajuste imposto aos países; a proliferação das críticas ao consenso de Washington e à globalização neoliberal e os questionamentos da legitimidade dos organismos internacionais (UGÁ, 2008).

Nesse sentido, o Banco Mundial vai atuando cada vez mais como órgão político central, tornando-se uma espécie de coordenador global no processo de desenvolvimento. Para tanto, o Banco elaborará documentos políticos, nos quais se destaca uma considerável produção teórico-conceitual na área da política econômica e social. Nesse contexto, os organismos internacionais (como o BM)

passam a atuar como disseminadores da ideologia legitimada pelos países capitalistas dominantes (a globalização neoliberal), propiciando interferências na condução das políticas econômicas e sociais desses países<sup>39</sup>, utilizando-se de uma ampla agenda que se baseia no fundamentalismo ideológico de mercado sob o discurso aparente de combate à pobreza (UGÁ, 2008). Mas, em termos teóricos, como o BM define a pobreza?<sup>40</sup>

Em se tratando de definição teórica em 1990 o Banco Mundial definiu a pobreza como: a incapacidade de atingir um padrão de vida mínimo. Segundo Ugá (2008) desta definição podem ser destacadas duas questões diferentes: a) o que é um padrão de vida mínimo?; b) o que se entende por incapacidade? A autora descreve que o primeiro questionamento se coloca como uma questão mais de caráter metodológico; já a segunda pergunta envolve temas amplos e diz respeito às causas da pobreza e também às estratégias de combate à pobreza.

Em relação à primeira questão, o Banco Mundial (como demanda a ideologia neoliberal) apresenta a seguinte resposta: o padrão de vida mínimo deve ser analisado pelo consumo, isto é, a despesa imprescindível para que se obtenha um mínimo padrão de nutrição e outras necessidades básicas, além de uma quantia que permita a participação da pessoa na vida cotidiana da sociedade. Assim, evidencia-se, portanto, que a definição de pobreza nesta periodicidade (anos de 1990), baseia-se em critérios monetários (rentabilidade) mínima (UGÁ, 2008).

Ugá (2008) esclarece ainda que para transformar a definição de padrão de vida mínimo em um instrumento mais objetivo - a favor da quantificação e medição dos pobres, o BM propõe a utilização da linha de pobreza, que separa os pobres dos não pobres a partir de um valor estipulado para o padrão de vida mínimo. O valor proposto é em torno de US\$1 por dia por pessoa.

Já no que diz respeito à incapacidade ela remete ao que o BM denomina como causas da pobreza. Pode-se ratificar que a renda insuficiente do pobre é explicada a partir de duas noções relacionadas entre si: a primeira é a falta de ativos e a

---

<sup>39</sup> Ugá (2008) nos faz lembrar que a adoção de políticas de ajuste estrutural nos países periféricos não resulta apenas de uma imposição externa. Houve a adesão ao caminho neoliberal por parte dos governos latino-americanos.

<sup>40</sup> Para aprofundamento sobre o tema ler Ugá (2008).

segunda é a falta de oportunidades (UGÁ, 2008). Em relação aos ativos considera-se que eles podem ser de múltiplos tipos. Entretanto, os dois ativos mais importantes para a criação de oportunidades para os pobres são o capital humano<sup>41</sup> (para o pobre urbano) e o acesso à terra<sup>42</sup> (ao pobre rural).

Para aumentar o capital humano seria necessário o aumento da educação dos trabalhadores, para que seus conhecimentos, habilidades, competências e capacidades fossem melhorados. Isso porque essa perspectiva entende que quanto maiores às habilidades e conhecimentos, maior a produtividade do trabalhador, e essa maior produtividade geraria maior competitividade e oportunidades para os indivíduos e assim, maiores rendas (UGÁ, 2008).

Por tudo isso, podemos evidenciar que na década de 1990 o BM utiliza-se de um conceito de pobreza como ausência de renda associada ao consumo e ratifica que se faz necessário o aumento dos ativos dos pobres (por intermédio do aumento do capital humano a ser medido pelos níveis de educação e saúde) visando a saída dos mesmos da condição de pobreza. Entretanto, esse conceito – apesar de não ser descartado – terá um significado agregado a ele a partir do relatório do BM de 2000/2001.

A partir do relatório de 2000/2001 a pobreza passa a ser concebida como privação acentuada de bem-estar, possuindo múltiplas dimensões que devem ser compreendidas através de 3 eixos:

a) falta de renda e recursos para atender necessidades básicas, incluindo níveis aceitáveis de educação e saúde; b) falta de voz e de poder nas instituições estatais e na sociedade; c) vulnerabilidade a choques adversos e exposição a riscos, combinados com uma incapacidade de enfrentá-los (UGÁ, 2008).

É a partir deste entendimento da pobreza como detentora de múltiplas dimensões que o Banco Mundial buscará propor aos países formas de intervenção sobre a mesma mediante a estruturação de sistemas de proteção social, redes de proteção

---

<sup>41</sup> Capital humano é o termo utilizado para designar o conhecimento, as habilidades e as competências das pessoas. Acredita-se que quanto maior o capital humano, maiores serão as oportunidades que um pessoa terá no âmbito econômico e pessoal.

<sup>42</sup> O acesso à terra não tem o sentido de realizar reforma agrária para distribuir terras para os que não a possuem, mas sim fornecer capacidade de crédito, por exemplo, para que o indivíduo possa comprá-las.

social ou programas sociais para abordarem as múltiplas dimensões da pobreza e da miséria visando a aumentarem a igualdade de oportunidades. Esses buscarão adotar para o seu desenvolvimento eficaz a estratégia da multissetorialidade.

Parte-se da ideia de que lidar com um conceito de pobreza multidimensional a partir de um único setor, programa ou política, não seria adequado para resolver os problemas de pobreza ou vulnerabilidades múltiplas (WORLD BANK, 2013). Além do BM, a OMS adota a intersectorialidade e multissetorialidade em seus documentos aliançada a necessidade de mudanças na gestão da saúde. Assim, essas palavras são recorrentes nos documentos dessas duas agências internacionais e conforme descrito na metodologia do nosso estudo, essas palavras apareceram 3.551 no banco de dados documentais nas páginas dessas agências internacionais.

Nesse sentido, quais seriam os interesses políticos e ideológicos das agências internacionais OMS e BM em disseminar a discussão da intersectorialidade? Essa questão será alvo de discussão no capítulo seguinte.

## 4 A INTERSETORIALIDADE/MULTISSETORIALIDADE COMO ESTRATÉGIA TÉCNICA E POLÍTICA DA OMS E DO BM

*Quem vive num labirinto, tem fome de caminhos (Mia Couto).*

Neste capítulo analisamos os argumentos da Organização Mundial da Saúde e do Banco Mundial sobre a intersectorialidade/multissetorialidade, buscando identificar os fundamentos políticos e ideológicos aí inscritos.

Como estratégia de estruturação do capítulo realizamos a análise desse argumento de forma conjunta, uma vez que existem relações intrínsecas entre os resultados encontrados e entre essas agências, relações que serão demonstradas no decorrer do texto. Defendemos aqui que fazer a análise dos documentos separadamente não permitiria captar essa relação.

Para analisarmos o argumento da OMS e do BM sobre a utilização da intersectorialidade tomamos como direcionamento analítico um conjunto inicial de questionamentos: o que é intersectorialidade? Para que deve ser utilizada? Com qual objetivo? Quem deve utilizar? Como um processo, a busca dos fundamentos políticos e ideológicos exigia decapar os argumentos presentes nos documentos.

Uma vez identificado e categorizado o argumento aparente – o que a agência diz que é -, realizamos nova operação analítica, buscando alcançar a essência do que se constitui a gênese do significado da intersectorialidade/multissetorialidade nas sociedades que adotam os conceitos oriundos da agência pioneira em sua utilização (caso da OMS) e/ou da sua disseminação como estratégia de combate à pobreza (especialmente o BM) – e o que isso quer dizer à luz da matriz teórica utilizada.

### 4.1 O SIGNIFICADO DA INTERSETORIALIDADE E A MULTISSETORIALIDADE NOS DOCUMENTOS DAS AGÊNCIAS (OMS E BM)

“A miçanga todos a vêem. Ninguém nota o fio que, em colar vistoso, vai compondo as miçangas”  
(Mia Couto).

Os significados da intersectorialidade/multissetorialidade aparecem de forma explícita em todos os materiais da OMS, sejam os da década de 1980 e 1990, ou nos documentos publicados a partir dos anos 2000. Adotamos a palavra “significados” no plural em decorrência da inexistência de um significado unívoco e consensual de intersectorialidade fomentado por esse organismo internacional.

A **cooperação intersectorial** para atingir os objetivos de saúde tem sido aceita como um dos **princípios da estratégia de saúde** adotada na conferência internacional sobre atenção primária à saúde (WHO, 1986, p.13, grifo nosso).

O conceito de **colaboração intersectorial** em saúde implica que as estruturas institucionais formais que **constituem um setor desenvolvam uma relação reconhecida entre parte ou partes do outro setor**, uma forma que é mais **eficaz, eficiente e sustentável** do que poderia ser alcançado pelo setor de saúde trabalhando sozinho (WHO, 1997, p.4, grifo nosso).

A avaliação de impacto é uma **atividade intersectorial**. Isso significa que **profissionais de diferentes disciplinas precisam trabalhar juntos**, compartilhando perguntas e respostas (WHO, 2003, p.7, grifo nosso).

**Trabalhar em conjunto com vários setores** para melhorar a saúde e influenciar seus determinantes é muitas vezes referida como **ação intersectorial** em saúde. (WHO, 2011, p.3, grifo nosso).

A **ação intersectorial em saúde (ISA)** tem sido definida como uma **relação reconhecida entre parte ou partes de diferentes setores** para tomar medidas visando a melhorar a saúde e a equidade na saúde (WHO, 2012, p. 10, grifo nosso).

**Ação intersectorial** refere-se a processos em que os **objetivos, estratégias, atividades e recursos de cada setor são considerados em termos do seu impacto nos objetivos, estratégias, atividades e recursos de outros setores** (WHO, 2013a, p. 8, grifo nosso).

A saúde em todas as políticas (HIAP) é **central na abordagem dos determinantes sociais** das iniquidades em saúde e de saúde. “HIAP”, “intersectorialidade”, “multissetorialidade” e “juntar-se” são termos que foram usados indistintamente para se referir à percepção da necessidade de **esforços conjuntos de vários setores** (WHO, 2013b, p. 12, grifo nosso).

A **ação multissetorial** refere-se a **ações entre dois ou mais setores dentro do governo** (como a saúde, transportes e ambiente), e é usado como um sinônimo de **ação intersectorial** (WHO, 2014, p.8, grifo nosso).

A intersectorialidade nos documentos, e presente nesses exertos, está relacionada à: 1) a realização de ações, atividades ou esforços conjuntos entre vários setores; 2) a uma estratégia de saúde adotada na Conferência de Alma-Ata; 3) Como sinônimo de ação multissetorial entre setores, ou seja, a OMS ratifica que não são

palavras dotadas de sentidos diferenciados em seus documentos; 4) Trabalho conjunto entre profissionais de diferentes disciplinas/profissões visando a compartilhar saberes.

Figura 1- Os significados da intersectorialidade para a OMS



Fonte: elaboração própria, 2017.

A intersectorialidade aparece como um termo dotado de vários significados e possibilidades de aplicação. Vinculado a **articulação/relação entre setores**, expressa o que é considerado pela OMS como uma **nova lógica de gestão da política de saúde** visando ao desenvolvimento de relações entre parte ou partes de outros setores com objetivo de **alcançar uma maior eficácia e eficiência nos processos de gestão** a serem materializadas em ações conjuntas.

Nota-se a utilização de termos como eficiência e eficácia atrelada à adoção de uma nova forma de gerir as políticas sociais. Esses termos, segundo Lima (2014), foram adotados pelas agências internacionais ligadas a ONU visando demarcar a necessidade de racionalização dos recursos econômicos para atingir objetivos. Para a OMS o objetivo descrito em sua Constituição é [...] *a realização para todas as pessoas do mais alto nível possível de saúde* (OMS, 1946, p. 2).

Mas melhorar o padrão de saúde envolve pensar múltiplas dimensões – economia, estágio de desenvolvimento que cada país se encontra, o padrão de saúde que se encontra cada país, além de aspectos sociais, culturais, ou seja, falar em melhorar

o padrão de saúde requer reconhecer que os países capitalistas e signatários da OMS considerados “em desenvolvimento” (como, por exemplo, o Brasil) vivenciam padrões diferenciados daqueles considerados “desenvolvidos”. Há ainda em curso, um processo de desmonte das Políticas de Saúde de caráter universalista (seja na Inglaterra, seja no Brasil). Uma das evidências é o subfinanciamento das políticas de saúde<sup>43</sup>. Assim, também é necessário mencionar a necessidade do aumento da apropriação da riqueza socialmente produzida para investimentos no âmbito da saúde para garantia desse direito.

Como destacado por Laurell<sup>44</sup> (2014), para se consolidar o direito à saúde, é mister: a) pacto social por uma política social ampla e redistributiva; b) construção da participação popular ampla; c) acordo constitucional em que o interesse geral – a saúde da população - prevaleça sobre os interesses particulares; d) incremento programado e sustentável de recursos públicos investidos no sistema público, entre outros.

Desse modo, melhorar a saúde somente com mudanças na gestão das políticas sociais com a utilização da intersetorialidade sem tocar em um aspecto essencial (o conceito de política social aí engendrado) contribui para reprodução e disseminação da proposta gerencialista para a intervenção social.

Para Gurgel e Souza Filho (2016), e com quem concordamos, a proposta gerencialista para a gestão do aparelho estatal, no contexto da contrarreforma do Estado, no quadro da reestruturação do capital, possui como finalidade central reduzir os gastos destinados às classes desprovidas dos meios de produção, para

---

<sup>43</sup> No Brasil os gastos privados com saúde chegam a 4,9% do PIB superando os gastos públicos. A realidade brasileira apresenta um paradoxo: um país com sistema universal de saúde que apresenta um gasto privado superior ao gasto público (OLIVEIRA, 2017). A situação se agrava com a aprovação da PEC 55, pois a base sobre a qual incide o congelamento corresponde a 13,2% da Receita Corrente Líquida de 2016, o que representa aproximadamente, R\$ 90,9 bilhões. Mesmo ajustado pela inflação ao longo dos anos, esse valor reproduzirá e agravará o subfinanciamento do SUS. Para exemplificar, o limite mínimo estimado para 2017 é de R\$ 97,5 bilhões, inferior, em termos nominais, ao valor empenhado em 2015 (R\$ 100 bilhões) e ao estimado para 2016 (R\$ 106,9 bilhões). A partir de 2018, a correção ocorrerá pela variação anual da inflação, calculada pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo e as perdas deste valor congelado em 2018 até 2036 totalizam R\$ 438 bilhões (OLIVEIRA, 2017).

<sup>44</sup> Apontamento feito durante conferencia realizada no XI Encontro Nacional de Economia da Saúde e VI Congresso de Economia da Saúde da América Latina e Caribe - ENES, realizado nos dias 24 a 26 de setembro de 2014, na cidade de São Paulo.

que mais recursos provindos da riqueza social produzida sejam direcionados para o processo de acumulação capitalista. Nesse sentido, a principal determinação do gerencialismo é a identificação da administração do campo da produção, principalmente a administração empresarial, com a do campo da reprodução social, especialmente a administração pública estatal.

O gerencialismo, portanto, não considera a distinção existente entre a finalidade da administração da empresa privada – produção e apropriação da mais-valia –, com aquela da administração pública estatal, destinada a fins relativos à reprodução social. Vale ressaltar que a finalidade da reprodução social se destina, principalmente, à manutenção da ordem social, por meio do atendimento de necessidades/interesses das classes não detentoras dos meios de produção e de ações repressivas e promoções ideológicas. O gerencialismo se constitui em uma proposta administrativa hegemônica de contrarreforma da gestão das políticas sociais e, está diretamente vinculado ao projeto neoliberal. Essa vinculação aparece explícita nos significados de intersectorialidade enquanto relação/articulação entre setores visando à eficiência, eficácia das ações e/ou como forma dessa ação causar “impacto” [...] *nos objetivos, estratégias, atividades e recursos de outros setores (WHO, 2013a, p. 8).*

Além do significado vinculado a articulação/relação entre setores, a intersectorialidade aparece como um instrumento de otimização de saberes e competências profissionais mediante trabalho conjunto visando romper com a setorialização do conhecimento em disciplinas:

*[...] isso significa que profissionais de diferentes disciplinas precisam trabalhar juntos, compartilhando perguntas e respostas (WHO, 2003, p. 7).*

Um primeiro aspecto a ser enfatizado é que trabalhar juntos pressupõe compartilhar perguntas e respostas, abstraindo dessas a dimensão ideopolítica presente tanto nas perguntas, quanto nas respostas produzidas. Ou seja, perguntar<sup>45</sup> entre os técnicos que trabalham juntos tem em si – quem pergunta (nesse caso, o sujeito inserido na divisão sociotécnica do trabalho), o que pergunta (contém o que se quer

---

<sup>45</sup> No dicionário o verbo significa: “questionar; realizar questões; buscar esclarecimentos; investigar; procurar uma solução; indagar”.

saber, mas também o que é possível perguntar), quando pergunta (o contexto sócio histórico), para quem pergunta (assimetria nas relações sociais), além dos pressupostos teóricos presentes na questão formulada.

Um segundo aspecto a ser analisado é a discussão da intersetorialidade atrelada à discussão da interdisciplinaridade visando romper com a setorialização do conhecimento em disciplinas/áreas de conhecimentos profissionais. Parte-se do entendimento que o conhecimento está excessivamente fragmentado, já que cada disciplina trata isoladamente de um determinado aspecto – psicológico, econômico, saúde, doença, etc. – e que assim não seria possível adquirir uma visão de conjunto dos objetos de estudo. O resultado disto, no âmbito da formação profissional, é uma educação constituída por fragmentos desconexos e justapostos. Em consequência dessa visão fragmentada da realidade, a intervenção prática para o enfrentamento dos problemas sociais também se vê comprometida, levando a buscar soluções isoladas. Para essa formação fragmentada colaboraria, também, a intensa especialização, que levaria a uma concentração cada vez mais localizada em aspectos restritos, tornando o indivíduo incapaz de uma percepção do todo.

Diante do reconhecimento das consequências negativas desse processo, busca-se encontrar uma solução que restitua ao conhecimento um caráter amplo que permita, tanto na realização de pesquisas teóricas, como na formação profissional e no tratamento dos problemas sociais, superar aquela visão seccionada dos objetos. Daí o surgimento das propostas de *inter*, *trans*, *multi*, *pluridisciplinaridade* (TONET, 2013).

Por mais que haja diferenças entre essas propostas, o cerne da questão é que a abordagem de um mesmo objeto sob vários aspectos — filosófico, econômico, sociológico, histórico, biológico etc. — seria o caminho para a superação dessa fragmentação do saber. Contrariando essa ideia da interdisciplinaridade como caminho para superar a fragmentação do saber (e poderíamos dizer também como impulsionadora da intervenção profissional intersetorial, pois autores como Inojosa (2001) utilizam a discussão da interdisciplinaridade como fundamento teórico para discutir a intersetorialidade como descrevemos anteriormente na introdução da tese), Tonet (2013) defende que adotar a interdisciplinaridade com esse objetivo é uma solução equivocada por alguns motivos, com os quais concordamos.

Em primeiro lugar, porque pressupõe que a complexidade e a fragmentação do saber resultam naturalmente do processo social, sendo a segunda uma consequência necessária da primeira. Em segundo lugar, desfaz a dependência ontológica do conhecer em relação ao ser. Nesse sentido, por mais que os teóricos da interdisciplinaridade façam menção ao processo histórico que propiciou a fragmentação do saber, não há uma percepção ou aceitação da relação de dependência ontológica do conhecimento em relação às condições materiais. Assim atribui-se ao conhecimento uma autonomia que concretamente ele não possui, tratando, assim, a fragmentação do saber como um processo que se dá no interior do próprio saber. Pressupõe-se que da soma dos diversos fragmentos do saber seja possível obter um conhecimento total de um determinado objeto.

Em terceiro lugar, porque pressupondo a autonomia do saber, a proposta de interdisciplinaridade não toma como ponto de partida uma crítica do próprio processo material de fragmentação. Sua teorização se limita a buscar superar a fragmentação pelas vias epistêmica, pedagógica ou comportamental, algo que se faz presente no entendimento da intersectorialidade como articulação entre profissionais de diferentes setores e disciplinas para trabalharem juntos, compartilhando seus conhecimentos, perguntas e fomentando respostas para os problemas de saúde, conforme a definição da OMS.

Em quarto lugar, porque toma o padrão moderno de cientificidade como o verdadeiro caminho para a produção do conhecimento científico, ignorando que a fragmentação do saber faz parte da natureza desse padrão e que a origem dessa cisão não está no próprio saber, mas no solo social que lhe deu origem.

Em quinto lugar, ao tomar o padrão moderno de cientificidade como o verdadeiro caminho para a produção do conhecimento científico, também ignora que este padrão tem no sujeito o polo regente do conhecimento.

Ademais, a teoria da interdisciplinaridade não tem como ponto de partida buscar o que na essência produz a fragmentação. Ela parte apenas do reconhecimento de que o conhecimento é fragmentado e como essa realidade dada e “imutável” propicia aspectos negativos. Nesse sentido, deixa de lado as raízes materiais da fragmentação do conhecimento que estão aliançadas ao surgimento da divisão

social do trabalho, em que há uma cisão entre trabalho intelectual e trabalho manual. Para Marx e Engels (2007, p. 45) “a divisão do trabalho torna-se realmente divisão apenas do momento em que surge uma divisão entre o trabalho material e espiritual”. Deste processo, o saber e o fazer passam a ter como marca a separação e a fragmentação. Essa fragmentação, por sua vez, contribui com a exploração e a dominação dos sujeitos, dificultando a concepção e análise do mundo a partir da categoria totalidade.

Ao buscarmos associar a discussão fomentada por Tonet (2013) ao significado de intersectorialidade fomentado pela OMS enquanto compartilhamento dos saberes dos profissionais de setores e áreas como saúde, educação, assistência social para buscar fomentar perguntas e respostas para, por exemplo, [...] *a realização da saúde como um direito humano (WHO, 2014, p.1)*, podemos demarcar que esse discurso da intersectorialidade a ser materializada pela via da interdisciplinaridade por si só não busca atacar a essência fundante que produz a fragmentação do conhecimento e das políticas sociais ditas “setoriais”. Assim, não será por meio da adoção da interdisciplinaridade e da intersectorialidade via mudança comportamental dos profissionais ou puramente pela adoção de conceitos epistemológicos que essa segregação irá cessar. Ela é algo inerente à constituição do saber e das políticas sociais nas sociedades capitalistas.

Ademais, além dos dois significados mencionados anteriormente, a intersectorialidade também aparece no documento selecionado de 1986 como **um princípio da estratégia de saúde** adotada na conferência de Alma-Ata, mas acrescentaríamos também das demais conferências de promoção da saúde que sucederam a Alma-Ata.

Ao buscarmos a origem da palavra estratégia no dicionário da língua portuguesa, notamos que a mesma é derivada do termo grego *strategia*, que significa plano, método, manobras ou estratégias usados para alcançar um objetivo ou resultado específico (MICHAELIS, 2017). No âmbito da conferência de Alma-Ata, a intersectorialidade pode ser interpretada como uma estratégia para o alcance do objetivo traçado – “Saúde para todos” no ano 2000 –, como já analisamos no capítulo anterior. O documento de 1986, entretanto, não é o primeiro no uso do termo. Encontramos documentos da OMS de 1976 que fazem menção a

intersectorialidade, ou seja, dois anos antes da ocorrência de Alma-Ata. Ademais, autores como Cueto (2015) também ratificam a adoção da OMS da meta saúde para todos e da estratégia da intersectorialidade no ano de 1976. Assim, Alma-Ata não pode ser enfatizada como responsável por “criar” a discussão da intersectorialidade. Ela deve ser vista como a conferência disseminadora da intersectorialidade via compromisso dos países participantes em adotar os preceitos dessa conferência, não de forma neutra, mais incentivada e reproduzindo ideologicamente os ideais, naquele momento histórico, dos organismos internacionais como a OMS, BM e UNICEF.

Por fim, o último significado de intersectorialidade expresso nos documentos da OMS demarca que intersectorialidade, multisectorialidade e saúde em todas as políticas são termos dotados de sinonímia para essa organização. Entretanto, se formos buscar a origem das palavras intersectorialidade e multisectorialidade verificamos que o significado é diferente. A palavra intersectorialidade é derivada da palavra intersectorial. Essa, por sua vez, é constituída pelo prefixo “inter” mais a palavra “setorial”, que deriva da palavra “setor”. O prefixo “inter” é definido pelo dicionário da língua portuguesa como aquilo que “exprime a noção de **relação recíproca** entre alguma coisa”, ou seja, juntamente com a palavra setor no plural teríamos o significado de “relação recíproca entre setores” (MICHAELIS, 2017). Recíproca é um substantivo feminino que significa “condição do que é mútuo, do que se realiza ao mesmo tempo que outra coisa”. Ou seja, parafraseando a citação que iniciamos o capítulo: “a miçanga (as palavras aqui – intersectorialidade e multisectorialidade) todos a veem. Ninguém nota o fio ideológico que, em colar vistoso, vai compondo as miçangas”.

Já a palavra multisectorialidade é derivada da palavra “multisectorial”. Essa, por sua vez, é constituída pelo prefixo “multi” mais a palavra “setorial”, que deriva da palavra “setor”. O prefixo “multi” é definido como “aquilo que exprime a noção de **pluralidade**”, ou seja, de mais de um setor. Entretanto, mesmo que existam vários setores estruturados em um determinado município ou país, por exemplo, (setor saúde, setor educação, setor assistência social, etc.) não significa que serão

estabelecidas relações de reciprocidade entre eles<sup>46</sup>. Desse modo, apesar da OMS mencionar em seus materiais que as palavras são sinônimas, a origem das palavras expressa que não são.

Defender a sinonímia entre termos diferentes expressa uma intencionalidade das agências. Afirmamos isso ao mensurar a utilização das palavras pelas agências – OMS e BM – identificamos que a intersectorialidade é a palavra numericamente mais recorrente nos materiais da OMS enquanto o BM utiliza a multisectorialidade com uma frequência maior em relação à palavra intersectorialidade. Ratificamos também que não encontramos nos materiais do BM selecionados afirmações que expressam essa sinonímia ou a diferenciação das palavras.

Juntamente com as palavras intersectorialidade e multisectorialidade, o termo saúde em todas as políticas também é adotado pela OMS como sinônimo de intersectorialidade e multisectorialidade. A organização define no documento de 2011 a “saúde em todas as políticas” como:

*Uma estratégia geral que tem como objetivo integrar uma consideração sistemática de preocupações com a saúde na rotina de todos os outros setores e processos políticos e identificar abordagens e oportunidades para promover uma melhor qualidade de vida. Trata-se de uma abordagem alternativa para o objetivo ambicioso de formalmente incluir a saúde em todas as políticas nacionais e integrar um problema de saúde específico nas políticas de outros setores relevantes, programas e atividades (WHO, 2011).*

A discussão sobre saúde em todas as políticas foi impulsionada pela OMS e constituiu o tema da 8ª Conferência global de promoção da saúde realizada no ano de 2013 na cidade de Helsinque na Finlândia. Essa conferência foi convocada pela OMS e objetivou estabelecer orientações e troca de vivências para a implementação da abordagem “Saúde em todas as políticas”. A “Carta de Helsinque” (elaborada ao final da conferência) conclama **a intersectorialidade das**

---

<sup>46</sup> O processo de construção do objeto desta tese parte da análise concreta ante a necessidade da intersectorialidade no âmbito de uma política setorial (caso da PAIUAD e sua implementação no ES) e da sua inexistência nos municípios do ES. Em alguns municípios do estado constatamos empiricamente, que apesar da existência do aparato assistencial para o atendimento das demandas no âmbito da dependência química, no setor saúde, em níveis primário, secundário e terciário, o setor Assistência Social, por exemplo, não legitimava a possibilidade do atendimento das demandas por aquele setor preferindo descolar os usuários para outros aparatos institucionais localizados fora do município e voltados para a internação psiquiátrica no setor privado conveniado ao SUS (ABREU, 2006). Esse exemplo demonstra que ter aparatos setoriais não significa uma articulação imediata e natural entre os setores.

**políticas públicas** e a necessidade de **vontade política dos governantes** para a efetivação da promoção da saúde dos povos, reconhecendo que isso exigirá vontade política, coragem e **estratégia intersetorial**. Nota-se assim o direcionamento do problema da falta de condições de saúde satisfatórias para as populações como algo associado a uma questão de vontade e coragem dos governantes em implementarem mudanças na gestão das políticas sociais e colocarem em pauta a saúde como integrante de todas as políticas via estratégia intersetorial.

Foram registradas resistências em relação às proposições acima por parte de participantes de alguns países, aglutinados no interior do movimento saúde dos povos. Reconhecendo que a Declaração de Helsinki e a implementação da saúde em todas as políticas não era suficiente para indicar os caminhos e ações para se promover a saúde integralmente; ativistas desse movimento elaboraram uma declaração paralela a fim de criticar a decisão oficial, que continha alguns pontos como: **resolução de conflito pela OMS decorrente de contribuições orçamentárias voluntárias de corporações transnacionais**, principalmente farmacêuticas e militares; democratização de entidades globais, incluindo a ONU, **implementação de impostos de renda progressivos baseados na riqueza das pessoas físicas e jurídicas a fim de controlar a especulação global e financiar ações sobre os determinantes sociais em saúde, a incondicionalidade das doações e promoção da igualdade entre países de níveis diferentes de renda, alteração do regime de propriedade intelectual a fim de partilhar equitativamente conhecimentos**, tecnologias e dados científicos tornando-os bens públicos globais, e que a saúde em todas as políticas fosse aplicada em todos os níveis dos governos.

A fala de um participante do continente africano ao final da Conferência de Helsinque descrita em um relatório de participação no evento por Rocha (2013, p. 21) ilustra a insatisfação na ênfase da conferência em propor mais um conceito para ser instituído pelos países sem problematizar se os mesmos conseguem implementar a “saúde em todas as políticas”/intersetorialidade:

Preciso justificar minha vinda, pois gastei muito dinheiro do meu país para vir aqui [...] Já falei várias coisas para o meu Ministro da Saúde, ele já sabe sobre Atenção Primária à Saúde, Promoção da Saúde e

logo saberá sobre Saúde em todas as Políticas, **mas a nossa realidade não muda há mais de 500 anos**, mesmo sabendo de todos esses conceitos. O que exatamente devo dizer a ele a respeito dos resultados dessa Conferência? Silêncio geral e uma resposta tímida: Enviar uma mensagem positiva, que estamos no caminho certo, mas temos que trabalhar mais e mais! (ROCHA, 2013, p. 21, grifo nosso).

A fala do participante instiga a reflexão sobre a disseminação ideológica desses conceitos, seja de intersectorialidade, multisectorialidade ou saúde em todas as políticas. Muito mais do que o entendimento do significado dos termos e demarcar a importância de implementá-los, é preciso compreender que pela via epistemológica ou apenas um esforço comportamental, as mudanças na saúde das populações não serão efetivadas na totalidade, pois as soluções dos problemas sociais passam pela transformação radical da lógica fundante do sistema capitalista. Assim, reproduzir esses conceitos acriticamente só contribuiu para ratificar a ideologia dominante e que se funda na exploração do trabalho e na apropriação da riqueza socialmente produzida a favor de poucos em detrimento do sofrimento de muitos povos.

Ademais, além de buscarmos desvendar o significado da intersectorialidade/multisectorialidade para a OMS, também realizamos essa análise nos materiais do BM. Nesse sentido, é importante mencionarmos que não há uma definição explícita (como ocorreu nos materiais da OMS) sobre o significado de multisectorialidade/intersectorialidade. O significado aparece pressuposto nos materiais como uma forma de a) intervenção, b) abordagem, c) ações, d) coordenação:

*[...] Uma intervenção multisectorial efetuada ao nível nacional será para **ampliar os esforços de prevenção atuais para aqueles que são vulneráveis** e irá **reduzir o impacto de uma epidemia** em todos os setores [...] (WORLD BANK, 2000, p. 19, grifo nosso),*

*[...] a abordagem multisectorial e a **focalização em ações simultâneas que podem ter um impacto sobre a epidemia** são importantes (WORLD BANK, 2001, p. 27, grifo nosso),*

*[...]As ações multisectoriais **são essenciais para alcançar os resultados de saúde**, tais como os **objetivos de saúde para o desenvolvimento do milênio** [...] (WORLD BANK, 2009, p. 94, grifo nosso),*

*[...]A **coordenação multisectorial** envolve frequentemente a **garantia de que os instrumentos de proteção social são associados a intervenções eficazes** no*

*lado da oferta – tipicamente na saúde, educação, nutrição, proteção da criança e desenvolvimento rural (WORLD BANK, 2013, p. 13, grifo nosso).*

Assim, nos materiais do BM a intervenção, abordagem, ação, coordenação multissetorial/intersectorial está associada a: a) vencer a luta contra o HIV/AIDS; b) o combate a pobreza; c) alcançar resultados de saúde; d) alcançar resultados de educação; c) implementar mudanças na gestão das políticas sociais (Figura 2).

Figura 2 - Multissetorialidade para o BM.



Fonte: Elaboração própria, 2017.

A ênfase do BM é na adoção da multissetorialidade/ intersectorialidade para o fomento de mudanças na gestão das políticas sociais visando alcançar determinados objetivos como o combate a pobreza, a luta contra o HIV/AIDS e o alcance de resultados no âmbito das políticas de saúde e educação. Esses objetivos associam-se a missão do BM: acabar com a pobreza extrema e promover a prosperidade compartilhada de forma sustentável (WORLD BANK, 2017).

Ademais, o marco temporal das produções da OMS e do BM nos documentos selecionados relacionados a intersectorialidade/multissetorialidade é um importante indicador de nossa análise. Dos 8 documentos selecionados da OMS, 6 foram publicados a partir do ano 2000, 1 é da década de 1990 e 1 da década de 1980. Os documentos das décadas de 1980 e 1990 ratificam a importância da utilização da intersectorialidade no âmbito da OMS. Reconhecem a discussão como fundamental em uma periodicidade histórica demarcada pela ampliação da ênfase na atenção primária e promoção da saúde sob a égide do lema “Saúde para todos” no interior da Organização e por mudanças econômicas e sociais ocasionadas pela globalização. Já os documentos dos anos 2000, para além de elucidarem o significado do termo e a sua relevância, buscam elencar como deve ser realizada a implantação da intersectorialidade pelos países.

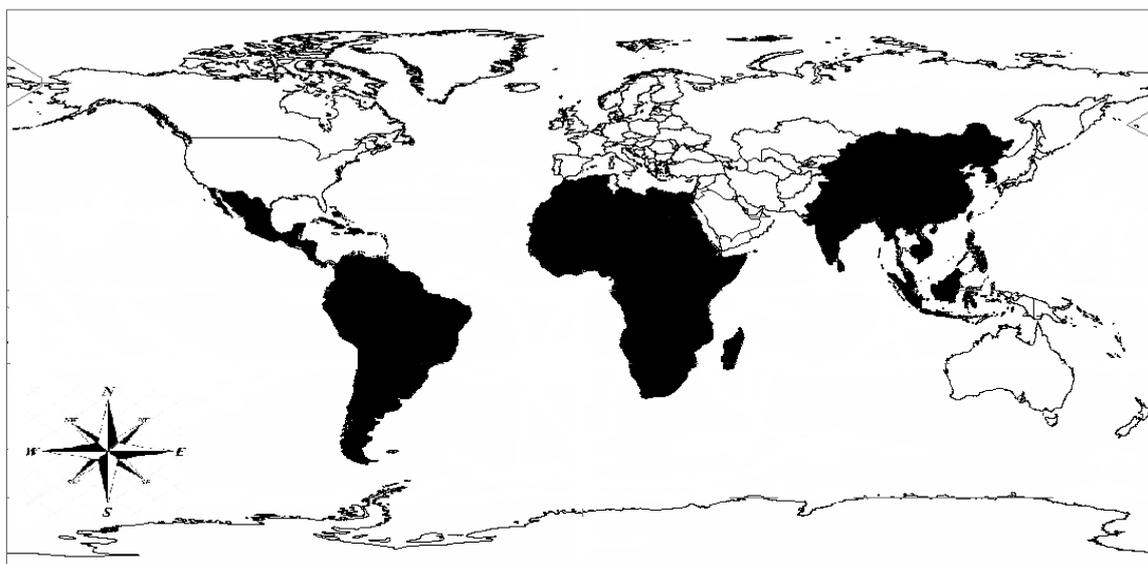
No que diz respeito aos materiais do BM, o marco temporal se dá a partir dos anos 2000. Tal fato nos remete a associar essa utilização à adoção da multissetorialidade como estratégia de gestão para lutar contra a pobreza a partir do entendimento do significado de pobreza como detentora de múltiplas dimensões (significado adotado pelo BM a partir do ano 2000, conforme explicitamos no capítulo anterior). Assim, parte-se do entendimento de que um único setor, programa ou política não seria eficiente para intervir sobre a pobreza entendida como vulnerabilidades múltiplas (WORLD BANK, 2013). Nesse sentido, os materiais trazem a multissetorialidade/intersectorialidade como estratégia de gestão a ser utilizada para lutar contra a pobreza multidimensional (WORLD BANK, 2013).

A maior parte dos documentos da OMS não concentra atenção a um único país ou continente específicos, mas aos países membros (6 documentos) e dois documentos são direcionados (um a Europa e outro a América Latina). Entretanto, no transcorrer da análise dos materiais averiguamos que o destaque é dado aos países com baixos indicadores de saúde, ou seja, apesar de não haver um aparente direcionamento para países ou regiões específicas, podemos mensurar que os países detentores de baixos indicadores de saúde são em geral os mais desiguais do mundo.

Já os documentos do BM (conforme a figura a seguir) são especificamente focados na África (4 documentos), Leste da Ásia, África e América Latina (2 documentos);

África e Caribe (1 documento); Leste da Ásia e Região do Pacífico (1 documento); América Latina e Caribe (1 documento); países pobres sem especificar regiões (1 documento).

Figura 3 - Regiões mencionadas nos documentos do Banco Mundial



Fonte: elaboração própria, 2017.

A ênfase a essas regiões está diretamente relacionada à condição de pobreza sustentada por esses locais. O BM tem como bandeira aparente “a luta contra a pobreza” (UGÁ, 2008) relacionada à utilização de ferramentas como a multissetorialidade para combatê-la é possível compreender o porquê da ênfase colocada nessas regiões. Dados divulgados durante a Conferência das Nações Unidas sobre o Comércio e Desenvolvimento (UNCTAD) em dezembro de 2016 confirmam que a pobreza global está cada vez mais concentrada em um grupo de 48 países<sup>47</sup>. Esses integram em sua maioria o continente Africano (ONU, 2016). Nesse continente também encontramos, conforme dados da Who (2016), as piores

<sup>47</sup> Os 48 países considerados mais pobres do mundo pela ONU (2016) são: Afeganistão, Angola, Bangladesh, Benin, Butão, Burkina Faso, Burundi, Camboja, República Centro-Africana, Chade, Comores, República Democrática do Congo, Djibuti, Guiné Equatorial, Eritreia, Etiópia, Gâmbia, Guiné, Guiné-Bissau, Kiribati, Haiti, Laos, Lesoto, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritânia, Moçambique, Myanmar, Nepal, Níger, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Senegal, Serra Leoa, Ilhas Salomão, Somália, Sudão do Sul, Sudão, Timor-Leste, Togo, Tuvalu, Uganda, Tanzânia, Vanuatu, Iêmen e Zâmbia.

expectativas de vida com destaque para Serra Leoa (50,1 anos), Angola (52,4 anos); República da África Central (52,5 anos) e Chad (53,1 anos).

Como um processo que vamos decapando, é hora de buscamos o que cada documento aponta como finalidade/objetivo para a utilização da intersectorialidade/multissetorialidade. Agrupamos os objetivos (ou unidades de contexto) encontrados em eixos de análise (ou unidades de registro) conforme quadro abaixo:

Quadro 13 – Objetivos do uso da Intersectorialidade/Multissetorialidade: BM e OMS

Unidade de registro (eixo de análise)	Unidade de contexto (objetivos)
<p>Intersectorialidade/multissetorialidade como <b>instrumento técnico</b> para o alcance da saúde para todos.</p>	<p>[...] <i>promover a saúde como uma meta de desenvolvimento (WHO, 1986, p.13);</i></p> <p>[...] <i>para intervir sobre um problema ou alcançar resultados de saúde de maneira mais eficaz e eficiente ou sustentável do que poderia ser alcançado sozinho (WHO, 1997, 4).</i></p> <p>[...] <i>para o desenvolvimento de uma política de saúde para todos no século XXI (WHO, 1997, p.1).</i></p>
<p>A intersectorialidade/multissetorialidade e a globalização.</p>	<p>[...] <i>enfrentar os desafios de um mundo cada vez mais globalizado e em rápida mudança (WHO, 1997, p.1);</i></p> <p>[...] <i>dobrar tendências negativas ocasionadas pela globalização (WHO, 1997, p.1);</i></p>
<p>A multissetorialidade/intersectorialidade, os sistemas de proteção social e a luta contra a pobreza.</p>	<p>[...] <i>para alcançar as pessoas particularmente vulneráveis e satisfazer as necessidades de longo prazo geradas pelo HIV/AIDS (WORLD BANK, 2000, p. 43).</i></p> <p>[...] <i>para ampliar os esforços de prevenção atuais daqueles que são vulneráveis (WORLD BANK, 2000, p.).</i></p> <p>[...] <i>para o desenvolvimento e implementação de programas, a prevenção de novas infecções, cuidados acessíveis para as pessoas que vivem com HIV/AIDS, o apoio para aliviar o impacto social da epidemia sobre as famílias e órfãos e o acompanhamento e avaliação das atividades do programa (WORLD BANK, 2001, p. 12).</i></p> <p>[...] <i>assegurar uma estreita colaboração com outros setores (especialmente a saúde, comunicações e ministérios que lidam com assuntos da juventude), reconhecendo que a luta contra HIV/SIDA só pode ser vencida com os esforços multissetoriais (WORLD BANK, 2002, p. 52).</i></p>

Unidade de registro (eixo de análise)	Unidade de contexto (objetivos)
A multissetorialidade/intersetorialidade, os sistemas de proteção social e a luta contra a pobreza.	<p><i>[...] Para atingir os resultados de saúde, tais como a saúde nos ODM, porque os resultados de saúde dependem não só dos cuidados de saúde, mas também de uma variedade de fatores além do cuidado (WORLD BANK, 2009, p. 94).</i></p> <p><i>[...] Para o desenvolvimento educacional que prevê o direito a incentivos, ferramentas e habilidades pessoais para trabalhar em todos os setores que influenciam os resultados da educação (WORLD BANK, 2011, p.9).</i></p> <p><i>[...] Para prevenir fatores de risco para a saúde (WORLD BANK, 2014, p. 4).</i></p> <p><i>[...] Para melhorar os resultados da política de saúde e nutrição da população (WORLD BANK, 2010, p. 1).</i></p>
A intersectorialidade/multissetorialidade como ferramenta para se alcançar mudanças na gestão das políticas sociais.	<p><i>[...] para incluir o setor privado e para a construção de sistemas de monitoramento e avaliação (WORLD BANK, 2004, p. 46).</i></p> <p><i>[...] para a reforma da função pública e governança, bem como incentivar a participação da comunidade e das organizações não governamentais na gestão escolar aumentando a competitividade (WORLD BANK, 2005, p. 46).</i></p> <p><i>[...] para o desenvolvimento de competências na tomada de decisão.</i></p> <p><i>[...] integrar as preocupações de saúde em todos os outros processos políticos e identificar abordagens e oportunidades para promover uma melhor qualidade de vida (WHO, 2011, p.5);</i></p> <p><i>[...] para a ação sobre os determinantes sociais da saúde (WHO, 2013a).</i></p> <p><i>[...] para a promoção da saúde, a consecução da equidade na saúde e a realização da saúde como um direito humano (WHO, 2013b).</i></p> <p><i>[...] alcançar uma maior conscientização sobre as consequências da política de saúde e decisões de saúde nas ações em diferentes setores (WHO, 2012).</i></p>

Fonte: WHO (2015), Sistematização própria, 2017.

A divisão nos eixos de análise tem objetivos pedagógicos de facilitar o entendimento por intermédio do agrupamento de objetivos semelhantes em torno de um eixo estruturante. Contudo, o entendimento é que a análise parte da totalidade de um único processo que reúne aspectos históricos, econômicos, políticos e sociais em uma relação orgânica. Partimos da compreensão de que todo direcionamento técnico conferido à intersectorialidade/multissetorialidade como

ferramenta ou estratégia para a conquista dos objetivos acima mencionados traz em sua essência um direcionamento ideológico e político.

Nesse sentido, demarca-se aqui mais uma vez um princípio fundante de nossa análise. A intersetorialidade/multissetorialidade não está dissociada de um projeto de sociedade e de uma concepção de mundo. É, antes, parte constitutiva de um projeto societário defendido pela classe dominante dos países centrais do capitalismo, ou seja, pautado na exploração do trabalho e na perpetuação da condição de dependência dos países considerados “em desenvolvimento”. É com esse entendimento que partimos a seguir para a análise dos eixos aglutinadores dos objetivos descritos nos documentos selecionados.

#### **4.1.1 A intersetorialidade como instrumental técnico para o alcance da saúde para todos.**

*“[...] por ora, sou a pegada do passo por acontecer...”(Mia Couto).*

A intersetorialidade como uma estratégia de gestão que tem como objetivo promover a saúde como uma meta de desenvolvimento (OMS, 1986, p.13); [...] intervir sobre um problema ou alcançar resultados de saúde de maneira mais eficaz e eficiente ou sustentável do que poderia ser alcançado sozinho [...] (WHO, 1997, 4) ou como [...] um componente integral para o desenvolvimento de uma política de saúde para todos no século XXI [...] (WHO, 1997, p.1) relaciona-se à adoção pela OMS da meta “saúde para todos” advinda da Declaração de Alma-Ata e das conferências internacionais de promoção da saúde.

Como visto, foi a partir da declaração de Alma Ata que ocorreu a ênfase no caráter intersetorial para o desenvolvimento da saúde no interior da OMS em decorrência da mudança no padrão de acumulação capitalista e de um contexto político marcado pela emergência de nações africanas descolonizadas, a disseminação de movimentos nacionalistas e socialistas e das novas teorias de desenvolvimento que enfatizavam o crescimento socioeconômico em longo prazo.

Esse contexto político e econômico em transformação refletiu-se em mudanças correspondentes no interior da organização. Como afirma Cueto (2015), houve um aprofundamento da crítica à OMS no que se refere à abordagem vertical dos programas de combate a doenças transmissíveis, como a malária, desenvolvidos com intervenções seletivas e descontextualizadas durante a década de 1960 e a ampliação da discussão sobre a necessidade da disseminação da Atenção Primária à Saúde com a adoção da meta “Saúde para todos” afirmação contida na declaração de Alma Ata e nos relatórios das declarações posteriores de promoção da saúde. Em resposta a essa meta,

*[...] tanto a Organização Mundial da Saúde como seus Estados membros têm procurado desenvolver políticas e programas de saúde mais integrados - incorporados a abordagem dos cuidados de saúde primários - e projetar mecanismos institucionais e estruturas administrativas mais capazes de promover **ações intersetoriais** para a saúde. Estes esforços apontam para os recursos potenciais que estão disponíveis para a promoção da saúde **através de uma abordagem intersetorial** que permita ao setor da saúde colaborar com outros setores para moldar e influenciar os seus determinantes relacionados com a saúde para um resultado positivo em saúde (WHO, 1986, p.17, grifo nosso).*

A intersectorialidade aparece como uma abordagem para a implantação da atenção primária no contexto da meta “saúde para todos”. Ocorre a disseminação no discurso da Organização da saúde determinada por complexos fatores inter-relacionados. Esses fatores abrangem os determinantes da saúde, incluindo os determinantes sociais, ambientais e econômicos.

Tal complexidade implica a análise de que as medidas para promover e proteger a saúde e o bem-estar não podem ser apenas do setor da saúde. Logo, a elaboração e implantação de políticas públicas que melhoram a qualidade de vida requerem o envolvimento e a participação de todos os setores mediante a abordagem intersectorial. Para a adoção dessa abordagem se faz necessário estruturas administrativas capazes de promover a intersectorialidade com os recursos potenciais que estão disponíveis nos países membros. Nesse sentido, concordamos que para promover a saúde se faz necessário pensar para além do setor saúde. Entretanto, percebe-se o falso significado de que melhorando a gestão administrativa dos setores com o enfoque na abordagem intersectorial para o desenvolvimento de programas integrados direcionados à atenção primária com os recursos que estariam disponíveis (humanos, econômicos) se atingiria melhorias

potenciais de saúde na totalidade dos países membros ou signatários a meta de Alma-Ata “saúde para todos”.

Assim, em um contexto internacional adverso (demarcado pela queda tendencial das taxas de lucro e maior presença de governos conservadores), verifica-se o embate entre a concepção de atenção primária à saúde integral/abrangente e a concepção seletiva de APS, prevalecendo à última (GIOVANELLA, 2014)<sup>48</sup>. O processo de redução do idealismo de Alma-Ata e a substituição desses ideais por um conjunto prático de intervenções técnicas como a ação intersetorial para o alcance da saúde dos povos, foi considerada por parte das agências OMS e BM mais implementável, porque focalizada em investimentos em saúde para as populações mais vulneráveis.

Como já destacado anteriormente, o marco desse redirecionamento teve início em 1979 em uma pequena conferência realizada em Bellagio, na Itália, e financiada pela Fundação Rockefeller, com apoio do Banco Mundial. Entre os participantes incluíam-se o presidente do Banco Mundial, o vice-presidente da Fundação Ford e o secretário-executivo do Unicef. A reunião de Bellagio focalizou um conceito alternativo ao articulado em Alma-Ata – Atenção primária seletiva à saúde –, construído sobre a noção de intervenções técnicas pautadas nas **ações intersetoriais** com baixo custo visando ao controle de doenças em países em desenvolvimento.

Neste embate entre Atenção primária Integral x Atenção Primária Seletiva, o Brasil pode ser citado como exemplo da adoção da intersetorialidade nesses moldes. Durante a VII Conferência Nacional de Saúde<sup>49</sup> ocorrida um ano após a conferência

---

<sup>48</sup> Esse embate é exemplificado, por exemplo, pela Política Nacional da Atenção Básica (que foi alvo de mudanças em 2017).

<sup>49</sup> A primeira conferência, em 1941, ocorreu antes mesmo da criação do Ministério da Saúde e quem esteve à frente da primeira edição foi o então ministro da Educação, Gustavo Capanema. A segunda conferência ocorreu nove anos depois, em 1950. Nas duas primeiras, o principal tema discutido foi a criação do Ministério da Saúde, o que se tornou realidade em 1953. A elaboração de um Plano Nacional de saúde para a União, estados e municípios foi tema principal do terceiro encontro, em 1963. Também surgiram movimentos democráticos na área de saúde e discussões sobre os problemas sanitários brasileiros. As quatro conferências seguintes - 1966, 1975, 1977 e 1980 - ocorreram durante a ditadura militar e são descritas como tímidas na história da saúde brasileira (BRASIL, 2007).

realizada em Bellagio (1980), e que contou com a participação ativa do então presidente da OMS, foi enfatizada a necessidade da adoção dos preceitos de Alma-Ata e da intersectorialidade para se atingir a meta “Saúde para todos” no Brasil. O significado de intersectorialidade posto nessa conferência considerava essa como uma ferramenta técnica de gestão para lidar com o **desequilíbrio existente entre necessidades e recursos** sob o argumento de que a capacidade para atender as demandas de saúde não aumentava com a mesma rapidez em que surgia a necessidade de atendimento, desencadeando o conflito entre as instituições que administram os serviços, os profissionais que os prestam e a comunidade que os recebe.

Assim, tomando como exemplo o Brasil, o significado de intersectorialidade representa uma forma de possibilitar a administração do desequilíbrio entre aumento da demanda, pouca oferta de serviços, de profissionais de saúde e de recursos para custeá-los. Não se fala em investimentos de saúde visando ao atendimento das pessoas em carácter universal. Ao contrário, a “saúde para todos” na essência pode ser interpretada como a saúde para todos os mais vulneráveis ou em maior risco, o que denota a focalização da abordagem intersectorial, ao contrário do que aparentemente se interpreta como “saúde para todos”.

#### 4.1.2 A intersectorialidade e a globalização

*“[...] a razão deste mundo estava num outro mundo inexplicável” (Mia Couto).*

A intersectorialidade como instrumento para *enfrentar os desafios de um mundo cada vez mais globalizado e em rápida mudança (WHO, 1997, p.1); [para] dobrar tendências negativas ocasionadas pela globalização (WHO, 1997, p.1)* aparece em destaque no documento de 1997 intitulado *“Think and act globally and intersectorally to protect national health”*. Nesse material é possível identificar a relação estabelecida pela organização entre globalização e intersectorialidade. **A ação intersectorial constitui uma estratégia de gestão que visa lidar com as consequências negativas do processo de “globalização”**. A globalização, para a OMS, apresenta efeitos polarizadores nos países. Alguns desses efeitos polarizadores aparecem no documento da OMS de 1997, que relaciona os mesmos

às implicações macroeconômicas e podem representar uma grande ameaça negativa à saúde pública e, ao mesmo tempo, oferecer grandes oportunidades futuras aos países. No que diz respeito às ameaças acarretadas pela globalização, o documento menciona que:

*As transformações econômicas e políticas desencadeadas pela globalização apresentam algumas ameaças potenciais à saúde pública, incluindo: o estresse gerado pelo desemprego, à redução de salários e padrões de vida, o acesso a produtos prejudiciais para a saúde como o tabaco e os agroquímicos e a migração que podem ameaçar a saúde física e mental de muitas pessoas (WHO, 1997).*

Aliado a isso, outra consequência negativa descrita no material refere-se ao aumento dos preços de alguns produtos e serviços médicos oriundos da privatização, a possibilidade da baixa qualidade dos serviços médicos, especialmente nos países em desenvolvimento e a limitação dos gastos públicos decorrentes dos programas de ajustes estruturais nos países que vivenciavam a crise fiscal (WHO, 1997).

Convém destacar que a crise fiscal dos países considerados em desenvolvimento (como por exemplo, latino-americanos) não decorreu de gastos sociais excessivos (como a ideologia neoliberal ratifica), mas basicamente à questão da dívida pública, provocada por mudanças nas relações econômicas nacionais e internacionais. Dados técnicos da ONU calculam que a taxa de juros da dívida externa aumentou nos anos 80 de 4 para 17%, levando-se em conta a queda nos preços dos produtos de exportação dos países subdesenvolvidos (MILLET; TOUSSAINT, 2006). Somado à desregulamentação financeira (tão disseminada pela “globalização” como positiva na aparência, mas essencialmente potencializadora do aumento das desigualdades econômicas e sociais), corroborou para o crescimento desmesurado do serviço da dívida pública. Para garantir o seu pagamento, impuseram-se programas de ajuste que também tiveram por objetivo reduzir o déficit público.

Essa dinâmica representa uma inusitada transferência de recursos públicos para o capital especulativo, através do pagamento de juros às custas das já precárias condições de vida da maioria da população. O caso mexicano é bem ilustrativo: de 1980 a 1989, o serviço da dívida pública cresceu de 3,3% do PIB para 13,7%, enquanto os gastos sociais caíram de 8,1% para 6,9% do PIB (LAURELL, 1994).

Assim, as consequências negativas da globalização que podem trazer ameaças negativas à saúde pública (para a OMS) devem ser relacionadas também ao

padrão de ajuste imposto e ratificado pelas agências internacionais como o BM que é ratificado nos documentos da OMS como parceiro no âmbito do direcionamento a ser proposto para as políticas de saúde dos países.

*Particularmente, a OMS deve trabalhar com o Banco Mundial e outros parceiros para assegurar que as **funções essenciais de saúde pública** sejam fornecidas como pré-requisito para a **privatização e reforma**. Por conseguinte, é imperativo que a OMS trabalhe com o Banco Mundial e outros parceiros, como por exemplo, os Bancos Regionais de desenvolvimento, para garantir que o papel do Estado na prestação de acompanhamento e responsabilidades de apoio a certas áreas prioritárias de saúde pública não sejam negligenciadas. Com efeito, a **OMS deve procurar delinear e definir o papel do Estado e os limites da redução nos pacotes de reforma e de ajustamento estrutural** e, em particular, **garantir as necessidades de saúde pública dos mais vulneráveis** (WHO, 1997, grifo nosso).*

Segundo o documento, para alcançar ganhos futuros de saúde é fundamental que a OMS mantenha a continuidade e o estreitamento dos laços com o BM. Como parte de uma relação mais estreita entre a OMS e as instituições de Bretton Woods deve-se defender fortemente os esquemas de redes de segurança social como parte da implantação de políticas de ajustamento estrutural e apoiar os recentes movimentos do BM para aliviar a dívida dos países mais pobres do mundo. O papel do Estado também é citado como fundamental para garantir condições desejáveis de saúde, especialmente para os mais vulneráveis. Na essência temos em curso as reformas neoliberais e o ataque à universalidade no âmbito da política de saúde com o estreitamento de laços da OMS com o BM. Deve-se destacar que com a política de ajuste estrutural houve uma piora acentuada das condições de vida das populações dos países periféricos, com um aumento significativo da pobreza em escala planetária e a precarização dos serviços públicos e o incentivo a privatização dos mesmos. No caso da política de saúde chilena, por exemplo, houve uma polarização do sistema de saúde: de um lado, o sistema público, que atende 84% da população com 59% do orçamento, e de outro, o sistema privado, que atende 16% da população, dispõe de 41% do orçamento da saúde, e alcança uma rentabilidade média de 40% sobre o investimento<sup>50</sup> (LAURELL, 1994).

---

<sup>50</sup> A política de saúde integra o sistema de proteção social chileno. Esse consiste em uma rede de serviços e políticas contributivas e não contributivas desenhadas para oferecer proteção estatal para os diferentes grupos socioeconômicos. É um sistema público-privado, baseado na análise dos riscos sociais e do seguro. O sistema de proteção social do Chile supõe a separação entre Estado e mercado. O primeiro fica encarregado dos aspectos dos riscos sociais tais como a redução da

Ademais, a OMS, ao ratificar a existência de consequências negativas acarretadas pela globalização, com implicações negativas para alcançar ganhos e melhorias futuras no âmbito da saúde, enfatiza que as consequências negativas somente podem ser vencidas [...] *pensando e agindo global e intersetorialmente para melhorar a saúde nacional (WHO, 1997, p.1)*. Pensar global e intersetorialmente no âmbito da saúde significa para a OMS entender o mundo como uma “aldeia global” em que a saúde das populações depende de numerosos fatores externos incluindo os perigos ambientais, acesso a comunicações e tecnologias de massas e influências culturais. Assim, uma estratégia global de saúde deve considerar os determinantes gerais do estado de saúde. Nesse sentido,

*As estratégias de desenvolvimento internacional que visam melhorar a saúde das populações devem, portanto, incluir um papel chave para as iniciativas intersetoriais para intervir nos determinantes da saúde através da colaboração intersetorial (WHO, 1997, grifo nosso).*

É importante buscarmos analisar a intersetorialidade como estratégia que na aparência se coloca para a OMS como capaz de vencer as consequências negativas da globalização para a melhoria da saúde nacional e global. Uma mediação necessária nesse aspecto diz respeito à solução disseminada no texto da OMS para vencer o estresse gerado pela globalização (pensar e agir intersetorialmente). Recordamos aqui da crítica realizada por Marx (2011) sobre conceber o real como resultado do pensamento e da não percepção que as determinações abstratas levam à reprodução do concreto por meio do pensamento.

Assim, discordamos que o pensamento abstrato (o pensar para depois agir intersetorialmente), descolado das relações sociais de produção vivenciadas pelos países, poderá por si só corroborar para vencer, por exemplo, o estresse gerado pelo desemprego e pela redução de salários e padrões de vida conforme ratificado pela OMS.

Aliado a isso, agir intersetorialmente, como se a prática instrumental técnica de articulação entre setores fosse autossuficiente, natural e imediata fundamentando-se nela mesma e descolando-a dos interesses políticos que fazem essencialmente

---

pobreza e o segundo (o mercado) administra os seguros onde predomina o individualismo absoluto (CORTES, 2015).

parte de uma ação, encobre as determinações ideológicas engendradas historicamente pelo modo de produção capitalista. Essas só podem ser úteis à classe detentora dos meios de produção, contribuindo para manter a ordem societal vigente ao ratificar a prática da colaboração intersetorial como capaz de vencer as consequências da globalização.

Não podemos deslocar a discussão da intersetorialidade, da globalização e de suas consequências aos determinantes econômicos e políticos aí engendrados. É preciso evidenciar o que na essência representa a ênfase colocada no texto na ação intersetorial como forma aparente de vencer as consequências da globalização como, por exemplo, o estresse gerado pelo desemprego. Devemos vincular essa discussão à ofensiva neoliberal contra o trabalho, com a desregulamentação do mercado laboral e a precarização do emprego em que ocorre a expulsão de força de trabalho do mercado formal (produto da automação, das crises), e aliado a isso, amplia-se significativamente o excedente da força de trabalho, ou seja, muitos trabalhadores desempregados para poucos empregos. Os efeitos disso são: tendência à queda salarial, perda de poder político dos trabalhadores, atitude individualista e defensiva do trabalhador. Por outro, com a crescente subcontratação ou terceirização, o trabalhador se submete à precarização e ao esvaziamento dos direitos trabalhistas (desenvolvidos para o trabalhador contratado). Finalmente, com o pretexto de “flexibilizar” as relações de trabalho, mediante (contra) reformas na legislação trabalhista, o neoliberalismo acomete contra os direitos do trabalhador (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2010).

Assim, para vencer as consequências negativas da globalização, como por exemplo, o estresse gerado pelo desemprego, implica romper com determinado padrão de acumulação, que é o capitalista ao contrário do que é aparentemente posto no documento: a ação intersetorial como capaz de vencer as consequências negativas da globalização.

Ademais, para a OMS a ação colaborativa entre os setores (intersetorialidade) em tempos de globalização e seu impacto no âmbito da saúde torna-se importante para:

*[...] abordar as repercussões no estatuto sanitário do comércio e das viagens mundiais, da degradação ambiental, das novas tecnologias e das comunicações, da mudança macroeconômica e do ajustamento e da transnacionalização dos estilos de vida e fatores de risco não saudáveis. Como resposta a essas mudanças, será cada vez mais importante que a OMS estabeleça alianças globais para criar um ambiente facilitador para a ação intersectorial em saúde nos níveis nacional e local (WHO, 1997, p.1).*

Pode-se evidenciar que a OMS se coloca como uma organização que entre os seus objetivos propõe fomentar alianças globais visando a facilitar a ação intersectorial em saúde nos níveis nacional e local. Tal ação da OMS teria como função impulsionar a colaboração entre os setores vinculados ou não ao âmbito da saúde para abordar/intervir em problemas oriundos das repercussões da globalização. No caso do trecho acima são citadas a degradação ambiental, as repercussões das viagens entre as regiões e países (principalmente no que tange a disseminação de doenças) e a incorporação de estilos de vida não saudáveis (oriundos, por exemplo, da incorporação de hábitos alimentares considerados não saudáveis via trocas culturais) (WHO, 1997). Vale destacar que na década de 1990 algumas doenças como AIDS, ebola, tuberculose, difteria, sarampo, coqueluche e malária apresentam um quadro de crescimento especialmente no continente africano acarretando preocupações que são expressas nos documentos selecionados da OMS.

Aliado a isso, para a OMS, a globalização do comércio, das viagens, e os processos migratórios apresentam grandes desafios para a saúde em decorrência do aumento do risco de transmissão de doenças, já que a doença não reconhece fronteiras. Segundo a organização, à medida que o mundo se torna mais interconectado, as doenças são capazes de se disseminar mais rapidamente e efetivamente, algo verídico e que se torna uma preocupação em âmbito mundial. Assim, para enfrentar esses desafios se faz necessário a urgência da colaboração intersectorial global.

Nota-se aqui a ênfase a uma preocupação tradicional da OMS: o controle de doenças transmissíveis e de epidemias, algo que perpassa a história da organização desde a sua fundação (LIMA, 1999). A proteção contra a contaminação de pessoas nos espaços de circulação de mercadorias como os portos e entre países está na agenda da organização desde a sua gênese. Em 1951, por exemplo, a OMS tornou-se responsável pela administração do

Regulamento Sanitário Internacional (RSI), que é considerado o mais importante instrumento legal relativo ao controle de doenças infecciosas, abrangendo procedimentos para limitar a transmissão da febre amarela, cólera e peste. Esse regulamento é considerado (em termos de sua implementação pelos países) **um desafio intersetorial** ainda dotado de atualidade pela OMS.

Como afirma Fidler (1996) existem sérios obstáculos para atingir adequada efetividade na aplicação desse regulamento e para ampliar sua abrangência. Um dos obstáculos é a necessidade da existência de uma gama de serviços de saúde bem estruturados nos países para que posteriormente possam ser articulados incluindo centros de pesquisas de monitoramento de cunho epidemiológico, recursos humanos especializados e principalmente o aumento dos investimentos no âmbito da saúde. Aqui notamos a presença da contradição entre o que na aparência a OMS propaga – que os países estruturarem os serviços com colaboração intersetorial de modo a atenderem o que apregoa o RSI (como exemplo) –, e o que efetivamente os países (principalmente os considerados em desenvolvimento pela organização) conseguem estruturar em um contexto de ajuste fiscal em que se apregoa por parte das próprias agências da ONU (especialmente o BM) o ajuste dos gastos com a política de saúde. Desse modo, concordamos com Fidler (1996) de que a implementação de ações abrangentes no âmbito da RSI como propagado pela OMS torna-se pouco viável para países em desenvolvimento e até mesmo impossíveis no atual contexto econômico. Aliado a isso, para se alcançar uma colaboração intersetorial é necessário que os denominados setores envolvidos pela ação estejam estruturados, o que demanda financiamento adequado para depois colaborem entre si em torno de um objetivo comum, algo pouco consolidável em tempos do crescente (des)financiamento das políticas sociais.

Cabe aqui questionar também como uma ferramenta de gestão que propõe a articulação entre setores poderá conter epidemias e frear a degradação ambiental. Tomemos como exemplo, a epidemia da AIDS particularmente. As estimativas da OMS feitas no ano de 1995 (dois anos antes da publicação do documento da OMS de 1997) davam conta de que, desde o diagnóstico da doença, cerca de 19,5 milhões de pessoas (entre homens, mulheres e crianças) tenham sido infectados pelo vírus da AIDS (WHO, 1995). A taxa de transmissão dessa doença aumenta

em ritmo alarmante entre as mulheres e as meninas, especialmente nos países em desenvolvimento com destaque para a África Subsaariana (SOARES, 2003). Os países dessa região específica são marcados por desigualdades de renda, índices elevados de pobreza, condições de vida nem sempre dignas, sob hegemonia do capitalismo financeiro (VIEIRA et al, 2014). Desse modo, é preciso ratificar a existência de uma relação entre globalização, pobreza e epidemias, sendo que as consequências da globalização estão diretamente relacionadas com a distribuição da riqueza socialmente produzida que traz como consequência o empobrecimento das populações, políticas sociais focalizadas e o avanço das epidemias. Não é unilateralmente uma questão de má gestão administrativa/setorialização/falta de intersectorialidade. Assim, adotar a intersectorialidade como uma ferramenta de gestão que tem como objetivo frear as epidemias, por exemplo, torna-se algo surreal e esconde o cerne propiciador das consequências da globalização no atual contexto mundial.

Após a discussão sobre a intersectorialidade atrelada aos objetivos – saúde para todos e como ferramenta para resolver as consequências negativas da globalização – foi possível identificar a sua utilização nos materiais selecionados associada à adoção de objetivos relacionados com as políticas sociais de saúde (luta contra o HIV/AIDS, nutrição e saúde, doenças não transmissíveis e alcance dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio para a Saúde) e educação. Esses objetivos aparecem atrelados à luta contra a pobreza e aos sistemas de proteção social propostos pelo BM.

#### **4.1.3 Pobreza, sistemas de proteção social e multissetorialidade/intersectorialidade**

*“Não somos feitos para caber numa receita puritana encomendada para domesticar e padronizar o mundo” (Mia Couto).*

A multissetorialidade/intersectorialidade aparece nos documentos do BM como uma estratégia de gestão relacionada a um objetivo comum em todos os documentos: [...] *combater a pobreza (WORLD BANK, 2013, p.3)*. Esse objetivo está relacionado nos materiais dessa agência a outros objetivos específicos vinculados a obtenção de resultados de saúde (com destaque para o combate ao HIV/AIDS, melhorias na

nutrição) e desenvolvimento educacional. Assim, a multissetorialidade/intersetorialidade para a agência torna-se necessária:

*[...] para alcançar as pessoas particularmente vulneráveis e satisfazer as necessidades de longo prazo geradas pelo HIV/AIDS (WORLD BANK, 2000, p. 43).  
[...] para ampliar os esforços de prevenção atuais daqueles que são vulneráveis (WORLD BANK, 2000, p.19).*

*[...] para o desenvolvimento e implementação de programas, a prevenção de novas infecções, cuidados acessíveis para as pessoas que vivem com HIV/AIDS, o apoio para aliviar o impacto social da epidemia sobre as famílias e órfãos e o acompanhamento e avaliação das atividades do programa (WORLD BANK, 2001, p. 12).*

*[...] assegurar uma estreita colaboração com outros setores (especialmente a saúde, comunicações e ministérios que lidam com assuntos da juventude), reconhecendo que a luta contra HIV/AIDS só pode ser vencida com os esforços multissetoriais (WORLD BANK, 2002, p. 52).*

*[...] Para atingir os resultados de saúde, tais como a saúde nos ODM, porque os resultados de saúde dependem não só dos cuidados de saúde, mas também de uma variedade de fatores além do cuidado (WORLD BANK, 2009, p. 94).*

*[...] Para o desenvolvimento educacional que prevê o direito a incentivos, ferramentas e habilidades pessoais para trabalhar em todos os setores que influenciam os resultados da educação (WORLD BANK, 2011, p.9).*

*[...] Para prevenir fatores de risco para a saúde (WORLD BANK, 2014, p. 4).*

*[...] Para melhorar os resultados da política de saúde e nutrição da população (WORLD BANK, 2010, p. 1).*

Visando uma melhor compreensão da multissetorialidade/intersetorialidade associada ao objetivo de combate a pobreza e aos objetivos específicos vinculados a esse “combate” montamos um esquema ilustrativo (Figura 4).

Figura 4: pobreza, proteção social e multissetorialidade para o BM



Fonte: elaboração própria, 2017.

A multissetorialidade aparece nos documentos do BM como uma estratégia de gestão vinculada a um objetivo comum em todos os documentos [...] *combater à pobreza* (WORLD BANK, 2013, p.3). Essa passa a ser concebida pelo BM, a partir do relatório de 2000/2001 (conforme estudo realizado por Ugá em 2008) como privação acentuada de bem-estar, possuindo múltiplas dimensões que devem ser compreendidas através dos seguintes eixos: a) a falta de renda e recursos para atender as necessidades básicas, incluindo níveis aceitáveis de educação e saúde; b) falta de voz e de poder nas instituições estatais e na sociedade; c) vulnerabilidade a choques adversos e exposição a riscos, combinados com uma incapacidade de enfrentá-los (UGÁ, 2008).

A partir desse entendimento da pobreza como detentora de múltiplas dimensões, o Banco Mundial buscará propor aos países formas de intervenção sobre a mesma. No documento de 2013 (escrito em parceria com o UNICEF), a agência trará à tona a necessidade dos países construírem sistemas de proteção social para abordarem as múltiplas dimensões da pobreza visando aumentar a igualdade de oportunidades e fomentar o investimento primordial na primeira infância. Tais sistemas buscarão adotar para o seu desenvolvimento eficaz **a estratégia da multissetorialidade** e trarão como políticas sociais essenciais as de saúde e educação em níveis básicos.

*Parte-se da ideia de que lidar com um conceito de pobreza multidimensional a partir de um único setor, programa ou política, não seria adequado para resolver os problemas de pobreza ou vulnerabilidades múltiplas (WORLD BANK, 2013).*

As políticas/programas/setores precisam estar articulados entre si para fomentar o aumento da eficiência, eficácia para a intervenção sobre a pobreza.

O Banco Mundial refere-se aos sistemas de proteção social (que devem utilizar como estratégia de gestão a multissetorialidade) como um conjunto integrado de programas/políticas sociais que podem relacionar-se uns com os outros e trabalharem em conjunto para oferecer igualdade e oportunidade aos pobres (WORLD BANK, 2013). Quanto ao objetivo dos sistemas de proteção social o documento de 2013 evidencia que os mesmos buscam fornecer uma resposta coordenada e harmonizada às vulnerabilidades multidimensionais da pobreza. Segundo o documento, os sistemas de proteção social:

*[...] têm o potencial de aumentar a resiliência, dar equidade e cobertura para atender as necessidades heterogêneas, bem como para promover a oportunidade de construir e proteger o capital humano, as habilidades e a produtividade. Também visam melhorar a eficiência e a sustentabilidade dos programas de proteção social voltados para alcançar os mais pobres (WORLD BANK, 2013).*

Além disso, devem priorizar especialmente as crianças, mediante o fornecimento de um conjunto de intervenções coordenadas para responder a natureza dinâmica do risco e da vulnerabilidade enfrentada por elas. Mas, por que investir primordialmente nas crianças? Segundo o documento de 2013 há um consenso crescente de que o investimento na proteção social das crianças faz sentido não

apenas em uma perspectiva de direitos, mas também em uma perspectiva de desenvolvimento econômico e humano das futuras gerações.

*[...] Há altas taxas de retorno se os países investirem na proteção social para o desenvolvimento da criança desde a primeira infância e altos custos se os países deixarem de fazer o investimento. Assim, para se garantir/colher os benefícios em longo prazo é necessário criar um ambiente propício no presente para colhê-los no futuro (WORLD BANK, 2013, p. 3).*

As políticas sociais para [...] melhorar os resultados da política de saúde e nutrição da população (WORLD BANK, 2010, p.1) e para [...] o desenvolvimento educacional que prevê o direito de incentivos, ferramentas e habilidades pessoais para trabalhar em todos os setores que influenciam os resultados da educação (WORLD BANK, 2013, p.3) aparecem como essenciais para fornecer aos pobres níveis aceitáveis de educação e saúde e devem estar contidas nos sistemas de proteção social voltados para o combate à pobreza. A ênfase deve ser conferida à educação básica e à saúde primária, com o controle, por exemplo, de doenças contagiosas e epidemias.

Nesse âmbito, há destaque nos documentos selecionados para o controle da epidemia de HIV/AIDS com a utilização da estratégia da multissetorialidade, especialmente na África, objetivando:

*[...] alcançar as pessoas particularmente vulneráveis e satisfazer as necessidades de longo prazo geradas pelo HIV/AIDS (WORLD BANK, 2000);*

*[...] o desenvolvimento e implementação de programas, a prevenção de novas infecções, cuidados essenciais para as pessoas que vivem com o HIV/AIDS, o apoio para aliviar o impacto social da epidemia sobre as famílias e órfãos e o acompanhamento e avaliação das atividades do programa (WORLD BANK, 2001, p.12).*

Primeiramente deve-se mencionar que em nenhum momento busca-se relacionar a estratégia da multissetorialidade à efetivação de direitos sociais como: saúde, educação sob a ótica da universalidade. Ao contrário, o documento deixa claro que os sistemas de proteção social que utilizam a ferramenta de gestão multissetorial devem ser implementados ou reformados para atender aos pobres. Fica explícito que a justificativa para a criação/reestruturação da abordagem de sistemas busca atacar a aparência da pobreza, ou seja, suas consequências e não a essência do fenômeno da pobreza. Estas estão relacionadas ao sistema socioeconômico

capitalista, cuja pobreza torna-se inerente a ele. O documento fala em equidade entre as frações de pobreza ao dividi-la em pobreza crônica e pobreza. Assim, aos pobres crônicos devem receber uma atenção melhor do sistema do que os pobres não crônicos.

Ademais, os sistemas de proteção social com suas ferramentas de gestão multissetoriais buscam realizar um controle estatístico criterioso para identificar os pobres ao recomendar que os países mantenham sistemas de identificação e registros de beneficiários, esquemas de segmentação, monitoramento e avaliação. Controlar onde estão os pobres, oferecer-lhes uma condição mínima e depreciável de proteção social e incentivá-los a melhorar o seu capital humano com prioridade para a educação básica a fim de que eles possam se inserir em empregos flexíveis são contextos em que a multissetorialidade está relacionada no documento de 2013.

Além disso, na justificativa para a adoção de uma abordagem de sistemas de proteção social, a multissetorialidade é compreendida como uma ferramenta de intervenção capaz de tratar a evolução, a composição e as múltiplas dimensões da pobreza. Pretende-se, com a multissetorialidade, criar uma rede de proteção social articulada entre vários setores, programas e políticas, justificando que a fragmentação existente entre os setores, programas e políticas, limita a eficiência, a sinergia e o impacto sobre a pobreza e a desigualdade, ou seja, é apenas um problema de má gestão e não estrutural.

Ademais, a multissetorialidade aparece atrelada à necessidade dos países investirem em proteção social para lidarem com as múltiplas necessidades das crianças. Mas, o investimento não deve ser para todas as crianças. A ênfase é abordar as barreiras sociais que impedem as crianças mais pobres do acesso aos serviços investindo prioritariamente na primeira infância, ou seja, o que se busca é focalizar, segmentar e seletivizar de forma perversa a proteção social.

Aos países com sistemas de proteção social já em execução o BM recomenda reformas, focando-as nos mais pobres. O documento cita as crises econômicas como contextos motivacionais para a realização das mesmas:

*[...] as crises muitas vezes servem como fatores de motivação para a reforma e em muitos casos pode também ser mais fácil de começar a introdução de uma abordagem de sistemas onde há menos programas e atribuições e, por conseguinte, menos direitos adquiridos (WORLD BANK, 2013, p. 6).*

A proposta do BM é propiciar a continuidade de ajustes nos sistemas de proteção social dos países no sentido de focalizar cada vez mais as políticas sociais nos considerados pobres, desconstruindo os direitos sociais adquiridos em prol de um falso discurso de combate à pobreza, que a própria agência auxilia a fomentar via imposição dos ajustes estruturais.

Aliado a isso, o BM enfatiza que é necessário desenvolver a intervenção multissetorial associando-a não somente aos setores governamentais, mas também aos setores privados, organizações não governamentais da sociedade civil:

*[...] dada à natureza multissetorial da proteção social e da fragmentação existente nas abordagens, **estas parcerias são essenciais no apoio ao desenvolvimento e fortalecimento dos sistemas de proteção social** (WORLD BANK, 2013, p.17, grifo nosso).*

Há para a agência um relacionamento harmônico entre os diferentes setores: Organizações não governamentais (ONGs), iniciativa privada, e setor público como se os mesmos fossem dotados de interesses desprovidos de antagonismos em que todos trabalhariam em prol da execução dos sistemas de proteção social multissetoriais sem nenhuma outra intencionalidade. O que se pretende é transferir parte das responsabilidades que eram conferidas ao Estado para as ONGs e a iniciativa privada, reduzindo o papel do mesmo ao mínimo e fazendo com que esses “setores” a serem articulados se apropriem do fundo público.

Além disso, a coordenação multissetorial é tida como detentora da finalidade de tratar os riscos e as várias vulnerabilidades em todo o ciclo de vida (para além de intervir na infância, apesar desta deter prioridade). Retratam que com a abordagem de sistemas é possível capturar os fatores que fazem as pessoas serem susceptíveis de se tornarem pobres ou caírem ainda mais na pobreza ao longo do tempo (pobreza crônica), mediante a promoção de oportunidades em 5 vias: 1) Construir e proteger o capital humano; 2) Capacitar indivíduos pobres a investirem na criação de ativos; 3) ajudar a gerir os ciclos econômicos, promovendo empregos

durante as crises; 4) Promoção de maior mobilidade no mercado de trabalho; 5) Redução da desigualdade social, tornando as reformas e o crescimento mais flexíveis politicamente.

Segundo o documento de 2013 do BM, a ocorrência de crises econômicas aparece como algo natural em países “em desenvolvimento”. Aos países cabe uma adaptação a essas novas circunstâncias econômicas e uma reação rápida às crises. No que tange ao sistema de proteção social, ele deve estar adaptado a identificar e monitorar o surgimento de novos pobres, oferecendo-lhes oportunidades como empregos temporários em obras públicas, subvenções sociais (monetárias), inserção em outros programas que visam ao aumento do capital humano. Nesse sentido, o documento cita o microcrédito como um elemento eficaz para combater a pobreza, que resulta em uma maior coordenação multissetorial, sendo capaz de fornecer soluções de forma mais holística e orientada para o desenvolvimento do capital humano.

Sobre o microcrédito, concordamos com Colodeti e Leite (2012), que embora o microcrédito possa trazer alguns resultados positivos para um número reduzido de pobres, é difícil vislumbrar uma redução das dimensões da pobreza mediante a concessão de pequenos empréstimos a pessoas de “baixa renda”, pois o microcrédito não toca em uma questão fundamental: a distribuição da riqueza socialmente produzida. Assim, alcançar alguns em situação de pobreza é algo que pode mascarar o número crescente de novos pobres que esse sistema gera diariamente.

Ademais, os Sistemas de Proteção social voltados para os pobres devem fornecer uma atenção especial ao controle de epidemias e utilizar a multissetorialidade como estratégia para contê-las. Nesse âmbito, os documentos associam a multissetorialidade especialmente ao controle da epidemia de HIV/AIDS nos países africanos.

No documento *“Intensifier la lutte contre le VIH/SIDA en Afrique: Faire face à une crise de développement”*, o BM enfatiza a necessidade de:

*[...] mobilizar os governos africanos, o BM, os parceiros de desenvolvimento, a sociedade civil e os setores privados para desenvolver **políticas multissetoriais** para conter a epidemia de HIV/AIDS (WORLD BANK, 2000, p. 27, grifo nosso).*

Segundo o documento, o HIV/AIDS se propaga a uma velocidade incrível que afeta atualmente, no mundo inteiro, cerca de 34 milhões de pessoas, um terço dos jovens com idade entre 10 e 24 anos e a epidemia continua a crescer como mais de 16.000 pessoas contraem o vírus diariamente. “[...] A AIDS já está entre os 9% das causas das mortes em adultos devido a doenças infecciosas no mundo em desenvolvimento e espera-se que esse percentual vá quadruplicar em 2020 [...]” (WORLD BANK, 2000, p. v). E, em nenhuma parte do mundo o HIV/AIDS faz tantos estragos como na África. Ademais, para o BM a epidemia de HIV/AIDS na África tem causado a redução do processo de desenvolvimento da região.

*[...] a maior parte da África vê o progresso feito no século XX reduzido a nada na aurora do século XXI. Infelizmente, as doenças que um grande número de vítimas não são uma novidade na África. A malária ainda permanece com muitas vítimas como AIDS e doenças infantis [...] A AIDS se destaca por seu impacto sem precedentes no desenvolvimento regional. Porque mata tantos adultos no auge da idade, ela dizimou a força de trabalho, deslocou e empobreceu famílias, marca a vida de milhões de órfãos e destrói as estruturas comunitárias. Confrontado por essas realidades, os governos africanos e seus parceiros devem agir no presente para prevenir novas infecções por HIV, tratar milhões de africanos já alcançados e para ajudar aqueles que sofrem seus efeitos (WORLD BANK, 2000, p.v).*

O BM realiza uma associação entre HIV/AIDS e desenvolvimento do continente Africano. Há a argumentação por parte da agência de que a África reduziu o progresso no âmbito do desenvolvimento devido a epidemia da AIDS, que levou a morte muitas pessoas no auge da idade produtiva, acarretando o empobrecimento das famílias e a destruição das estruturas comunitárias.

Em primeiro lugar, é preciso afastar qualquer noção mais tradicional do termo desenvolvimento. A noção corriqueira de desenvolvimento é fruto de uma tradição positivista, com alguma influência moralista, que enxerga no curso da história a possibilidade de uma trajetória linear de uma situação “pior” para outra “melhor”, atribuindo a essa trajetória possível o termo desenvolvimento.

O termo desenvolvimento, para Marx, tem um sentido de processualidade, isto é, como determinada estrutura social se desenrola com o passar do tempo, como as leis de funcionamento de determinada sociabilidade se manifestam em uma

trajetória de tempo – manifestações essas que sempre possuem uma determinação histórica. Não existe, portanto, nenhuma concepção de trajetória do “pior” para o “melhor”, uma vez que o desenvolvimento das leis implica a complexificação de todas as contradições próprias dessa formação histórica específica. No caso do desenvolvimento histórico dentro do modo de produção capitalista, a noção de desenvolvimento significa o desenrolar contraditório, dialético, das leis de tendência desse modo de produção.

Ademais, se nos reportarmos à noção de dependência defendida pela teoria marxista<sup>51</sup>, entende-se o processo de acumulação em escala mundial como uma unidade dialética entre o desenvolvimento e o subdesenvolvimento. Ou seja, esse processo pressupõe desenvolverem-se determinadas economias – no sentido do desenrolar das leis gerais do modo de produção capitalista – em ritmo mais acelerado do que outras. A consequência disso é que as distintas economias assumem uma relação de interdependência (CARCANHOLO, 2013). Há uma relação de subordinação entre nações consideradas independentes do ponto de vista formal, em cujo marco as relações de produção das nações subordinadas são modificadas ou recriadas para assegurar a reprodução ampliada da dependência (MARINI, 2005).

Em segundo lugar, em nenhum momento do documento são citados os ajustes fiscais que as próprias agências da ONU (como o BM e o FMI) impuseram à região e que contribuíram significativamente para o seu empobrecimento. Ao contrário, denota como uma das causas da “falta” de progresso no desenvolvimento da África a epidemia da AIDS que propiciou a morte de muitas pessoas e conseqüentemente a diminuição da força de trabalho a ser vendida em troca de um salário e, assim desloca a “culpa” do não desenvolvimento ao não controle da epidemia por parte dos governos africanos.

---

<sup>51</sup> Teoria Marxista da Dependência é o termo pelo qual ficou conhecida a versão que interpreta, com base na teoria de Marx sobre o modo de produção capitalista, na teoria clássica do imperialismo e em algumas outras obras pioneiras sobre a relação centro-periferia na economia mundial, a condição dependente das sociedades periféricas como um desdobramento próprio da lógica de funcionamento da economia capitalista mundial (CARCANHOLO, 2013, p.192). Para aprofundamento do tema ler Marini (1992); Marini (2005); Carcanholo (2009); Bambilra (1978).

Ao enfatizar o argumento de que a epidemia da AIDS na África dizima a força de trabalho e prejudica o desenvolvimento, o Banco Mundial enfatiza que pode participar mais ativamente no esforço de combater a epidemia (WORLD BANK, 2000). Nesse sentido, o documento *“Intensifier la lutte contre le VIH/SIDA en Afrique: Faire face à une crise de développement”* descreve a nova estratégia do Banco contra a epidemia como parte de uma parceria com os governos africanos e o Programa das Nações Unidas para o HIV/AIDS (UNAIDS). O programa é embasado em quatro ideias principais:

- *Sensibilização das partes interessadas para levá-los a considerar a HIV / AIDS como um problema de desenvolvimento e criar uma reação mais enérgica e duradoura.*
- *Aumento dos recursos, de parceiros africanos e equipes para que as atividades relacionadas ao HIV/AIDS sejam integradas e as ações realizadas em todos os setores.*
- *Desenvolver esforços de prevenção, bem como melhorar os cuidados aos doentes.*
- *Ampliação da base de conhecimento para ajudar os países nos projetos e gerenciar a prevenção, os cuidados e o tratamento.*

A primeira ideia que embasa o programa é a necessidade de “sensibilização” das partes interessadas em conter a epidemia de HIV/AIDS. Denota assim que uma das causas da epidemia é a “falta de sensibilidade” para com a temática e de entendê-la como uma das causas da falta de desenvolvimento da região. Não se contextualiza o porquê da África ter sido o continente em que a epidemia se disseminou com maior intensidade. A epidemia do HIV/AIDS no continente africano deve ser compreendida, conforme afirmam Vieira et al (2011), por meio da análise das determinações socioeconômicas, políticas e culturais disseminadas em nível internacional e nacional e não sob o aspecto unilateralmente comportamental.

A segunda ideia parte da necessidade do aumento dos recursos a serem investidos no programa. Esses, ao serem custeados pelo BM, devem prioritariamente ser obtidos por meio de um plano de crédito, o que propicia uma dependência e uma dominação cada vez maior da agência na condução da política no país, ditando sua ideologia que em nada contribui ao desenvolvimento das Nações. Além disso, essa ideia enfatiza a necessidade de integração das atividades relacionadas ao

HIV/AIDS em todos os setores sem discutir como esses tais setores estão estruturados ou não na região e se eles comportariam a demanda que está sendo posta. Assim, pouco se fala sobre como se daria esse processo, o que torna a proposta vaga, baseada em “ideias” descontextualizadas das relações sociais de produção e reprodução sociais e do processo saúde doença.

A terceira e a quarta ideias dizem respeito ao desenvolvimento de esforços para a prevenção, o cuidado aos doentes, a ampliação do conhecimento sobre a temática e a ajuda na modelagem e gerenciamento dos projetos de prevenção, cuidados e tratamento. Para apoio ao programa e suas ideias o BM criou **uma equipe multissetorial** para a campanha contra a AIDS na África (ACT África) que está vinculada aos Gabinetes dos Vice-Presidentes da região África (WORLD BANK, 2000, grifo nosso). A equipe terá como função centralizar coordenação e documentação sobre o HIV / SIDA na região, e irá proporcionar vários serviços que consistem particularmente em:

- *Fornecer recursos para equipes do Banco que operam nos diferentes países e ajudá-los a mobilizar líderes, a sociedade civil e o setor privado Africano para intensificar a luta contra o HIV/AIDS.*
- *Redesenhar o máximo possível dos projetos financiados pelo Banco Mundial para incluir componentes do HIV/AIDS; ajudar a desenvolver novos projetos dedicados ao HIV/AIDS, e incorporar, se necessário, em outros projetos medidas para suavizar o impacto da AIDS.*
- *Ajudar as equipes do Banco a incluírem em suas estratégias a assistência ao HIV/AIDS por países.*
- *Incorporar, sempre que possível, na unidade de avaliação o impacto da AIDS nos atuais procedimentos de avaliação ambiental e/ou social.*
- *Recolher e disseminar informações sobre o andamento da epidemia e melhores práticas, bem como estatísticas para cada país.*
- *Fortalecer e ampliar a parceria entre o Banco e UNAIDS, as agências de desenvolvimento, líderes, organizações não governamentais e agências de cooperação bilateral.*

A **equipe multissetorial** aparece no documento como impulsionadora na disseminação/execução nos países africanos das ideias e poderíamos dizer da reprodução da ideologia do BM. Ela tem dentre as suas funções a mobilização dos líderes comunitários, da sociedade civil e do setor privado para intervir sobre a

epidemia e está estrategicamente vinculada ao gabinete dos vice-presidentes, ou seja, está diretamente vinculada ao governo para assim impulsionar o setor privado, a sociedade civil e as lideranças comunitárias ao fomento de parcerias. O documento do BM ratifica que os programas nacionais contra o HIV/AIDS que propiciam resultados positivos têm alguns pontos em comum:

- *Eles têm como marca o compromisso dos mais altos níveis de governo e a constituição de múltiplas parcerias com a sociedade civil e o setor privado.*
- *Eles investem muito cedo nos esforços de prevenção eficazes.*
- *Eles exigem cooperação e colaboração entre um grande número de grupos e setores diferentes: aqueles que são chaves como líderes religiosos e líderes das comunidades, ONGs, pesquisadores e profissionais de saúde e da indústria privada.*
- *Eles são descentralizados e envolvem métodos participativos para garantir programas de prevenção e cuidado em escala nacional.*
- *Eles têm um caráter prospectivo, **abrangente e multissetorial** para deter os determinantes socioeconômicos que tornam os indivíduos vulneráveis à infecção, e eles preferem medidas preventivas aos cuidados e tratamento.*
- *Eles são caracterizados pela participação das comunidades na elaboração da política oficial, bem como para projetar a execução de programas.*

Aqui a multissetorialidade aparece vinculada à discussão dos determinantes sociais da saúde de forma muito similar ao entendimento da intersetorialidade como estratégia disseminada a partir da conferência de Alma-Ata e ratificada pela OMS. Entretanto, em Alma-Ata ainda havia uma vinculação expressa na declaração ao investimento governamental para lidar com os processos de saúde-doença e a prevenção do adoecer. Aqui a relação prioritária a ser estabelecida é com o setor privado, lideranças comunitárias e sociedade civil em geral.

O documento enfatiza também que a intervenção multissetorial ao nível nacional será:

*[...] para estender os esforços de prevenção atuais para aqueles que são vulneráveis e irá reduzir o impacto de uma epidemia em todos os setores. Ela visará os fatores biológicos, sociais e comportamentais que determinam a epidemia em cada país. Para ser eficaz, os programas de prevenção ao HIV devem essencialmente mudar o comportamento individual e comportamentos sociais para reduzir o risco de infecção, permitir a população obter preservativos a um custo acessível, garantir o diagnóstico e tratamento eficaz de doenças sexualmente transmissíveis e suprimentos de sangue não contaminados, e oferecerem*

*intervenções de baixo custo para reduzir a transmissão do vírus da mãe para o filho (WORLD BANK, 2000, p. 19).*

Assim, evidenciamos que a ênfase das intervenções é na mudança de comportamental em detrimento do entendimento amplo dos processos que envolvem o adoecimento das populações e a disseminação das epidemias. Apesar de o documento citar a necessidade da intervenção sobre os determinantes sociais da saúde, não se destaca nos materiais os determinantes de caráter mais estrutural e que dizem respeito à distribuição da riqueza socialmente produzida. O enfoque das intervenções multissetoriais é voltado para as mudanças de comportamento, que são necessárias, mas deixam de fora a discussão dos determinantes estruturais.

Ainda com relação às mudanças de comportamento é evidenciado nos materiais o papel da política de educação (especialmente para as crianças e jovens) como um meio para prevenir o HIV/AIDS (WORLD BANK, 2002).

*[...] a educação das crianças e dos jovens merece a maior prioridade em um mundo atingido pelo HIV/AIDS. Isso ocorre porque uma boa educação básica está entre os meios mais eficazes e econômicos da prevenção do HIV. [...] O HIV/AIDS está revendo décadas de ganhos de desenvolvimento, aumentando a pobreza e minando os próprios fundamentos do progresso e da segurança. A epidemia exige uma resposta que enfrente a doença em todos os setores, mas a educação tem particularmente papel importante a desempenhar (WORLD BANK, 2002, p.ix).*

Para o BM a educação básica focalizada nos jovens e as crianças aparecem como uma prioridade de investimento a ser realizado pelos países que vivenciam a epidemia de HIV/AIDS. Tal investimento se constitui como um meio econômico e eficaz para a prevenção. Nesse sentido, a organização propõe que a educação seja baseada no desenvolvimento de habilidades e que a mesma se articule com outros setores.

*A educação baseada em habilidades visa atrasar o primeiro sexo, incentivar a abstinência e promover o uso do preservativo. Os alunos adquirem habilidades necessárias para as mudanças comportamentais positivas, incluindo comunicação interpessoal, esclarecimento, tomada de decisão, negociação, definição de metas, auto-afirmação e gestão do estresse (WORLD BANK, 2002, p. 34).*

A educação constitui para o BM um dos principais fatores que propiciam o desenvolvimento econômico e social, sendo impulsionadora do desenvolvimento futuro de um país. Enfatiza em seus documentos que a prosperidade econômica e

a redução da pobreza não podem ser realizadas a menos que todas as crianças em todos os países tenham acesso a uma adequada educação primária de qualidade. E, no âmbito do controle da epidemia de HIV/AIDS ela é considerada um meio eficaz para prevenir o HIV/AIDS sendo dado papel de destaque a prevenção das meninas. Nesse sentido, a educação:

*É uma ferramenta poderosa para reduzir a vulnerabilidade das meninas. A educação para as meninas pode ir longe em desacelerar e reverter a disseminação do HIV, contribuindo para a independência financeira das mulheres, independência econômica, casamento demorado, planejamento familiar e trabalho fora de casa (WORLD BANK, 2002, p. xvii).*

É importante explicitarmos as relações estabelecidas entre o HIV/AIDS, a educação e a multissetorialidade. A estratégia para o setor educacional do BM está enraizada em uma visão das sociedades e economias cada vez mais dinâmicas e o conhecimento deve acompanhar esse dinamismo. Nessa visão, todas as crianças que completam a escola, aprendem bem e adotam comportamentos saudáveis e valores positivos. Mais crianças do sexo feminino, rurais, pobres, órfãos e deficientes têm acesso a uma “boa educação”, incluindo programas de desenvolvimento da primeira infância que promovam o sucesso ao longo da vida (WORLD BANK, 2002).

Essas crianças, ao tornarem-se jovens e mediante a educação básica, obtêm habilidades e conquistam emprego remunerado. Para tanto, se faz necessário professores bem treinados e currículos escolares e materiais de aprendizagem de boa qualidade e relevantes para o mercado de trabalho e as necessidades da sociedade. Nesta visão, mais nações ganham a luta contra o HIV/AIDS mediante o desenvolvimento de habilidades necessárias para as mudanças comportamentais positivas, incluindo comunicação interpessoal, esclarecimento, tomada de decisão, negociação, definição de metas, autoafirmação e gestão do estresse. Mais pessoas e nações reconhecem o valor de paz, cooperação e democracia. E mais sistemas educacionais têm recursos suficientes e gerenciados de forma eficiente, desfrutando de participação ativa da comunidade e do setor privado (WORLD BANK, 2002).

Para a efetivação de sistemas educacionais eficientes e que promovam a prevenção ao HIV/AIDS é necessário segundo o BM:

*[...] assegurar uma estreita colaboração com outros setores (especialmente a saúde, comunicações e ministérios que lidam com assuntos da juventude), reconhecendo que a luta contra o HIV/AIDS só pode ser vencida com os esforços multissetoriais (WORLD BANK, 2002, p.52).*

É importante desnudarmos as relações estabelecidas entre a educação, o HIV/AIDS e a multissetorialidade. A partir dos anos de 1980, ocorre um aprofundamento da crise do endividamento nos países periféricos, abrindo espaço ao Banco Mundial e ao conjunto dos organismos multilaterais de financiamento para desempenhar o papel de agentes no gerenciamento das relações de crédito internacional e na definição de políticas de reestruturação econômica, através dos programas de ajustes estruturais. Desse modo, o BM passou a intervir diretamente na formulação da política interna e a influenciar na própria legislação dos países pobres e políticas sociais, no caso da epidemia de HIV/AIDS o destaque é conferido aos países da África, especialmente da Subsaariana.

Na redefinição da estrutura organizacional e dos seus objetivos, o BM antes relativamente voltado para o fomento e indução de investimentos, passou a ser o agenciador do capital, resguardando, mais uma vez, os interesses dos grandes credores internacionais, cujo objetivo é assegurar a cobrança/pagamento da dívida externa contraída pelos chamados países em desenvolvimento, daí a imposição de políticas de reestruturação neoliberal, tais como abertura e privatização da economia, eliminação dos instrumentos de intervenção do Estado, equilíbrio orçamentário e liberação financeira, sobretudo a redução dos gastos públicos, sob a alegação de adequá-los aos novos requisitos do capital globalizado. Segundo Leher (1998, p. 139), nesse contexto, foram reeditados os pressupostos da Teoria do capital humano e, por conseguinte, ressignificou-se o papel estratégico da educação no “alívio” da pobreza.

Nesse contexto, o setor da educação passou a fazer parte de uma agenda “positiva” preconizada pelo BM, assumindo a tarefa de promover a inserção dos países periféricos à almejada economia globalizada. Este Banco prescreve a necessidade de investimentos mínimos na educação básica universal, priorizando o ensino primário, de acordo com as potencialidades de cada país envolvido.

Com esse propósito, o documento Estratégias e Prioridades, publicado pelo BM em 1996, reforça a relação da educação com o crescimento econômico, estabelecendo como condição prévia a estabilidade econômica nos países periféricos:

*[...] investimentos em recursos humanos não serão eficazes a menos que os governos estabeleçam um sistema econômico que assegure a existência de estabilidade macroeconômica, mercados abertos ao comércio e investimento, a estrutura correta de incentivos, políticas satisfatórias para o setor social e mercados eficientes de capital e mão de obra. Não se trata de escolher entre a realização de investimentos em recursos humanos ou a instituição de políticas econômicas acertadas: ambos elementos são imprescindíveis. Atuam de forma paralela e se reforçam mutuamente na tarefa de substituir o círculo vicioso da pobreza com o círculo virtuoso do crescimento e do progresso (WORLD BANK, 1996, p. 34).*

Empenhado no ajuste estrutural dos países pobres para um melhor condicionamento às políticas neoliberais, o Banco modifica o seu discurso como forma de construir bases de legitimidade, passando a adotar linhas de financiamento voltadas para os programas de “alívio à pobreza”.

Segundo Leher (1998), o BM avalia que a educação sozinha não gera crescimento econômico, precisando de outros investimentos macroeconômicos e sociais “favoráveis”, que acabam por desencadear políticas compensatórias. Ainda que, de acordo com o referido autor, essas medidas são proposições “operantes”, as quais autorizam o Banco a modificar a agenda política dos países dependentes, implementando reformas institucionais nos mais diversos segmentos sociais.

Em conformidade com Leher, Soares (1996) analisa que os programas sociais impostos pelo BM possuem caráter compensatório destinados a atenuar tensões sociais gerais resultantes do ajuste econômico. “O combate à pobreza tem um caráter instrumental onde os programas sociais com suas estratégias multissetoriais visam garantir o suporte político e a funcionalidade econômica necessários ao novo padrão de crescimento baseado na globalização da economia.

Nesse contexto, a educação é proclamada como um instrumento de redução da pobreza, mas, principalmente como fator fundamental para a formação de “capital humano” necessário aos requisitos do novo padrão de acumulação do capital. É por esta razão que atualmente assistimos à implementação de reformas educacionais na maioria dos países periféricos.

Essas reformas educacionais caracterizam-se pela promoção da acomodação desses países às novas divisões internacionais do trabalho, que ao mesmo tempo, têm como base a redução do sistema educacional ao ensino elementar e atende às exigências dos organismos internacionais de limitar os gastos educacionais. Assim, com uma conotação política e ideológica bastante definida, essas reformas são direcionadas a uma categoria importantíssima em termos políticos: os não detentores dos meios de produção como, por exemplo, o *lumpemproletariado* definido por Marx e agora redefinidos como pobres crônicos. Os níveis altos de desempregos são associados ao despreparo dos jovens em termos de habilidades para com os avanços tecnológicos e não ao próprio sistema capitalista que não possibilita a inserção de todos no mercado de trabalho:

*Os avanços tecnológicos estão mudando os perfis de trabalho e habilidades, enquanto oferece possibilidades de aprendizagem acelerada. Níveis persistentes de desemprego, especialmente entre os jovens, destaca o fracasso dos sistemas de educação em preparar os jovens com as habilidades certas para o mercado de trabalho e terem maiores oportunidades e responsabilidades. Expandir e melhorar a educação são fundamentais para se adaptar às mudanças e enfrentar esses desafios. Simplificando, os investimentos em educação de qualidade levam a mais crescimento e desenvolvimento econômico rápido e sustentável. Indivíduos educados são mais empregáveis, capazes de ganhar salários mais elevados, melhorando com a economia, criando filhos mais saudáveis. (WORLD BANK, 2011, p. 7).*

O BM, ao definir como prioridade o ensino fundamental, vem fazendo uma “releitura” da educação mundial compreendida como a principal variável para que as comunidades e os países periféricos ultrapassem a linha da pobreza. Tal compreensão expressa a concepção de que a classe trabalhadora deve ter acesso apenas a uma educação mínima. A primazia pelo ensino elementar objetiva a formação para o mercado de trabalho, visando à flexibilidade, à formação dos valores e atitudes favoráveis à lógica do capital (LEHER, 1998).

O BM recomenda que a oferta da escolarização fundamental seja assumida pelo setor público, de preferência com o apoio das parcerias com o setor privado e as ONGs mediante **articulação multissetorial**. Sobre o Ensino médio, o BM entende como sendo o segundo ciclo do secundário e que deve estar disponível àqueles que demonstrem capacidade para segui-lo. Recomenda a oferta de bolsas de estudo e que sua oferta seja feita, prioritariamente, pelo setor privado.

No que se refere ao ensino superior, o Banco afirma ser ele espaço para atuação exclusiva do setor privado, sugerindo um sistema de bolsas de estudo, destinadas aos alunos competentes, mas com renda insuficiente.

Outro aspecto que define a política de inserção do BM na educação são as formas de financiamento e gestão de recursos. Nos projetos de empréstimos financiados, todos os países membros são submetidos a uma padronização de políticas, cujo objetivo é adotar uma administração “racionalizada” de qualidade, com o propósito afinal de privatização das políticas sociais entre elas a de educação.

Leher (1998) defende a tese de que a imposição norte-sul do capitalismo decorre da substituição da lógica do público pela lógica do privado. Esse princípio vem da supremacia das exigências da acumulação de capital sobre as “necessidades” do trabalhador. A ampliação do capitalismo globalizado não acontece somente em termos econômicos, mas em termos sociais e culturais, em que a educação como política pública está em crescente processo de mercantilização e constitui um instrumento de disseminação ideológica a favor da dominação capitalista.

É válido observar, mais uma vez, que na maioria dos documentos do BM, percebemos a exigência da eficiência e da eficácia na gerência dos negócios públicos e sociais nos países pobres aliados à estratégia da multissetorialidade. Para tanto, **apresenta como prescrição a adoção da modernização administrativa de cada setor financiado**, assim como a redução ou a **racionalidade na utilização dos recursos**.

Porém, demarcamos novamente, que o problema dos países pobres não é decorrente da ineficiência ou eficácia no uso dos recursos públicos ou da falta de multissetorialidade, mas provém da própria contradição do capitalismo, que resulta na desigualdade da distribuição das riquezas socialmente produzidas.

Com o apoio nas análises de Mézarós, compreendemos que, de tempos em tempos, o sistema, de forma global, enfrenta crises violentas e colapsos que não advêm de fatores exógenos, mas justamente do caráter contraditório do processo capitalista de produção. O capital necessita expandir-se apesar e em detrimento das condições necessárias para a vida humana, levando aos desastres ecológicos

e ao desemprego crônico, isto é, à destruição das condições básicas para a reprodução do metabolismo social (MÉSZAROS, 1998).

Observamos, outrossim, que o argumento do BM para explicar o ajuste estrutural nos chamados países periféricos, sobretudo nos sistemas educacionais é que estes detêm diversos problemas, dentre os principais, podemos elencar: má administração e ineficiência nos gastos públicos; professores despreparados; carência de um sistema de eficiência interna, pois as repetências e as evasões aumentam os custos da educação; má escolha das prioridades educacionais ao serem direcionados recursos para o ensino público secundário, médio e superior e falta de articulação multissetorial para:

*[...] o desenvolvimento educacional que prevê o direito a incentivos, ferramentas e habilidades pessoais para trabalhar em todos os setores que influenciam os resultados da educação (WORLD BANK, 2011, p.9).*

Na nova ordem econômica em que as ideias liberais se reafirmam como instrumento do retorno do aumento das taxas de juros e do crescimento da acumulação do capital, o BM ao substituir a UNESCO (1984) na coordenação de projetos sociais, sobretudo na educação, está imprimindo a sua ideologia nas políticas educacionais, que se revela na redução dos custos sociais, elegendo como tom do seu discurso a relação entre educação e desenvolvimento socioeconômico dos países pobres.

Dito de outro modo, o BM assumiu a direção das políticas de financiamento da educação no mundo capitalista, sobretudo nos países “em desenvolvimento”, com o propósito singular de comprometê-los com a nova ordem econômica autodenominada de globalização. A multissetorialidade aparece nesse contexto como uma ferramenta de gestão para a articulação com outros setores na busca da “educação básica para todos” e também para os países atingirem as metas do milênio no âmbito da educação:

*A compreensão dos **vínculos entre educação e outros setores** é especialmente crucial para os países que não alcançaram a Educação para todos e os objetivos e metas do milênio para a cobertura educacional, e para os quais **as intervenções multissetoriais** na saúde escolar, desenvolvimento da primeira infância e reconstrução pós-conflito são importantes (WORLD BANK, 2005, p.38, grifo nosso).*

Além do investimento na educação básica com a utilização da estratégia de gestão multissetorial o BM também apregoa a utilização da mesma nas políticas de saúde e nutrição das populações pobres e vulneráveis. Isso porque para a Agência:

*Os resultados da política de nutrição e saúde são determinados por muitos fatores, nem todos eles acionáveis pelo setor de saúde. Por exemplo, melhor acesso à água potável e melhores práticas de higiene podem reduzir a morbidade de doenças transmitidas pela água; enquanto uma maior educação feminina e renda familiar aumentam os investimentos das famílias nas crianças e saúde (WORLD BANK, 2010).*

Assim, se faz necessário **abordagens multissetoriais** para melhorar os resultados da política de nutrição e saúde. Há um incentivo por parte da agência ao fornecimento de **empréstimos multissetoriais para o fomento de intervenções conjuntas**. Desse modo, o BM propõe a concessão de empréstimos para vários setores simultaneamente, como por exemplo, para o setor educação e setor de saúde. A finalidade comum é a obtenção de resultados multissetoriais em saúde e nutrição. O BM compreende que

*Os fatores além do cuidado desempenham um papel importante na obtenção de melhores resultados de saúde para os pobres. **As ações multissetoriais** são importantes para abordar esses fatores para todos os grupos populacionais, mas são criticamente importantes para os segmentos pobres da população, para os quais os riscos para a saúde associados ao acesso a cuidados, baixa escolaridade, maior exposição ao ar e poluição da água e má nutrição são consideravelmente altas. O desenho das **ações multissetoriais precisam assegurar que tais ações beneficiem os pobres**, enquanto o acompanhamento e avaliação de tais ações devem determinar se de fato elas fazem isso (WORLD BANK, 2009, p.99, grifo nosso).*

É possível averiguar as ações multissetoriais voltadas prioritariamente para os segmentos considerados pobres pelo BM. Tais ações devem ser ainda avaliadas com o objetivo de averiguar se realmente elas estão sendo direcionadas para esse público-alvo.

Por fim, podemos averiguar que a multissetorialidade está associada a objetivos relacionados ao combate a pobreza e o BM busca direcionar suas ações em segmentos sociais específicos como as crianças, os jovens e especialmente as meninas. Enquanto ferramenta de gestão disseminada pelo BM apresenta na essência uma nova forma de gerir as políticas sociais visando a articulação entre os setores públicos e privados com investimentos mínimos. Mas, especificamente

como um país deve agir para implementar as ações pautadas na multissetorialidade/intersectorialidade? Nos documentos selecionados foi possível averiguar as recomendações aos países que discutiremos na seção seguinte.

#### **4.1.4 A intersectorialidade/multissetorialidade como ferramenta para se alcançar mudanças na gestão e implementação das políticas sociais.**

*“Quando as teias da aranha se juntam elas podem amarrar um leão” (Mia Couto).*

Nos documentos das duas Organizações foi possível identificar a utilização da intersectorialidade/multissetorialidade vinculada a objetivos que dizem respeito à necessidade de mudanças na gestão das políticas sociais com foco na sua implementação. O Banco Mundial enfatiza a necessidade dessas mudanças com a utilização da ferramenta multissetorialidade para:

*[...] a **reforma da função pública e governança**, bem como **incentivar a participação da comunidade e das organizações não governamentais** na gestão escolar aumentando a competitividade (WORLD BANK, 2005, p. 46, grifo nosso).*

*[...] para **incluir o setor privado e para a construção de sistemas de monitoramento e avaliação** (WORLD BANK, 2004, p. 46, grifo nosso).*

A multissetorialidade aparece como uma estratégia de gestão vinculada à reforma da função pública e governança para a ampliação do setor privado no âmbito da gestão (no caso do documento é citada a gestão da política de educação) e das organizações não governamentais. Há vinculação entre multissetorialidade e redefinição das funções do Estado. Como evidenciamos no item anterior, o BM adota como proposta a gerencialista para a intervenção no âmbito social. Essa proposta traz como argumento a necessidade da “modernização da gestão estatal” e baseia-se na lógica do mercado, tido como eficiente, ágil e capaz de oferecer serviços de qualidade à população e na criação de uma “nova cultura” por parte da sociedade com a substituição dos agentes públicos estatais por organizações comunitárias ou não governamentais. Tal substituição é justificada pela necessidade da participação da sociedade civil via parcerias público-privadas e do voluntariado. Os sistemas de monitoramento e avaliação das políticas sociais devem ser articulados entre os setores, pensando primordialmente na lógica

mercadológica do “custo benefício” em termos monetários e não no sentido de atendimento às populações, pautado na lógica da integralidade do atendimento.

Para esse novo modelo de gestão pautado na multissetorialidade que articule os diversos “setores” públicos, privados, ONGs, voluntariado, se faz necessário que os trabalhadores vinculados a essas atividades construam novas competências profissionais para lidar com as inovações acarretadas pelo processo de mudanças na gestão. Nesse sentido, a capacitação dos recursos humanos para executar as ações multissetoriais/intersectoriais aparece especialmente nos materiais selecionados da OMS mediante a realização, por exemplo, de cursos.

*[...] Um dos pontos de partida do curso é a formação de grupos multissetoriais de participantes, pois eles são considerados os recursos chave. A aprendizagem dos participantes deverá ser influenciada pela emoção – como eles sentem - ao invés de por raciocínio lógico (OMS, 2003, p. 13).*

Um aspecto a ser analisado diz respeito à ênfase colocada em trabalhar a emoção dos participantes. Isso nos reporta a disseminação da teoria pós-moderna da inteligência emocional proposta por Goleman (2001) e aprofundada pelo psicólogo Henrie Wesigner. Esta teoria retrata que a inteligência emocional é composta por um conjunto de aptidões que os seres humanos desenvolvem no decorrer de suas vidas. Por intermédio dessa Inteligência, o indivíduo tem a percepção de suas ações do dia a dia e tem o poder de decidir como enfrentar problemas.

Dentre estudos de um grupo de psicólogos da Universidade de Havard, surgiu a definição básica de inteligência emocional, pautada em cinco domínios necessários: conhecer as próprias emoções, lidar com as emoções, motivar-se, reconhecer as emoções nos outros e lidar com relacionamentos (GOLEMAN, 2001).

Para esta teoria uma pessoa que administra os seus sentimentos da melhor forma possível se sobressai em qualquer setor da vida. Além disso, consegue a satisfação rápida e precisa de seus objetivos pela concentração e lucidez com que interagem seus pensamentos. Essa corrente teórica defende que as inteligências se dividem em duas classes: a inteligência interpessoal que implica nas aptidões pessoais para lidar com outras pessoas e a inteligência intrapessoal, baseada no contato e controle dos próprios sentimentos (GOLEMAN, 2001).

Para a teoria da inteligência emocional, a pessoa que dispõe da capacidade de liderança, bom relacionamento com outras pessoas, de resolução de conflitos, enfim, competência para compreender outras pessoas, consiste em um ser humano que já desenvolveu sua inteligência interpessoal (GOLEMAN, 2001). Partindo dessa definição, a teoria da inteligência emocional foi disseminada e apreendida no processo de trabalho das organizações. Sua aplicação é reproduzida ideologicamente (no âmbito das relações de trabalho) como uma forma dos indivíduos desenvolverem suas inteligências ao expressarem suas reclamações sob a forma de críticas construtivas, internalizando a diversidade **sem acarretar conflitos na busca da eficiência e da eficácia do trabalho em equipe**. Tal apropriação teórica é evidenciada na proposta do curso da OMS para o desenvolvimento das ações intersetoriais/multissetoriais.

*Aprender a trabalhar com outras pessoas e sentir-se à vontade na troca de informações, dando e recebendo poder, requer planejamento bastante deliberado do curso. Por exemplo, o curso começa com uma simples partilha de conhecimentos e experiência que é acessível a todos eles. Esta é a introdução dos participantes aos outros membros do seu grupo, cada um de um grupo profissional e de um setor diferente. Esta é também a primeira experiência de se trabalhar em conjunto reunindo informações, a fim de realizar uma tarefa comum. A primeira experiência será seguida por tarefas complexas que têm de ser concluídas em períodos cada vez mais curtos. Essa crescente pressão intelectual e física promove a “ligação” dentro do grupo – a criação de confiança mútua dentro do grupo (WHO, 2003, p. 14).*

Tal reprodução ideológica encobre que as modificações na gestão das organizações e na “gestão de pessoas” (agora denominados por teorias como a da inteligência emocional de “colaboradores” ao invés de trabalhadores) estão associadas às mudanças no padrão de acumulação capitalista e das formas de gestão do trabalho com o aumento da flexibilização, intensidade do tempo de trabalho, bem como a redução da remuneração fixa e aumento da variável vinculada a metas e a produtividade (ALVES, 2011).

Nesse sentido, devemos nos reportar a influência do Toyotismo, que surge no Japão, nos anos de 1950 e se propaga com maior intensidade a partir da década de 1970, tendo como mote um processo de produção enxuta e flexível. O objetivo é produzir mais com menor número possível de trabalhadores. Para tanto, o capital estabeleceu um conjunto de novos valores, normas, processos, negociações,

legislações, ferramentas, inovações e formas de gestão, isto é, uma nova construção social do trabalho e do tempo de trabalho, com reflexos importantes no tempo de não trabalho.

Deve-se destacar que a intensidade do tempo de trabalho não começa com o Toyotismo, já sendo discutida por Marx (1985), ao frisar que, no momento da conquista da jornada de trabalho de 10 horas, esta já continha a mesma quantidade ou mais de trabalho e dispêndio de força vital que uma jornada de 12 horas, em função de sua maior intensidade. Está presente também no Toyotismo e no Fordismo. Entretanto, a partir dos anos de 1970, há um investimento maior em tecnologias e novas formas de organização e gestão que resultam no aumento da intensidade do tempo de trabalho, possibilitando, como salientado por Dal Rosso (2008) a realização de mais trabalho por um mesmo trabalhador.

O atual processo de intensificação do tempo de trabalho, para Durand (2004), se dá não apenas pela maior velocidade na execução dos gestos, mas também pela redução da sua porosidade, em função da supressão dos tempos denominados pelo capital como mortos e vivenciados pelos trabalhadores como tempos de descanso e recuperação. O capital denomina esse arranjo de “posto de trabalho eficaz” (DURAND, 2004), mas, para o trabalhador, isso significa intensificação do tempo de trabalho e adoecimento. E, na medida em que o comprometimento do trabalhador é estimulado pela pressão coletivamente exercida pela equipe de trabalho, temos, portanto, outro elemento: a exploração do trabalhador pelo trabalhador (ALVES, 2011, p.38).

Para que os trabalhadores aceitem ou que resistam o menos possível a essas mudanças, os capitalistas também buscam novas formas de gerenciá-los. Se na lógica taylorista, a ideia era neutralizar as iniciativas dos trabalhadores e prescrever todas as tarefas, o Toyotismo tem outra estratégia. Como frisado por Alves, no tocante ao controle do elemento subjetivo o Toyotismo seria um Taylorismo às avessas”, isto é, se com Taylor o gesto físico mecanizou-se, deixando “livre” o cérebro, o Toyotismo cria uma unidade “orgânica entre ação e pensamento no local de trabalho” (ALVES, 2011, p. 62). A partir dessas considerações trabalhar as emoções ou “alienar” os trabalhadores a partir da “emoção, pensamento” torna-se essencial no atual padrão de acumulação capitalista, o que pode ser ratificado no

curso da OMS e sua pretensão em pautar-se na emoção no que tange ao desenvolvimento das ações intersetoriais/multissetoriais.

Também fica evidente que o curso busca focar na execução de tarefas de modo a pressionar os trabalhadores dos diferentes setores a executarem e concluírem as ações em períodos cada vez mais curtos por meio da intensidade do trabalho e pressão intelectual e física dos participantes. O foco são aspectos motivacionais e de responsabilização dos sujeitos a fim de que possam fomentar as ações intersetoriais. O sucesso da tarefa é responsabilidade dos próprios trabalhadores em detrimento da avaliação das condições de trabalho ou estruturais para se atingir ao objetivo pretendido, no caso do curso da OMS, as ações intersetoriais. Um argumento utilizado para a capacitação dos trabalhadores para a execução das ações entre os setores é que [...] *a ação intersetorial para avaliar impactos de saúde irá reduzir a transferência de custos ocultos para o setor da saúde (OMS, 2003).*

O curso intencionalmente privilegia o trabalho em grupo para ter como resultado responsabilidades conjuntas dos participantes integrantes de diferentes setores e utiliza uma metodologia desvinculada da prática educativa convencional. Para tanto:

- *Materiais de leitura pré curso não são fornecidos.*
- *O assento é organizado em grupos e não em linhas.*
- *Os participantes são a principal fonte de conhecimento.*
- *A comunicação é através da participação ativa, em vez de palestras.*
- *Os resultados são responsabilidades conjuntas.*

*Antes da realização do curso, os participantes recebem uma carta convite. Essa carta orienta os futuros participantes a recolher e trazer informações sobre procedimentos que são seguidos em seu setor quando planejam projetos. Durante o curso como não há palestras de especialistas, os participantes terão que começar explorando quais informações estão disponíveis no seu grupo, partilhar e qualificar essas informações e sintetizá-las em uma saída final para o problema que foi apresentado, assim como teriam que fazer em qualquer situação da vida real. O grupo terminará cada tarefa através da elaboração de um relatório que inclua os seus resultados, conclusões e recomendações. Esta abordagem de aprendizagem é conhecida como "aprendizagem baseada em problemas", que é baseada no processo pelo qual cada um de nós aprende naturalmente na vida cotidiana (WHO, 2003).*

A metodologia da aprendizagem baseada em problemas (adotada pelo curso da OMS para o fomento das ações intersetoriais) tem seu surgimento nas Universidades de McMaster no Canadá e na Universidade de Maastricht na Holanda. Sua utilização como metodologia pedagógica “moderna” parte do entendimento que a partir da década de 1970 o cenário mundial moderno modificou-se. A competitividade torna-se global, a estabilidade e a previsibilidade abrem espaço para os processos flexíveis, coletivos e descentralizados. Para esse novo contexto é preciso o fomento de inovadoras formas de aprendizagem (SAKAI; LIMA, 1996).

Segundo essa metodologia, a participação ativa na aprendizagem é mais produtiva do que a transferência passiva de conteúdos do professor ao aluno. Os estudantes são desafiados em pequenos grupos a problematizar, pesquisar, refletir, dar significado aos problemas para que se encontrem soluções. Os problemas, segundo a proposição da metodologia da Universidade de Maastricht, devem ser descritos de uma forma neutra; formulados em termos concretos; serem concisos; isentos de juízos de valores individuais; devem ser focados em um número limitado de itens baseados nos conhecimentos prévios dos alunos e exigirem não mais que 16 horas de estudo (SAKAI; LIMA, 1996).

Para os idealizadores dessa metodologia as vantagens do método são: a) provoca a motivação nos envolvidos; b) promove o conhecimento de novas áreas do saber; c) estimula a criatividade; d) fomenta as capacidades de análise e decisão; e) desenvolve as capacidades e competências de trabalhar em grupo e na gestão do stress (SAKAI; LIMA, 1996).

A partir do que é proposto pela metodologia adotada para o fomento das ações intersetoriais pelo curso da OMS, é necessário realizar alguns apontamentos. Em termos específicos, a metodologia pensa o processo educacional a partir de e para os sujeitos envolvidos, sem pensar ou propor mudanças ao processo de sociabilidade. Consideramos esta forma de aprendizado acrítica da realidade social e que busca ideologicamente adequar os participantes as mudanças no padrão de acumulação capitalista sem questionar essencialmente o porquê dessas modificações e para quem elas interessam. Aliado a isso, os participantes são responsáveis em propor soluções dentro das possibilidades de recursos humanos,

econômicos, culturais e de políticas sociais existentes nos países já que a solução dos problemas deve ter concretude imediata.

A metodologia foi pensada a partir da realidade social, cultural, política, econômica e de políticas sociais de dois países: Holanda e Canadá, porém as ações intersetoriais/multissetoriais (conforme documentos analisados) focam majoritariamente os países com baixos indicadores de saúde como os africanos e os latino-americanos. Logo, reproduzi-la sem buscar a historicidade desses países, no que tange as políticas sociais, economia, cultura, ratifica uma opção política e ideológica em fomentar as ações intersetoriais visando à continuidade dos problemas de saúde e sociais, ao invés de se estruturarem soluções como a proposta da metodologia baseada em problemas apregoa, pois para esses países as mudanças estruturais constituem o cerne da questão. Entretanto, como a solução tem que partir do aparato já existente “concreto” nos países, esta proposta ideologicamente encobre o que seria a solução na essência. Por fim, não é de causar estranheza que a metodologia demonstra (mediante suas orientações) traços da corrente teórica positivista e de uma das suas derivações (pós-moderna).

Ademais, para além de propor a capacitação dos trabalhadores via cursos com a metodologia baseada em problemas foi possível identificar nos documentos uma “receita” de como implementar a intersectorialidade pelos países. Trata-se de 10 passos a serem seguidos.

Vale destacar que nos materiais selecionados do BM não encontramos um documento que mencione um “passo a passo” de como implantar a multissetorialidade/intersectorialidade nas políticas sociais já em curso pelos países. Percebemos que o foco nos documentos do BM são as reformas nos sistemas de proteção social ou construção desses sistemas com a utilização da ferramenta de gestão multissetorialidade/intersectorialidade. Já nos materiais da OMS um documento demarca o passo a passo de como um país pode realizar a implantação da intersectorialidade no âmbito da saúde. No documento de 2003 intitulado *“Health opportunities in development. A course manual on developing intersectoral decision-making skills in support of health impact assessment”* é enfatizado como implantar a intersectorialidade para se atingir os objetivos oriundos de problemas como a falta de saúde das populações.

Nesse sentido, o manual descreve o que os países necessitam realizar em termos de ações para efetivação da intersectorialidade (Como realizar a intersectorialidade?). São 10 passos a serem seguidos: 1) *auto-avaliação do setor saúde*; 2) *Avaliação e envolvimento de outros setores*; 3) *Análise da área de intervenção*; 4) *Selecionar uma abordagem de engajamento*, 5) *Desenvolver uma estratégia e política de engajamento*, 6) *Utilizar um quadro para promover o entendimento comum entre setores*, 7) *Reforçar as estruturas de governança, a vontade política e os mecanismos de responsabilização*, 8) *Melhorar a participação da comunidade*, 9) *Escolher outras boas práticas para promover a ação intersectorial*, 10) *Monitorar e avaliar*.

Para uma melhor compreensão dos 10 passos para a implantação da ação intersectorial inserimos o significado de cada um deles no quadro 11.

Quadro 14 - Os 10 passos para a implementação da intersectorialidade

1 Auto-Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar as capacidades do setor da saúde, a prontidão, as relações existentes com os setores importantes e os Organismos intergovernamentais relevantes.</li> <li>- Fortalecer a instituição melhorando a capacidade do pessoal para interagir com outros setores (por exemplo, na experiência em saúde pública, na compreensão geral das políticas públicas, na política, economia, experiência em direitos humanos), para potenciais benefícios e contribuir para o debate com outros setores sobre questões de saúde e de políticas que não visam especificamente à saúde.</li> </ul>
2. Avaliação e envolvimento de outros setores	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alcançar um melhor entendimento de outros setores, suas políticas, objetivos, linguagem, valores e prioridades, meios de comunicação e avaliar a sua relevância para as prioridades de saúde estabelecidas.</li> <li>- Identificar por meio da avaliação de impacto: <ul style="list-style-type: none"> <li>• potenciais (positivos e negativos) e impactos na saúde das políticas de outros setores;</li> <li>• ações que podem melhorar impactos positivos e reduzir riscos;</li> <li>• as funções e responsabilidades de outros setores na consecução de políticas saudáveis.</li> </ul> </li> <li>- Identificar oportunidades e potenciais estruturas de governança para outros setores, e reconhecer a complexidade do ambiente político e dos determinantes da saúde.</li> <li>- Identificar os órgãos intersectoriais existentes, leis, mandatos para ação intersectorial e saúde pública, ordens executivas, mandatos constitucionais e instrumentos de direitos humanos que podem apoiar ações intersectoriais.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participar em atividades lideradas por outros setores ou, pelo menos, aproveitá-los. Ser aberto a outras oportunidades, uma vez que poderiam proporcionar janelas potenciais de oportunidades para a atividade intersetorial.</li> <li>- Estar atento aos momentos de mudança política e econômica, transição e crise que podem proporcionar oportunidades para promover ações intersetoriais como forma eficaz de abordar os problemas.</li> <li>- Estabelecer um sistema de informação comum com dados setoriais acessíveis a múltiplos setores que possam constituir uma ferramenta de oportunidades de ação intersetorial e aumentar a responsabilização, permitindo a análise de políticas e acompanhamento dos resultados.</li> </ul>
3. Analisar a área de preocupação	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definir a área de preocupação e a intervenção necessária em termos de determinantes da saúde e a abordagem e analisar o contexto com relação aos mecanismos, oportunidades, interesses e políticas disponíveis.</li> <li>- Apresentar dados setoriais específicos centrados no impacto em outros setores e analisar a viabilidade da intervenção.</li> <li>- Construa seu caso usando dados desagregados para descrever como as políticas no setor de interesse afetam a saúde, clarificar os mecanismos que levam a impactos na saúde (por exemplo, riscos ocupacionais, poluição, emprego, tempo de transporte) incluindo equidade na saúde.</li> <li>- Estabelecer uma forma sistemática de rever as implicações das políticas específicas e as ações, e propor maneiras que estas podem ser mudadas para promover co-benefícios na saúde. Use dados para realçar os co-benefícios.</li> </ul>
4. Selecione uma abordagem de engajamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar a intensidade do envolvimento com outros setores em termos de impacto na saúde, prioridades de saúde, prioridades políticas, interesses comuns e relevância estratégica do relacionamento com o setor. Existem três abordagens: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abordagem de questões: identificar políticas setoriais que tenham um grande impacto nas prioridades de saúde pública (por exemplo, as doenças cardiovasculares).</li> <li>• Abordagem setorial: Identificar os setores com políticas mais propensas a impactar a saúde (e contribuir para o Ganho de saúde).</li> <li>• Abordagem oportunista: Selecionar questões, políticas ou alianças setoriais com base no objetivo de impacto precoce na saúde e o sucesso inicial para todas as partes envolvidas.</li> </ul> </li> </ul>
5. Desenvolver uma estratégia e política de engajamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Depois de definir e analisar o problema e selecionar uma abordagem de engajamento, desenvolver uma estratégia para setores relevantes. - A estratégia deve considerar o compromisso adequado a longo prazo, a alocação de tempo, as ferramentas e orientações, estabelecendo pontos comuns de interesse e preocupação com o outro setor, identificando</li> </ul>

	<p>estratégias que sejam aceitáveis para todas as partes.</p>
6. Utilizar um quadro para promover o entendimento comum entre os setores	<p>- Um fator-chave para uma ação intersectorial bem-sucedida é a capacidade de identificar uma compreensão comum das questões-chave e das ações necessárias para enfrentá-las. Isto pode ser auxiliado através da utilização de um quadro comum para a compreensão compartilhada das vias causais e dos principais pontos de intervenção.</p> <p>- Um aspecto essencial desse quadro é que possibilita uma visão ampla da saúde e dos vários determinantes da saúde e inclui uma referência específica às desigualdades em saúde. O quadro facilita as discussões com outros setores, estabelece a seleção das intervenções e garante um plano comum de ações que têm formas mensuráveis de avaliação da concepção, implementação e avaliação da intervenção.</p>
7. Reforçar as estruturas de governança, a vontade política e os mecanismos de responsabilização.	<p>- As estratégias e ações dependem do contexto em que a questão que está sendo promovida; portanto, as alternativas políticas são muito diversas (por exemplo, acordo partidário, envolvimento, campanha dos meios de comunicação social, envolvimento de organismos especializados, etc.).</p> <p>- Estruturas de governança existentes ou novas são ferramentas para assegurar uma ação intersectorial bem-sucedida. Exemplos de diferentes locais ilustram o amplo escopo de tais estruturas: a) constituições nacionais (Brasil, Equador); B) mandato presidencial (Filipinas); C) adoção de novas leis (ver lei finlandesa para o conselho consultivo em saúde pública); D) mecanismos de planejamento (Finlândia, Dinamarca); E) notificação obrigatória (lei finlandesa); F) responsabilidade pelos direitos humanos (Brasil, direito à alimentação); g) Orçamentos partilhados; E acordos internacionais (tais como a Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco).</p> <p>- Aproveitar os tratados de direitos humanos e os mecanismos de relatórios exigidos por acordos e integrar os determinantes da saúde entre os setores, por exemplo, relatórios intersectoriais de comitês relevantes (normalmente liderados por Ministérios). Eles também podem fornecer informações sobre a seleção de prioridades. Exemplos de tratados relevantes são: o do direito de alimentação adequada, Art. 11 do Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais; liberdade de informações, Art. 19 do Pacto Internacional sobre os Direitos Cívicos e Políticos; Direitos da criança, em particular os Arts. 17 e 36 da Convenção dos Direitos da Criança.</p>
8. Melhorar a participação da comunidade	<p>- Aumentar a participação da comunidade no processo de desenvolvimento e implementação de políticas através de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Processos de consulta / audiências públicas, júris de cidadãos;</li> <li>• Divulgação de informações através de meios de comunicação de massa;</li> <li>• Ferramentas baseadas na Web;</li> <li>• Facilitar o envolvimento de ONGs de diferentes setores no processo de formulação de políticas.</li> </ul>

	<p>- O engajamento público eficaz requer mais do que um esforço único durante a fase de concepção da política. É adequada a divulgação contínua de informações e criação de canais de feedback para transmitir preocupações e potenciais queixas, uma vez que a política tenha sido implementada são essenciais para sustentar a participação comunitária e garantir a responsabilização para as medidas tomadas.</p>
<p>9. Escolher outras boas práticas para promover a ação intersectorial</p>	<p>- Participar no estabelecimento de políticas de outros setores / programas / iniciativas comuns com relatórios conjuntos sobre implementação (por exemplo, cumprimento das normas de direitos humanos), princípios explícitos a serem seguidos, como transparência, participação, e com metas comuns.</p> <p>- Seja um agente nas políticas / programas / iniciativas de outros setores e convide outros setores a serem um agente no seu e dê preferência para o envolvimento nas primeiras fases do processo de desenvolvimento de políticas.</p> <p>- Fornecer conhecimentos especializados exigidos por outros setores (por exemplo, políticas sobre povos indígenas, migração, saúde, Economia, determinantes da saúde ou desigualdades sociais).</p> <p>- Fornecer ferramentas e técnicas para incluir a saúde nas políticas de outros setores e tratar as desigualdades (por exemplo, Avaliação de Impacto na Saúde, análise econômica, dados desagregados por gênero, classe, etnia, pesquisa participativa e análise qualitativa).</p> <p>- Alocar recursos disponíveis para contribuir com a implementação de políticas de outros setores e compartilhar lições em termos de implementação bem-sucedida de políticas em contextos semelhantes.</p> <p>- Utilizar as capacidades reguladoras de cada setor para ter um impacto na saúde ou para realizar outros objetivos comuns ou públicos.</p>
<p>10. Monitorar e avaliar</p>	<p>- Acompanhar de perto a implementação da ação intersectorial através de processos de monitoramento e avaliação para determinar os progressos alcançados na consecução dos resultados previstos. Este é um processo que requer aprendizagem contínua para o reforço das boas práticas e o aprendizado com os fracassos.</p> <p>- Informar regularmente sobre o desenvolvimento de políticas que protejam e promovam a saúde e sobre os impactos na saúde de políticas em setores chave.</p>

Fonte: elaboração própria, 2017.

Entretanto, consideramos no atual contexto de desfinanciamento das políticas sociais possibilidades remotas da implementação pelos países (com baixos indicadores de saúde) desses passos sistematicamente predefinidos.

Por fim, após a realização da análise do que é a intersectorialidade para a OMS e BM, para que deve ser utilizada, quem deve utilizar e com qual objetivo, conseguimos obter os elementos necessários para chegar a uma síntese do que fundamenta essa discussão em termos de dimensão política e ideológica nas sociedades capitalistas. Aliado a isso, é o momento de retomarmos ao nosso ponto de partida com os seguintes questionamentos: o uso dos conceitos de intersectorialidade propostos por Inojosa e Junqueira (1997), utilizados nas produções do Serviço Social, são similares aos conceitos propostos pelas agências internacionais OMS e BM? Em caso positivo, é adequado o uso do conceito à luz do projeto ético político profissional?

#### 4.2 VOLTANDO AO INÍCIO: O USO DO CONCEITO DE INTERSETORIALIDADE PROPOSTO POR JUNQUEIRA E INOJOSA E O SERVIÇO SOCIAL

*“O bom caminho é haver volta. Para ida sem vinda basta o tempo”*

Como um longo caminho, fazer aqui uma síntese é condição *sine qua non* para retornar ao ponto de partida de modo diferente daquele que iniciei o caminhar. Esse processo apresenta como síntese a necessidade de um novo significado de intersectorialidade, com pressupostos baseados no materialismo histórico dialético. Ilustramos a síntese do nosso caminho analítico por meio de um esquema (Figura 5).

Figura 5: fundamentos para a discussão da intersectorialidade/multissetorialidade.

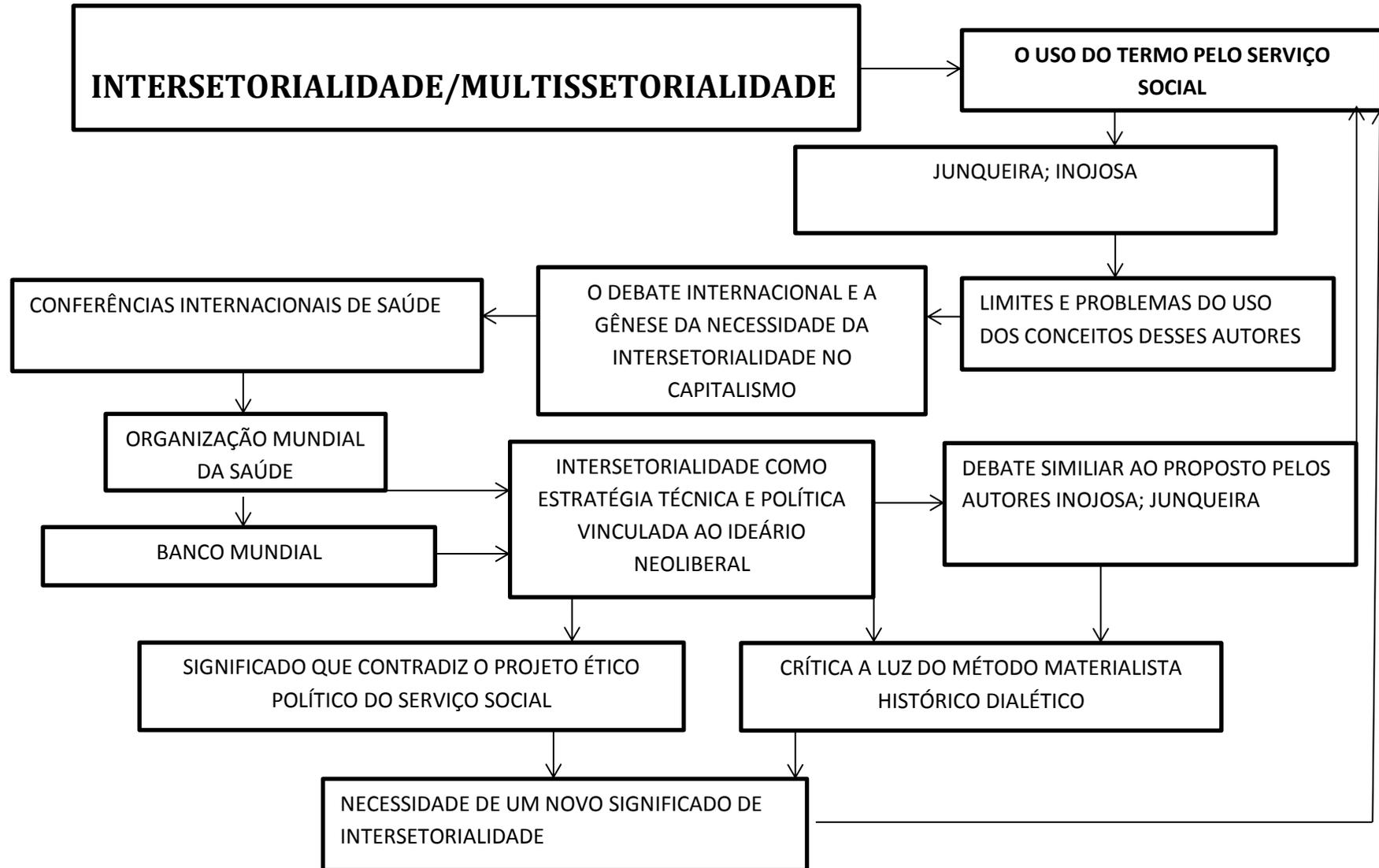


Figura 5. Elaboração própria, 2017

A discussão acerca da necessidade da intersectorialidade/multisectorialidade surge por intermédio do debate internacional proposto pela OMS e BM. Entretanto, para entender o porquê da sua utilização, não basta captar o que é proposto na aparência: a necessidade de articular setores ou políticas sociais ou saberes profissionais diferentes com a pretensão de resolver problemas sociais ou consolidar direitos sociais.

Apesar da “intersectorialidade” surgir na década de 1970 se ficarmos atrelados ao debate fomentado a partir dessa periodicidade histórica não conseguiremos atingir a essência do que se constitui como uma necessidade aparente: o fomento das ações intersectoriais no âmbito das políticas sociais para a resolução de problemas sociais.

Somente por meio do método materialista histórico dialético é possível captar a essência e a gênese do significado da intersectorialidade. Foi preciso utilizarmos a categoria historicidade e voltarmos a nossa atenção ao momento histórico da criação das políticas sociais mediadas pelas lutas de classe. Isso porque a intersectorialidade no momento atual é propagada na aparência como uma forma de juntar, desfragmentar ações ou políticas sociais em torno de um objetivo comum relacionado aos direitos sociais/políticas sociais/problemas sociais. Entretanto, ao desnudarmos nosso objeto de estudo mediante o método epistemológico escolhido, uma questão se mostrou relevante: será possível juntar por meio de uma estratégia de gestão o que, historicamente e materialmente, mediante as relações sociais de produção intencionalmente surge para ser fragmentado?

Para se atingir a gênese da necessidade da intersectorialidade demonstramos que historicamente no momento do surgimento das políticas sociais e do acirramento da questão social e das lutas de classe, o Estado busca ceder a algumas reivindicações da classe trabalhadora por meio das legislações fabris e das políticas sociais. Assim, o capital consagra algumas demandas dos trabalhadores. É importante ratificar que isso não significou a consagração jurídica de todas as reivindicações, mas daquilo que foi aceitável para os capitalistas. A primeira política social pautada na lógica do seguro social surgiu na Alemanha. A política de saúde (de 1883). Sua criação atendia dialeticamente a duas necessidades: do próprio capital visando à reprodução social e a adesão de algumas reivindicações dos

trabalhadores por intermédio da luta de classes, ou seja, ao incorporar parte da demanda da classe trabalhadora, o processo reafirmava a necessidade da luta constante dos trabalhadores. E, conforme a questão social e a luta de classes se acirram, outras políticas sociais são criadas. Elas surgem setorializadas e fragmentadas visando melhorias tímidas e parciais nas condições de vida das populações, logo a sua base material não propicia a atendimento de todas as necessidades sociais e dos problemas sociais das populações, pois o capital é o centro e não o ser social.

Assim, desde a sua gênese as políticas sociais não foram criadas no capitalismo para atender unilateralmente aos homens como seres sociais dotados de necessidades na perspectiva da integralidade. No capitalismo as necessidades de reprodução do capital comandam todo o processo primeiramente e em caráter secundário temos as necessidades humanas. Somente por intermédio da luta de classes com o triunfo definitivo dos trabalhadores como sujeitos da história pode-se modificar a base material que produz a fragmentação. Na medida em que as forças dos indivíduos são postas em comum e coletivamente geridas, serão os homens que decidirão os seus destinos, que assumirão a resolução dos seus problemas e não o capital – que confere essa finalidade ao uso de uma estratégia de gestão (intersectorialidade/multisectorialidade). Nesse sentido, discutir a intersectorialidade implica enfatizar esse entendimento que ultrapassa a aparência da discussão fomentada a partir dos anos de 1970 pela OMS e BM.

Isso porque a partir dos anos de 1970 a OMS como um organismo internacional vinculado a ONU e sob influência do BM dissemina a intersectorialidade como uma inovadora ferramenta de gestão capaz de por meio da articulação entre os setores fomentar a integração, articulação dos setores e/ou políticas sociais em decorrência das necessidades sociais não serem respondidas unicamente por um setor ou política social isolada. Assim, coloca como função de uma ferramenta de gestão juntar aquilo que o próprio capital separou. As políticas sociais não foram criadas para serem articuladas e no momento atual percebemos isso. Se analisarmos o caso brasileiro e pegarmos apenas uma variável essencial, o financiamento das políticas sociais, notamos que ele se mantém muito aquém das necessidades sociais da população. Ademais, temos algumas políticas sociais que detém um

percentual mínimo a ser gasto constitucionalmente enquanto outras não possuem essa peculiaridade. E é com essas políticas sociais subfinanciadas, contrastando com o aumento pela demanda delas em tempos de crise do capital, que a expansão da discussão da intersectorialidade chega ao debate brasileiro. Há o disseminar de conceituações como as de Inojosa e Junqueira ao propagar a sua utilização para a resolução dos problemas sociais e consolidação de direitos sociais. Conceituações essas em uso pelo Serviço Social.

Quanto a utilização dos conceitos de intersectorialidade propostos pelos autores supracitados é preciso enfatizar primeiramente que esses conceitos, mediante análise desse estudo, são derivados dos organismos internacionais. Isso porque o debate fomentado em torno da categoria intersectorialidade/multissetorialidade ocorre pelos organismos a partir da década de 1970, enquanto a conceituação proposta por esses autores vigora a partir dos anos de 1990. Demonstramos de forma sintética essa similaridade compilando os conceitos e o que os fundamentam no quadro abaixo.

Quadro 15 – os significados e fundamentos da intersectorialidade/multissetorialidade

<b>Organização/Autores</b>	<b>Significado(s)</b>	<b>Fundamento(s)</b> ((o que embasa a discussão da intersectorialidade).
Organização Mundial da Saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realização de ações, atividades ou esforços conjuntos entre vários setores;</li> <li>- Sinônimo de ação multissetorial entre setores;</li> <li>- Princípio da estratégia de saúde adotado na conferência de Alma-Ata;</li> <li>- Trabalho conjunto entre profissionais de diferentes disciplinas/profissões visando a compartilhar saberes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adoção de uma nova lógica de gestão da política de saúde;</li> <li>- Alcançar maior eficácia, eficiência nos processos de gestão;</li> <li>- Otimização de saberes e competências profissionais;</li> <li>- Necessidade da vontade política dos governantes para fomentar mudanças na gestão;</li> <li>- Intervenções voltadas aos mais vulneráveis ou em maior risco.</li> <li>- Conter as consequências negativas da globalização.</li> <li>- Redefinição do papel do Estado;</li> <li>- Parcerias do setor público com o setor privado.</li> <li>- Capacitação dos profissionais baseada na inteligência emocional.</li> </ul>
Banco Mundial	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervenção, abordagem, ação ou coordenação entre setores.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Necessidade de mudanças na gestão das políticas sociais;</li> <li>- Alcançar resultados de saúde e educação para o alívio da pobreza;</li> <li>- Luta contra o HIV/AIDS.</li> <li>- Parcerias do setor público com o setor privado;</li> <li>- Voluntariado;</li> </ul>

Organização/Autores	Significado(s)	Fundamento(s) ((o que embasa a discussão da intersetorialidade).
Inojosa e Junqueira	<p>A intersetorialidade constitui uma concepção que deve informar uma nova maneira de planejar, executar e controlar a prestação de serviços. Isso significa alterar toda a forma de articulação dos diversos segmentos da organização governamental e dos seus interesses (JUNQUEIRA, 2005, p. 4).</p> <p>A articulação de saberes e experiências de planejamento, realização e avaliação das ações para alcançar efeito sinérgico em situações complexas visando o desenvolvimento social, superando a exclusão social (JUNQUEIRA; INOJOSA, 1997, p.3).</p> <p>Coordenação entre setores ou como uma intervenção coordenada de instituições em ações destinadas a abordar um problema ou como a articulação entre saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeitos sinérgicos em situações complexas (INOJOSA, 2001).</p>	<p>Necessidade de reformas e transformações administrativas no âmbito da gestão pública em decorrência da:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Crise econômica e social dos países;</li> <li>- Baixa eficácia das ações;</li> <li>- Burocracia na gestão das políticas sociais;</li> <li>- Centralização administrativa;</li> <li>- Falta de articulação do poder público com as organizações privadas autônomas, os indivíduos com problemas sociais, as famílias e o voluntariado.</li> <li>- Romper com o padrão de prestação de serviços que reflete determinada estrutura de poder no qual impera a setorialização, centralização e fragmentação.</li> <li>- Necessidade de agrupar os saberes com o objetivo de superar o paradigma da disjunção e da redução propiciada pela setorialização do conhecimento.</li> </ul>

Fonte: elaboração própria, 2017.

A partir da interpretação do quadro é possível identificar que os conceitos propostos por Inojosa e Junqueira possuem um caráter idêntico ao propagado pelos organismos internacionais. Tais conceitos tem como fundamento a implementação de transformações na gestão visando à adequação as mudanças no padrão de acumulação capitalista e a reprodução do capital. Tais conceituações vão de encontro do projeto ético político do Serviço Social.

Todo projeto e logo toda prática, numa sociedade capitalista, têm uma dimensão política, ou seja, se desenvolve em meio às contradições econômicas e políticas engendradas na dinâmica das classes sociais antagônicas (TEIXEIRA; BRAZ, 2009). Na sociedade em que vivemos, elas são a burguesia e o proletariado. Logo, o projeto profissional (e a prática profissional) é também projeto político. Detém de acordo com Yamamoto (1992) ao tratar da prática profissional, uma dimensão política, definida pela inserção sociotécnica do Serviço Social entre os distintos e contraditórios interesses de classes.

Mesmo que a prática profissional do (a) Assistente Social não se situa como práxis produtiva, efetivando-se no conjunto das relações sociais, nela se demarca uma direção social por meio das diversas ações profissionais. Esse projeto profissional por sua vez conecta-se a um determinado projeto societário cujo eixo central vincula-se aos rumos da sociedade como um todo – é a disputa entre projetos societários que determina, em última instância, a transformação ou a perpetuação de uma dada ordem social.

Assim, os projetos societários estão presentes na dinâmica de qualquer projeto coletivo, inclusive em nosso projeto ético-político. Os projetos societários podem ser conservadores ou transformadores. De acordo com Teixeira e Braz (2009) não há dúvidas de que o projeto ético-político do Serviço Social brasileiro está vinculado hegemonicamente a um projeto que busca a transformação da sociedade.

Para Netto (1999) os projetos profissionais apresentam a autoimagem de uma profissão, elegem os valores que as legitimam socialmente, delimitam e priorizam os seus objetivos e funções, formulam os requisitos (teóricos, institucionais e práticos) para o seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem as balizas da sua relação com os usuários de seus serviços, com as outras profissões e com as organizações e instituições sociais privadas e públicas.

Segundo Teixeira e Braz (2009), identificam-se como elementos constitutivos do projeto ético político: a explicitação de princípios e valores éticos-políticos, a matriz teórica em que se ancora – tradição Marxista, a crítica radical à ordem social vigente e os posicionamentos políticos acumulados pela categoria por meio de suas formas

coletivas de organização política em aliança com os setores mais progressistas da sociedade brasileira.

Ademais, as produções de conhecimento do Serviço Social têm hegemonicamente como parâmetros as tendências teórico-críticas do pensamento social, cujas produções são indispensáveis para a compreensão da profissão. Nelas são sistematizadas as diversas modalidades práticas da profissão, onde se apresentam os processos reflexivos do fazer profissional, descartando qualquer forma de postura teórica conservadora (IAMAMOTO, 2009).

Por isso, constatamos e demonstramos que tanto os conceitos propostos por Inojosa e Junqueira e em uso pelo Serviço Social, que são derivados dos organismos internacionais, estão aliados a um projeto político específico: o projeto político conservador e neoliberal. Seu objetivo é a manutenção dessa sociedade capitalista e da ordem vigente com o entendimento que a questão social pode ser enfrentada nos marcos da sociedade capitalista, seja com planejamento, seja com racionalidade na gestão das políticas sociais mediante a ação intersetorial.

Trata-se de um pensamento reacionário conservador que tem propostas de reforma social – sem tocar, evidentemente, nos fundamentos socioeconômicos fundamentais da ordem capitalista - e que supõe que com boa administração, boa gestão e boa alocação de recursos mediante a ação intersetorial seja possível resolver as expressões da questão social (NETTO, 2012). O Serviço Social ao se apropriar desses conceitos acriticamente corrobora para o fortalecimento ideológico dessa intersetorialidade, cujo significado vem de encontro ao projeto profissional da categoria.

Em virtude dessa incoerência na utilização desses conceitos, com o direcionamento ético político da profissão de Serviço Social, se faz necessário a propagação dessa crítica para um novo significado de intersetorialidade. Não se trata apenas de modificar um conceito em si ou para si. O conceito em si é apenas um conjunto de significações. O que norteia os seus fundamentos é o projeto societal que ele carrega consigo e o entendimento pelos profissionais. Também não se trata de abolir a discussão da intersetorialidade e cruzar os braços por considerar que por

essa via não se resolverá os problemas sociais. Como relata Netto (2012), até para a luta revolucionária, a redução das desigualdades e a reversão dos mecanismos de pauperização absoluta são extremamente importantes. E, nesse sentido as políticas sociais são importantes.

[...] ninguém conhece o grande líder revolucionário que seja um bêbado contumaz, ninguém conhece massas lúcidas e conscientes à base do puro e simples analfabetismo. Então, notem, mesmo reformas de alcance limitado (mas que podem reduzir as dimensões da questão social) podem ser incorporadas numa perspectiva que não se limite ao pensamento conservador que joga e julga as reformas à medida que elas interessem à conservação. É extremamente importante fazer essa observação para que não se passe a ideia de que uma concepção revolucionária acerca da questão social leva ao imobilismo diante das suas expressões mais brutais, mais escandalosas (NETTO, 2012, p.91-92).

Do mesmo modo, a intersectorialidade, como articulação entre as políticas sociais, setores, saberes profissionais para o atendimento as necessidades humanas torna-se necessária. No âmbito da política de saúde, por exemplo, não se pode falar em atendimento pautado na perspectiva da integralidade sem a intersectorialidade. Aos profissionais de Serviço Social na defesa do seu projeto ético político é importante significá-la dentro do projeto societário sustentado pela categoria.

Ao reproduzir acriticamente os conceitos de Inojosa e Junqueira o Serviço Social contribui para a expansão do significado de intersectorialidade propagado pelo BM e OMS, reafirmando o projeto societário conservador e neoliberal do capitalismo. Ao desnudarmos essa significação de intersectorialidade e nos posicionarmos em oposição ao que é propagado por essas agências, identificamos os limites e possibilidades do uso da intersectorialidade como articulação técnica e política dentro do sistema capitalista, ao mesmo tempo, que mantemos como direção a construção de uma nova sociedade, com novos homens e de uma nova intersectorialidade que tenha na articulação entre os setores, saberes, políticas sociais o ser social como centro e não o capital.

## 5 CONCLUSÕES

Essa tese é o resultado de longos anos de estudo. Concluí-la não se constitui em um processo fácil. Tendo em vista a necessidade de cumprir essa etapa, retomamos aqui uma das nossas questões norteadoras iniciais: Quais seriam os fundamentos políticos e ideológicos da proposta de intersectorialidade disseminada pela OMS e pelo BM?

Para responder essa questão, empreendemos um caminho marcado pela análise dos documentos dessas agências na busca de um conjunto de significações que ultrapassassem a dimensão da intersectorialidade/multissetorialidade apenas como técnica ou ferramenta de gestão ao relacioná-las as dimensões política e ideológica. Nesse processo desvendamos o que é intersectorialidade/multissetorialidade, para quem deve ser utilizada, quem deve utilizar e com qual objetivo.

Constatamos a inexistência de um significado unívoco e consensual de intersectorialidade/multissetorialidade fomentado pela OMS e concluímos que as palavras estão relacionadas à: 1) a realização de ações, atividades ou esforços conjuntos entre vários setores; 2) a uma estratégia de saúde adotada na Conferência de Alma-Ata e nas conferências internacionais de promoção da saúde; 3) Como sinônimo de ação multissetorial entre setores, ou seja, a OMS ratifica que não são palavras dotadas de sentidos diferenciados em seus documentos; 4) Trabalho conjunto entre profissionais de diferentes disciplinas/profissões visando a compartilhar saberes.

Também realizamos essa análise nos materiais do BM e concluímos que apesar da inexistência de uma definição explícita (como ocorreu nos materiais da OMS) o significado aparece pressuposto nos materiais como uma forma de a) intervenção, b) abordagem, c) ações, d) coordenação e está associada à conquista dos objetivos: a) vencer a luta contra o HIV/AIDS; b) o combate à pobreza; c) alcançar resultados de saúde; d) alcançar resultados de educação; e) mudanças na gestão das políticas sociais.

Concluimos também que as ações intersetoriais/multissetoriais são focadas em algumas regiões que sustentam países capitalistas considerados subdesenvolvidos e pobres como a África, Leste da Ásia, Região do Pacífico, América Latina e Caribe.

Os objetivos elencados para o uso da intersectorialidade/multissetorialidade puderam ser aglutinados em 4 eixos: a) a intersectorialidade/multissetorialidade para o alcance da saúde para todos; b) a intersectorialidade/multissetorialidade e a globalização; c) a multissetorialidade/intersectorialidade, os sistemas de proteção social e a luta contra a pobreza; d) a intersectorialidade/multissetorialidade como ferramenta para se alcançar mudanças na gestão das políticas sociais.

No primeiro eixo a intersectorialidade aparece como uma abordagem para a implantação da atenção primária no contexto da meta “saúde para todos”. Para a adoção dessa abordagem a agência OMS enfatiza a necessidade de estruturas administrativas capazes de promover a intersectorialidade com os recursos potenciais que estão disponíveis nos países membros na aparência. Entretanto, concluimos que na essência trata-se da disseminação ideológica de um falso significado, de que melhorando a gestão administrativa dos setores, com o enfoque na abordagem intersectorial para o desenvolvimento de programas integrados, direcionados à atenção primária com os recursos que estariam disponíveis (humanos, econômicos) se atingiria melhorias potenciais de saúde na totalidade dos países membros ou signatários a meta de Alma-Ata “saúde para todos”.

Ademais, essa meta foi estruturada, em um contexto internacional adverso demarcado pela queda tendencial das taxas de lucro e da concepção de Atenção Primária Seletiva. A intersectorialidade representa, nesse sentido, uma forma de possibilitar a administração do desequilíbrio entre aumento da demanda, pouca oferta de serviços, de profissionais de saúde e de recursos para custeá-los. Não se fala em investimentos de saúde visando ao atendimento das pessoas em caráter universal. Ao contrário, a “saúde para todos” na essência pode ser interpretada como a saúde para todos os mais vulneráveis ou em maior risco, o que denota a focalização da abordagem intersectorial, ao contrário do que aparentemente se interpreta como “saúde para todos”.

No segundo eixo a intersectorialidade aparece como instrumento para enfrentar os desafios de um mundo cada vez mais globalizado e em rápida mudança e dobrar tendências negativas ocasionadas pela globalização. A OMS propaga que essas tendências somente podem ser vencidas [...] pensando e agindo global e intersectorialmente para melhorar a saúde nacional (OMS, 1997, p.1). Ao desnudarmos a aparência desse discurso concluímos que o pensamento abstrato (o pensar para depois agir intersectorialmente), descolado das relações sociais de produção vivenciadas pelos países, não poderá por si só corroborar para vencer as consequências negativas ocasionadas pela globalização. Concomitante a isso, mensuramos que agir intersectorialmente como se a prática instrumental técnica de articulação entre setores seja autossuficiente, natural e imediata fundamentando-se nela mesma e descolando-a dos interesses políticos que fazem essencialmente parte de uma ação encobre as determinações ideológicas engendradas historicamente pelo modo de produção capitalista. Esse entendimento de intersectorialidade apenas é utilitário à classe detentora dos meios de produção, contribuindo para manter a ordem societal vigente ao ratificar a prática da colaboração intersectorial como capaz de vencer as consequências da globalização.

O eixo pobreza, sistemas de proteção social e multisectorialidade/intersectorialidade relaciona a multisectorialidade/intersectorialidade como uma estratégia utilizada para o combate à pobreza pelo BM. A pobreza e a multisectorialidade/intersectorialidade estão relacionadas nos materiais dessa agência a obtenção de resultados de saúde (com destaque para o combate ao HIV/AIDS, melhorias na nutrição) e desenvolvimento educacional. Concluímos que a multisectorialidade está relacionada a uma estratégia de intervenção/gestão que busca através da articulação entre setores, programas e políticas sociais fomentar sistemas de proteção social voltados para falso combate a pobreza e o desenvolvimento do capital humano; contribuindo para a reprodução de políticas sociais e sistemas de proteção social focalizados, segmentados, das parcerias público-privado em consonância aos pressupostos da ideologia neoliberal e de reprodução do capitalismo, especialmente com enfoque nos países pobres. Isso porque em nenhum momento busca-se relacionar a estratégia da multisectorialidade a efetivação de direitos sociais como: saúde, educação sob a

ótica da universalidade. Ao contrário, o documento deixa claro que os sistemas de proteção social que utilizam a ferramenta de gestão multissetorial devem ser implementados ou reformados para atender aos pobres.

O último eixo a intersectorialidade/multisetorialidade como ferramenta para se alcançar mudanças na gestão e implementação das políticas sociais identifica a suas utilizações a objetivos que dizem respeito à necessidade de mudanças na gestão das políticas sociais com foco na implementação pelos países. Concluímos que o Banco Mundial enfatiza a necessidade dessas mudanças com a utilização da ferramenta multissetorialidade visando à reforma da função pública e governança para a ampliação do setor privado e das organizações não governamentais no âmbito da gestão. Há vinculação entre multissetorialidade e redefinição das funções do Estado. O argumento é a necessidade da “modernização da gestão estatal” e baseia-se na lógica do mercado, tido como eficiente, ágil e capaz de oferecer serviços de qualidade à população e na criação de uma “nova cultura” por parte da sociedade com a substituição dos agentes públicos estatais por organizações comunitárias ou não governamentais. Tal substituição é justificada pela necessidade da participação da sociedade civil via parcerias público-privadas e do voluntariado. Para esse novo modelo de gestão pautado na multissetorialidade, se faz necessário que os trabalhadores vinculados a essas atividades construam novas competências profissionais para lidar com as inovações acarretadas pelo processo de mudanças na gestão. Nesse sentido, a capacitação dos recursos humanos para executar as ações multissetoriais/intersectoriais aparece especialmente nos materiais selecionados da OMS mediante a realização, por exemplo, de cursos.

Esses buscam focar na execução de tarefas de modo a pressionar os trabalhadores dos diferentes setores a executarem e concluírem as ações em períodos cada vez mais curtos via intensidade do trabalho por meio da pressão intelectual e física. O foco são aspectos motivacionais e de responsabilização dos sujeitos a fim de que possam fomentar as ações intersectoriais. O sucesso da tarefa é responsabilidade dos próprios trabalhadores em detrimento da avaliação das condições de trabalho ou estruturais para se atingir o objetivo pretendido, no caso do curso da OMS, as ações intersectoriais.

Quanto ao que fundamenta a intersectorialidade/multissetorialidade em termos políticos e ideológicos, demonstramos que as ações intersectoriais estão aliançadas as novas prioridades económicas e ideológicas para a reprodução do capitalismo. Essas passam a ser marcadas por tendências como as parcerias público-privadas, a focalização, as mudanças na gestão com o discurso ideológico neoliberal da eficiência, eficácia como única forma de lidar com as mudanças propiciadas pela globalização difundidas pelo BM e também pela OMS. Nesse contexto, essa ferramenta de gestão é disseminada na aparência como capaz de propiciar a desfragmentação das políticas sociais e dos saberes profissionais para a resolução dos problemas sociais.

Por meio do método materialista histórico dialético e direcionada pela questão norteadora (qual a relação existente entre questão social, política social e intersectorialidade?) desnudamos essa possibilidade aparente (da resolução dos problemas sociais) mediante a intersectorialidade. Com o uso da categoria historicidade focamos a nossa atenção ao momento histórico da criação das políticas sociais mediadas pelas lutas de classe e concluímos que a gênese da fragmentação das políticas sociais está ancorada na base material que a produz e a reproduz: as relações sociais de produção.

O sistema capitalista é ancorado nas necessidades de reprodução do capital e não ao atendimento prioritário do ser social como dotado de necessidades humanas. As necessidades de reprodução do capital comandam todo o processo. Somente por intermédio da luta de classes com o triunfo dos trabalhadores como sujeitos da história pode-se modificar a base material que produz a fragmentação. Na medida em que as forças dos indivíduos são postas em comum e coletivamente geridas, serão os homens que decidirão os seus destinos, que assumirão a resolução dos seus problemas e não o capital – que confere essa finalidade ao uso de uma estratégia de gestão (intersectorialidade/multissetorialidade).

Quanto a utilização dos conceitos de intersectorialidade propostos pelo autores Inojosa e Junqueira – em uso pelo Serviço Social concluímos que os mesmos são derivados do significado e do que fundamenta a intersectorialidade/multissetorialidade pela OMS e BM. Tal apropriação nos remeteu

a questionar o uso dos mesmos pelos profissionais de Serviço Social em decorrência da profissão estar ancorada em um projeto ético político que tem como elementos constitutivos: a explicitação de princípios e valores éticos-políticos, a matriz teórica em que se ancora – tradição Marxista, a crítica radical à ordem social vigente e os posicionamentos políticos acumulados pela categoria por meio de suas formas coletivas de organização política em aliança com os setores mais progressistas da sociedade brasileira.

Ademais, as produções de conhecimento do Serviço Social têm como parâmetros as tendências teórico-críticas do pensamento social, cujas produções são indispensáveis para a compreensão da profissão. Nelas são sistematizadas as diversas modalidades práticas da profissão, onde se apresentam os processos reflexivos do fazer profissional, descartando qualquer forma de postura teórica conservadora. Como concluímos que os significados e fundamentações políticas e ideológicas da intersectorialidade/multisectorialidade por esses autores carregam consigo pressupostos da perspectiva conservadora e neoliberal ratificamos a incoerência do uso desses conceitos pelo Serviço Social brasileiro. Propomos a necessidade da propagação dessa crítica para um novo significado de intersectorialidade.

A crítica aqui realizada ao significado de intersectorialidade propagado pelas agências OMS e BM, não teve a função de abolir a sua discussão e propiciar imobilismo. Mas, para os profissionais de Serviço Social na defesa do seu projeto ético político é importante significá-la dentro do projeto societário sustentado pela categoria e pautá-la como categoria teórica contraditória.

Assim, concluo este trabalho reafirmando a tese: a aparência racionalização técnica conferida a intersectorialidade encobre as determinações ideológicas e políticas nela presentes. A intersectorialidade é uma estratégia técnica e política, disseminada pelas agências OMS e BM, a partir das mudanças ocasionadas a partir dos anos finais da década de 1970, no padrão de acumulação capitalista, que por sua vez impulsionam tendências específicas para as políticas sociais, como a focalização, privatização, descentralização e intersectorialidade. Tais tendências estão aliançadas ao ideário neoliberal e corroboram a perda de direitos, que duramente foram conquistados pelos trabalhadores mediante a luta de classes.

## 6 REFERÊNCIAS

ABREU, C. C. **Ações municipais frente ao consumo de drogas:** um estudo sobre integralidade, 2006. 134f. Monografia (Graduação em Serviço Social) – Programa de Graduação em Serviço Social, Universidade federal do Espírito Santo, Vitória, 2006.

ABREU, C.C. **A intersetorialidade no processo de construção da política de saúde Brasileira.** 2009.186f. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Política Social) - Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2009.

ALVES, G. **Trabalho e subjetividade:** o espírito do toyotismo na era do capitalismo manipulatório. São Paulo: Boitempo, 2011.

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

ANDRADE, J. E. As origens da social-democracia alemã e seu processo de unificação. **Plural** – Revista do programa de pós-graduação em sociologia da USP, São Paulo, n. 14, p. 77 – 102, 2007.

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho:** ensaios sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez, 1995.

BAMBIRRA, V. **Teoría de la dependência:** una anticrítica. México: Era, 1978.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Ed. 70, 1979.

BATISTA, P. N. Mitos da Globalização. **Revista de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 12, n. 32, p. 125-186, 1998.

BEHRING, E. R. **Política social no capitalismo tardio.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política social:** fundamentos e história. São Paulo: Cortez, 2006.

BRASIL. **As conferências ao longo da história.** 2007. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br>. Capturado em 10 de maio de 2009.

BRAZ, M.; NETTO, J. P. **Economia política:** uma introdução crítica. São Paulo: Cortez, 2006.

BROWN, T. M. et al. A transição de saúde pública “internacional” para “global” e a Organização Mundial da Saúde. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 623-647, 2006.

BORÓN, A. **Império e imperialismo**. Buenos Aires: Clacso, 2002.

BUSS, P. M. ; CARVALHO, A. I. Determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, p. 141-166.

CARCANHOLO, M.D. A superexploração do trabalho em economias periféricas dependentes. **Katalysis**, Florianópolis, v.12. n.2, p.216-225, 2009.

CARCANHOLO, M.D. O atual resgate crítico da teoria marxista da dependência. **Trabalho, educação e saúde**, Rio de Janeiro, v.11, n.1, p. 191-205, 2013.

CARVALHO, Gilson. **Gasto da união com saúde nos anos 1995-2012**. Disponível em: <<http://darcisioperondi.com.br/gasto-da-uniao-com-saude-nos-anos-1995-2012-gilson-carvalho/>>. Acesso em: 23 out. 2013.

CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social**: uma crônica do salário. Rio de Janeiro: Vozes, 1998.

CHAUÍ, M. **Convite à filosofia**. São Paulo: Ática, 1994.

CHESNAIS, F. **A mundialização do capital**. São Paulo: Xamã, 1996.

CHOSSUDOVSKY, Michel. **A globalização da pobreza**. São Paulo: Moderna, 1999.

COLODETI, v.; LEITE, I. C. Microcrédito, informalidade e combate à pobreza. **Temporalis**, Brasília (DF), ano 12, n. 24, p..., Jul./Dez. 2012. [No Prelo].

CORTES, C.L. Las contradicciones de la proteccion social em Chile. In: 3º ENCONTRO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL E 10º ENCONTRO NACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL. Vitória. **Anais...**, Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo, 2015.

CUETO, M. The origins of primary health care and selective primary health care. **American Journal of Public Health**. Washington, n.94, 1864-1874, 2004.

CUETO, M. **Saúde Global**: uma breve história: Editora Fiocruz, 2015.

DAL ROSSO, S. **Mais trabalho**: a intensificação do labor na sociedade contemporânea. São Paulo: Boitempo, 2008.

DESLANDES, S. F.; MINAYO, M. C. S. (Org.). **Caminhos do pensamento**: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

DOMINGUES, J. **A percepção dos trabalhadores do programa de saúde da família sobre a intersetorialidade**. 2006. 230f. Dissertação (Mestrado em

Enfermagem) – Programa de pós-graduação em Enfermagem, Universidade De São Paulo, 2006.

DRAIBE, S. M. As políticas sociais e o neoliberalismo. In **Revista USP**, n. 17, São Paulo: USP, 1993, p. 86-101.

DURAND, J. P. **La chaîne invisible: travailler aujourd’hui: flux tendu et servitude volontaire**. Paris: Seuil, 2004.

ESPING-ANDERSEN, G. As três economias políticas do Welfare State. In **Lua Nova**, n. 24, São Paulo: Marco Zero, 1991.

ESTRATÉGIA. In: WALTER, W. **Dicionário da língua portuguesa Michaelis online**. Disponível em: <http://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/estrategia/>. Acesso em 27 de novembro de 2017.

FARIA, R. **História os caminhos do homem**. Belo Horizonte: Lê, 1991.

FERGUSON, I. Austeridade no Reino Unido: o fim do estado de bem estar social? **Argumentum**. v.5, n.2, p. 65-88, 2013.

FERREIRA, A. M. **Um católico militante diante da crise nacional**: Manuel Isaías Abúndio da Silva (1874 – 1914), Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, 2007.

FLEURY, S. Iniquidades nas políticas de saúde: o caso da América Latina. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v 29, n.3, p. 243 – 250, 1995.

FIDLER, D.P. **Globalization international law, and emerging infectious diseases**. 1996. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2639823/pdf/8903206.pdf>. Capturado em 22/10/2017.

GARCIA, R. C. **Pensamento social em saúde na América Latina**. São Paulo: Cortez, 1989.

GIOVANELLA, L. Entre o mérito e a necessidade: análise dos princípios constitutivos do seguro social de doença alemão. **Cadernos de saúde pública**, v. 15, n. 1, p. 133 – 146, 1999.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L.et al. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2.ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. P.493-545.

GOLEMAN, D. **Inteligência emocional**: a teoria revolucionária que redefine o que é ser inteligente. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

GURGEL, C.; SOUZA FILHO, R. **Gestão democrática e Serviço Social**: princípios e propostas para a intervenção crítica. São Paulo: Cortez, 2016.

HARVEY, David. **A condição pós-moderna**. 7ª Edição. São Paulo: Loyola, 1989.

HARVEY, David. **O novo imperialismo**. São Paulo: Loyola, 2004.

HARVEY, David. **O neoliberalismo**: história e implicações. 2ª Ed. São Paulo: Loyola, 2008.

HOBBSBAWN, E. J. **A era dos extremos**. São Paulo: Paz e Terra, 1994.

HOBBSBAWN, E. J. **A era do capital**. 13ª Ed. São Paulo: Paz e Terra, 2007

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. São Paulo: Cortez, 1983.

IAMAMOTO, M. V. **Renovação e Conservadorismo no Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1992.

IAMAMOTO, M. V. A questão social no capitalismo. **Temporalis**, Brasília (DF), ano II, n. 3, p. 09-32, 2004.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social em tempo de capital fetiche**: capital financeiro, trabalho e questão social. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

IAMAMOTO, M. V. **Os espaços sócio-ocupacionais do Assistente Social**. 2009. Disponível em: [https://www.unifesp.br/campus/san7/images/servico-social/Texto\\_introdutorio\\_Marilda\\_Iamamoto.pdf](https://www.unifesp.br/campus/san7/images/servico-social/Texto_introdutorio_Marilda_Iamamoto.pdf). Capturado em 22/10/2017.

INOJOSA, R. M. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade. **Cadernos FUNDAP**, São Paulo, n 22, p. 102 – 110, 2001.

JUNQUEIRA, L. A. P. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, n. 6, p. 31-46, 1997.

JUNQUEIRA, L. A. P.; INOJOSA, R. M. **Desenvolvimento social e intersetorialidade: a cidade solidária**. São Paulo: FUNDAP, 1997.

JUNQUEIRA, L. A. P. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, n. 1, p. 25 – 36, 2004.

JUNQUEIRA, L. A. P. Articulações entre o serviço público e o cidadão. In: X Congresso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Santiago. **Anais...** Chile: CLAD, 2005.

KOSIK, K. **Dialética do concreto**. Rio de Janeiro: Paz e terra, 2002.

KOSLOV, G. **Curso de economia política**. Lisboa: Avante!, 1981.

LAURELL, A.C. La salud: de derecho social a mercancía. In:\_\_\_\_\_. **Nuevas tendencias y alternativas em el sector salud**. México: UNAM-XOCHIMILCO, 1994, p. 9-31.

LAURELL, A. C. La salud-enfermedad com processo social. **Revista Latinoamericana de Salud**, México, 2,1982, p. 7-25. 2014.

LEHER, R. **Da ideologia do desenvolvimento à ideologia da globalização: a educação como estratégia do Banco Mundial para “alívio da pobreza”**. 1998. 267f. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

LICHTENSZTEJN, S. BAER, M. **Fundo Monetário Internacional e Banco Mundial: estratégias e políticas do poder financeiro**. São Paulo: Braziliense, 1987.

LIMA, J. C. F. O Banco Mundial, a Organização Mundial de Saúde e o “Novo Universalismo” ou a “Cobertura Universal de Saúde”. In: PEREIRA, J. M. M.; PRONKO, M. (Orgs.). **A demolição de direitos: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde (1980-2013)**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – Fiocruz, 2014, p. 233-254.

LIMA, N. T. O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história em três dimensões. In: FINKELMAN, J. (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999, p. 24 – 116.

LOWY, M. **As aventuras de Karl Marx contra o barão de Munchhausen**. 9 ed. São Paulo: Cortez, 2004.

MANDEL, E. **A crise do capital: os fatos e sua interpretação marxista**. São Paulo: Ensaio, 1982.

MARINI, R.M. **América Latina: dependência e integração**. São Paulo: Brasil Urgente, 1992.

MARINI, R. M. **A dialética da dependência**. Rio de Janeiro: Vozes, 2000.

MARINI, R.M. A dialética da dependência. In: TRASPADINI, R.; STEDILE, J.P.(Org.). **Ruy Mauro Marini: vida e obra**. São Paulo: Expressão Popular, 2005, p.137-180.

MARQUES, R. M. MENDES, A. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade?. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro. V. 18, p. 163-171, 2002.

MARQUES, R. M.; NAKATANI, P. **O que é capital fictício e sua crise**. São Paulo: Brasiliense, 2009.

- MARX, K. **O capital**: crítica da economia política. 10 ed. São Paulo: Difel, 1985.
- MARX, K. **O capital**. Livro I. 18 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001. V. 1 e 2.
- MARX, K.; ENGELS, F. **A ideologia alemã**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2007.
- MARX, K.; ENGELS, F. **Manifesto comunista**. São Paulo: Instituto José Luís e Rosa Sundermann, 2003.
- MARX, K. **O 18 Brumário de Luís Bonaparte**. 2015. Disponível em : <http://ir.nmu.org.ua/bitstream/handle/123456789/21922/181b169209b8d2ba55eee682396dc5f.pdf?sequence=1/>. Acesso em 07 de junho. 2015.
- MARX, K. A lei geral da acumulação capitalista. In:\_\_\_\_\_. **O Capital**: crítica da economia política. São Paulo: Nova Cultural, p. 234-326, 1996.
- MARX, K. **Grundrisse**: manuscritos econômicos de 1857-1858 Esboços da crítica da economia política. São Paulo: Boitempo, 2011.
- MARSHALL, T. H. **Cidadania, classe social e status**. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.
- MATTA, G. C. A Organização Mundial de Saúde: do controle de epidemias à luta pela hegemonia. Trabalho, Educação e Saúde, v. 3, n. 2, p. 371-396. 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S198177462005000200007&script=sci\\_abstract&tling=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S198177462005000200007&script=sci_abstract&tling=pt). Acesso em 20/07/2017.
- MATTOS, R. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de ideias. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 377-389, 2001.
- MAURIEL, A. P. O. “**Combate à pobreza e desenvolvimento humano**: impasses teóricos na construção da política social na atualidade”. 2008. 341f. Tese de doutorado (Doutorado em Ciências Sociais) – Programa de Pós-Graduação do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da UNICAMP, Campinas, 2008.
- MAURIEL, A. P. O. **Capitalismo, políticas sociais e combate à pobreza**. 1ª Ed. Rio Grande do Sul: Unijuí, 2011.
- MAY, T. **Pesquisa social**: questões, métodos e processos. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- MELO, A. A. S. A mundialização da educação: consolidação do projeto neoliberal na América Latina. Brasil e Venezuela. Maceió: EDUFAL, 2004.
- MÉSZAROS, István. **A crise atual**. São Paulo: Ensaio, 1998.

MILLET, D.; TOUSSAINT, E. **50 perguntas 50 respostas sobre a dívida, o FMI e o Banco Mundial**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2006.

MINAYO, M. C. de S. Entre voos de águia e passos de elefante: caminhos da investigação na atualidade. In: DESLANDES, S. F.; MINAYO, M. C. S. **Caminhos do pensamento: Epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 17-27.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

MISHRA, R. **O Estado-Providência na sociedade capitalista**. Portugal: Celta, 1995.

MONNERAT, G. L.; SOUZA, R. G. Intersetorialidade e políticas sociais: um diálogo com a literatura atual. In: MONNERAT, G. L.; ALMEIDA, N. L.; SOUZA, R. G. (Org.). **A intersectorialidade na agenda das políticas sociais**. São Paulo: Papel Social, 2014, p. 41-54.

MONNERAT, G. L.; ALMEIDA, N. L.; SOUZA, R. G. (Org.). **A intersectorialidade na agenda das políticas sociais**. São Paulo: Papel Social, 2014.

MONTAÑO, C.; DURIGUETTO, M. L. Estado, Classe e Movimento Social. 3. ed. São Paulo: CORTEZ, 2010.

MOTA, A. E. **Cultura da crise e seguridade social: um estudo sobre tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90**. 5.ed. São Paulo: CORTEZ, 2005.

NETTO, J.P. **A construção do projeto ético-político do Serviço Social frente à crise contemporânea**. Capacitação em Serviço Social e política social: módulo 1 crise contemporânea, questão social. Brasília: Caed, 1999.p.93-109.

NETTO, J.P. Cinco notas a propósito da questão social. **Temporalis**, Brasília, Abepss, Graffline, ano 2, n.3, 2004.

NETTO, J. P. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1992.

NETTO, J. P. Questão social na América Latina. In: GARCIA, M.L.T.; RAIZER, E. C. (Org.). **A questão social e as políticas sociais no contexto latino-americano**. Vitória: EDUFES, 2012.

OLIVEIRA, P. S. Caminhos de construção da pesquisa em ciências humanas. In: \_\_\_\_\_. **Metodologia das ciências humanas**. São Paulo: HUCITEC, 1998. p. 17-26.

OLIVEIRA, E. F. A. **Gastos da saúde mental e os rumos da reforma psiquiátrica**. 2017. 276f. Tese de doutorado (Doutorado em Política Social) – Programa de Pós-

Graduação em Política Social do Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas da Universidade Federal do Espírito Santo – UFES, Vitória, 2017.

OMS. Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO). 1946. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>. Acesso em 21 de outubro de 2017.

OMS. **Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde**. Alma Ata, 1978.

OMS. **Primeira conferência internacional de promoção da saúde**. Ottawa, 1986.

OMS. **Segunda conferência internacional de promoção da saúde**. Adelaide, 1988.

OMS. **Terceira conferência Internacional de promoção da saúde**. Sundsvall, 1991.

OMS. **A declaração de Jacarta sobre a promoção da saúde da saúde no século XXI**. Jacarta, 1997.

OMS. **Informe sobre la salud em el mundo 2000**. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Genebra, 2000.

OMS. **Macroeconomía y salud: invertir em salud em pro del desarrollo económico**. Genebra, 2002.

OMS. **A carta de Bangkok para a promoção da saúde em um mundo globalizado**. Bangkok, 2005.

ONU. **Pobreza está cada vez mais concentrada em grupo de 48 países, alerta UNCTAD**. 2016. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/pobreza-esta-cada-vez-mais-concentrada-em-grupo-de-48-paises-alerta-unctad/>. Acesso em: 22/10/2017.

ONU. História da Organização. 2015. Disponível em: < <http://nacoesunidas.org/conheca/historia/> >. Acesso em 07 de junho de 2015.

ONU. **Declaração do Milênio**. Nova Iorque, 2000.

OPAS. **Conferência internacional de promoção da saúde**. Santafé, 1992.

OPAS. **História institucional**. Brasília, 2011.

PASTORINI, A. **A categoria “questão social” em debate**. São Paulo: Cortez, 2004.

PAIVA, B.; ROCHA, M.; CARRARO, D. Política social na América Latina: ensaio de interpretação a partir da teoria marxista da dependência. **Ser Social**, Brasília, v. 12, n.26, p. 147 – 175, 2010.

PEREIRA, J.M.M. **O Banco Mundial como ator político, intelectual e financeiro (1944-2008)**. 2009. 386f. Tese de doutorado (Doutorado em História) – Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal Fluminense – UFF, Niterói, 2009.

PEREIRA, P. A.; STEIN, R. H. Política Social: universalidade versus focalização. Um olhar sobre a América Latina. In BOSCHETTI, I. et al (Orgs). **Capitalismo em crise, política social e direitos**. São Paulo: Cortez, 2010, p. 106-130.

PEREIRA, P. A. O regime de bem-estar turco *vis-à-vis* o brasileiro – pressões, resistências e mudanças comparadas. **Argumentum**. v. 2, n.2, p. 271-287, 2010.

PEREIRA, P. A. A intersectorialidade das políticas sociais na perspectiva dialética. In: MONNERAT, G. L.; ALMEIDA, N. L.; SOUZA, R. G. (Org.). **A intersectorialidade na agenda das políticas sociais**. São Paulo: Papel Social, 2014, p. 23-39.

PIMENTEL, A. O método da análise documental: seu uso numa pesquisa historiográfica. **Cadernos de pesquisa**. n. 114, p. 179 – 195, 2001.

PIERSON, C. **Beyond the Welfare State?** Cambridge: Polity Press, 1991.

POLANYI, K. **A grande transformação**: as origens da nossa época. 13. ed. Rio de Janeiro: Editora Campus, 2000.

RIZZOTTO, M. L. F. **O Banco Mundial e as políticas de saúde nos anos 90**: um projeto de desmonte do SUS. 2000. 226f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

ROCHA, C.M.F. **A experiência de participar da 8ª conferência global sobre promoção da saúde**: saúde em todas as políticas. 2013. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/saudeurbana/eventos/Aexperienciadeparticiparda8aConferenciaGlobal.pdf>. Acesso em 21 de outubro de 2017.

ROSANVALLON, P. **A nova questão social**: repensando o Estado Providência. Brasília: Instituto Teotônio Vilela, 1998.

SAKAI, M.H.; LIMA, G.Z. PBL: uma visão geral do método. **Olho mágico**, Londrina, v.2, n. 5, p.24-30, 1996.

SANTOS, J. S. **“Questão Social” particularidades no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2012.

SARTORI, V. B. **Lukács e a crítica ontológica ao direito**. São Paulo: Cortez, 2010.

SIGERIST, H. E. Health. **Journal of public health policy**. V. 17, n 2, p. 204 – 234, 1996

SIGERIST, H. E. From Bismarck to Beveridge: developments and trends in social security legislation. **Journal of public health policy**. V. 20, n 4, p.473 – 497, 1999.

SILVA, L. M. V.; FERREIRA, V. S. C. Intersectorialidade em saúde: um estudo de caso. In: SILVA, L. M. V.; HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. P. 103-150.

SOARES, M.C.C. Banco Mundial: políticas e reformas. In: TOMMASE, Livia de; WARDE, M.J.; HADDAD, S. (Org.). **O Banco Mundial e as políticas educacionais**. São Paulo: Cortez, 1996, p.15-38.

SOARES, L. T. **O desastre social**. Rio de Janeiro: Record, 2003.

SMITH, A. **A riqueza das nações**. São Paulo: Nova Cultural Ltda, 1996.

TEIXEIRA, J.B.; BRAZ, M. **O projeto ético político do Serviço Social**. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: ABEPSS, 2009.

TONET, I. Interdisciplinaridade, formação humana e emancipação humana. **Serviço Social e Sociedade**. n.116, p.725-742, 2013.

UGÁ, V. D. **A questão social como “pobreza”**. 2008. 208f. Tese de Doutorado (Doutorado em Ciências Humanas) – Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

VIEIRA, E. **Democracia e Política Social**. São Paulo: Cortez, 1992.

VIEIRA, A.C.S.; ROCHA, S.; SOARES, R.C. **Desafios à vida: desigualdades e HIV/AIDS no Brasil e na África do Sul**. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2011.

VIEIRA, A.C.S. et al. A epidemia de HIV/AIDS e a ação do Estado. Diferenças entre Brasil, África do Sul e Moçambique. **Katálysis**. V.17, n.2, p. 196-206, 2014.

WANDERLEY, M. B. **Metamorfoses do desenvolvimento de comunidade**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1998.

WHO. **Intersectoral action for health: the role of intersectoral cooperation in national strategies for health for all**. Geneva: WHO, 1986.

WHO. **Think and act globally and intersectorally to protect national health.** Geneva: WHO, 1997.

WHO. **Health opportunities in development:** A course manual on developing intersectoral decision-making skills in support of health impact assessment. Geneva: WHO, 2003.

WHO. **Intersectoral action on health:** a path for policy-makers to implement effective and sustainable action on health. Kobe: WHO, 2011.

WHO. **Expert consultation:** impact assessment as a tool for multisectoral action for health. Kobe: WHO, 2012.

WHO. **Evaluating intersectoral processes for action on the social determinants of health:** learning from key informants. Geneva: WHO, 2013a.

WHO. **Opportunities for scaling up and strengthening the health-in-all-policies approach in south-eastern Europe.** Geneva: WHO, 2013b.

WHO. **Health in all policies:** Helsinki statement framework for country action. Geneva: WHO, 2014.

WHO. **World Health Statistics 2016:** monitoring health for the sustainable development goals. Geneva: WHO, 2016.

WORLD BANK. **Innovations in health care financing:** proceedings of a World Bank conference: Washington, 1997.

WORLD BANK. **Intensifier la lutte contre le VIH/SIDA em Afrique:** faire face à une crise de développement. World Bank, 2000.

WORLD BANK. **SIDA, lutte contre la pauvreté et allégement de la dette.** Washington: World Bank, 2001.

WORLD BANK. **Education and HIV/AIDS:** a Window of hope. Washington: World Bank, 2002.

WORLD BANK. **Addressing HIV/AIDS in East Asia and the Pacific.** Washington: World Bank, 2004.

WORLD BANK. **Education sector strategy update.** Washington: World Bank, 2005.

WORLD BANK. **Attacking inequality in the health sector.** Washington: World Bank, 2009.

WORLD BANK. **Have country assistance strategies capitalized on intersectoral linkages to improve health outcomes among the poor?** Washington: World Bank, 2010.

WORLD BANK. **Learning for all:** investing in people's knowledge and skills to promote development. Washington: World Bank, 2011.

WORLD BANK. **UNICEF and World Bank:** approaches to building social protection systems. Washington: World Bank, 2013.

WORLD BANK. **Promoviendo una vida saludable en América Latina y el Caribe.** Washington: World Bank, 2014.

WORLD BANK. **About the World Bank.** 2017. Disponível em: <http://www.worldbank.org/en/about>. Acesso em: 27/10/2017.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A

### DOCUMENTOS SELECIONADOS DA OMS A PARTIR DA PALAVRA-CHAVE INTERSECTORAL

<b>NOME DO DOCUMENTO</b>	<b>DIRECIONADO A QUAIS PAÍSES?</b>	<b>Tipo</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>TEMA</b>
Intersectoral Action on Health, a path for policy-makers to implement effective and sustainable action on health	Mundial	Relatório	Desenvolver uma nova versão da cartilha ISA focando a "Ação Intersectoral em Saúde como um caminho para implementar ações efetivas e sustentáveis".	Ação intersectoral em saúde
Evaluating intersectoral processes for action on the social determinants of health: Learning from key Informants	Mundial	Relatório	Avaliação dos processos intersectoriais para a ação sobre os determinantes sociais da saúde.	Avaliação intersectoral e determinantes sociais da saúde
Intersectoral food and nutrition policy development	Mundial	Manual	Desenvolver planos de ação nacionais de alimentação através da abordagem intersectorial.	Planos de nutrição e intersectorialidade
Position paper on economic arguments for intersectoral intervention that improve the social determinants of health: Mexico.	México	Estudo de caso	objetivo deste estudo é identificar qual das ações intersectoriais lançados pelo Governo do México para reduzir as desigualdades na saúde tiveram impacto sobre os determinantes sociais da saúde.	Ações intersectoriais em saúde realizadas pelo governo do México

Fonte: OMS, 2015. Sistematização própria, 2016.

<b>NOME DO DOCUMENTO</b>	<b>DIRECIONADO A QUAIS PAÍSES?</b>	<b>Tipo</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>TEMA</b>
Intersectoral action on health	Mundial	Manual de recomendações	Resumir um conjunto de recomendações, lições e abordagens para a ação intersectorial em saúde como uma estratégia global.	Abordagens para a ação intersectorial em saúde
Increasing population physical activity levels through intersectoral action	Liverpool	Relato de um estudo de caso sobre Liverpool	Descrever através de um estudo de caso a cidade de Liverpool como pioneira na adoção das abordagens intersectoriais.	Estudo de caso da cidade de Liverpool
International trade in health services: difficulties and opportunities for developing countries	Mundial	Relatório	Discorrer sobre comércio internacional de serviços de saúde com foco nas dificuldades e oportunidades para os países em desenvolvimento	Globalização, serviços de saúde e intersectorialidade
Health Opportunities in development. A course manual on developing intersectoral decision-making skills in support of health impact assessment.	Mundial	Manual	Orientar sobre a importância da colaboração intersectorial em saúde	Desenvolvimento de práticas intersectoriais em saúde

Fonte: OMS, 2015. Sistematização própria, 2016.

<b>NOME DO DOCUMENTO</b>	<b>DIRECIONADO A QUAIS PAÍSES?</b>	<b>Tipo</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>TEMA</b>
Compromisso de San Salvador	Mundial	Carta de Compromisso	Destacar os desafios da coordenação intersectorial para a atenção primária em saúde.	Recursos humanos no contexto da atenção primária
Health Equity and Ethnic minorities in emergency situations Experiments in intersectoral action in Colômbia with diferencial approach to aboriginal and afro-colombian communities.	Colômbia	Relato de Estudo de Caso	Apresentar através de um estudo de caso experiências recentes da OPAS/OMS na Colômbia no desenvolvimento de ações intersectoriais.	Intersectorialidade e saúde na Colômbia
Innovative practices for intersectoral action on health: a case study of four programs for social equity	Chile	Relato de Estudo de Caso	Examinar através do estudo de caso 4 programas chilenos: Chile Banio, Chile Solidário, Chile empreende e Chile Cresce Contigo as práticas intersectoriais em saúde.	Práticas inovadoras para a ação intersectorial em saúde
Equidade en salud a través de la acción intersectorial: um análisis de estudios de caso en 18 países.	18 países	Relato de estudo de caso	Analisar experiências intersectoriais através de estudos de casos de 18 países.	Intersectorialidade em saúde

Fonte: OMS, 2015. Sistematização própria, 2016.

<b>NOME DO DOCUMENTO</b>	<b>DIRECIONADO A QUAIS PAÍSES?</b>	<b>Tipo</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>TEMA</b>
Healthy and equitable urban planning through intersectoral action	Mundial	Apresentação de slides para o 7th world urban fórum Medellín	Relatar sobre planejamento urbano saudável através de ações intersectoriais.	Planejamento urbano justo e saudável
Infant and Young child feeding a tool for assessing national practices, policies and programmes.	Mundial	Manual	Ser uma ferramenta para auxiliar na avaliação do estado de alimentação de crianças e lactentes.	Ferramenta de avaliação de práticas, programas e políticas nacionais
Derechos humanos, salud y estrategias de reducción de la pobreza	Mundial	Relatório de estudo	Fortalecer os esforços para alcançar os objetivos de desenvolvimento do milênio, integrando o tema direitos humanos como componente das políticas de redução da pobreza.	Direitos humanos, intersectorialidade, saúde e estratégias de redução da pobreza
Health in sustainable development planning: the role of indicators	Mundial	Livro	Tratar do desenvolvimento e utilização de indicadores para a saúde, abordando aspectos técnicos e sociais com o uso da intersectorialidade.	Intersectorialidade e saúde no planejamento do desenvolvimento sustentável

Fonte: OMS, 2015. Sistematização própria, 2016.

<b>NOME DO DOCUMENTO</b>	<b>DIRECIONADO A QUAIS PAÍSES?</b>	<b>Tipo</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>TEMA</b>
Revitalizing health services using the primary health care approach in the African region	África	Manual	Fornecer uma abordagem intersetorial em APS que busque revitalizar os serviços de saúde com base em intervenções prioritárias.	Cuidados primários em saúde e intersectorialidade na região da África
Sixty-Fourth World Health Assembly Resolutions and Decisions	Mundial	Relatório	Apresentar as resoluções e decisões da 64ª Assembleia Mundial de Saúde	64ª Assembleia Mundial de Saúde
Investment for Health appraisal in Malta	Malta	Relatório	Descrever os resultados de uma avaliação realizada em Malta e propor recomendações específicas.	Avaliação dos investimentos de saúde em Malta (Estudo de caso)
Investment for health: a discussion of the role of economic and social determinants	Europa	Relatório	Estimular a reflexão sobre determinantes sociais e econômicos da saúde da população europeia	Determinantes sociais e econômicos da saúde
Experience with HIA at national policy level in the Netherlands a case study	Netherlands	Relatório de estudo de caso	Fornecer informações atualizadas sobre a evolução das políticas de saúde nos países europeus e descrever o caso da experiência de desenvolvimento de avaliação de impacto na saúde (AIS) na Holanda.	Evolução das políticas de saúde nos países europeus

Fonte: OMS, 2015. Sistematização própria, 2016.

<b>NOME DO DOCUMENTO</b>	<b>DIRECIONADO A QUAIS PAÍSES?</b>	<b>Tipo</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>TEMA</b>
Opportunities for scaling up and strengthening the health-in-all-policies approach in South-eastern Europe.	South-eastern Europe.	Relatório	Avaliar as oportunidades para a ampliação e fortalecimento de uma abordagem saúde em todas as políticas.	Abordagem saúde em todas as políticas
Health in all policies. The 8 th Global Conference on Health promotion jointly	Mundial	Relatório da Conferência	Apresentar a discussão da 8th Global Conference.	Saúde em todas as políticas
First Global Ministerial Conference on Healthy lifestyles and noncommunicable disease control – discussion paper	Mundial	Discussion paper	Resumir um conjunto de recomendações, lições e abordagens para a ação intersectorial em saúde como uma estratégia global de política pública.	Abordagem intersectorial e política pública de saúde
Global strategy for health for all by the year 2000	Mundial	Relatório	Apresentar os principais aspectos da estratégia global saúde para todos até o ano 2000.	Intersetorialidade e saúde para todos no ano 2000
A review of nutrition policies	Mundial	Relatório	Avaliar em termos de escala e cobertura como os países têm implementado políticas e programas de nutrição.	Nutrição

Fonte: OMS, 2015. Sistematização própria, 2016.

<b>NOME DO DOCUMENTO</b>	<b>DIRECIONADO A QUAIS PAÍSES?</b>	<b>Tipo</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>TEMA</b>
Reunion de la red de politicas nacionales sobre la vida activa	Mundial	Relatório de reunião	Apresentar a discussão realizada na reunião da rede de políticas nacionais sobre a vida ativa.	Vida Ativa
Examen de la interacción entre la OMS y las organizaciones de la sociedad civil y no gubernamentales	Mundial	Relatório	Apresentar os principais resultados de uma revisão sobre o tema e contribuir para renovar a política de interação da Organização com a sociedade civil	Interação entre a OMS e as organizações da sociedade civil e não governamentais
Disability prevention and rehabilitation in primary health care. A guide for district health and rehabilitation managers.	Mundial	Guia	Sugerir ações focadas na prevenção e reabilitação no âmbito da atenção primária a saúde.	Atenção primária de saúde
Health in the contexto of sustainable development.	Mundial	Relatório	Tratar do tema saúde e desenvolvimento sustentável a partir da discussão obtida na reunião da cúpula sobre desenvolvimento sustentável em 2001.	Saúde e desenvolvimento sustentável

Fonte: OMS, 2015. Sistematização própria, 2016.

<b>NOME DO DOCUMENTO</b>	<b>DIRECIONADO A QUAIS PAÍSES?</b>	<b>Tipo</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>TEMA</b>
Think and act globally and intersectorially to protect national health	Mundial	Documento de apoio para a conferência	Apresentar a ação intersectorial para a saúde como um componente integral no desenvolvimento da política de saúde para todos no século XXI	Saúde para todos no século XXI
Ação intersectorial para a saúde: o papel da cooperação intersectorial nas estratégias nacionais de saúde para todos.	Mundial	Relatório	Apresentar a cooperação intersectorial como um dos princípios da estratégia saúde para todos.	Intersetorialidade e saúde para todos.
Advancing and sustaining universal coverage	Não específica.	Relatório	Discutir sobre avançar na cobertura universal em saúde	Cobertura universal de saúde
Health Inequities in the South-East Asia Region.	South-East Asia Region.	Relatório	Analisar a partir de dados de sete países: Bangladesh, Índia, Indonésia, Maldivas, Nepal, Sri Lanka e Tailândia evidências sobre as desigualdades na saúde	Desigualdades nas condições de saúde
Summary of proceedings: 5 th meeting of commissiones	kenya	Relatório	Discutir os objetivos das comissões sobre determinantes de saúde.	Determinantes de saúde

Fonte: OMS, 2015. Sistematização própria, 2016.

## APÊNDICE B

### DOCUMENTOS SELECIONADOS DA OMS A PARTIR DA PALAVRA-CHAVE INTERSECTORAL COM RESUMO DO CONTEÚDO

<b>NOME</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>RESUMO</b>	<b>Será escolhido?</b>
Intersectoral Action on Health, a path for policy-makers to implement effective and sustainable action on health	Desenvolver uma nova versão da cartilha ISA focando a Ação Intersectoral em Saúde como um caminho para implementar ações efetivas e sustentáveis.	Em 2011 a OMS publicou uma cartilha sobre a ação intersectoral em saúde intitulada "Ação Intersectoral em Saúde (ISA), um caminho para os dirigentes políticos implementarem ações eficazes e sustentáveis em saúde". Essa cartilha resume um conjunto de recomendações, lições e abordagens para iniciar e implementar a ação intersectoral em saúde como uma estratégia global para a política pública. O livreto ISA inclui uma série de passos que os dirigentes políticos podem tomar para promover iniciativas de saúde multissetoriais.	Não. Porque o conteúdo apresenta muitas similaridades (porém com menor profundidade) ao debate da intersectorialidade fomentado no documento "Health opportunities in development. A course manual on developing intersectoral decision-making skills in support of health impact assessment".

Fonte: OMS, 2015. Sistematização própria, 2016.

NOME	OBJETIVO	RESUMO	Será escolhido?
<p>Evaluating intersectoral processes for action on the social determinants of health: Learning from key Informants</p>	<p>Avaliação dos processos intersetoriais para a ação sobre os determinantes sociais da saúde.</p>	<p>O relatório da Comissão de determinantes sociais da saúde e a Declaração do Rio de Janeiro reconhecem que os dirigentes políticos e profissionais devem engajar-se em processos de ação intersectorial em saúde e identificar sinais de eficiência e eficácia nas suas abordagens. Ação intersectorial refere-se a processos em que "os objetivos, estratégias, atividades e recursos de cada setor são considerados em termos do seu impacto nos objetivos, estratégias, atividades e recursos de outros setores".</p> <p>A avaliação da ação intersectorial pode desempenhar um papel no presente e fornecer lições apreendidas para apoiar o projeto "Saúde em todas as políticas", na assistência aos processos de revisão de sua eficácia, para promover a compreensão dos fatores associados ao sucesso na abordagem dos determinantes sociais da saúde e na possibilidade de facilitação de transferência de experiências.</p>	<p>Sim. Motivos: aborda o conceito de intersectorialidade, a avaliação das ações intersetoriais, a gestão da intersectorialidade e a discussão da saúde em todas as políticas como sinônimo de intersectorialidade.</p>

Fonte: OMS, 2015. Sistematização própria, 2016.

NOME	OBJETIVO	RESUMO	Será escolhido?
Intersectoral food and nutrition policy development	Desenvolver planos de ação nacionais de alimentação através da abordagem intersectorial.	<p>A política de desenvolvimento nutricional é importante tanto a nível internacional, quanto nacional e local.</p> <p>Os dirigentes políticos precisam estar sensibilizados para a necessidade de uma política de alimentação e nutrição para garantir a saúde pública. E, isso só será alcançado por meio do desenvolvimento intersectorial.</p> <p>Reforçar as competências necessárias para desenvolver políticas intersectoriais e planos de ação que incorporem alimentação, nutrição e desenvolvimento sustentável são importantes.</p> <p>Uma das principais chaves para o sucesso é a parceria e colaboração intersectorial. Para tanto, o papel das organizações não-governamentais (ONGs) e do setor comercial, além do governo, é essencial.</p>	Não. Motivo: conteúdo relacionado a intersectorialidade já trabalhado em outros materiais selecionados.

Fonte: OMS, 2015. Sistematização própria, 2016.

NOME	OBJETIVO	RESUMO	Será escolhido?
Intersectoral action on health	Resumir um conjunto de recomendações, lições e abordagens para a ação intersectorial em saúde como uma estratégia global.	<p>A necessidade de envolver muitos outros setores da sociedade, além do setor saúde na luta por uma sociedade mais saudável tem sido uma convicção de longa data da OMS. As recomendações da OMS para abordar questões específicas geralmente enfatizam o papel de uma ampla gama de setores para além do setor da saúde, em reconhecimento da complexa rede dos determinantes da saúde. Esse documento resume um conjunto de recomendações, lições e abordagens para a ação intersectorial em saúde como uma estratégia global para a política pública.</p> <p>Trabalhar em conjunto com todos os setores para melhorar a saúde e influenciar seus determinantes é muitas vezes entendido como ação intersectorial em saúde. O objetivo é alcançar uma maior consciência das consequências para a saúde e a equidade na saúde das decisões políticas e práticas organizacionais em diferentes setores e, assim, mover-se na direção das políticas públicas saudáveis e a prática em todos os sectores.</p>	Sim. Documento importante por resumir o entendimento de intersectorialidade para a OMS e abordar a discussão aliançada aos determinantes sociais da saúde.

Fonte: OMS, 2015. Sistematização própria, 2016.

NOME	OBJETIVO	RESUMO	Será escolhido?
Health Opportunities in development. A course manual on developing intersectoral decision-making skills in support of health impact assessment.	Orientar sobre a importância da colaboração intersectorial em saúde	<p>O manual explica o que significa a ação intersectorial e apresenta métodos de estudo e aplicação. Ele engloba a aprendizagem associada ao desenvolvimento de habilidades. Essas são descritas como necessárias para lidar com quaisquer problemas de natureza intersectorial.</p> <p>O manual aplica-se a qualquer curso com o objetivo de capacitação em colaboração intersectorial e pode ser adaptado a qualquer contexto de desenvolvimento intersectorial.</p> <p>Ademais, o manual apresenta os 10 passos a serem seguidos para a implantação das ações intersectoriais.</p>	Sim. Documento que apresenta um debate específico sobre a intersectorialidade e sua implementação pelos países com base em um manual.

Fonte: OMS, 2015. Sistematização própria, 2016.

NOME	OBJETIVO	RESUMO	Será escolhido?
Global strategy for health for all by the year 2000	Apresentar os principais aspectos da estratégia global saúde para todos até o ano 2000.	Para promover a ação intersectorial, os países deverão conceber formas de garantir uma cooperação adequada entre os ministérios da saúde ou autoridades análogas e outros ministérios envolvidos. O papel do Ministério da Saúde inclui liderar e coordenar a ação. Os países devem priorizar o estabelecimento de acordos entre os ministérios da saúde e outros ministérios e setores em relação a áreas específicas como a alimentação, água, habitação, educação, comunicações, a produção e importação de medicamentos e equipamentos, e a utilização dos meios de comunicação de massa. Além disso, a delegação de responsabilidade e autoridade às comunidades para organizar seus próprios cuidados de saúde facilita o desenvolvimento das ações intersectoriais.	Não. Aborda subtemas (como atenção primária a saúde) já explorados em outros documentos escolhidos.

Fonte: OMS, 2015. Sistematização própria, 2016.

NOME	OBJETIVO	RESUMO	Será escolhido?
International trade in health services: difficulties and opportunities for developing countries	Discorrer sobre comércio internacional de serviços de saúde com foco nas dificuldades e oportunidades para os países em desenvolvimento	O potencial impacto da globalização sobre o setor de serviços de saúde é enorme. Esta onda de mudança oferece oportunidades substanciais para o desenvolvimento dos países, eles devem ser capazes de ultrapassar os desafios que eles enfrentam e que não são insignificantes. É evidente que esta é uma área de particular importância não só para o setor de comércio, mas também para o setor de saúde. Existe uma necessidade urgente de aumento debate intersetorial, tanto a nível nacional e internacional.	Não. O tema globalização, saúde e intersetorialidade foi debatido com maior profundidade em outro documento escolhido.

Fonte: OMS, 2015. Sistematização própria, 2016.

NOME	OBJETIVO	RESUMO	Será escolhido?
Think and act globally and intersectorially to protect national health.	Apresentar a ação intersectorial para a saúde como um componente integral no desenvolvimento da política de saúde para todos no século XXI	<p>A premissa maior do documento é que as ameaças transnacionais e as oportunidades de melhoria da saúde no século XXI terão grandes implicações para as estratégias e padrões de aliança futura da OMS.</p> <p>A colaboração intersectorial mundial se tornará mais importante, a fim de abordar as repercussões do estado de saúde, o comércio global e viagens, a degradação ambiental, novas tecnologias e comunicações, mudança macroeconômica e de ajustamento, e a transnacionalização de estilos de vida pouco saudáveis e fatores de risco.</p> <p>Na aldeia global do final do século XX é cada vez mais evidente que a saúde das populações é dependente de vários fatores externos que incluem, entre outras, as forças de mercado, riscos ambientais, acesso a comunicações de massa e tecnologia e influências culturais. Como resultado, uma estratégia global de saúde deve considerar as grandes determinantes do estado de saúde e incluir um papel fundamental para iniciativas intersectoriais.</p>	Sim. Aborda a associação entre globalização, política de saúde e intersectorialidade.

Fonte: OMS, 2015. Sistematização própria, 2016.

NOME	OBJETIVO	RESUMO	Será escolhido?
<p>Opportunities for scaling up and strengthening the health-in-all-policies approach in South-eastern Europe.</p>	<p>Avaliar oportunidades para a ampliação e fortalecimento de uma abordagem saúde em todas as políticas (HIAP) em 9 países do sudeste europeu.</p>	<p>A HIAP é central na abordagem dos determinantes sociais e das iniquidades em saúde "Hiap", "intersectorialidade", "multissetorialidade" e "juntar-se" são termos que são usados indistintamente para se referir à percepção da necessidade de esforços conjuntos de vários setores.</p> <p>Os principais marcos internacionais neste processo foram a Declaração de Alma-Ata, enfatizando a "saúde para todos" e a Carta de Ottawa com o destaque para a promoção da saúde</p>	<p>Sim, pois destaca o que é a abordagem "Saúde em Todas as políticas" e sua semelhança com o debate da intersectorialidade.</p> <p>Material complementar ao Health in all policies. The 8<sup>th</sup> Global Conference on Health promotion jointly</p>

Fonte: OMS, 2015. Sistematização própria, 2016.

NOME	OBJETIVO	RESUMO	Será escolhido?
Health in all policies. The 8 th Global Conference on Health promotion jointly	Apresentar a discussão da 8th Global Conference jointly	<p>A 8ª Conferência Global sobre Promoção da Saúde foi realizada em Helsínquia, Finlândia de 10 a 14 de junho de 2013. A reunião tem por base uma rica herança de ideias, ações e evidências originalmente inspirados pela Declaração de Alma-Ata sobre Cuidados de Saúde Primários (1978) e a Carta de Ottawa de Promoção da Saúde (1986).</p> <p>As ações intersectoriais e as políticas públicas saudáveis são identificadas como elementos centrais para a promoção da saúde, a realização de equidade na saúde, e a realização da saúde como um direito humano. Há o debate da inserção da abordagem "Saúde em todas as políticas" por parte dos países membros da OMS.</p>	Sim. Material que traz o debate da conferência sobre a saúde em todas as políticas.

Fonte: OMS, 2015. Sistematização própria, 2016.

NOME	OBJETIVO	RESUMO	Será escolhido?
First Global Ministerial Conference on Healthy lifestyles and noncommunicable disease control - discussion	Resumir um conjunto de recomendações, lições e abordagens para a ação intersectorial em saúde como uma estratégia global de política pública.	A necessidade de envolver muitos outros setores da sociedade, além da saúde na luta por uma sociedade mais saudável tem sido uma preocupação de longa data da OMS. As recomendações da OMS enfatizam o papel de uma ampla gama de setores para além do setor da saúde. Após uma série de consultas, incluindo uma revisão de experiências em todo o mundo, este documento resume um conjunto de recomendações, lições e abordagens para a ação intersectorial sobre a saúde como uma estratégia global para a política pública.	Não. Conteúdo repetido. Apresenta debate idêntico ao Health Opportunities in development. A course manual on developing intersectoral decision-making skills in support of health impact assessment.

Fonte: OMS, 2015. Sistematização própria, 2016.

<b>NOME</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>RESUMO</b>	<b>Será escolhido?</b>
Ação intersectorial para a saúde: o papel da cooperação intersectorial nas estratégias nacionais de saúde para todos.	Apresentar a cooperação intersectorial como um dos princípios da estratégia saúde para todos.	A cooperação intersectorial para atingir os objetivos de saúde tem sido aceita como um dos princípios da estratégia de saúde adotada na conferência internacional sobre atenção primária a saúde.	Sim. Documento que aborda a cooperação intersectorial como requisito para a obtenção da saúde para todos no ano 2000.

Fonte: OMS, 2015. Sistematização própria, 2016.

NOME	OBJETIVO	RESUMO	Será escolhido?
Revitalizing health services using the primary health care	Fornecer uma abordagem intersetorial em APS que busque revitalizar os serviços de saúde com base em intervenções prioritárias.	A Implementação da APS levou a melhorias na saúde das pessoas. As dificuldades para a melhoria no desempenho da APS estão associadas a falta de colaboração intersetorial, participação da comunidade, capacidade de gestão e mobilização de recursos. Fortalecer a coordenação e colaboração entre os vários parceiros é essencial. A colaboração intersetorial, embora muitas vezes discutida, não aconteceu. O envolvimento do setor privado e da sociedade civil continua a ser limitado.	Não. O texto aborda a intersectorialidade vinculada a APS com enfoque na necessidade de parcerias, especialmente público-privadas para a sua implementação. Não será escolhido porque o conteúdo já foi debatido em outros materiais como as conferências internacionais de promoção da saúde e no documento "Ação intersectorial para a saúde: o papel da cooperação intersectorial nas estratégias nacionais de saúde para todos".

Fonte: OMS, 2015. Sistematização própria, 2016.

NOME	OBJETIVO	RESUMO	Será escolhido?
Health Equity at the country	Descrever como os países podem melhorar a equidade na saúde de suas populações por meio da estratégia intersectorial.	A cooperação e colaboração intersectorial nas questões relacionadas à saúde, promovendo alianças e parcerias adequadas tornam-se necessárias para melhorias no âmbito da equidade em saúde. Os dirigentes dos países precisam demonstrar interesse em colocar em prática a gestão e as capacidades institucionais necessárias para facilitar os processos políticos intersectoriais abrangentes para a saúde. A finalidade deve ser realizar plenamente a capacidade do setor da saúde para catalisar, orientar e contribuir com as ações intersectoriais para a equidade na saúde.	Não. Aborda um conteúdo que já foi abordado em outros materiais escolhidos.

Fonte: OMS, 2015. Sistematização própria, 2016.

NOME	OBJETIVO	RESUMO	Será escolhido?
Advancing and sustaining universal coverage	Discutir sobre avançar na cobertura universal em saúde	<p>As pessoas esperam que seus sistemas de saúde sejam equitativos. As raízes das desigualdades na saúde estão nas condições sociais fora do sistema de saúde. Estas causas têm de ser resolvidas por meio da ação intersectorial e ações entre os governos.</p> <p>No entanto, o próprio sistema de saúde pode fazer muitas ações para mitigar os efeitos das desigualdades sociais e promover um acesso mais equitativo aos serviços de saúde em nível local. Nesse sentido, a participação social por meio de parcerias torna importante a nível local, especialmente para melhorias de saúde dos grupos menos favorecidos.</p>	Não. Conteúdo já abordado em outros materiais da agência.

Fonte: OMS, 2015. Sistematização própria, 2016.

NOME	OBJETIVO	RESUMO	Será escolhido?
Health Inequities in the South-East Asia Region.	Analisar a partir de dados de sete países: Bangladesh, Índia, Indonésia, Maldivas, Nepal, Sri Lanka e Tailândia evidências sobre as desigualdades na saúde	A contribuição de muitos fatores fora do setor saúde que contribuem para as desigualdades na saúde é clara. Do ponto de vista do Ministério da Saúde reforça a necessidade da ação intersectorial eficaz para que todas as fontes de desigualdades de saúde sejam combatidas. Isso envolverá engajar outras partes do governo em diferentes níveis, bem como a sociedade civil.	Não. Essa discussão já foi debatida em outros materiais selecionados.

Fonte: OMS, 2015. Sistematização própria, 2016.

NOME	OBJETIVO	RESUMO	Será escolhido?
Healthy and equitable urban planning through intersectoral action	Relatar sobre planejamento urbano saudável através de ações intersetoriais	A urbanização é uma oportunidade para melhorar a equidade, saúde e bem-estar por meio da promoção da saúde. Nesse sentido, a ação intersetorial é uma possibilidade para o aumento de sinergias e intervenções baseadas na especificidade do contexto da cidade. A ação intersetorial pressupõe o reconhecimento compartilhado de problemas e a determinação comum entre os envolvidos pela ação para enfrentá-los.	Não. Conteúdo já debatido em outros materiais, o que o torna repetido.

Fonte: OMS, 2015. Sistematização própria, 2016.

NOME	OBJETIVO	RESUMO	Será escolhido?
Health in the context of sustainable development	Abordar algumas das complexas relações entre saúde, sustentabilidade e desenvolvimento	<p>É necessário buscar a conciliação entre desenvolvimento econômico e o desenvolvimento sustentável.</p> <p>Desenvolvimento sustentável significa atender as necessidades da geração presente, sem comprometer a sobrevivência das gerações futuras.</p> <p>Combater o fardo da doença diante de enormes desafios nos níveis global e local requer uma abordagem sustentável, abrangente e integrada que atinja os mais pobres, a maioria marginalizados.</p> <p>Os países enfrentam uma infinidade de problemas de saúde relacionados, por um lado à pobreza e à falta de acesso a serviços / recursos básicos e, por outro lado, a grande escala, rápido industrialização, urbanização, mudanças demográficas e desenvolvimento tecnológico. Os fatores que contribuem para tais problemas são múltiplos como a falta de coordenação gestão e colaboração intersetorial</p>	Não. O debate que relacionado a intersectorialidade já foi abordado por outros documentos selecionados.

Fonte: OMS, 2015. Sistematização própria, 2016.

## APÊNDICE C

### DOCUMENTOS SELECIONADOS DA OMS A PARTIR DA PALAVRA-CHAVE MULTISECTORAL

<b>NOME DO DOCUMENTO</b>	<b>DIRECIONADO A QUAIS PAÍSES?</b>	<b>Tipo</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>TEMA</b>
Todo lo que necesita saber sobre la salud em todas las políticas	Mundial	Documento de perguntas e respostas	Relatar sobre a importância da saúde em todas as políticas.	saúde em todas as políticas
Expert consultation impact assessment as a tool for multisectoral action for health	Mundial	Relatório	Analisar a avaliação de impacto como uma ferramenta para a ação multissetorial para a saúde	Avaliação de impacto
Multisectoral action for a life course approach to healthy ageing	Mundial	Relatório	Abordar o tema envelhecimento saudável.	Saúde e envelhecimento
Global Status report on violence prevention 2014	Mundial	Relatório	Analisar a relação entre a violência interpessoal e a saúde.	Violência e saúde
Achieving health benefits through public policies using impact assessments for decision - making	Mundial	Relatório	Discutir sobre a necessidade primordial de colocar a saúde e o bem-estar no centro dos processos de formulação de políticas de todos os setores.	Saúde em todas as políticas e avaliação de impacto
Global status report on noncommunicable diseases 2014	Mundial	Relatório	Relatar o acompanhamento do progresso em todo o mundo na prevenção e controle de doenças não transmissíveis (DNT)	Saúde e doenças não transmissíveis

Fonte: OMS, 2015. Sistematização própria, 2016.

<b>NOME DO DOCUMENTO</b>	<b>DIRECIONADO A QUAIS PAÍSES?</b>	<b>Tipo</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>TEMA</b>
Guidelines for conducting a review of the health sector response to HIV/AIDS	south-East Asia	Relatório	Realizar uma discussão sobre a avaliação sistemática do programa nacional de AIDS (NAP), incluindo sua relevância e adequação.	Saúde e HIV
Developing sexual health programmes a framework for action	Mundial	Relatório	Debater sobre o tema saúde sexual como fundamental para a saúde física e emocional dos indivíduos, casais e famílias.	Saúde sexual
Annual report	Mundial	Relatório	Debater o tema saúde e ambientes saudáveis.	Saúde e ambientes saudáveis
Annual report	Mundial	Relatório	Discorrer sobre o tema saúde para todos em ambientes urbanos	Saúde e ambientes urbanos
Multi-sectoral nutrition governance: demystifying multi – sectoral nutrition	Mundial	Relatório proveniente de um Colóquio	Apresentar a abordagem multissetorial como ferramenta para combater a subnutrição.	Saúde e nutrição
Social development and ageing crisis or opportunity?	Mundial	Relatório oriundo de um painel	Discorrer sobre o tema desenvolvimento social e envelhecimento: crise ou oportunidade?	Determinantes sociais da saúde, desenvolvimento e envelhecimento
Food and health in Europe: a new basis for action	Europa	Relatório	Fornecer uma análise sobre os dados da saúde nutricional na Europa	Saúde e nutrição na Europa

Fonte: OMS, 2015. Sistematização própria, 2016.

<b>NOME DO DOCUMENTO</b>	<b>DIRECIONADO A QUAIS PAÍSES?</b>	<b>Tipo</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>TEMA</b>
Risk reduction and emergency preparedness who six-year strategy for the health sector and community capacity development	Mundial	Relatório	Relatar a importância de colocar em prática legislações, planos, mecanismos de coordenação e procedimentos que possam reduzir de forma mensurável riscos e perdas futuras em situações emergenciais.	Saúde e situações emergenciais
The millennium development goals and tobacco control.	Mundial	Relatório	Demonstrar a importância do controle do tabaco na realização dos objetivos de desenvolvimento do milênio (ODM).	Tabaco e ODM

Fonte: OMS, 2015. Sistematização própria, 2016.

## APÊNDICE D

### DOCUMENTOS SELECIONADOS DA OMS A PARTIR DA PALAVRA-CHAVE MULTISectorAL COM RESUMO DO CONTEÚDO

NOME	OBJETIVO	RESUMO	Será escolhido?
Expert consultation impact assessment as a tool for a multisectoral action for health	Analisar a avaliação de impacto como uma ferramenta para a ação multisectoral para a saúde	<p>A Declaração da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre a Política de doenças não transmissíveis (DNT) em 2011 enfatizou a necessidade de uma <b>ação multisectorial</b> em saúde (MSA) para a prevenção e controle das doenças não transmissíveis.</p> <p>A <b>ação multisectorial</b> em saúde é um processo que raramente ocorre naturalmente e ferramentas são necessárias para ajudar a facilitar e apoiar o processo. Nesse sentido, um grupo de especialistas de diferentes regiões do mundo, incluindo governantes, universitários e profissionais de saúde pública deliberaram a eficácia da avaliação de impacto como uma ferramenta para promover e sustentar a MSA, a fim de alcançar uma melhor saúde, inclusive em relação a doenças não transmissíveis.</p>	Sim. O documento debate as ações multisectoriais associada a uma avaliação de impacto na saúde.

Fonte: OMS, 2015. Sistematização própria, 2016.

NOME	OBJETIVO	RESUMO	Será escolhido?
Achieving health benefits through public policies using impact assessments for decision – making.	Discutir sobre a necessidade primordial de colocar a saúde e o bem-estar como centro dos processos de formulação de políticas de todos os setores	<p>O objetivo descrever as razões para que os vários setores do governo se envolvam de forma proativa na ação multissetorial em saúde e para mostrar a utilidade das avaliações de impacto na promoção deste processo. O objetivo global é colocar a saúde e bem-estar no centro dos processos de formulação de políticas de todos os setores.</p> <p>A nossa saúde é influenciada por diferentes determinantes: político, econômico, social, ambiental e outros determinantes, muitos dos quais estão além do domínio do setor da saúde.</p> <p>Consequentemente outros setores além da saúde desempenham um papel crucial na promoção e proteção da saúde para todos. A ação multissetorial em saúde significa que os setores relevantes devem comunicar-se entre si dentro do governo e com os setores não-governamentais para melhorar a saúde e o bem-estar.</p>	Não, pois o conteúdo relacionado a multissetorialidade também está presente no documento anterior “Expert consultation impact assessment as a tool for a multisectoral action for health” (que foi escolhido).

Fonte: OMS, 2015. Sistematização própria, 2016.

NOME	OBJETIVO	RESUMO	Será escolhido?
Global status report on noncommunicable diseases	Relatar o acompanhamento do progresso em todo o mundo na prevenção e controle de doenças não transmissíveis (DNT)	Em setembro de 2011, os líderes mundiais concordaram com um roteiro de compromissos concretos para abordar a carga global de doenças não transmissíveis, incluindo um compromisso de estabelecer planos de ação <b>multissetoriais</b> e políticas de prevenção e controle das doenças não transmissíveis;	Não. Documento com conteúdo repetido em relação a multissetorialidade.

Fonte: OMS, 2015. Sistematização própria, 2016.

NOME	OBJETIVO	RESUMO	Será escolhido?
<p>Guidelines for conducting a review the health sector response to HIV/AIDS</p> <p>(Diretrizes para a realização de uma revisão do setor da Saúde em resposta ao HIV / SIDA).</p>	<p>Realizar uma discussão sobre a avaliação sistemática do programa nacional de AIDS, incluindo sua relevância e adequação.</p>	<p>Estas diretrizes ajudarão equipes de avaliação a realizar os diferentes componentes de uma revisão do programa de HIV/SIDA. Elas podem ser utilizadas como um instrumento autônomo para avaliar / o setor da saúde, em particular, ou para mais amplas revisões multissetoriais. As orientações visam sobretudo os profissionais envolvidos no planejamento e coordenação de programas e intervenções do setor da saúde, com particular incidência sobre os Programas Nacionais de Controle da AIDS. Todos os países devem realizar uma análise interna regular do programa em direção às metas estabelecidas. Além da revisão interna, os países devem realizar uma avaliação abrangente do programa externo em intervalos de pelo menos três a cinco anos. A Organização Mundial da Saúde (OMS) deve desempenhar um papel ativo e trabalhar em estreita colaboração, enquanto os parceiros multissetoriais incluindo organizações não governamentais (ONG), agências privadas, agências da ONU e as agências doadoras, etc. também devem ser envolvidas.</p>	<p>Não. Documento com conteúdo repetido em relação à discussão da multissetorialidade. Enfoque nas parcerias.</p>

Fonte: OMS, 2015. Sistematização própria, 2016.

NOME	OBJETIVO	RESUMO	Será escolhido?
Developing sexual health programmes a framework for action	Discorrer sobre o tema saúde sexual como fundamental para a saúde física e emocional dos indivíduos, casais e famílias.	Ações para melhorar a saúde sexual podem ocorrer dentro de uma gama de configurações, incluindo programas de saúde reprodutiva, através de cuidados primários de saúde ou outros setores, como programas de educação, assistência social e juventude. Uma abordagem <b>multissetorial</b> é necessária em todos os casos. Os programas que tem trazido melhorias nos resultados de saúde sexual, para reduzir a infecção pelo HIV ou gravidez indesejada, por exemplo. Um programa de saúde sexual que procura abordar determinantes, bem como as consequências deles, por sua própria natureza, precisa ser <b>multissetorial na sua filosofia e abordagem.</b>	Não, pois o conteúdo não agrega novidades ao debate da multissetorialidade para a OMS.

Fonte: OMS, 2015. Sistematização própria, 2016.

NOME	OBJETIVO	RESUMO	Será escolhido?
Annual report	Discorrer sobre o tema saúde para todos os ambientes urbanos	<p>1- A Assembleia Geral da ONU adotou a Declaração Política sobre prevenção e controle de doenças não transmissíveis. Uma série de ações foram identificadas pela OMS, incluindo a identificação de opções para ações multissetoriais através de uma parceria eficaz. Apesar de ser uma abordagem amplamente reconhecida e uma prioridade para a OMS, o conceito de inter- (também chamada multissetorial) ação (ISA) sobre a saúde continua a ser um desafio para a saúde pública.</p> <p>Reconhecer a prevenção e controle de doenças não transmissíveis, de forma eficaz requer abordagens multissetoriais, que incorpore intervenções multissetoriais para populações grandes e com baixo custo.</p>	Não, pois o conteúdo não agrega novidades ao debate da multissetorialidade para a OMS.

Fonte: OMS, 2015. Sistematização própria, 2016.

## APÊNDICE E

### DOCUMENTOS SELECIONADOS DO BM A PARTIR DA PALAVRA- CHAVE MULTISECTORAL

<b>NOME DO DOCUMENTO</b>	<b>DIRECIONADO A QUAIS PAÍSES?</b>	<b>Tipo</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>TEMA</b>
Transformer les bureaucrates em guerries préparer et exécuter les programmes multisectoriels VIH/SIDA	África	Manual	Fornecer uma orientação prática, oportuna, operacional e relevante para os envolvidos na luta contra o HIV/SIDA na África	HIV/SIDA
Evaluation of the multisectoral team learning program	Não explícita	Jornal	Abordar a necessidade do trabalho multissetorial	Programa de aprendizagem
Combating malnutrition in Ethiopia na evidence – based approach for sustained results	Etiópia	Relatório	Abordar o tema desnutrição na Ethiopia	Desnutrição
Regional AIDS strategy for the Sahel	Países do Sahel africano	Relatório	Discutir as principais questões sobre a epidemia de HIV/AIDS e propor uma agenda de ação.	HIV/AIDS
Addressing HIV/AIDS in East Asia and the	Países do Leste da Ásia e região do Pacífico	Relatório	Descrever a direção estratégia do BM para dar resposta a epidemia de HIV/AIDS no leste da Ásia e região do Pacífico.	HIV/AIDS
Three routes to respond to demand: a framework for tackling malnutrition in the East Asia and the Pacific (EAP) Region	Países do Leste da Ásia e região do Pacífico	Relatório	Aumentar a conscientização sobre a má nutrição na região da EAP	Nutrição

Fonte: BM, 2015. Sistematização própria, 2016.

<b>NOME DO DOCUMENTO</b>	<b>DIRECIONADO A QUAIS PAÍSES?</b>	<b>Tipo</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>TEMA</b>
Intensifier la lutte contre le VIH/SIDA en Afrique: faire face à une crise de développement	África	Relatório	Mobilizar os governos africanos, o BM, os parceiros de desenvolvimento, a sociedade civil e os setores privados para desenvolver políticas multissetoriais para conter a epidemia de HIV/SIDA	HIV/SIDA
SIDA, lutte contre la pauvreté et allégement de la dette	África	Módulo de formação	Auxiliar os gestores dos países e seus parceiros a intensificarem a luta contra a HIV/SIDA	HIV/SIDA
Early childhood development: a framework paper	África, América Latina e Região do Caribe, Leste da Ásia e região do Pacífico	Relatório	Abordar o tema desigualdades no desenvolvimento das crianças	Infância e desenvolvimento
Population, Health and nutrition (PHN)	Países pobres	Working paper	Fornecer uma visão geral dos 91 trabalhos do setor (PHN), incluindo estatísticas e uma discussão sobre características e tendências; Abordar o tema desenvolvimento institucional para a redução da pobreza.	População, saúde e nutrição

Fonte: BM, 2015. Sistematização própria, 2016.

<b>NOME DO DOCUMENTO</b>	<b>DIRECIONADO A QUAIS PAÍSES?</b>	<b>Tipo</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>TEMA</b>
Youth employment programs na evaluation of world bank and international finance Corporation support 2013	Brasil, Colômbia, Turquia, República Dominicana, Gana, Libéria, África do Sul, China, Burkina Faso, Nigéria, Ruanda, Armênia, Bangladesh	Relatório de avaliação	Avaliar o apoio do grupo Banco Mundial para os países que tentam resolver questões relacionadas ao emprego dos jovens	Emprego para os jovens
Education and HIV/AIDS Accelerating the education sector response to HIV	África Sub Saariana	Relatório	Mostrar o compromisso das equipes da educação em toda África para contribuir com a responsabilidade multissetorial HIV/AIDS	HIV/AIDS/Educação
Republic of India Multisectoral nutrition action in Bihar	Bihar/Índia	Relatório	Demonstrar a metodologia, experiências, lições, oportunidades e desafios na incorporações de ações de nutrição realizadas pelo BM em Bihar	Nutrição
Promoviendo una vida saludable en América Latina y el Caribe Governanza de intervenciones multisectoriales para la prevención de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles	América Latina e Região do Caribe	Relatório	Contribuir para a concepção e implementação de políticas de promoção de estilos de vida saudáveis na América Latina e no Caribe (ALC), e, assim, prevenir eficazmente as doenças não transmissíveis (DNT).	Doenças não transmissíveis

Fonte: BM, 2015. Sistematização própria, 2016.

<b>NOME DO DOCUMENTO</b>	<b>DIRECIONADO A QUAIS PAÍSES?</b>	<b>Tipo</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>TEMA</b>
Scaling up nutrition for a more resilient Mali: nutrition diagnostics and costed plan for scaling up	Mali África	Relatório	Identificar através da experiência de Mali, uma abordagem eficaz de nutrição, bem como os custos e benefícios dos programas como parte de uma agenda de resistência após crise.	nutrição
Education and HIV/AIDS a window of hope	África	Relatório	Abordar a educação das crianças e jovens como um instrumento eficaz de prevenção do HIV.	HIV/AIDS
Attacking inequality in the health sector	África Ásia América Latina	Relatório	Apresentar um conjunto prático de ferramentas analíticas para a compreensão das causas das iniquidades no uso dos serviços de saúde.	Saúde e iniquidade.
Education sector strategy update achieving education for all, broadening our perspective, maximizing our effectiveness	Países que precisam atingir as metas do milênio no âmbito da educação.	Relatório	Abordar as estratégias do BM para alcançar a educação para todos	Educação e Objetivos do desenvolvimento do milênio
Progress report and critical next steps in scaling up: education for all, health, HIV/AIDS, Water and sanitation	Países pobres	Relatório	Apresentar resultados relacionados aos Objetivos de desenvolvimento do milênio	Objetivos para o desenvolvimento do milênio

Fonte: BM, 2015. Sistematização própria, 2016.

<b>NOME DO DOCUMENTO</b>	<b>DIRECIONADO A QUAIS PAÍSES?</b>	<b>Tipo</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>TEMA</b>
Repositioning nutrition as central to development a strategy for large-scale action	Países pobres	Relatório	Ajudar os países a definirem que ações de nutrição são adequadas em circunstâncias diferentes.	Nutrição
Learning for all investing in people's knowledge and skills to promote development	Países pobres	Relatório	Abordar a estratégia do BM: educação para todos até 2020	Educação
Global monitoring report 2004 policies and actions for achieving the millennium development goals	Países pobres	Relatório	Avaliar a execução de políticas e ações para alcançar as metas de desenvolvimento do milênio	Metas do milênio
Concept note for the world bank education strategy 2020	Países pobres	Nota	Abordar o tema o papel da educação no desenvolvimento	Educação e desenvolvimento
Commun Ground: UNICEF and World Bank approaches to building social protection systems	Países pobres	Nota	Abordar um ponto em comum entre o BM e a UNICEF na construção da abordagem de sistemas de proteção social voltados especialmente para as crianças.	Sistemas de proteção social

Fonte: BM, 2015. Sistematização própria, 2016.

## APÊNDICE F

### DOCUMENTOS SELECIONADOS DO BM A PARTIR DA PALAVRA-CHAVE MULTISECTORAL COM RESUMO DO CONTEÚDO

<b>NOME</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>RESUMO</b>	<b>Será escolhido?</b>
Transformer les bureaucrates em guerries préparer et exécuter les programmes multisetoriels VIH/SIDA	Fornecer uma orientação prática, oportuna, operacional e relevante para os envolvidos na HIV/SIDA na África	O documento intitulado Transformando Burocratas em guerreiros - Elaboração e implementação de programas multissetoriais HIV /SIDA na África é um Manual de Operações Genérico (GOM) que foi preparado para fornecer uma orientação prática, oportuna, operacional e relevante, através de lições aprendidas e exemplos para os envolvidos na luta contra o HIV / SIDA na África.	Não. Aborda aspectos já debatidos em outros materiais escolhidos.

Fonte: BM, 2015. Sistematização própria, 2016.

NOME	OBJETIVO	RESUMO	Será escolhido?
Evaluation of the multisectoral team learning program	Abordar a necessidade do trabalho multissetorial	A missão do Banco Mundial é simples: ajudar a reduzir a pobreza. As causas da pobreza são complexas, e a abordagem do Banco para realizar a sua missão tem, ao longo do tempo, se tornado mais abrangente e voltada para a comunidade. As prioridades operacionais dos objetivos de Desenvolvimento do Milênio demandam a realização do trabalho multissetorial.	Não. Debate pouco o tema da multissetorialidade e o conteúdo já foi manifesto em outro material escolhido.

Fonte: BM, 2015. Sistematização própria, 2016.

NOME	OBJETIVO	RESUMO	Será escolhido?
Addressing HIV/AIDS in East Asia and the Pacific Region	Descrever a direção estratégica do BM para dar resposta a pandemia de HIV/AIDS no leste da Ásia e região do pacífico.	<p>Esta estratégia regional reconhece que o desafio colocado pelo HIV / AIDS é ainda mais complicado pela mudança dos padrões sociais, dos sistemas de saúde precários, altas taxas de tuberculose, e grandes populações envolvidas em comportamentos de alto risco. Dentro deste contexto, as respostas devem levar em conta cinco desafios principais: compromisso político e apoio multissetorial; vigilância pública em saúde e monitoramento e avaliação; prevenção; cuidados, apoio e tratamento; e entrega de serviços de saúde.</p> <p>Com quase metade da população mundial, a Ásia vai determinar o futuro do vírus da imunodeficiência humana global / pandemia da síndrome da imunodeficiência adquirida (HIV / AIDS). Se o aumento das taxas de prevalência na China, Indonésia e Índia para números semelhantes aos observados na Tailândia e Camboja, a taxa de HIV / AIDS dobraria globalmente. Esse crescimento seria devastador para os indivíduos e para os sistemas de saúde da região, as economias e o tecido social. O HIV / AIDS é, portanto, um desafio de desenvolvimento multissetorial e, por conseguinte, uma prioridade do Banco Mundial.</p>	Sim. Importante por abordar o apoio multissetorial como desafio para conter a disseminação do HIV/AIDS.

Fonte: BM, 2015. Sistematização própria, 2016.

NOME	OBJETIVO	RESUMO	Será escolhido?
Three routes to respond to demand: a framework for tackling malnutrition in the pacific (EAP) Region	Aumentar a conscientização sobre a má nutrição na região da EAP	Apoiar o desenvolvimento de abordagens inovadoras para levar / abraçar uma resposta multissetorial para a nutrição nos países que manifestaram a demanda: Dada a natureza multissetorial da nutrição é imperativo assegurar a convergência de todos os setores que podem contribuir para os resultados nutricionais positivos. As ações multissetoriais podem melhorar os resultados nutricionais por: acelerar a ação sobre os determinantes da desnutrição (para a redução da pobreza exemplo, a melhoria da igualdade de gênero, a educação das jovens, água potável e saneamento	Não. O conteúdo relacionado a multissetorialidade pode ser encontrado em outro material escolhido.

Fonte: BM, 2015. Sistematização própria, 2016.

NOME	OBJETIVO	RESUMO	Será escolhido?
Intensifier la lutte contre le VIH/SIDA en Afrique: faire face à une crise de développement	Mobilizar os governos africanos, o BM, os parceiros de desenvolvimento, a sociedade civil e os setores privados para desenvolver políticas multissetoriais para conter a epidemia de VHI/SIDA	<p>Para estimular e apoiar a execução da estratégia de luta contra o HIV/SIDA, o Banco criou uma equipe multissetorial para a campanha contra a SIDA na África, que está ligado ao Gabinete do Vice-Presidente da região da África para garantir a máxima colaboração com outros setores.</p> <p>A resposta multissetorial conduzida a nível nacional será para ampliar os esforços de prevenção atuais daqueles que são vulneráveis e irão reduzir o impacto de uma epidemia em todos os setores. O seu objetivo será fatores biológicos e sociais e comportamentos que determinam o perfil de epidemia em cada país. Para serem eficazes, os programas de prevenção HIV devem essencialmente propiciar mudança de comportamento sociais para reduzir o risco de infecção, permitir a população obter preservativos a um custo acessível, garantir diagnóstico e tratamento eficaz de doenças sexualmente transmissíveis e suprimentos de sangue não contaminados, e oferecer intervenções de baixo custo para reduzir a transmissão do vírus da mãe para uma criança.</p>	Sim. Fala sobre o papel da equipe multissetorial, algo que nos outros documentos selecionados não aparece.

Fonte: BM, 2015. Sistematização própria, 2016.

NOME	OBJETIVO	RESUMO	Será escolhido?
Global strategy for health for all by the year 2000	Apresentar os principais aspectos da estratégia global saúde para todos até o ano 2000.	Para promover a ação intersectorial, os países deverão conceber formas de garantir uma cooperação adequada entre os ministérios da saúde ou autoridades análogas e outros ministérios envolvidos. O papel do Ministério da Saúde inclui liderar e coordenar a ação. Os países devem priorizar o estabelecimento de acordos entre os ministérios da saúde e outros ministérios e setores em relação a áreas específicas como a alimentação, água, habitação, educação, comunicações, a produção e importação de medicamentos e equipamentos, e a utilização dos meios de comunicação de massa. Além disso, a delegação de responsabilidade e autoridade às comunidades para organizar seus próprios cuidados de saúde facilita o desenvolvimento das ações intersectoriais.	Não. Aborda subtemas (como atenção primária a saúde e educação) já explorados em outros documentos escolhidos.

Fonte: BM, 2015. Sistematização própria, 2016.

NOME	OBJETIVO	RESUMO	Será escolhido?
<b>SIDA, lutte contre la pauvreté et allègement de la dette</b>	Auxiliar os gestores dos países e seus parceiros a intensificarem a luta contra o HIV/SIDA	Os elementos principais para a luta contra o HIV/SIDA são: 1) um esforço concentrado em integrar a questão do combate ao HIV / SIDA como um instrumento fundamental para o desenvolvimento; 2) mobilização maciça de recursos adicionais; 3) uma abordagem multissetorial; 4) intensificação das intervenções baseadas na melhor evidência disponível. As parcerias multissetoriais em todos os níveis para garantir a prestação de serviços e programas em contextos dirigidos são essenciais.	Sim. Documento que aborda as parcerias multissetoriais no contexto da luta contra o HIV.

Fonte: BM, 2015. Sistematização própria, 2016.

<b>NOME</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>RESUMO</b>	<b>Será escolhido?</b>
Youth employment programs na evaluation of world bank and international finance Corporation support 2013	Avaliar o apoio do grupo BM para os países que tentam resolver questões relacionadas ao emprego dos jovens.	Embora o emprego dos jovens seja abordado na educação, na proteção social, e nas estratégias de trabalho, não é reconhecido como um problema na maioria dos países. O emprego dos jovens é uma questão multissetorial, mas poucos projetos de emprego de jovens são realizados pelas equipes multissetoriais.	Não. Aborda a multissetorialidade como ferramenta de gestão no âmbito da educação para o fomento do capital humano, especialmente para os jovens. Assunto já debatido por outro documento selecionado.

Fonte: BM, 2015. Sistematização própria, 2016.

NOME	OBJETIVO	RESUMO	Será escolhido?
Education and HIV/AIDS accelerating the education sector response to HIV	Mostrar o compromisso das equipes da educação em toda África para contribuir com a responsabilidade multissetorial HIV/AIDS	<p>O compromisso das equipes de educação em toda a África para contribuir com a resposta multissetorial ao HIV / AIDS é também uma prova da liderança demonstrada pelos Ministérios da Educação, no sentido de ajudar a nova geração de crianças e jovens a crescerem mais capazes de desafiar o HIV, e na prestação de cuidados e apoio para os educadores que muitas vezes representam mais da metade da força de trabalho do setor público.</p> <p>O setor da educação tem um papel central na resposta multissetorial para HIV / AIDS. Mas a resposta das partes interessadas nos países tem sido muitas vezes lenta e inadequada.</p>	Não, pois outros documentos selecionados abrangem a discussão do papel das equipes multissetoriais e da educação no âmbito do HIV/AIDS na África.

Fonte: BM, 2015. Sistematização própria, 2016.

NOME	OBJETIVO	RESUMO	Será escolhido?
<p>Promoviendo una vida saludable em América Latina y el Caribe</p> <p>Governanza de intervenciones multisectoriales para la prevencion de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles</p>	<p>Contribuir para a concepção e implementação de políticas de promoção de estilos de vida saudáveis na América Latina e no Caribe (ALC) e, assim, prevenir eficazmente as doenças não transmissíveis (DNT)</p>	<p>El propósito de este informe es contribuir al diseño e implementación de políticas de promoción de estilos de vida saludable en América Latina y el Caribe (ALC), y así prevenir efectivamente las enfermedades no transmisibles (ENT). El estudio examina la salud y el impacto económico de las (DNT) en la región y los retos de gobernabilidad en el diseño e implementación de políticas multisectoriales para prevenir estas condiciones, incluyendo políticas para mejorar el régimen alimentario, incrementar la actividad física, y reducir el consumo de tabaco y el abuso del alcohol. El estudio se centra en la manera en que se toman las decisiones políticas relacionadas con las intervenciones multisectoriales para prevenir factores de riesgo para la salud, quiénes son las partes interesadas que participan de forma directa o indirecta en la toma de decisiones, cuáles son los incentivos que enfrentan y las estrategias que usan en estos procesos.</p>	<p>Sim. Aborda a associação entre governança e o incentivo as estratégias multissetoriais.</p>

Fonte: BM, 2015. Sistematização própria, 2016.

NOME	OBJETIVO	RESUMO	Será escolhido?
Scaling up nutrition	Identificar através da experiência de Mali, uma abordagem eficaz de nutrição, bem como os custos e benefícios dos programas como parte de uma agenda de resistência após crise	Este trabalho baseia-se na experiência global e contexto de Mali para identificar uma eficaz abordagem para os programas de nutrição, bem como os custos e benefícios de programas-chave da nutrição, como parte de uma agenda de resistência após a crise. Destina-se a ajudar a orientar a seleção do melhor custo-benefício de intervenções. O documento analisa ambas as relevantes intervenções "específicas de nutrição", em grande parte através do setor da saúde, e as intervenções multissetoriais para reforçar os resultados nutricionais em Mali.	Não. Detalha pouco sobre as ações multissetoriais e o conteúdo detalhado é repetido em relação aos materiais já selecionados.

Fonte: BM, 2015. Sistematização própria, 2016.

<b>NOME</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>RESUMO</b>	<b>Será escolhido?</b>
Education and HIV/AIDS a window of hope	Abordar a educação das crianças e jovens como um instrumento eficaz de prevenção do HIV	A ampla resposta estratégica multissetorial, baseada na educação e no interior de um contexto nacional é essencial para todos os países. As respostas à epidemia de HIV / SIDA têm também sido muitas vezes fragmentadas, em pequena escala, com foco em saúde, e mal integradas nos esforços relacionados. Um forte compromisso político é fundamental para a resolução desses problemas.	Sim. Documento que debate o papel da educação e das estratégias multissetoriais.

Fonte: BM, 2015. Sistematização própria, 2016.

NOME	OBJETIVO	RESUMO	Será escolhido?
Attacking inequality in the health sector	Apresentar um conjunto prático de ferramentas analíticas para a compreensão das causas das iniquidades no uso dos serviços de saúde	<p>O lançamento da agenda de desenvolvimento dos ODM produziu uma série de livros e diretrizes de recursos que tocou na desigualdade no setor da saúde. As ações multissetoriais são essenciais para atingir os resultados de saúde, tais como a saúde nos ODM, porque os resultados de saúde dependem não só dos cuidados de saúde, mas também de uma variedade de fatores além do cuidado.</p> <p>A concepção de ações multissetoriais precisa garantir que essas ações beneficiem os pobres, enquanto o monitoramento e avaliação de tais ações deve determinar se, de fato, elas fazem isso.</p>	Sim. Aborda o papel da ação multissetorial para o alcance dos ODM.

Fonte: BM, 2015. Sistematização própria, 2016.

NOME	OBJETIVO	RESUMO	Será escolhido?
Education sector strategy update achieving education for all, bridging our perspective, maximizing our effectiveness	Abordar as estratégias do BM para alcançar a educação para todos.	<p>As abordagens programáticas e multissetoriais estão em maior uso para a garantia de atenção suficiente ao setor da educação nas estratégias de assistência aos países.</p> <p>O setor da educação tem um papel único a desempenhar de resposta multissetorial ao HIV / AIDS.</p> <p>Uma compreensão das ligações entre educação e outros setores é especialmente crucial para os países que ainda não atingiram a Educação para Todos e as metas dos objetivos do desenvolvimento do Millennium para a cobertura de educação, e para o qual intervenções multissetoriais em saúde escolar, o desenvolvimento inicial da criança e reconstrução pós-conflito são importantes</p>	Sim. Aborda o aspecto da multissetorialidade na educação. É um documento complementar ao "Education and HIV/AIDS a window of hope".

Fonte: BM, 2015. Sistematização própria, 2016.

<b>NOME</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>RESUMO</b>	<b>Será escolhido?</b>
<b>Commum Ground: UNICEF and World Bank approaches to building social protection systems</b>	Abordar um ponto comum entre o BM e o UNICEF na construção da abordagem de sistemas de proteção social voltados para o combate à pobreza.	Descreve a multissetorialidade como estratégia de gestão dos sistemas de proteção social voltados para combater a pobreza.	Sim. O conteúdo relacionado a palavra não apareceu nos demais documentos selecionados de forma integral. Assim, apresenta novidades.

Fonte: BM, 2015. Sistematização própria, 2016.

<b>NOME</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>RESUMO</b>	<b>Será escolhido?</b>
Regional AIDS strategy for the Sahel	Discutir as principais questões sobre a epidemia de HIV/AIDS e propor uma agenda de ação para a região.	Os impedimentos à implementação efetiva do programa, incluem: ausência de uma estratégia multissetorial no planejamento e implementação, envolvendo a falta de financiamento; e questões relacionadas com o programa. A falta de informação eficaz, de programas de educação e comunicação. Ausência de uma estratégia multissetorial. O atual cenário dinâmico e complexo da epidemia da AIDS ressalta a importância de / abordagens multissetoriais para lidar com o problema da AIDS.	Não. A discussão associada a multissetorialidade já foi debatida em outros materiais escolhidos.

Fonte: BM, 2015. Sistematização própria, 2016.

NOME	OBJETIVO	RESUMO	Será escolhido?
Learning for all investing in people's knowledge and skills to promote development	Abordar a estratégia do BM educação para todos até 2020	<p>O Banco Mundial irá utilizar o seu conhecimento para orientar tecnicamente e dar apoio financeiro aos países, incluindo: apoio técnico e operacional para o fortalecimento do sistema educacional. O objetivo é que os países avancem na aprendizagem por meio de uma abordagem multissetorial para trabalhar em todos os setores que influenciam os resultados da educação.</p> <p>Melhorar os resultados da educação depende fortemente da interligação com os setores da saúde e da proteção social.</p> <p>Os resultados da educação também são influenciados por políticas que não estão diretamente sob a competência dos ministérios ou agências de ensino e, portanto, é importante ter uma abordagem multissetorial para melhorias educacionais.</p>	Sim, pois é um documento que complementa e possui novidades em relação ao "Education and HIV/AIDS a window of hope" – já selecionado.

Fonte: BM, 2015. Sistematização própria, 2016.

NOME	OBJETIVO	RESUMO	Será escolhido?
Repositioning nutrition as central to development a strategy for large-scale action	Ajudar os países a definirem que ações de nutrição são adequadas em circunstâncias diferentes	<p>A política de nutrição precisa refletir de forma realista o compromisso do país e a sua capacidade de ser parte de um processo para transformar as políticas e declarações em ações.</p> <p>A Tailândia foi capaz de montar um programa de nutrição multissetorial bem sucedido porque foi fortemente comprometida com a nutrição. O país desenvolveu a capacidade de gestão necessária e utilizou sabiamente a tradição cultural de ajuda mútua da comunidade. Isso permitiu ampliar o seu programa de nutrição com a utilização de voluntários por meio da abordagem multissetorial.</p> <p>Os papéis da sociedade civil e do setor privado estão se tornando mais importantes.</p>	Não. Aborda a multissetorialidade aliançada as parcerias, algo que já foi mencionado em outros documentos selecionados.

Fonte: BM, 2015. Sistematização própria, 2016.

NOME	OBJETIVO	RESUMO	Será escolhido?
Global monitoring report 2004 policies and actions for achieving the millennium development goals and related outcomes	Avaliar a execução de políticas e ações para alcançar as metas de desenvolvimento do milênio.	As múltiplas dimensões dos ODM, as ligações entre eles, e seus determinantes multissetoriais implica que a agenda política para alcançar as metas seja igualmente ampla. Conseqüentemente, os programas nacionais de reforma devem ser construídos sobre uma análise multissetorial. A agenda de reformas é multidimensional, abrangendo investimentos, políticas e governança. Também é multissetorial e abrange vários setores, tais como o acesso à água potável, saneamento básico, estradas e eletricidade.	Não. A discussão associada a multissetorialidade já foi debatida em outros materiais escolhidos.

Fonte: BM, 2015. Sistematização própria, 2016.

## APÊNDICE G

### DOCUMENTOS SELECIONADOS DO BM A PARTIR DA PALAVRA- CHAVE INTERSECTORAL

<b>NOME DO DOCUMENTO</b>	<b>DIRECIONADO A QUAIS PAÍSES?</b>	<b>Tipo</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>TEMA</b>
Ensuring education access for orphans and vulnerable children A planners' handbook	África	Manual	Abordar o tema acesso à educação para crianças e órfãos e vulneráveis; Ajudar na criação de uma resposta intersectorial de colaboração para os desafios enfrentados.	Educação para órfãos e vulneráveis
Have a country assistance strategies capitalized on intersectoral linkages to improve health outcomes among the poor?	África e países pobres.	Relatório	Fortalecer a abordagem intersectorial para melhorar o nível de distribuição de saúde e nutrição especialmente para os pobres.	Abordagem intersectorial, saúde e nutrição para os pobres.
Investing in health development effectiveness in the health, nutrition, and population sector	Brasil; Índia; Malí; Zimbabwe.	Relatório de estudo de caso.	Avaliar através de quatro estudos de caso (Brasil, Índia, Mali e Zimbabwe) projetos envolvendo saúde e nutrição.	Saúde e nutrição
Reversing the tide priorities for HIV/AIDS prevention in Central Asia	Ásia Central	Relatório	Identificar estratégias de intervenção para controlar a epidemia de AIDS na Ásia Central	AIDS e epidemia
Kingdom of Morocco nutrition and national development issues and options	Marrocos	Relatório	Abordar o tema problemas nutricionais em Marrocos	Nutrição

Fonte: BM, 2015. Sistematização própria, 2016.

<b>NOME DO DOCUMENTO</b>	<b>DIRECIONADO A QUAIS PAÍSES?</b>	<b>Tipo</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>TEMA</b>
Social protection discussion paper series	Pobres	Paper	Apresentar um conjunto de ferramentas de análise institucional para intervenções relacionadas a proteção social	Análise institucional e proteção social
Safety nets how to institutional aspects cross-cutting issues	Pobres	Jornal	Abordar a necessidade da coordenação de múltiplos atores para o programa rede de segurança.	Proteção social
From confrontation to collaboration Civil Society – Government World Bank Relations in Brazil	Brasil	Relatório	Abordar o tema sociedade civil no Brasil e sua relação evolutiva.	Sociedade civil no Brasil/proteção social
A sourcebook of HIV/AIDS prevention programs	África	Livro/Vol.2	Descrever 10 programas de prevenção do HIV com foco nas escolas.	Escolas e HIV
Education Sector Strategy Update	Países signatários das metas do milênio	Relatório	Abordar o tema educação para todos no contexto das metas do desenvolvimento do milênio	Metas do milênio
Repositing nutrition as central to development A strategy for large-scale action	Países pobres	Relatório	Abordar o tema desnutrição e reforçar o compromisso global de ampliar intervenções para combater a mesma.	Desnutrição
The promise of early childhood development in latin America and the caribbean	América Latina e Região do Caribe	Livro	Preencher lacunas no conhecimento existente sobre a primeira infância na América Latina e no Caribe, revendo uma variedade de programas na região.	Primeira infância e proteção social

Fonte: BM, 2015. Sistematização própria, 2016.

<b>NOME DO DOCUMENTO</b>	<b>DIRECIONADO A QUAIS PAÍSES?</b>	<b>Tipo</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>TEMA</b>
Islamic Republic of Mauritania Poverty reduction strategy paper	Mauritânia	Relatório	Descrever o perfil, os padrões e os principais fatores que influenciam a pobreza na Mauritania	Pobreza

Fonte: BM, 2015. Sistematização própria, 2016.

## APÊNDICE H

### DOCUMENTOS SELECIONADOS DO BM A PARTIR DA PALAVRA-CHAVE INTERSECTORAL COM RESUMO DO CONTEÚDO

<b>NOME</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>RESUMO</b>	<b>Será escolhido?</b>
Ensuring education access for orphans and vulnerable children a planners' handbook	Abordar o tema acesso à educação para crianças e órfãos e vulneráveis	Muitas diferentes intervenções podem ser implementadas, que permitem o acesso à educação. A colaboração e coordenação intersectorial são vitais para os esforços de permitir que os órfãos e as crianças vulneráveis tenham acesso à educação.	Não. Aborda pouco o tema da intersectorialidade no documento e não propicia elementos diferentes dos presentes em outros documentos selecionados.

Fonte: BM, 2015. Sistematização própria, 2016.

<b>NOME</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>RESUMO</b>	<b>Será escolhido?</b>
The promise of early childhood development in latin America and the caribbean	Preencher lacunas no conhecimento existente sobre a primeira infância na América Latina e no Caribe, revendo uma variedade de programas na região.	Uma política abrangente para a primeira infância deve assegurar a colaboração intersectorial com outras políticas conexas.	Não. Menciona pouco a intersectorialidade e o mencionado é repetido.

Fonte: BM, 2015. Sistematização própria, 2016.

NOME	OBJETIVO	RESUMO	Será escolhido?
Have a country assistance strategies capitalized on intersectoral	Fortalecer a abordagem intersectorial para melhorar o nível de saúde e nutrição especialmente para os pobres.	<p>A Estratégia do BM é aconselhar os países clientes a realizarem a abordagem intersectorial para a política de saúde e nutrição, especialmente para melhorar os níveis de saúde e nutrição dos pobres.</p> <p>Do ponto de vista das operações do Banco, há duas abordagens distintas a serem realizadas:</p> <p>a) operações de crédito multissetorial,</p> <p>b) uso estratégico de empréstimos complementares em diferentes setores para maximizar o impacto em torno de um objetivo comum, como os resultados de saúde.</p> <p>A estratégia de desenvolvimento saudável de 2007 compromete-se a melhorar o nível e distribuição dos resultados da política de saúde e nutrição, especialmente para os pobres, e para que isso aconteça defende a ação intersectorial.</p>	Sim. Pois aborda elementos não presentes nos outros documentos como os empréstimos multissetoriais.

Fonte: BM, 2015. Sistematização própria, 2016.

NOME	OBJETIVO	RESUMO	Será escolhido?
Reversing the tide priorities for HIV/AIDS prevention in Central Asia	Identificar estratégias de intervenção para controlar a epidemia de AIDS na Ásia Central aos níveis regional e nacional; informar as políticas do banco para controlar o HIV/AIDS na Ásia Central	Colocar os programas de HIV/AIDS no mais alto nível de prioridade Nacional aumentaria as chances de prevenção precoce do HIV / AIDS na Ásia Central. A implementação de programas nacionais, as subvenções do Fundo Global, e a proposta do Projeto Regional de AIDS a ser financiado por doações da AID e apoiada pela UNAIDS, beneficiaria o envolvimento direto dos Presidentes e Primeiros-Ministros dos países da Ásia Central. Os mecanismos de coordenação dos países estabelecidos, que incluem o Governo, ONGs e representantes do setor privado, devem assumir a liderança estratégica da implementação de programas nacionais de HIV / AIDS por meio da cooperação intersectorial	Não. O conteúdo associado a intersectorialidade já foi debatido em outros materiais selecionados.

Fonte: BM, 2015. Sistematização própria, 2016.

NOME	OBJETIVO	RESUMO	Será escolhido?
Safety nets how to institutional aspects cross- cutting issues	Abordar a necessidade da coordenação de múltiplos atores para o programa rede de segurança.	O programa de rede de segurança depende de arranjos institucionais efetivos para enfrentar o desafio de trabalhar com vários setores e atores para a sua implementação. Por exemplo, alguns programas de rede de segurança são implementados por uma combinação de governos nacionais e municipais; algum contrato com agências privadas; e algumas associações com outros programas e setores para garantir a disponibilidade de serviços para os beneficiários. Muitos programas de rede de segurança dependem da efetiva coordenação intersetorial, como entre os ministérios de saúde e educação. Para tanto, a vontade política é fundamental.	Não. Conteúdo desprovido de novidades no que tange a discussão da intersetorialidade.

Fonte: BM, 2015. Sistematização própria, 2016.

NOME	OBJETIVO	RESUMO	Será escolhido?
From confrontation to collaboration civil society – government world Bank relations in Brazil	Abordar o tema sociedade civil no Brasil e sua evolução.	<p>Estudos recentes sobre a colaboração intersetorial demonstraram que há certas áreas temáticas, tais como a proteção ambiental, a prevenção da SIDA, a educação e a redução da pobreza rural, que se mostram mais predispostas a colaboração intersetorial e podem maximizar seus benefícios.</p> <p>Uma tendência recente em parceria intersetorial está ocorrendo entre organizações da sociedade civil e o setor privado. Existem vários exemplos de colaboração da sociedade civil e do setor privado que demonstram os benefícios potenciais que essa colaboração pode trazer em termos de mobilização de recursos, inovações políticas e resultados programáticos.</p> <p>O Conselho da Comunidade Solidária no Brasil, estabelecido pela administração de Cardoso em 1995, tem como finalidade assessorar o governo sobre políticas de desenvolvimento social, bem como, é considerado um fórum para o diálogo intersetorial e experimentação do programa. Atualmente, é composto por 32 membros: 4 ministros; 27 representantes da sociedade civil (ONGs, setor privado, academia, igreja, cultura); e presidida pela Primeira Dama.</p>	Não. O debate da intersectorialidade associado as parcerias já foi mencionado em outros documentos escolhidos, não sendo, portanto, uma novidade.

Fonte: BM, 2015. Sistematização própria, 2016.

NOME	OBJETIVO	RESUMO	Será escolhido?
A sourcebook of HIV/AIDS prevention programs	Descrever 10 programas de prevenção do HIV/AIDS com foco nas escolas.	<p>O programa consiste em seis componentes principais: educação sobre doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV; defesa e construção de parcerias intersetoriais; desenvolvimento de materiais; formação de professores e apoio; sensibilização da comunidade; e pesquisa e desenvolvimento.</p> <p>Expandir o Planejamento da Educação da Nigéria (ELPE) demonstrando como HIV e educação do adolescente em relação a saúde reprodutiva podem ser integrados na vida das escolas, professores, comunidades e o setor da educação para se tornar uma parte normal e cotidiana da vida educacional. O programa mostra como a colaboração intersetorial, defesa da comunidade, formação efetiva dos professores e educadores, pesquisa de alta qualidade (incluindo monitorização e avaliação) pode fazer a introdução de alteração aceitável e desejável.</p>	Não. Aborda as parcerias intersetoriais, algo já debatido em outros materiais já selecionados.

Fonte: BM, 2015. Sistematização própria, 2016.

NOME	OBJETIVO	RESUMO	Será escolhido?
Islamic Republic of Mauritania poverty reduction strategy paper	Descrever o perfil, os padrões e os principais fatores que influenciam a pobreza na Mauritania.	Para a redução da pobreza e da vulnerabilidade se faz necessário os esforços intersetoriais. O conceito de proteção social se assenta em três áreas de ação: a ação social para prestar melhores serviços médicos e educacionais para os grupos vulneráveis; redes de segurança, e, por fim, os mecanismos de partilha de riscos na área da saúde. Por último, é altamente recomendável que um mecanismo institucional para coordenar a proteção social na Mauritania seja criado para promover e fortalecer a coordenação intersetorial necessária para uma estratégia de proteção social nacional bem sucedida.	Não. Conteúdo relacionado a intersetorialidade já debatido em outros materiais selecionados.

Fonte: BM, 2015. Sistematização própria, 2016.

NOME	OBJETIVO	RESUMO	Será escolhido?
<p>Promoviendo uma vida saudável em América Latina y el Caribe</p> <p>Governança de intervenciones multisectoriales para la prevención de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles</p>	<p>Contribuir para a concepção e implementação de políticas de promoção de estilos de vida saudáveis na América Latina e no Caribe (ALC) e, assim, prevenir eficazmente as doenças não transmissíveis (DNT)</p>	<p>El propósito de este informe es contribuir al diseño e implementación de políticas de promoción de estilos de vida saludable en América Latina y el Caribe (ALC), y así prevenir efectivamente las enfermedades no transmisibles (ENT). El estudio examina la salud y el impacto económico de las (DNT) en la región y los retos de gobernabilidad en el diseño e implementación de políticas multisectoriales para prevenir estas condiciones, incluyendo políticas para mejorar el régimen alimentario, incrementar la actividad física, y reducir el consumo de tabaco y el abuso del alcohol. El estudio se centra en la manera en que se toman las decisiones políticas relacionadas con las intervenciones multisectoriales para prevenir factores de riesgo para la salud, quiénes son las partes interesadas que participan de forma directa o indirecta en la toma de decisiones, cuáles son los incentivos que enfrentan y las estrategias que usan en estos procesos.</p>	<p>Sim. Aborda aspectos não mencionados em outros documentos, especialmente o que tange ao conceito de multissetorialidade.</p>

Fonte: BM, 2015. Sistematização própria, 2016.

