



**5º Encontro Internacional de Política Social**  
**12º Encontro Nacional de Política Social**  
Tema: "Restauração conservadora e novas resistências"  
Vitória (ES, Brasil), 5 a 8 de junho de 2017

---

**Eixo: Análise, avaliação e financiamento das políticas públicas.**

**A intersectorialidade na VII e VIII Conferências Nacionais de Saúde**

**Cassiane Cominoti Abreu<sup>1</sup>**

**Resumo:** O objetivo do artigo é analisar como a intersectorialidade foi inserida no processo de construção da política de saúde brasileira, tendo por base o debate fomentado na VII e VIII Conferências Nacionais de Saúde. Para tanto foi realizada uma pesquisa documental envolvendo os relatórios dessas Conferências Nacionais de Saúde. Na VII conferência, o argumento em torno da intersectorialidade foi estruturado a partir de afirmações que priorizaram o aspecto meramente técnico de articulação entre os setores visando à ampliação do acesso a saúde para a população pobre brasileira. Na VIII Conferência, notamos que a discussão da intersectorialidade aparece subliminar quando se discutia, por exemplo, a necessidade da realização de mudanças sociais, econômicas e sociais amplas que não congregariam apenas o setor saúde.  
**Palavras-chave:** Política de Saúde; Conferência Nacional de Saúde; Intersectorialidade.

**The intersectoriality at the VII and VIII National Health Conference**

**Abstract:** The objective of this article is to analyze how the intersectoriality was inserted in the process of construction of the Brazilian health policy, based on the debate promoted at the VII and VIII National Health Conference. A documentary research was carried out involving the reports of these National Conferences of Health. Health. At the VII conference, the argument about intersectoriality was structured based on affirmations that prioritized the merely technical aspect of articulation between the sectors aiming at expanding access to health for the poor Brazilian population. At the VIII Conference, we noted that the discussion of intersectoriality appears subliminal when discussing, for example, the need for broad social, economic and social changes that would not only bring together the health sector.  
**Keywords:** Health Policy; National Health Conference; Intersectoriality.

**1. Introdução**

O objetivo do artigo é analisar como a intersectorialidade foi inserida no processo de construção da política de saúde brasileira, tendo por base o debate fomentado na VII e VIII Conferências Nacionais de Saúde. Para tanto foi realizada uma pesquisa documental envolvendo os relatórios dessas Conferências Nacionais de Saúde.

Para fins de organização da exposição, primeiramente buscaremos enfatizar como o debate da intersectorialidade foi apreendido nas conferências acima referidas. Demonstraremos como acontecimentos sociais, políticos e econômicos nos âmbitos internacional e nacional marcaram a política de saúde brasileira e, conseqüentemente, a discussão ou não da intersectorialidade em determinados momentos históricos tendo como

---

<sup>1</sup> Doutoranda em Política Social – UFES e Assistente Social do Instituto Federal do Espírito Santo – Campus Guarapari. E-mail: <cassiufes@yahoo.com.br>.

*locus* o debate construído pelo Movimento pela Reforma Sanitária enquanto sujeito político transformador da política de saúde brasileira.

Por fim, apresentamos as considerações finais sobre o debate da intersectorialidade na VII e VIII Conferência Nacional de Saúde suas contradições e significados.

## **2. O percurso da intersectorialidade no Brasil via Conferências Nacionais de Saúde**

A temática da intersectorialidade adentra o Brasil pela via das conferências de saúde, através do discurso de gestores ou técnicos da área. O marco inicial desse debate foi a VII Conferência Nacional de Saúde<sup>2</sup> no governo do general João Figueiredo (1980). Decretada a anistia e a reforma partidária em 1979, realiza-se em março de 1980, a VII Conferência Nacional de Saúde (DOIMO; RODRIGUES, 2003).

Nessa conferência, esvaziada da participação popular, destacaram-se dois pronunciamentos que resgatam o conceito de intersectorialidade: o do ministro da saúde, Dr. Waldir M. Arcoverde (1979-1985) e do diretor-geral da Organização Mundial da Saúde (OMS), Dr. Halfdan T. Mahler.

O pronunciamento do ministro da saúde requer contextualizá-lo no cenário nacional e internacional. Ao findar da década de 1970 (em âmbito internacional) ocorre uma profunda e duradoura crise do sistema capitalista e o resultado imediato dessa crise é a redução da arrecadação de fiscos, e conseqüente a isso, a prevalente dificuldade dos países em financiarem o seu “desenvolvimento” (BEHRING; BOSCHETTI, 2006). Os gastos com as políticas sociais, por conseqüência, começam a ser reavaliados. Esta reavaliação resultou na constatação de que os custos médicos haviam subido com muita rapidez em relação às décadas anteriores e a parte governamental neste custeio havia aumentado substantivamente.

O desafio que se colocava, para os dirigentes políticos, na época, era de dar uma resposta à política sanitária pressionados por um cenário econômico adverso, ou seja, seria necessário atuar entre a vontade racionalizadora economicista dos governos e a “pressão

---

<sup>2</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).

dos de baixo” pela manutenção dos programas sociais. A proposta da Medicina Comunitária encontrava-se em um estágio de estagnação, quando a Organização Mundial de Saúde convoca a Conferência Internacional de Alma-Ata, realizada em 1978 e que influenciou decisivamente nas pautas da VII Conferência Nacional de Saúde ocorrida em um governo militar que passava por crises sociais, políticas e econômicas. Essas fazem com que o governo passe por muitos desafios (FRANCO; MERHY, 2003).

No âmbito do ministério da saúde brasileiro, especificamente o governo Figueiredo vivenciava diferentes desafios: a) o nível de articulação com os demais ministérios era ínfimo; b) a existência em sua estrutura de uma divisão de Segurança Interna (DSI); c) poucos municípios tinham secretaria de saúde; d) epidemia de pólio; e) orçamento mínimo – 10% do orçamento público da saúde (90% no INAMPS). Em âmbito mundial, deve-se reforçar que a recessão econômica afeta os países capitalistas e no Brasil, no governo Figueiredo, a crise se explicita por completo e restringe a capacidade de ação da política econômica e culmina na crise política. É o momento de transição lenta, gradual e progressiva de fim da ditadura também marcado pela ampliação da organização e mobilização dos movimentos sociais em torno do “direito a ter direitos” (FRANCO; MERHY, 2003).

É nesse cenário que o Brasil, signatário da meta Saúde para todos no ano 2000 (Conferência de Alma-Ata), realiza a VII Conferência com o objetivo de reestruturar e ampliar os serviços básicos de Saúde. A VII Conferência foi inter cruzada por inúmeros conflitos, resistências e lutas envolvendo amplos segmentos (presentes e ausentes a esta Conferência) (BRASIL, 1980).

Dos pronunciamentos ocorridos nesta conferência, um dos destaques foi o ministro de Estado da Saúde Waldyr Mendes Arcoverde. Sua fala vai enfatizar a necessidade do Brasil buscar o desenvolvimento para que o mesmo possa trazer, como consequência, a satisfação das necessidades básicas da maioria. Desse modo, o ministro discute o objetivo da conferência, aliado a uma discussão econômica influenciada pela teoria do desenvolvimento:

*[...] é necessário um **autêntico desenvolvimento**. Um desenvolvimento que ao promover a satisfação das necessidades básicas da maioria, assegure também a humanização do homem ao favorecer o gozo de **seus direitos de expressão, de criação e de decisão do seu próprio destino** [...].(grifos do autor).*

Em detrimento de suas concepções quanto a diretriz a ser seguida pela economia brasileira, é importante reportar que o ministro, ao enfatizar a satisfação das necessidades da maioria (e não de todos), deixa de lado a bandeira de luta do movimento sanitário – que naquele momento histórico já obtinha grande expressão política, cujo lema era saúde e democracia, ou seja, a saúde de todos (portanto, não de alguns apenas). O discurso do ministro traz o destaque aos direitos de ‘expressão, criação e decisão’ do homem em um contexto em que essas características não poderiam ser fomentadas. Isto porque a população brasileira não tinha por parte do Estado essa possibilidade de expressar suas opiniões políticas por exemplo. A liberdade de expressão não era bem vista naquele momento histórico. Criar e decidir sobre o futuro da nação era algo restrito a alguns poucos segmentos populacionais ligados à cúpula militar detentora dos poderes políticos e econômicos.

Por outro lado, no interior do Ministério da Saúde se registrava algumas tentativas de ações intersetoriais, entre elas, a experiência da Comissão Interinstitucional de Planejamento e Coordenação na área de Saúde (CIPLAN).

[...] Quando o ministério alcançou a unidade interna, pôde avançar para construir um núcleo de planejamento estratégico da Saúde com características interinstitucionais e até intrasetoriais, que foi a Comissão Interinstitucional de Planejamento e Coordenação na área de Saúde (Ciplan) [...] uma reunião dos secretários-gerais dos ministérios da Saúde, Previdência e Assistência Social e Educação. Depois entraram Trabalho e Indústria e Comércio para tratar da questão das bebidas e do transporte de cargas explosivas. Mas o núcleo era Saúde, Previdência e Educação, cujos três secretários-executivos coordenavam a comissão e traçavam o planejamento estratégico para as três pastas, no que compunha a eles: assistência médica, formação pessoal, hospitais universitários, especializações e residência médica, que estavam lá no MEC. Então, os assuntos eram tratados à luz de condicionantes estratégicos gerais de atenção à saúde” (LIMA, 2009, p. 755).

As tentativas de práticas intersetoriais se construía no interior do MS como estratégia de superação de uma estrutura limitada em termos financeiros e políticos à essa época. Diversos expoentes de Movimento Sanitarista já atuavam como técnicos do Ministério da Saúde, do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA), quando são reativadas as Conferências Nacionais de Saúde mediante convocação por decretos ministeriais. Em um Estado burocrático-autoritário, o regime militar - em tempos de abertura - acena com a necessidade de **modernizar** seus aparatos de saúde, propondo a criação de um Sistema Nacional que **estimulasse a coordenação entre as múltiplas ações pulverizadas nas**

**diversas instâncias de governo**, estabelecendo um mínimo de racionalidade operacional (CASTRO, 1992).

Assim, a palavra intersectorialidade aparece na VII CNS nas falas do ministro de Estado da Saúde e do representante da OMS repetidamente (8 vezes) seja como conceito intersectorial, relações intersectoriais, vinculação dos programas do setor saúde com os de outros setores, intersectorial, coordenação intersectorial, participação real e efetiva de outros setores e ação independente do setor saúde. Ela surge inscrita na conferência primeiramente no pronunciamento do ministro de Estado da saúde como um conceito muito aceito nas últimas décadas. Afirma Waldyr Arcoverde que este conceito:

*[...] deriva sem dúvida das observações recolhidas do desequilíbrio sempre existente entre necessidades e recursos, pois a capacidade para atender não aumenta com a mesma rapidez e surge o conflito entre as instituições que administram os serviços, os profissionais que os prestam e a comunidade que os recebe.[...].*

Ao iniciar o governo Figueiredo, a crise em que estava mergulhada a economia brasileira já havia experimentado uma evolução suficiente para torná-la um fato patente, uma realidade impossível de ser ignorada. Aliado a isso, a crise social se torna visível. Um grande contingente da população passa a viver nas periferias das grandes metrópoles, fora do mercado de trabalho formal e, conseqüentemente, sem usufruir da assistência médica previdenciária. Como consequência disso, muda-se também o quadro nosológico do Brasil. Além das doenças contagiosas e infecciosas (que são típicas de populações pobres), passam a ter importância visível as doenças características das sociedades industrializadas. Este quadro reflete diretamente um aumento na demanda por assistência médica, que não é garantida pelo aparelho Estatal. Temos o aumento da busca dos usuários por assistência médica do Ministério da Saúde, ou dos governos municipais (que, nesse momento, começam a estruturar os seus serviços sem receberem cooperação financeira dos outros níveis de governo), que não tinham aparatos institucionais e de profissionais aptos a atenderem essas demandas crescentes.

Assim, a fala do ministro reflete esse quadro social e econômico em “desequilíbrio” vivenciado pela sociedade brasileira naquele momento histórico. E é dessa conjuntura que, para o Ministro de Estado da Saúde, deriva o conceito intersectorial. Este representa para o mesmo **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**. Reportava-se por exemplo, a assistência médico-sanitária

desse período, com crescimento da rede ambulatorial aquém das demandas e pressões oriundas dos movimentos sociais da época (quadro I).

**QUADRO I**  
**Estabelecimentos Públicos por Espécie,**  
**segundo as Grandes Regiões**

Grandes Regiões	Estabelecimentos Públicos					
	Postos de Saúde	Centro Saúde	Clínica ou PAM	Pronto Socorro	Unidade Mista	Hospital
Brasil Abs.	4.950	11.553	1.817	151	554	1.149
%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Norte	1.126	290	24	2	132	69
	22,7	2,5	1,3	1,3	23,8	6,0
Nordeste	2.803	3.121	383	11	377	526
	56,6	27,0	21,0	7,3	68,0	45,8
Sudeste	619	4.452	913	128	26	318
	12,5	38,5	50,2	84,7	4,6	27,7
Sul	198	2.845	455	6	1	131
	0,5	24,6	25,0	3,9	0,1	11,4
C. Oeste	204	845	42	4	19	105
	7,7	7,4	2,5	2,8	3,5	9,1

Fonte: IBGE, AMS – 87.

**Fonte: SOPHIA, 2005**

O ministro, entretanto, deixa de mencionar as reais causas desse “desequilíbrio” que está relacionado internacionalmente a crise mundial do capitalismo que, em 1979 e nos anos iniciais da década de 1980, atinge todos os países detentores desse sistema social e econômico, levando-os a recessão. Ademais, em âmbito nacional, a crise só acirra as outras crises vivenciadas pela sociedade brasileira nos âmbitos político e econômico. Desse modo, o conceito intersetorial como fomentado pelo ministro constitui uma alternativa que operacionalmente não apresentava indícios de sua efetivação no momento da VII Conferência Nacional de Saúde. Sua expressão poderia ser sintetizada assim: otimizar parques recursos em um contexto de grande demanda.

Outra fala instigante do ministro relaciona-se à sua concepção de saúde, que segundo ele caracteriza-se por ser :

*[...] a aspiração social menos controversa do ponto de vista político, pode ser utilizada como terreno neutro para promover o diálogo sobre as questões de desenvolvimento e criar o clima*

*político e os mecanismos necessários para um verdadeiro diálogo entre dirigentes políticos e interesses sociais [...].*

Sabe-se que, durante o processo de realização da VII Conferência Nacional de Saúde, o movimento pela reforma sanitária já detinha visibilidade política enquanto aglutinador e vetor de reflexão e ação políticas com seu lema “Saúde e Democracia”. Especialmente no início dos anos 80, o MRS propõe uma linha tática de ocupação dos espaços institucionais e a formulação/implementação ativa de políticas de saúde frente à crise das políticas de saúde adotadas pelo Estado brasileiro. O movimento pela reforma sanitária se mostrava contrário à maioria das políticas públicas governamentais, seja pela não concordância com uma política que excluía grande parte da população desempregada, seja pela crítica as práticas adotadas para o atendimento da população e pela baixa legitimidade de ação que tinha o Ministério da Saúde naquele momento histórico.

Além disso, propunha a representação direta da sociedade, a ser institucionalizada no interior do aparato estatal, para legitimar a si própria e aos interesses de que é portadora na formulação, implementação e controle social da política de saúde. Vale destacar ainda que o movimento pela reforma sanitária tenta participar e ter direito a voz nesta conferência. Entretanto, não obteve êxito em sua tentativa, já que esta conferência também denominada por Escorel & Bloch (2006) como “modernização conservadora”<sup>3</sup> manteve seu caráter de ser fechada no aparelho de estado.

Ademais, para o ministro, a implementação de mudanças no setor saúde requeria coragem e determinação, em um momento em que se procurava soluções mais econômicas para distribuir uniformemente os escassos recursos. Ao enfatizar as estratégias para mudanças no setor saúde discorre que:

*A estratégia objeto de discussão nesta conferência reflete o enfoque social, humano, e pragmático que se deseja e de expressão real das relações intersetoriais de saúde.*

Assim, podemos evidenciar que para o ministro a conferência refletia um enfoque social – expresso pela necessidade de oferecer com os recursos “escassos” existentes, um atendimento a maioria da população e “especialmente para os mais pobres”, ou seja, o que estava posto como diretriz a ser seguida pela política de saúde era uma política “pobre para os pobres”. Ademais, o enfoque “pragmático” (que segundo o dicionário da língua

---

<sup>3</sup> Esta conferência apesar de tentar traçar algumas propostas de mudanças no sistema de saúde ainda mantinha os traços que conservavam uma vertente que impossibilitava a população de ter direito a se expor enquanto sujeito ativo no processo de discussão da política de saúde brasileira (ESCOREL; BLOCH, 2006).

portuguesa significa utilizar por critério da verdade o valor prático das coisas em detrimento do seu valor teórico) sinaliza que este toma como cerne para resolver os problemas sociais da saúde a prática das relações intersetoriais. Pode-se inferir que o problema é tido como falta de prática operacional e não como um problema econômico, político. Desconhece-se toda a conjuntura econômica e política vivenciada pela sociedade brasileira naquele momento histórico e limita-se a taxar o problema como falta de pragmatismo. A intersetorialidade delinea sua face conhecida – sua dimensão instrumental, caracterizada pela ação articulada entre diferentes setores.

Para defender a expressão real das relações intersetoriais, o ministro recorre a 3 argumentos: político, econômico e social.

*É politicamente aceitável, ao propor um sistema hierarquizado de serviços para atendimento de toda a população e prioritariamente as classes mais pobres, com a participação efetiva e consciente das comunidades, diretamente através de suas lideranças legítimas, e ensejando a vinculação dos programas do setor saúde com os de demais setores [...] É economicamente viável, ao aplicar procedimentos em estreita relação com recursos existentes, oportunizando a solução da maioria das situações no primeiro elo da cadeia de referência e canalizando apropriadamente as demais [...] É socialmente desejável ao estender os benefícios à maioria, respeitando a cultura e a tradição.*

A intersetorialidade é uma estratégia de implantação da atenção primária no Brasil. Este será também o eixo estruturante do discurso do diretor da OMS na VII Conferência. Este tem um discurso marcado por influências da conferência sobre cuidados primários em saúde. Menciona Alma-Ata para corrigir as injustiças – diferenças existentes e iniciar o processo de mudança que consiste em alcançar, para todos os povos do mundo, um grau de saúde que lhes permite levar uma vida social e economicamente produtiva. Relata a conferência brasileira como a *ágora* ideal para o estudo e debate dos métodos e dos meios para que o Brasil cumpra a obrigação sua de cuidar e melhorar a saúde de sua população ao mesmo tempo em que solidariamente contribui para o esforço mundial da meta: saúde para todos no ano 2000. Menciona, ainda, que o marco conceitual e operativo de Alma-Ata não poderá se desenvolver sem a participação real e efetiva de outros setores. Defende que, a meta de saúde para todos não poderá ser alcançada com a ação isolada e independente do setor saúde e sem um esforço permanentemente coordenado dos setores econômicos e sociais.

Para tanto, a operacionalização da coordenação intersetorial: através da coordenação entre as políticas nacionais de desenvolvimento mediante harmonização entre elas e mútuo apoio é central. Exemplifica a possibilidade da existência de um:

*[...]Um **conselho nacional de saúde**<sup>4</sup>, aberto à representação de outros setores, pode completar o mecanismo de coordenação intersetorial, pelo menos a nível federal. Não escapará aos presentes nesta conferência Nacional de Saúde a necessidade de fortalecer e dinamizar os correspondentes mecanismos que façam falta [...]*

Explicita aqui seu desconhecimento sobre a existência, desde 1941, do CNS. Com funções de assessoramento e articulação, o CNS – criado em 1937-, era um instrumento hipercentralizado, que se prestava a articular e mediar interesses do restrito grupo de segmentos com acesso à decisão, via de regra através não da representação direta, mas dos chamados “anéis burocráticos” (CARVALHO, 1992). A partir de 1970, com a promoção, proteção e recuperação da saúde como foco nos debates, cabe ao Conselho “examinar e emitir parecer sobre questões ou problemas relativos à promoção, proteção e recuperação da saúde, que sejam submetidos à sua apreciação pelo Ministro de Estado, bem como opinar sobre matéria que, por força de lei, tenha que ser submetida à sua apreciação” (BRASIL, 2007).

Assim, intersetorialidade e a atenção primária se estruturam em um discurso simplificador e esvaziado de sua dimensão política e ideológica.

Depois de um período de quase 6 anos da realização da VII conferência nacional de saúde, ocorreu em 1986 a VIII conferência. Esta conferência é um marco na história da política de saúde brasileira. O regimento interno especial da VIII CNS determinava que a sua finalidade seria obter subsídios que contribuiriam para reformular o Sistema Nacional de Saúde, além de criar elementos para se debater a saúde na futura Assembleia Nacional Constituinte (BRASIL, 1986). Doimo e Rodrigues (2003) destacam que a VIII

---

<sup>4</sup> Com funções de assessoramento e articulação, os conselhos surgidos antes da CF 88 (como foi o caso do CNS – criado em 1937) eram instrumentos hipercentralizados, que se prestava a articular e mediar interesses do restrito grupo de segmentos com acesso à decisão, via de regra através não da representação direta, mas dos chamados “anéis burocráticos” (CARVALHO, 1992, p.30). A partir de 1970, com a promoção, proteção e recuperação da saúde como foco nos debates, cabe ao Conselho “examinar e emitir parecer sobre questões ou problemas relativos à promoção, proteção e recuperação da saúde, que sejam submetidos à sua apreciação pelo Ministro de Estado, bem como opinar sobre matéria que, por força de lei, tenha que ser submetida à sua apreciação” (BRASIL, 2009, sp).

Conferência, ocorrida em março do 1986, não por acaso meses antes da eleição dos deputados constituintes em novembro.

O processo de preparação da VIII Conferência foi então desencadeado através do estímulo e apoio à realização das pré Conferências estaduais e da ampla divulgação do temário temário para a discussão na sociedade em geral. Todos os estados brasileiros realizaram suas pré Conferências, sendo que alguns tiveram várias conferências municipais antes do evento estadual, como foi o caso de Minas Gerais, Paraná, Sergipe e Pará.

Estes encontros se constituíram, realmente, em fóruns representativos de debate, contando sempre com a participação de mais de mil pessoas e aprovando relatórios finais que muito contribuíram como subsídios para o debate nacional. Para Doimo e Rodrigues (2003)

[...] um amplo espectro de movimentos de saúde [...] ganha uma unidade orgânica, reunindo lideranças e bases dos diferentes princípios ético-políticos. [...] resultou a confluência de todas as forças de esquerda ligadas à questão da saúde, instaurando-se um efetivo (e novo) **espaço público**, capaz de produzir, acima das diferenças e especificidades, um consenso em torno das diretrizes que viriam a compor o capítulo II da Seguridade Social, especialmente na Seção II da Saúde como parte do Título III, da Ordem Social (DOIMO; RODRIGUES, 2003, p. 104).

Os temas principais debatidos na VIII conferência propunham três questões cruciais: Saúde como dever do Estado e de direito do cidadão, reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento setorial. Algumas propostas, que tinham longa trajetória de debate no campo da antiga oposição em saúde, encontram, agora, diferentes percepções e alternativas, uma vez que eram submetidas à discussão pelas diversas representações da sociedade civil, das instituições oficiais e dos partidos políticos.

Optou-se assim pela discussão das diretrizes da política de saúde global, que orientasse, na continuidade do debate, as discussões sobre os temas específicos. Estes, em número de 22, teriam o seu debate nacional realizado posteriormente, enfatizando a implementação da política setorial proposta naquelas ações que lhe são próprias.

As ideias debatidas pelo movimento pela reforma sanitária não eram fruto da VIII conferência. Ao contrário, aquelas propostas tinham história e se sedimentaram numa

longa trajetória de luta política. O movimento sanitário conquista, através de trabalho político intenso e articulado, alguns importantes postos de condução da política setorial, conseguindo uma articulação que atinge partidos políticos, organizações sindicais, associações de moradores e instituições do aparelho do Estado.

Estes fatos marcaram de forma importante a conjuntura do início do Governo Sarney em 1985. A morte de Tancredo Neves, as relações de José Sarney com o PMDB e a reforma ministerial trouxeram incertezas. Esses movimentos de gangorra repercutem intensamente em todos os setores do Governo e a política de saúde não foi uma exceção. Em relação à intersectorialidade não há, nesta conferência tanto nos anais quanto no relatório final, menção a este assunto explicitamente. A mesma aparece subliminar através do conceito ampliado de saúde. Em seu tema 1 “Saúde como direito”, o relatório final da 8ª CNS assim a conceitua.

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

Assim, a saúde vincula-se a amplas áreas que são de responsabilidade de execução de outros setores. Os muros da saúde se expandem para além dela, numa clara definição do projeto societário que se almejava construir. Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade e com democracia.

Esse direito não se materializa, simplesmente pela sua formalização no texto constitucional. Há, simultaneamente, necessidade do Estado assumir explicitamente uma política de saúde consequente e integrada às demais políticas econômicas e sociais com intersectorialidade, assegurando os meios que permitam efetivá-las. Entre outras condições, isso seria garantido mediante o controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais e econômicas pela população (NETO, 2003).

### 3. Considerações Finais

Podemos sinalizar que o debate da intersetorialidade no processo de construção da política de saúde brasileira pode ser dividido em dois eixos: a discussão fomentada pela VII conferência nacional de saúde e a discussão de intersetorialidade subliminar desenvolvida pelo movimento sanitário na VIII conferência.

Na VII conferência nacional de saúde o argumento em torno da intersetorialidade foi estruturado a partir de afirmações que priorizaram o aspecto meramente técnico de articulação entre os setores visando a ampliação do acesso a saúde para a população pobre lidar com os escassos recursos existentes e oferecer serviços para os necessitados de atenção a saúde, especialmente os mais pobres. Tratar-se-ia de minimizar os efeitos da crise econômica estrutural do capitalismo oferecendo uma política de saúde focalizada nesses segmentos “mais frágeis” da população brasileira.

Ao adentrarmos o olhar para VIII Conferência notamos que a discussão da intersetorialidade com essa nomenclatura não aparece tão explicitamente como ocorrido na VII conferência. O argumento aqui muda. A intersetorialidade não foi debatida como algo isolado; ela aparece subliminar quando se discutia, por exemplo, a necessidade da realização de mudanças sociais, econômicas e societárias amplas que não congregariam apenas o setor saúde. Nesse sentido, a intersetorialidade seria a consequência e não a causa da resolução dos problemas sociais.

### 4 Referências

BEHRING, E. R. ; BOSCHETTI, I. **Política social**: fundamentos e história. São Paulo: Cortez, 2006.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. As conferências ao longo da história. 2007. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/apresentacao/historia.htm>>. Acesso em: 10 maio 2009.

\_\_\_\_\_. **Ministério da Saúde**. Histórico do Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/apresentacao/historia.htm>>. Acesso em: 10 maio 2009.

\_\_\_\_\_. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. 8.; 1986. **Anais...** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 1986.

\_\_\_\_\_. **VII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1980.

CASTRO, Maria Helena Guimarães de. Conflitos e interesses na implementação da Reforma da política de saúde. **Saúde em Debate**, São Paulo, n.35, p. 15-21. 1992.

DOIMO, A. M. ; RODRIGUES, M.M.A. A formulação da nova política de saúde no Brasil em tempos de democratização: entre uma conduta estatista e uma concepção societal de atuação política. **Revista Política e Sociedade**, Florianópolis, v. 2, n.3, p. 95-115, out. 2003.

ESCOREL, S.;BLOCH, R. A. As conferências nacionais de saúde na construção do SUS. In: Lima, N. T. GERSCHMAN, S.; EDLER, F.C.; SUÁREZ (Orgs). **Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.83-119.

LIMA, Mozart Abreu. A saúde entre o Estado e a sociedade. **História, ciência e saúde – Manguinhos**. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=5010459702003000500014&lng=en&nrm=isso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=5010459702003000500014&lng=en&nrm=isso)>. Acesso em: 1º jun. 2009.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves**: apontando mudanças para os modelos tecnoassistenciais. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-14.pdf>>. 2003. Acesso em: 1º jun. 2009.

NETO, E. R. **Saúde promessas e limites da constituição**. São Paulo: Fiocruz, 2003.

PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo v. 32, n. 4, p. 299-316, ago. 1998.

SOPHIA, Daniela Carvalho. **Os intelectuais da saúde e a invenção das utopias: 1970-1990**. 2005. 120f. Dissertação (Mestrado em Política Social)–Programa de Pós-Graduação em Política Social da Escola de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2005.