

## Constrangimentos e oportunidades para a implementação de iniciativas intersetoriais de promoção da saúde: um estudo de caso

Constraints and opportunities for inter-sector health promotion initiatives: a case study

Limitaciones y oportunidades para la implementación de iniciativas intersectoriales de promoción de la salud: un estudio de caso

Rosana Magalhães <sup>1</sup>

---

### Abstract

*This article analyzes the implementation of inter-sector initiatives linked to the Family Grant, Family Health, and School Health Programs in the Manguinhos neighborhood in the North Zone of Rio de Janeiro, Brazil. The study was conducted in 2010 and 2011 and included document review, local observation, and 25 interviews with program managers, professionals, and staff. This was an exploratory case study using a qualitative approach that identified constraints and opportunities for inter-sector health experiences, contributing to the debate on the effectiveness of health promotion and poverty relief programs.*

*Intersectorial Action; Health Programs and Plans; Health Promotion*

### Resumo

*O artigo analisa a implementação de ações intersetoriais previstas nos programas Bolsa Família, Saúde da Família e Saúde na Escola, em Manguinhos, zona norte do Município do Rio de Janeiro, Brasil. Durante o período de 2010 a 2011 foram realizadas 25 entrevistas com gestores, profissionais e técnicos, observação local e levantamento documental. Com base neste estudo de caso exploratório e de natureza qualitativa foi possível identificar e analisar constrangimentos e oportunidades para a implementação de experiências intersetoriais e, desta maneira, contribuir para a reflexão em torno da efetividade de programas voltados à promoção da saúde e redução da pobreza.*

*Ação Intersectorial; Planos e Programas de Saúde; Promoção da Saúde*

<sup>1</sup> Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

**Correspondência**  
R. Magalhães  
Departamento de Ciências Sociais, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rua Leopoldo Bulhões 1480, Rio de Janeiro, RJ 21041-210, Brasil.  
rosana@ensp.fiocruz.br

## Introdução

Existem imensos desafios para o alcance de mudanças efetivas na realidade das comunidades mais vulneráveis no Brasil. A superposição e a falta de articulação entre as múltiplas estruturas administrativas, políticas e organizacionais dificultam a implementação de ações que dependem fundamentalmente da pactuação de objetivos comuns e condução compartilhada. Para compreender os limites das intervenções e favorecer novos processos de decisão é necessário avaliar a dinâmica das relações entre agências, organizações sociais, usuários e profissionais, buscando contornar obstáculos para a consolidação de estratégias integradas em cada território. O contexto de implementação dos programas é, portanto, uma dimensão indispensável no processo avaliativo. Nessa direção, o principal objetivo da pesquisa foi compreender e analisar a implementação das iniciativas intersetoriais previstas nos programas Bolsa Família (PBF), Estratégia Saúde da Família (ESF) e Saúde na Escola (PSE), em Manguinhos, zona norte do Município do Rio de Janeiro, Brasil.

A região de Manguinhos, foco do estudo, é marcada pela violência ligada ao tráfico de drogas e pela precariedade dos serviços públicos. Mas, apesar das dificuldades, o contexto recente mostra que há também oportunidades para ações sociais, políticas públicas e reorientação de práticas de promoção da saúde e desenvolvimento social. A implementação do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) e a expansão de serviços públicos a partir de 2008 representaram um alento para a região e algumas iniciativas intersetoriais passaram a integrar a agenda pública local.

Sabemos que a intersetorialidade implica articulação estratégica voltada à convergência de iniciativas e integração de recursos gerenciais, financeiros e humanos com o objetivo de dar novos contornos ao padrão tradicionalmente fragmentado das agências públicas. No campo da saúde a intersetorialidade contribui para o alcance de resultados e mudanças sustentáveis e equitativas. Embora o gerenciamento de alternativas políticas por meio da construção de acordos e coordenação descentralizada seja uma tarefa complexa e que envolve a negociação permanente para a escolha de opções de ação, a intersetorialidade é uma ferramenta fundamental para a constituição de experiências participativas e eficazes de gestão social.

Associada à perspectiva intersetorial, a reflexão conceitual sobre território e seus desdobramentos práticos também é crucial para a operacionalização das ações públicas. No Brasil,

como assinala Viana et al.<sup>1</sup>, o enfoque territorial tem acompanhado os processos de regionalização desde o início da década de 2000. Para além do plano normativo, operacionalizar o conceito de território no campo das políticas sociais e de saúde é hoje uma exigência para a organização, financiamento e gestão dos serviços. Como analisam Monken & Barcellos<sup>2</sup> (p. 901), a consideração da dimensão espacial “*permite concretizar as ações e as práticas sociais, conduzindo ao entendimento diferenciado dos usos do território*”. Especialmente nos campos da promoção da saúde e do desenvolvimento social, as demandas são interpretadas como processos construídos pelas interações entre atores, fluxos de conhecimento, bens e serviços em uma rede de interdependências em cada realidade local<sup>3</sup>. No campo da promoção da saúde, desconsiderar o contexto limita tanto a avaliação das políticas como o desenvolvimento e condução das práticas na medida em que reduz a possibilidade de antecipar resistências, identificar chances de maior adesão ou qualificar as diferentes estruturas de incentivos.

No entanto, não é tarefa simples compreender a multiplicidade de referências técnicas, sociais, simbólicas e culturais presentes em cada território. Na verdade, desde a abordagem de Milton Santos sobre espaços sociais construídos e *territórios usados*<sup>4</sup>, o desafio tem sido incorporar novos sentidos e significados ao debate. Os múltiplos interesses em conflito alimentados por desigualdades sociais e econômicas, além de desequilíbrios de poder, contribuem para a extrema complexidade das dinâmicas locais e tendem a dificultar a definição e delimitação de territórios homogêneos. Tal complexidade também é revelada nas instâncias e níveis de organização política e administrativa locais. Na maioria das vezes existem competências concorrentes em um mesmo espaço. Sem a presença de fortes mecanismos de colaboração e articulação das diferentes instâncias institucionais e estruturas de decisão é comum a fragmentação, a superposição e a disputa em torno de metas, objetivos e critérios avaliativos. Sem dúvida, a utilização do critério geográfico ou físico isoladamente para a delimitação dos territórios dificulta a interpretação das nuances que tornam as fronteiras móveis<sup>5</sup>, assim como a análise de processos de territorialização, desterritorialização e reterritorialização atravessados pela dinâmica das relações de poder e das redes de conexões comunitárias em cada contexto local.

Consequentemente, a avaliação das ações intersetoriais em cada território deve reconhecer a pluralidade e complexidade das práticas e dos desafios a serem enfrentados. Como verificar em que medida as ações intersetoriais

foram satisfatoriamente implementadas? Para responder a essa questão é importante concentrar esforços na construção de abordagens mais amplas. Para vários autores<sup>6,7</sup> os modelos experimentais não são adequados para o acompanhamento da implementação de ações em que a preocupação maior é entender concepções, escolhas e processos decisórios que envolvem múltiplos atores e arenas. Assim, é importante aprofundar a reflexão sobre a teoria dos programas e, portanto, sobre os pressupostos que articulam objetivos, processos de implementação e resultados. Ao privilegiar a base teórica do programa e sua relação com o contexto, é possível apreender como elementos cognitivos, sociais e culturais podem ser mobilizados no desenvolvimento das ações e influenciar o alcance de resultados. Frequentemente as estratégias previstas na teoria dos programas podem ser reinterpretadas pelos agentes no contexto local. Compreender essa dinâmica é crucial para a análise sobre como o programa opera, quais são os efeitos não previstos e qual é o alcance explicativo dos modelos causais adotados.

## Metodologia

Entrevistas em profundidade, observação local, diários de campo e levantamento documental são especialmente úteis na medida em que favorecem a compreensão da teoria dos programas, a descrição das atividades, o reconhecimento dos atores relevantes e a sistematização de informações sobre conflitos, interesses e controvérsias. Como analisa Patton<sup>8</sup>, os estudos de caso são particularmente valiosos para captar singularidades e variações tanto entre programas como entre cada experiência em diferentes contextos. Independentemente da unidade de análise considerada, o estudo de caso apoiado na abordagem qualitativa busca descrever em profundidade uma experiência. A interrogação sistemática de um caso particular permite ricas possibilidades de generalização ao incorporar a prática reflexiva e a análise comparada<sup>9</sup>. Na verdade, os estudos de caso têm um lugar de destaque na pesquisa avaliativa. Isso porque permitem explicar os nexos causais na dinâmica concreta das intervenções. Além disso, também favorecem a descrição aprofundada do programa no contexto em que é desenvolvido, iluminando fatos e situações muitas vezes pouco claros.

Com base nesse referencial desenvolvemos um estudo de caso único e exploratório sobre a realidade de Manguinhos, área marcada pela violência, problemas ambientais, pobreza e processos de exclusão. Foco de investimentos do

PAC a região também revela a presença de diferentes iniciativas públicas nos campos da assistência, promoção da saúde e desenvolvimento social. As questões principais que orientaram a pesquisa foram: como os conceitos de intersectorialidade e territorialidade estão sendo operacionalizados, traduzidos e reinterpretados no contexto local? Por intermédio da avaliação da implementação de ações intersectoriais no território como reconhecer os principais desafios, obstáculos e oportunidades para a consolidação de ações intersectoriais?

Assim, a unidade de análise selecionada foi o conjunto de ações desenvolvidas no âmbito dos programas PBF, PSE e ESF no contexto do Território Integrado de Atenção à Saúde (TEIAS) em Manguinhos<sup>10</sup>. Durante 2010 e 2011 foram realizadas 25 entrevistas com gestores e profissionais baseando-se em roteiros que buscaram captar a dinâmica das ações no âmbito local, com ênfase nas parcerias intersectoriais e interinstitucionais, perfil dos atores envolvidos, fluxo de informações e participação comunitária. A abordagem dos entrevistados foi orientada pelo respeito à privacidade e todos os sujeitos da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz).

O objetivo foi acompanhar os programas em ação, ou seja, identificar a rede de atores e de arranjos institucionais concretos presentes no curso da implementação. Desse ponto de vista, mais do que descrever o conjunto de atividades e recursos utilizados para o alcance dos objetivos de cada programa, a ênfase maior foi dada à análise das relações entre atividades, recursos, atores e o contexto local, e voltadas à implementação de ações intersectoriais no território. Se a análise dos documentos e instrumentos normativos permitiu identificar modelos causais e pressupostos subjacentes aos programas como componentes e, concomitantemente, da cadeia de eventos que os relacionam, a realização das entrevistas buscou mapear os atores sociais e captar representações e percepções ligadas às ações e ao contexto local. É importante ressaltar que existem limites próprios à abordagem qualitativa dos depoimentos. No entanto, apesar de possíveis inconsistências e fragilidades presentes nesse percurso, a perspectiva aqui foi valorizar os sentidos que os entrevistados atribuíam às suas práticas e aos desafios enfrentados no cotidiano e, conseqüentemente, às suas interpretações e referências normativas sobre a experiência em torno de ações intersectoriais de promoção da saúde no contexto de Manguinhos.

### As teorias dos programas Bolsa Família, Estratégia Saúde da Família e Saúde na Escola

O PPBF <sup>11</sup>, instituído pelo Governo Federal em outubro de 2003, é destinado a famílias pobres e extremamente pobres definidas segundo o critério de renda monetária, e os principais objetivos são combater a fome e a pobreza, promover a segurança alimentar e nutricional e ampliar o acesso aos serviços públicos (saúde, educação e assistência social). O órgão responsável pela gestão do PBF é o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, que deve atuar juntamente com outros ministérios setoriais no processo de cadastramento e seleção das famílias, pagamento aos beneficiários, acompanhamento das condicionalidades, oferta de programas complementares, bem como controle e avaliação do programa.

Em outubro de 2011, os limites de renda *per capita* para a inserção no programa eram R\$70,00 e R\$140,00. As famílias com renda *per capita* de R\$70,00 poderiam receber, além do benefício básico no mesmo valor, um benefício variável de R\$32,00 por cada criança de 0 a 15 anos na família. As famílias com renda *per capita* entre R\$70,00 e R\$140,00, recebiam apenas o benefício variável. Além disso, famílias com adolescentes de 16 e 17 anos cursando a escola podiam receber R\$38,00 por cada jovem. No que se refere às condicionalidades da saúde, as famílias com crianças menores de sete anos deveriam realizar o monitoramento do crescimento e desenvolvimento e estar com a carteira de vacinação em dia, as gestantes deveriam participar do pré-natal e, juntamente com as nutrizes, participar das atividades educativas sobre aleitamento materno e alimentação saudável.

De acordo com o pacto de gestão estabelecido entre o governo federal e os municípios, a implementação deveria ser realizada de forma descentralizada com diferentes atribuições para cada ente governamental. Os municípios deveriam garantir a oferta de serviços na área da assistência social, educação e saúde, prestar apoio técnico, instituir um órgão de controle social, estabelecer parcerias para oferta de programas complementares, formar uma coordenação intersetorial e promover a articulação com o estado e o Governo Federal. O monitoramento das condicionalidades era realizado pelos ministérios da Saúde, da Educação e da Cultura, e Assistência Social. As crianças e adolescentes beneficiados deveriam ter frequência escolar mensal mínima de 85%. No caso de adolescentes entre 16 e 17 anos, cujas famílias recebessem o benefício variável, o mínimo, a frequência mínima era de 75% da carga horária mensal. Na área da assistência

social, famílias com crianças e adolescentes até 16 anos em risco social ou retiradas do trabalho infantil também deveriam participar de ações socioeducativas. O órgão gestor local do programa era a Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS) por meio do Núcleo de Transferência de Renda da Subsecretaria de Proteção Social Básica. O Centro Regional da Assistência Social (CRAS) e o Centro Regional Especial de Assistência Social (CREAS) representavam a porta de entrada dos programas sociais e, portanto, do PBF no Rio de Janeiro.

Já no âmbito da ESF <sup>12</sup>, a territorialização e a vinculação comunitária das equipes de saúde as quais incluem médicos, enfermeiras, dentistas e agentes comunitários são apontadas como elementos fundamentais para a reorientação do modelo assistencial. Ao longo dos anos 90, no contexto de reforma do Estado, descentralização político-administrativa e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), foi implementada em todo país uma série de medidas voltadas à garantia de fontes estáveis de financiamento para o setor saúde e melhoria da qualidade da atenção prestada. O Programa Saúde da Família (PSF) surgiu como uma perspectiva de reorientação do modelo assistencial, visando à garantia de maior resolubilidade dos serviços, incentivo ao controle social e estreitamento dos vínculos entre famílias e equipe de saúde. Na perspectiva de superar o modelo curativo, hospitalocêntrico, desarticulado e de baixa resolutividade, a ESF passou a dar prioridade à construção de práticas integradas e hierarquizadas e ao estabelecimento de vínculos entre profissionais de saúde e usuários. Ultrapassando o modelo centrado na demanda espontânea, as equipes de saúde da família passaram a reconhecer no território de abrangência as famílias adscritas e a estabelecer as propostas de cuidado de acordo com os perfis demográfico, epidemiológico e socioeconômico da população. De acordo com as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, cada equipe de saúde da família deveria acompanhar até mil famílias ou cerca de 2.400 habitantes e cada agente comunitário de saúde de cada equipe deveria monitorar 200 a 250 famílias, dependendo da densidade populacional e da facilidade de acesso às unidades de saúde da família.

Nos municípios de pequeno porte e com baixa capacidade instalada de equipamentos públicos de saúde, a ESF tem revelado boa adequação e resolutividade. Nesses contextos é possível perceber a melhor vinculação das equipes com as comunidades, menores dificuldades com o agendamento de consultas e avanços na cobertura. Mas, nos grandes centros urbanos a oferta de uma rede assistencial desarticulada e

mal distribuída, associada à grande demanda pelo acesso aos serviços com diferentes níveis de complexidade, tendem a exigir novas estratégias de gestão e financiamento.

No caso de Manguinhos, a implantação do PSF em 2000 envolveu a contratação inicial de duas equipes, e ao longo da década esforços foram concentrados na ampliação da cobertura. Ainda assim, em dezembro de 2008 apenas 3 equipes estavam completas com base nos critérios definidos pelo Ministério da Saúde, ou seja, contavam com um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários. Além disso, as equipes estavam sobrecarregadas com um número de famílias superior ao recomendado por área de atuação. No que se refere ao atendimento de média e alta complexidades, apesar das dificuldades de acesso havia uma oferta razoável, sobretudo quando comparada à realidade das regiões do interior do país, com destaque para os hospitais Geral de Bonsucesso, Estadual Getúlio Vargas, no bairro da Penha, e Universitário vinculado à Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Em dezembro de 2009, com a assinatura do contrato de gestão no âmbito do TEIAS Manguinhos, o Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF) assumiu a responsabilidade pelas atividades de promoção da saúde e articulação intersetorial, o acompanhamento do PBF e demais programas da SMAS. Em 2010, a região de Manguinhos, vinculada à Área Programática 3.1 da Secretaria Municipal de Saúde, já era coberta pelos profissionais do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSGSF) da ENSP/Fiocruz e por oito equipes da ESF.

Já o PSE<sup>13</sup>, foi instituído em âmbito nacional em 5 de dezembro de 2007, pelo *Decreto Presidencial nº 6.286*, como política intersetorial envolvendo os ministérios da saúde e da educação. A principal finalidade do programa era contribuir para a formação integral dos estudantes de educação básica da rede pública por meio de ações voltadas à promoção da saúde e formação integral dos alunos na perspectiva da cidadania e dos direitos humanos. O programa buscava reduzir as vulnerabilidades sociais que poderiam comprometer o pleno desenvolvimento escolar e fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde nos três níveis de governo, articulando as ações do SUS às redes públicas de educação básica. No Município do Rio de Janeiro, o Bolsa Família Carioca criado em 2010 complementava o benefício financeiro do PSE federal. No programa municipal foram incluídas famílias extremamente pobres com renda mensal *per capita* de até R\$54,00 e famílias com crianças e adolescentes até 17 anos em situação de pobreza, com renda familiar mensal *per*

*capita* de até R\$108,00. O valor do benefício era variável por família, sendo possível incluir um adulto e 3 crianças de até 18 anos. A performance dos alunos do 2º ao 9º ano do Ensino Fundamental da rede municipal ao longo do bimestre era avaliada e poderia gerar bônus para as famílias. Os alunos matriculados nas chamadas Escola do Amanhã deveriam apresentar avanços no desempenho escolar em cada bimestre. Ainda com relação às condicionalidades da educação, as crianças em idade escolar deveriam apresentar uma frequência mínima de 90%, além da participação de pelo menos um dos responsáveis em reuniões bimestrais. A Secretaria Municipal de Educação era responsável pelo acompanhamento das famílias e pela frequência escolar.

## Resultados e discussão

### O contexto de Manguinhos

No bojo do PAC, importantes investimentos voltados à construção de equipamentos coletivos foram dinamizados em Manguinhos. Em fevereiro de 2009 foi inaugurado o Colégio Estadual Luiz Carlos da Villa, com capacidade para 1.500 alunos. No terreno foi construída uma piscina semiolímpica e quadras poliesportivas para os alunos. Junto ao colégio também foi inaugurada, em 2010, a Biblioteca Parque de Manguinhos, oferecendo acesso à Internet, sala de estudos, sala de leitura e espaço lúdico. A coordenação da biblioteca elaborou uma agenda com várias oficinas e projetos socioeducativos e culturais. No mesmo complexo foi incluído o Centro de Referência para a Juventude (CRJ), com oferta de diversos cursos e oficinas. A Unidade de Pronto Atendimento de Manguinhos (UPA) e a Clínica da Família Victor Valla também foram inauguradas em 2009, incluindo um setor de emergência, atendimento ambulatorial com dez consultórios, farmácia e laboratório para exames. Na UPA seriam implantados 29 leitos e 6 consultórios para atendimento clínico e pediátrico. Nas reuniões do Fórum Social de Manguinhos em 2010, havia um clima de grande expectativa frente à inauguração dos novos equipamentos coletivos. No entanto, uma das questões mais controversas era o deslocamento de famílias devido ao processo de remoção das áreas destinadas às obras do PAC. O baixo valor das indenizações e a falta de transparência sobre prazos e abrangência das ações culminaram com a proposta de criação de um conselho intersetorial de acompanhamento do programa. A visão de um território em mudança foi compartilhada entre os moradores, gestores e profissionais.

*“O território está mudando muito, em uma área saíram 600 famílias por conta do PAC, ruas desaparecem, ou seja, existem mudanças tanto no espaço físico como no espaço social”.*

*“As mudanças no território impactam o planejamento das equipes de saúde da família”.*

Para a maioria dos entrevistados Manguinhos não representava um único território, mas diferentes territorialidades. Nesse contexto, protocolos rígidos e pouco sensíveis aos limites e oportunidades locais eram permanentemente desafiados.

*“O território de Manguinhos não é somente o bairro de Manguinhos... envolve comunidades de outros bairros como Benfica, Higienópolis e Bonsucesso”.*

*“Manguinhos tem uma interface com Jacarezinho, um mundo de certa forma circunscrito, com comunidades que têm uma dinâmica distinta e pouca interação... em alguns momentos você tem o domínio de um determinado grupo armado... há a necessidade de novos esforços de pacificação até porque o nosso trabalho é lidar com a população, com aqueles que habitam em determinado território, independente se estão armados ou não...”.*

Ainda que a questão da integração das ações estivesse presente no desenho operacional dos programas PSE, PSF e PBE, diferentes lógicas de divisão das áreas de abrangência pelas secretarias municipais de saúde, educação e assistência social dificultavam a maior articulação.

*“Essa é uma briga que o PSE trava, e eu acho que desde 2003 que se fala nisso, porque não faz nenhum sentido quando se pensa numa gestão municipal, ter essas discrepâncias nos territórios, quando há necessidade de diálogo entre as diferentes políticas setoriais”.*

*“Uma parte de Manguinhos é da terceira CAS [Coordenadoria de Assistência Social] a outra é da quarta CAS... aí tem a educação, uma parte é de um outra de outro... Cada secretaria tem um território e fica muito difícil trabalhar...”.*

*“A saúde é dividida em regiões administrativas e regiões pré-determinadas. A educação tem uma outra subdivisão que é diferente da saúde e da assistência social que, por sua vez, tem uma terceira divisão”.*

Nesse contexto, o conceito de intersetorialidade assumia diferentes contornos a fim de apoiar a interpretação das experiências cotidianas de gestores e profissionais. Ações de longo prazo, engajamento e vínculos fortes entre as agências governamentais e associações civis frequentemente eram citadas como dimensões relevantes em contraste com a mera reunião de pessoas de instituições e setores diferentes.

*“Ação intersetorial é uma relação continuada, uma atuação em problemas complexos como, por exemplo, o lixo e o crack”.*

*“Eu faço a distinção entre ação e atividade intersetorial... ação intersetorial é uma articulação para garantir a atuação a longo prazo e envolve além da saúde a educação, a assistência social”.*

### O fluxo de informações

Em agosto de 2010 foi implantado em Manguinhos o prontuário eletrônico ALERT. O sistema precisou ser ajustado para atender as demandas da atenção básica e viabilizar a interoperabilidade com as demais estatísticas oficiais do município.

*“O prontuário eletrônico foi um movimento da vice-presidência de gestão da FIOCRUZ voltado à implantação do mesmo prontuário em todas as suas unidades assistenciais. Foi feita uma licitação pela FIOTEC e adquirido o produto de uma empresa portuguesa que tinha experiência com a área de atenção hospitalar e emergência. Na verdade o sistema ainda está em construção...”.*

No entanto, o sistema ainda mostrava-se frágil frente às expectativas de avanços na qualidade das informações no território.

*“O sistema de informação ALERT não ‘conversa’ com ninguém. Chegou como uma proposta maravilhosa, incrível e duradoura. Mas ele veio cru, com uma expertise de emergência de hospital... Para a complexidade de Manguinhos não deu muito certo. Estamos há 1 ano tentando ajustar o sistema que era considerado pronto. Ainda não conseguimos emitir um relatório”.*

*“Todos estão usando, mas não conseguimos acessar as informações, cruzar dados e apresentar para a prefeitura... que é o mínimo para um sistema de informação da atenção básica. Cada dia descobrimos novos erros...”.*

O problema com o novo sistema de informações dificultava o compartilhamento de dados entre os programas PBF e PSE, por exemplo:

*“Se tivesse o NIS [Número de Identificação Social] acoplado ao sistema, cada indivíduo que tivesse inserido no Bolsa Família na ocasião da consulta poderia ter seus dados de acompanhamento. Mas isto não está acontecendo”.*

*“O ALERT não consegue identificar as famílias beneficiárias do Bolsa Família”.*

*“O ALERT já está implantado, a fase de implantação já aconteceu, todas as equipes já trabalham com ele. Mas para tentar enviar um relatório é ensaio-erro o tempo inteiro”.*

Ao mesmo tempo o sistema também criava obstáculos para a manutenção do fluxo de informações entre os níveis de gestão:

*“A Secretaria Municipal de Saúde não pode mais esperar o relatório da maneira correta como eles precisam”.*

*“Já aconteceu da senha dar problema, ficar uma ou duas semanas sem a gente conseguir acessar. Aí a gente pergunta será que mudou a senha? Aí a gente vê que é problema mesmo do sistema”.*

Como dito anteriormente, sistemas de dados robustos e que possam favorecer a troca de informações sobre demandas sociais e intervenções públicas desenvolvidas no território são cruciais para a consolidação da intersectorialidade. No entanto, apesar de fortes investimentos financeiros, técnicos e operacionais os bancos de dados muitas vezes eram superpostos ou de difícil utilização pelos atores locais.

*“Estamos montando um novo banco de dados... se o programa realmente vingar vai ser bom, nós até levamos para o nível central e o pessoal gostou muito...”.*

É razoável supor que a ausência de um sistema de informação minimamente padronizado dificultava a avaliação da efetividade dos programas. Bancos de dados estáveis que revelam rotinas, características da população e metas alcançadas são fundamentais para estruturar a avaliação da implementação de políticas públicas. Além de permitir a revisão de responsabilidades e ajustes no desenvolvimento das atividades, sistemas de informação robustos colaboram para o exame independente de resultados e impactos. Em Manguinhos, mudanças frequentes invalidavam treinamentos anteriores, comprometiam o monitoramento de indicadores sociais e de saúde e dificultavam o processo avaliativo.

*“A gente ainda não conseguiu incorporar a avaliação como um instrumento de rotina, então, quando eu falo de monitoramento, ele ainda é feito em espasmos e em cima de questões ou de momentos do contexto”.*

### **A dinâmica participativa local**

A partir de 2008, o Fórum Social de Manguinhos marcou o processo recente de revitalização de espaços de mobilização social incorporando grupos ligados à academia, gestão e diferentes comunidades. Como um dos desdobramentos das intensas discussões acerca da violência na região, o Fórum foi estruturado em subcomitês baseando-se nos temas de saneamento, habitação, meio ambiente e saúde, desenvolvimento econômico, trabalho e renda, e as reuniões semanais são realizadas na ENSP/Fiocruz. A atuação local da Organização Não-governamental (ONG) Agência 21 e da Pastoral de Favelas, e a perspectiva de construção de um Conselho de Desenvolvimento Local também revelaram a dinamização da

vida associativa local e a tentativa de fortalecer a interlocução entre comunidades e órgãos públicos. De fato, em 16 de julho de 2011 ocorreu a 1ª Conferência Local de Saúde de Manguinhos contando com a participação de 130 pessoas dentre elas moradores, entidades públicas, representantes de movimentos sociais locais, gestores, técnicos e demais profissionais. O objetivo da Conferência foi reunir os atores locais e discutir as questões relativas às políticas públicas no território com a perspectiva de elaborar diretrizes e propostas para a política de saúde. As propostas, encaminhadas à gestão do TEIAS e aos delegados de Manguinhos na 11ª Conferência Distrital de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, foram associadas ao debate sobre a composição e organização do Conselho Gestor Intersetorial (CGI) e dos Espaços Locais de Participação (ELP) enquanto instâncias da gestão participativa do território. Na perspectiva da saúde como questão ampliada, os debates avançaram em demandas não só de melhoria dos serviços de saúde e particularmente de promoção do acesso universal e integral, mas também na recomendação de fortalecimento das ações intersectoriais no território. A ação sobre o problema do uso do *crack* entre crianças e adolescentes vivendo em situação de rua foi um dos destaques da moção de reivindicação concluída ao final do evento.

Sem dúvida o processo de diálogo e construção de canais voltados à aproximação entre usuários e gestores é um caminho longo e permanente. O debate em torno do CGI ocupou todo o ano de 2011. Várias reuniões para divulgação da proposta foram realizadas e os colegiados gestores do CSGSF e clínicas de saúde da família no território se tornaram importantes na interlocução. O apoio da Fiocruz, por meio do Escritório de Cooperação Social, foi fundamental na medida em que consolidou vínculos já existentes de interação com a comunidade de Manguinhos. Mas, as barreiras para a gestão participativa foram ressaltadas por vários gestores entrevistados.

*“As dificuldades para a gestão participativa são todas... não se tem uma cultura participativa em lugar nenhum, nem dentro do serviço e nem fora. A população não tem experiência de participação...”.*

*“A própria sociedade é indiferente e tolerante com as péssimas condições de vida, moradia e falta de liberdade política desse lugar”.*

De fato, apesar dos incentivos recentes para a maior aproximação entre a comunidade e os serviços públicos na região, a participação social ainda era pouco expressiva. Ao mesmo tempo, algumas estratégias voltadas à consolidação de espaços de mobilização estavam sendo dinamizadas:

*“Estamos pensando em espaços locais como as clínicas de saúde da família, cada uma com suas demandas, a ouvidoria, a articulação com o Fórum Social de Manguinhos e a Cooperativa Social da Fiocruz. Trabalhamos um jornal juntos”.*

Assim, apesar da construção de canais e fluxos participativos, diferenças na capacidade institucional das organizações locais e o ceticismo de profissionais e usuários dos serviços públicos frente a décadas de abandono dificultavam a implementação de parcerias e a cooperação entre os atores locais.

### **Experiências intersetoriais**

A intersetorialidade tende a envolver deslocamentos de poder e compromissos em torno de objetivos comuns e, portanto, impacta a própria governança, entendida como o conjunto de instituições e processos ligados à solução de questões sociais. Frente a tal complexidade, ações pontuais e episódicas tendem a ser mais comuns.

*“Na campanha de vacinação fazemos uma grande feira da saúde com ações de educação e promoção da saúde. Tem também um grupo voltado ao reaproveitamento de alimentos onde se discute direito humano, cidadania. Existem ainda grupos de artesanato onde convidamos gestantes, que às vezes estão desempregadas e podem assim gerar renda”.*

Foi possível perceber uma visão crítica sobre o alcance dessas ações, consideradas muitas vezes como *estratégias midiáticas*. De acordo com os depoimentos, a intersetorialidade não operava como princípio estruturante das ações públicas em Manguinhos:

*“Em geral as ações são muito pontuais e voltadas para a organização de festas. Por exemplo, ações educativas que vão envolver mídia, distribuição de lanches. No entanto, aquilo que é para resolução de fato das demandas e necessidades da população – essa intersetorialidade – não existe aqui”.*

Para os gestores entrevistados, embora os desafios locais tornassem evidentes os limites das ações fragmentadas e pouco cooperativas, ainda assim prevalecia a ótica tradicional.

*“Um exemplo claro é o problema do crack. A assistência social veio aqui, mas disse que o problema não era deles”.*

### **Conclusões**

O estudo da implementação dos programas PBF, PSE e ESF em Manguinhos por meio dos depoimentos de técnicos, gestores e profissionais das áreas da saúde, educação e assistência so-

cial revelou que apesar da intersetorialidade e a territorialização serem dimensões valorizadas no plano normativo, ações isoladas, superpostas e descontínuas eram frequentes. Embora a proposta do TEIAS-Escola representasse uma possibilidade de ruptura com o padrão fragmentado das iniciativas locais, ainda eram tímidos os avanços no diálogo intersetorial. Como relatado pelos entrevistados, após a vinculação das novas equipes de saúde às famílias no território, o processo de remoção associado às transformações urbanísticas previstas no PAC desconsiderou esforços anteriores e exigiu novas pactuações e rearranjos. Com isso, além da perda de tempo e recursos com o treinamento dos profissionais, o saldo final foi a fragilização das relações com a comunidade.

*“O Teias Manguinhos por ser TEIAS-ESCOLA pactuou com o município o atendimento de 3.000 pessoas por equipe, mas da noite para o dia 100, 150 famílias são removidas. Cem famílias é quase 1 microárea. Equipes que já estavam com quase as 3 mil pessoas caem para 800 e temos que remanejar. Esta situação já aconteceu 3 vezes”.*

*“Em relação ao Bolsa Família a gente tem um diagnóstico muito ruim porque com esta migração de famílias no território a gente não sabe onde estão as pessoas...”.*

Embora as diferentes iniciativas e ações governamentais dissessem voltadas para um mesmo território e teoricamente apresentassem o mesmo foco, ou seja, a melhoria das condições de vida da população local, cada programa estava confinado em suas próprias rotinas e cronogramas específicos. Com isso, as chances de interação virtuosa eram perdidas e o território testemunhava a perpetuação de verdadeiros guetos institucionais. Nesse cenário, a proposta do TEIAS articulada ao legado da Fiocruz representava ao mesmo tempo uma aposta em novas racionalidades técnicas e políticas em torno da promoção da saúde e do desenvolvimento social, mas também um espelho das velhas contradições presentes no discurso da articulação intersetorial. Se as mudanças no território tivessem sido discutidas em conjunto e previamente, o desgaste na reorganização das equipes da ESF poderia ter sido evitado.

Sabemos que a existência de grupos sociais vulneráveis e experiências de exclusão na região expressam circuitos interdependentes envolvendo o afastamento do mercado de trabalho, das políticas de proteção social e de redes sociais de apoio. Ações isoladas dificilmente são capazes de romper tais circuitos e generalizar a concepção democrática de pertencimento à cidadania. Nesse sentido, a intersetorialidade e a territorialização são ferramentas cruciais para a maior



efetividade das intervenções públicas na medida em que valorizam o compromisso com objetivos, metas e critérios de avaliação comuns e articulados às demandas locais. Mas, há sempre o risco de se tornarem apenas retóricas caso exista menosprezo pela sustentabilidade das ações.

*“O PAC trouxe a possibilidade de criar Centros Esportivos nas escolas, mas o problema é manter dois ou três professores para um complexo de trinta e um mil pessoas”.*

*“Há o ônus da insatisfação da população já que por mais que fosse precário o atendimento no Centro de Saúde, o serviço era conhecido, estava estabelecido no local, a população já sabia o que poderia encontrar ou não”.*

A negociação sobre as alternativas a serem adotadas para a implementação de ações intersectoriais e territorializadas representa um esforço permanente de instituições e comunidades. Fronteiras espaciais muitas vezes devem ser refeitas a fim de garantir a ação efetiva sobre problemas compartilhados. O uso do *crack* na região de Manguinhos, por exemplo, revelou a porosidade das delimitações formais do bairro e a urgência do diálogo entre as diferentes organizações públicas. Apesar do engajamento de profissionais e gestores e do foco na articulação estratégica, práticas atomizadas marcavam

a experiência local. Nem mesmo a presença de fortes investimentos federais na região por meio do PAC contribuiu para a geração de uma “comunidade de políticas”. Superposições hierárquicas, dificuldades para a apropriação coletiva de informações e lógicas competitivas entre as diferentes secretarias tornavam-se, assim, obstáculos importantes para o desenvolvimento de ações convergentes com o objetivo de reduzir a pobreza e as iniquidades em saúde. No entanto, reconhecendo a natureza complexa das demandas locais e das mudanças necessárias, novas expectativas e alternativas políticas estavam sendo construídas. Nesse aspecto, embora não existam garantias de que as evidências produzidas em estudos avaliativos com abordagem qualitativa sejam utilizadas para apoiar processos decisórios, é importante avançar na integração da avaliação à cultura organizacional local. Como analisa Patton<sup>14</sup>, os benefícios potenciais da análise permanente dos processos de implementação recompensam os esforços e riscos envolvidos. No contexto de Manguinhos essa perspectiva associada à consolidação de espaços de participação social genuína certamente contribuirá para o desenvolvimento de estratégias e iniciativas públicas de promoção da saúde mais efetivas.

## Resumen

*El trabajo analiza la implementación de acciones intersectoriales en el ámbito de los programas sociales de ayuda Beca Familia, Salud de la Familia y Salud Escolar en Manguinhos, al norte de la ciudad de Río de Janeiro, Brasil. Durante el periodo 2010-2011, se llevaron a cabo 25 entrevistas con gerentes, profesionales y técnicos, observación in situ y encuestas documentales. A partir de este estudio de caso exploratorio, y de naturaleza cualitativa, fue posible identificar y analizar las limitaciones y las oportunidades para la implementación de acciones intersectoriales y, por lo tanto, contribuir a la reflexión sobre la eficacia de los programas dirigidos a promover la salud y reducir la pobreza.*

*Acción Intersectorial; Planes y Programas de Salud; Promoción de la Salud*

## Agradecimentos

Ao CNPq pelo apoio financeiro e viabilização da pesquisa.

## Referências

1. Viana AL, Ibanêz N, Elias PEM, Lima LD, Albuquerque MV, Iozzi FL. Novas perspectivas para a regionalização em saúde. São Paulo Perspect 2008; 22:92-106.
2. Monken M, Barcellos C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. Cad Saúde Pública 2005; 21:898-906.
3. Dahler-Lahler P. From programme theory to constructivism. Evaluation 2001; 7:331-49.
4. Santos M. A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção. São Paulo: Editora Hucitec; 1996.
5. Barcellos C, Moreira JC, Monken M. Território, ambiente e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.
6. Bodstein R. The complexity of the discussion on effectiveness and evidence in health promotion practices. Promot Educ 2007; Suppl 1:16-20.
7. Barnes M, Matka E, Sullivan H. Evidence, understanding & complexity: evaluation in non-linear systems. Evaluation 2003; 9:265-84.
8. Patton MQ. Development evaluation. Eval Pract 1994; 15:311-9.
9. Bourdieu P. O poder simbólico. Lisboa: Difel; 1989.
10. Diretoria de Articulação de Redes de Atenção, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Documento base: redes regionalizadas e Territórios Integrados de Atenção à Saúde – TEIAS. A estratégia: pressupostos, componentes e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
11. Brasil. Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004. Regulamenta a Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. Diário Oficial da União 2004; 17 set.
12. Departamento de Apoio à Descentralização, Secretaria Executiva, Ministério da Saúde. Regionalização solidária e cooperativa: orientações para sua implementação no SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
13. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Orientações sobre o Programa Saúde na Escola para a elaboração dos Projetos Locais. [http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/geral/orientacoes\\_pse.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/geral/orientacoes_pse.pdf) (acessado em 09/Out/2012).
14. Patton MQ. Utilization-focused evaluation. London: Sage Publications; 2008.

Recebido em 04/Nov/2014

Versão final reapresentada em 06/Jan/2015

Aprovado em 05/Fev/2015