



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB
DEPARTAMENTO DE SAÚDE – CAMPUS JEQUIÉ



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM ENFERMAGEM E
SAÚDE**

TATIANE OLIVEIRA DE SOUZA

**INTERSETORIALIDADE: UM CONTEXTO EM POLÍTICA PÚBLICA
DE SAÚDE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**JEQUIÉ/BA
2014**

TATIANE OLIVEIRA DE SOUZA

**INTERSETORIALIDADE: UM CONTEXTO EM POLÍTICA PÚBLICA
DE SAÚDE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB, área de concentração em Saúde Pública, para apreciação e julgamento da Banca Examinadora.

Linha de pesquisa: Política, planejamento e gestão em saúde

Orientadora: Prof.^a PhD. Luzia Wilma Santana da Silva

JEQUIÉ/BA

2014

S719 Souza, Tatiane Oliveira de.
Intersetorialidade: um contexto em política pública de saúde na estratégia de saúde da família/Tatiane Oliveira de Souza.- Jequié, UESB, 2014.
122 f. il.; 30cm.

Dissertação (Programa de pós-graduação em Enfermagem e Saúde)-Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2014.
Orientadora: Profª. PhD. Luzia Wilma Santana da Silva.

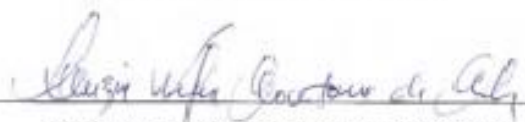
1. Saúde pública – Ação intersetorial 2. Saúde da família – Assistência integral 3. Sistema Único de Saúde no Brasil - Intersetorialidade 4. Política pública de saúde no Brasil – Ação intersetorial I. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia II. Título.

CDD – 614.9

FOLHA DE APROVAÇÃO

SOUZA, Tatiane Oliveira de. **Intersetorialidade: um contexto em política pública de saúde na Estratégia de Saúde da Família**. 2014. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós- Graduação em Enfermagem e Saúde, área de concentração em Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB. Jequié, Bahia.

BANCA EXAMINADORA



Prof.ª Dr.ª Luzia Wilma Santana da Silva
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB
Orientadora e Presidente da Banca Examinadora



Prof.ª Dr.ª Flaminia Manzano Moreira Lodovici
Pontificia Universidade Católica de São Paulo



Prof.º Dr.º Hernane Borges de Barros Pereira
Universidade do Estado da Bahia

Jequié/BA, 28 de janeiro de 2014.

Se, na verdade, não estou no mundo para simplesmente a ele me adaptar, mas para transformá-lo; se não é possível mudá-lo sem um certo sonho ou projeto de mundo, devo usar toda possibilidade que tenha para não apenas falar de minha utopia, mas participar de práticas com ela coerentes.

Paulo Freire

DEDICATÓRIA 1:

À Santíssima Trindade, por Cristo, com Cristo, em Cristo, a vós, Deus Pai todo poderoso, na unidade do Espírito Santo, toda a honra e toda a glória, agora e para sempre. Amém!

DEDICATÓRIA 2:

Àqueles que teceram junto comigo;
Lançaram luz durante essa trajetória, seguraram minhas mãos
e esquentaram meu coração.
Luzia Wilma e Benedito Tourinho.

DEDICATÓRIA 3:

Dedico este trabalho aos Coordenadores das Equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Jequié/BA, em especial àqueles que ainda atuam acreditando ser possível fazer da ESF um espaço que possibilite o acolhimento, o vínculo, a construção de espaços de trocas e de valorização das subjetividades, onde se possam construir redes de redes, buscando a efetivação da intersetorialidade no Sistema Único de Saúde.

AGRADECIMENTOS

À razão da minha existência, o meu **Deus**, que me deu o dom da vida e ao longo dela me carrega nos braços; que desde a minha origem faz de mim uma pessoa agraciada e feliz. Obrigada, Senhor, por iluminar meus passos e permitir que eu concretize mais um sonho.

À minha mãe Santíssima, **Nossa Senhora**, que está sempre intercedendo a Deus por mim. Acredito que *“o amor com que Deus ama o mundo, chega a nós por teu olhar”* (Comunidade Shalom).

Aos meus pais, **Nivaldo e Lecy**, pelo amor, cuidado e orações em favor da minha vida e dos meus projetos.

À minha amada irmã, **Thamires Oliveira**, sempre dedicada e amorosa. Muito obrigada por TUDO.

Ao meu eterno namorado, **Jocinei Constâncio**, por sonhar junto comigo – mais que isso, por ser um grande encorajador dos meus anseios. E por há pouco, ter sido agraciado junto a mim, com a realização de um grande sonho – a concepção do fruto do nosso amor, nosso bebê – nem sabemos ainda o sexo, mas o que importa? Temos a certeza de que será uma criança muito amada e abençoada por Deus, pois foi dEle que o nosso amor nasceu e foi Ele que nos presenteou com tamanha graça. Amo vocês!

Aos familiares, especialmente, àqueles que estão sempre perto – “mesmo quando distantes” – e demonstram todo amor e admiração.

À **família Constâncio**, nas pessoas de D. Coleta e Sr. Joaquim, obrigada pelo acolhimento e amor a mim dedicado.

À **Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB)**, representada pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES), pela oportunidade de cursar a pós-graduação tornando possível o meu crescimento pessoal e profissional.

À **Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB)**, pela concessão da bolsa de pesquisa e o apoio financeiro que, durante os meses iniciais, foi indispensável para a realização das atividades da pós-graduação.

Aos **Coordenadores das Equipes de Saúde da Família de Jequié/BA**, pela essencial contribuição, ao participarem como atores nesta pesquisa, por doarem o seu tempo, acolhendo-me, em meio às muitas atribuições.

Ao **NIEFAM**, que, desde a graduação, me possibilitou conviver num espaço em que o ensino-pesquisa-extensão caminham juntos, de modo tão efetivo, e por isso mesmo me sensibilizou, despertando o meu olhar para a intersectorialidade das ações em saúde.

Ao **LABENF**, nosso local de estudos, onde compartilhamos saberes. De modo especial à Ane e Tiara, pelas mãos sempre estendidas a me ajudar.

Aos Professores doutorandos **Jair Magalhães** e **Vanda Palmarella**, por terem me apoiado durante a seleção do mestrado, sendo sempre solícitos e disponíveis no compartilhar de suas experiências e conhecimentos.

Às Professoras **Marizete**, **Deusa** e **Eulina**, pelo incentivo e por se mostrarem sempre encorajadoras e torcedoras nessa trajetória.

Aos **colegas de turma**, com quem vivenciei momentos agradáveis e ampliei meus conhecimentos e redes de relacionamentos. Em especial, agradeço a **Doane Martins**, pela amizade construída. Saiba que você foi essencial durante todo esse caminhar. Estou certa de que nossa amizade não se trata apenas de uma parceria acadêmica, mas estaremos para além disso, pois alicerçamos laços sólidos. Obrigada!

À **Leinad**, agradeço pela sensibilidade empreendida ao lançar seu olhar atencioso e competente sobre os aspectos técnicos da Língua Portuguesa.

Aos grandes amigos **Geisa**, **Charles**, **Moema**, **Tiago**, **Nauana**, **Samara**, **Joedson**, **Viviane**, **Ana Maria** e **Silvana**, pela amizade, apoio e incentivo. Amo Vocês!

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Ao doutorando **Benedito Tourinho Dantas**,

Como descrever o que você representou na elaboração deste trabalho? Essa questão me fez recordar o nosso primeiro encontro de estudos – “em seu lar, doce e aconchegante lar” – você, estudioso das ciências exatas, estava sendo desafiado pela minha orientadora e por mim a conhecer e enveredar para outras áreas de conhecimento, contribuindo conosco no desenvolvimento deste estudo. Você, como um competente pesquisador que é, lançou-nos também uma provocação – a de saber se estávamos dispostas a adentrar no mundo das ciências duras, no universo quantitativo, debruçando-nos sobre os estudos de Análise de Redes Sociais, temática esta distante de nossas pesquisas, até então. Assim, o desafio lançado, e aceito por ambas as partes, foi o de desenvolver um estudo multidisciplinar, em que a intersectorialidade já se fazia presente desde a origem.

A partir daí, seguimos uma longa discussão e fomos traçando nossos objetivos, estabelecendo prazos, discutindo os ‘multiversos universos’ aos quais o estudo nos conduzia. Foram momentos de grande aprendizado profissional e pessoal. A cada nova situação percebia o quanto você – em meio a tantas atividades pessoais a cumprir – tinha que dedicar seu valioso tempo a este trabalho, sempre com muita disposição, numa alegria contagiante e recepção calorosa. Aprendemos muito contigo, ressaltando que não apenas a compreensão do *software* UCINET, mas, para além dele, ratificamos a certeza de que como diz o ditado popular – “*Mais vale um amigo na praça que dinheiro em caixa*”. Digo isso, pois sei que alcancei mais um grande amigo em minha rede de relações, graças à intermediação de Luzia.

A dedicação que empreendestes a este trabalho nos possibilita hoje fazer este agradecimento, tendo a certeza de que alcançamos o nosso objetivo, mesmo sabendo que para que ele se cumprisse você, mesmo estando vivendo momentos delicados em relação à sua saúde, não nos deixou sozinhas, pelo contrário, participou ativamente e de maneira singular na concretização deste estudo.

Pelo exposto, hoje, ao findar esta etapa de tantas vitórias e aprendizado, ofereço esta homenagem a você, com muita satisfação, reconhecendo que sua participação na elaboração do nosso trabalho foi singular e enriquecedor. Saiba que serei grata a ti por toda a vida, e não

há nada no mundo que se faça como recompensa por toda a sua dedicação e empenho ao nosso estudo.

Peço ao maravilhoso Deus – o Maior *ser* existente, de onde emana toda a luz e sentimentos bons – que permaneça sempre ao seu lado, concedendo-te saúde, amor, paz, prosperidade... Que você continue a contribuir com a Ciência, transmitindo aos que a ti chegarem seu conhecimento, como fizestes comigo. Sem palavras... MUITO OBRIGADA!

À minha querida orientadora – **Prof.^a PhD. Luzia Wilma Santana da Silva**

Falar em *ser* de LUZ me remete instantaneamente a você, que é um destes seres no meio de nós... tão especial que está sempre a iluminar nossas mentes, nos ajudando a crescer pessoal e profissionalmente. Deus colocou você em minha vida, esta honra tive desde a graduação, oportunidade que fui sua aluna. Saiba que o novo e feliz reencontro, ao longo desses quase dois anos, foi para mim de grande alegria. Sempre te admirei, não somente pelo seu preciosíssimo conhecimento científico, mas, principalmente, pela sua disponibilidade e capacidade de ajudar ao próximo – recordo-me de todo o empenho e sacrifício a mim dedicado, pois, mesmo estando ‘afastada’ das atividades acadêmicas na UESB, no ano de 2012, para cursar o pós-doutorado, você esteve sempre presente. Obrigada pelas palavras incentivadoras, instigantes e desafiadoras; pela ternura e carinho; por estar lado a lado comigo nesse caminho, aceitando estudar esse “universo tão multiverso” – o das redes sociais. Agradeço também por me incluir em suas redes de relações, possibilitando conhecer pessoas especiais e comprometidas com a Ciência. Obrigada por cuidar de mim e compreender minhas necessidades.

Enfatizo que todas estas palavras aqui registradas não cumprem a função de expressar o quanto sou grata a ti. Obrigada! Que o Espírito Santo continue soprando em ti como sempre, e você possa prosseguir com os grandes contributos à ciência através do amor ao próximo.

“[...] É tão bonito quando a gente entende
Que a gente é tanta gente onde quer que a gente vá
E é tão bonito quando a gente sente
Que nunca está sozinho por mais que pense estar

É tão bonito quando a gente pisa firme
Nessas linhas que estão nas palmas de nossas mãos
É tão bonito quando a gente vai à vida
Nos caminhos onde bate, bem mais forte o coração [...]”

Caminhos do coração – Gonzaguinha

SOUZA, Tatiane Oliveira de. **Intersetorialidade**: um contexto em política pública de saúde na Estratégia de Saúde da Família. [dissertação]. Jequié: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié(BA). 2014. 120p.

Orientadora: Luzia Wilma Santana da Silva.

RESUMO

As transformações que a sociedade moderna vem passando com o advento do pensar integrador, redes em conexão, globalização, têm impactado os setores que compõem o arcabouço político-administrativo de multiversos países, a exemplo o Brasil. Nesse contexto de mudanças, o setor da saúde evidencia-se como uma das áreas que mais passou por modificações ao longo dos últimos 30 anos, sendo perspectivado como um sistema, ou seja, o Sistema Único de Saúde (SUS), cujas ações devem ser desenvolvidas a partir de princípios enoveladores do pensar-fazer integrador. Para que estes sejam efetivados, tem-se como eixo norteador a intersectorialidade, a fim de desviar-se do pensar fragmentador pelo cumprimento do direito à integralidade da assistência e o acesso universal à saúde. O objetivo deste estudo foi conhecer, a partir da visão dos atores, profissionais coordenadores da Estratégia de Saúde da Família (ESF), como acontece o processo de articulação intersectorial na gestão do SUS, no município de Jequié (BA). Tratou-se de uma pesquisa de método misto, não randomizado, sem grupo equivalente e interpretativo-descritivo, realizado no município de Jequié (BA), no âmbito da Atenção Básica, na ESF, aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Protocolo n.º 163.346, conforme a Resolução 466/2012. Os atores foram 13 coordenadores (as) da ESF. Como instrumento para a coleta de dados, foi utilizada uma entrevista semiestruturada. A análise e interpretação dos dados foram orientadas pela proposta interativa e cíclica sugerida por Miles e Huberman na construção de redes de dois modos. Os resultados evidenciaram que o pensar/agir dos coordenadores das equipes da ESF é fragmentador quanto as concepções alicerçadoras da intersectorialidade, demonstrando pouco conhecimento sobre as ações intersectoriais para a exequibilidade da gestão pública de promoção da saúde humana, havendo certo descompasso da gestão municipal de saúde no município investigado, pois a atuação intersectorial – um dos fundamentos e diretrizes da Atenção Básica, consequentemente da ESF – apesar de mencionada, não está sendo exercida em sua globalidade, como assentado na Política Nacional da Atenção Básica, evidenciando-se, desta forma, fragilidade no saber-fazer os encaminhamentos às demandas de cuidados à saúde no SUS. Consideramos que há necessidade de (re)modelamento e sinergia entre as esferas municipal, estadual e federal, os seus diversos órgãos/departamentos/ministérios e outros aos saberes-fazeres no SUS, com vistas ao exercício militante de cuidado da saúde humana em suas dimensões existenciais.

DESCRITORES: Ação intersectorial; Assistência Integral à Saúde; Sistema Único de Saúde; Política de Saúde.

SOUZA, Tatiane Oliveira de. **Intersectionality**: A context in public health policy at the Family Health Strategy. [Dissertation]. Jequié: Post-Graduate Program in Nursing and Health, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié (BA). 2014. 120p.

Advisor: Luzia Wilma Santana da Silva

ABSTRACT

The transformations that the modern society has been experience with the beginning of the integrative thinking, the networks connection and globalization have influenced the sectors that make up the political and administrative framework of multiple countries, such as Brazil. In this context of change, the health sector has evidenced as an area that has gone through multiples changes over the last 30 years, being viewed as a system, i.e. the Unified Health System (UHS), whose actions must be developed from the principles of integrative thinking and action. For these to be achieved, has as a guideline of intersectorality aimed at deviating from thinking fragmenting the fulfillment of the right to comprehensive care and the universal access to health care. The aim of this study was to understand, from the perspective of the actors, coordinators of the Family Health Strategy (FHS) professionals; the process of intersectorality coordination of the UHS, in Jequié (BA). This was a mixed method research, non-randomized, without equivalent descriptive and interpretive group, executed in Jequié (BA) among the primary care environment, the study has the approval by the Research and Ethics Committee of the Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia under the Protocol N° 163 346, according to the Resolution 466/2012 . The actors were 13 coordinators of the FHS. As an instrument to data collection was used a semi-structured interview. The analysis and interpretation of data was drive by the interactive and cyclical proposal suggested by Miles and Huberman in building networks in two ways. The results exhibited that the thinking/acting of the coordinators of the FHS teams is fragmenting as the conceptions of intersectionality demonstrating little knowledge of intersectoral action for the feasibility of public administration to promote human health. There is a certain mismatch of municipal health management among the municipality investigated because the intersectoral action (one of the fundamentals and guidelines for Primary Care, subsequently of the FHS) although mentioned, is not being implemented in its entirety; as placed in the National Primary Care Policy, evidencing thus fragility in the knowing- making referrals to the demands of health care in the UHS. We consider that there is a need of (re) modeling and synergy between local, state and federal levels, among its various agencies/departments/ministries and other knowledge/makings in the UHS, with views to the militant pursuit of human health care in its existential dimensions.

DESCRIPTORS: Intersectoral action; Comprehensive Health Care; Unified Health System; Health Policy.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	Espiral do conhecimento – Modelo SECI	53
FIGURA 2	Representação Conceitual do Ba	54
FIGURA 3	Estratégia de métodos mistos	63
FIGURA 4	Visualização do <i>UCINET 6</i>	73
FIGURA 5	Créditos do software utilizado para análise das redes de afiliação	74
FIGURA 6	Rede Bipartida da Questão 1	78
FIGURA 7	Rede de 1 Modo gerada a partir da rede de afiliação da figura 6	80
FIGURA 8	Rede bipartida formada pelas respostas abertas da Questão 2	82
FIGURA 9	Rede desdobrada para Matriz de 01 modo para matriz do quadro 7	83
FIGURA 10	Rede bipartida formada pelas respostas abertas da questão 3	87
FIGURA 11	Rede desdobrada de 1 Modo para matriz do quadro 10	89
FIGURA 12	Rede bipartida formada pelas respostas abertas da questão 4	92
FIGURA 13	Rede desdobrada de 1 Modo para matriz do quadro 13	94
FIGURA 14	Rede bipartida formada pelas respostas abertas da questão 5	97
FIGURA 15	Rede desdobrada de 1 Modo para matriz do quadro 16	99

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	Distribuição das USF por nome, quantidade de equipe e localidade, no município de Jequié, BA	65
QUADRO 2	Características sociodemográficas, dados educacionais e vínculos profissionais dos coordenadores da ESF do município de Jequié/BA, 2013	68
QUADRO 3	Matriz retangular binária das respostas da Questão 1	77
QUADRO 4	Indicadores da rede bipartida formada pelas respostas da Questão 1	79
QUADRO 5	Matriz de um modo desdobrada da matriz de dois modos da Questão 1	80
QUADRO 6	Matriz retangular formada pelas respostas abertas da questão 2	81
QUADRO 7	Matriz quadrática de atores formada pelo desdobramento das dimensões da questão 2	83
QUADRO 8	Matriz de adjacência da questão 2 segmentada em quartis de densidade	84
QUADRO 9	Matriz retangular formada pelas respostas abertas da questão 3	86
QUADRO 10	Matriz quadrática de atores formada pelo desdobramento das dimensões da questão 3	88
QUADRO 11	Matriz de adjacência da questão 3 segmentada em quartis de densidade	89
QUADRO 12	Matriz retangular formada pelas respostas abertas da questão 4	91
QUADRO 13	Matriz quadrática de atores formada pelo desdobramento das dimensões da questão 4	93
QUADRO 14	Matriz de adjacência da questão 4 segmentada em quartis de densidade	95
QUADRO 15	Matriz retangular formada pelas respostas abertas da questão 5	96
QUADRO 16	Matriz quadrática de atores formada pelo desdobramento das	98

dimensões da questão 5.

QUADRO 17	Matriz de adjacência da questão 5 segmentada em quartis de densidade	100
------------------	--	-----

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Densidade da matriz por quartil da resposta da questão 2	85
TABELA 2	Densidade da matriz por quartil da resposta da questão 3	90
TABELA 3	Densidade da matriz por quartil da resposta da questão 4	95
TABELA 4	Densidade da matriz por quartil da resposta da questão 5	101

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
AF	Atividade Física
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
APAC	Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade e Alto Custo
ARS	Análise de Redes Sociais
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CERAJE	Central de Regulação da Assistência à Saúde de Jequié
CAPS	Centros de Apoio Psicossocial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNES	Conselho Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
CF	Constituição Federal
DLIS	Desenvolvimento Local, Integrado e Sustentável de Manguinhos
DIRES	Diretoria Regional de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HGPV	Hospitalar do Hospital Geral Prado Valadares
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LOS	Leis Orgânicas de Saúde
LILACS	Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
ONG	Organizações não governamentais
PDR	Plano Diretor Regional
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PBF	Programa Bolsa Família

PCCFF	Programa Cesta-Cheia, Família Feliz
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSE	Programa de Saúde na Escola
PSF	Programa de Saúde da Família
PVSB	Programa Viva Seu Bairro
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PA	Pronto Atendimento
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SAMU	Serviço de Atenção Móvel de Urgência
SECI	Socialização, Externalização, Combinação e Internalização
SESAB	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
SESC	Serviço Social do Comércio
SUS	Sistema Único de Saúde
TGS	Teoria Geral dos Sistemas
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
USP	Unidade de Saúde Prisional
UBS	Unidades Básicas de Saúde
USF	Unidades de Saúde da Família
UESB	Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

SUMÁRIO

	CAPÍTULO I	21
1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	22
	CAPÍTULO II	26
2	O OLHAR ATENTO SOBRE O ESTADO DA ARTE DELINEANDO OS CAMINHOS PARA DESVELAMENTO DA TEMÁTICA EM FOCO	27
2.1	Eixo temático I – os multiversos olhares acerca do conceito da intersetorialidade	28
2.2	Eixo temático II – Programa Saúde da Família: uma estratégia potencial para o desenvolvimento de ação intersetorial	31
2.3	Eixo temático III – a intersetorialidade como elemento presente em programas e/ou projetos brasileiros	34
	CAPÍTULO III	40
3	REFERENCIAL TEÓRICO: ALICERCE DO PENSAR-(RE)VER-AGIR PARA O DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES INTERSETORIAIS	41
3.1	Buscando a compreensão do sistema	41
3.1.1	<i>Apreendendo a significação de sistema</i>	41
3.1.2	<i>Arquétipos de sistemas</i>	44
<u>3.1.2.1</u>	<u>Sistema aberto</u>	44
<u>3.1.2.2</u>	<u>Sistema fechado</u>	46
<u>3.1.2.3</u>	<u>Propriedades dos sistemas abertos aplicados à Teoria Geral do Sistema</u>	46
3.2	Da compreensão do sistema, ao alcance de sua interação e inter-relações – a rede	48
3.2.1	<i>Abrindo as cortinas no palco do saber para vislumbrar um mundo de conexões</i>	48
3.2.2	<i>Desvelando o significado de redes</i>	51
<u>3.2.2.1</u>	<u>Dos nós grafos à gestão do conhecimento dos sentidos e significados à <i>Análise de Redes Sociais (ARS)</i></u>	52
3.3	A rede no direcionamento da intersetorialidade	57

	CAPÍTULO IV	61
4	MÉTODO	62
4.1	Tipo de estudo	62
4.2	Local do estudo	63
4.3	Atores do estudo	67
4.4	Instrumentos para coleta de dados	71
4.5	Questões éticas	72
4.6	Processo de organização e tratamento dos dados	72
	CAPÍTULO V	75
5	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	76
5.1	Um olhar transversalizador nas redes e redes da intersectorialidade no município de Jequié(BA) – de sua configuração à compreensão emergida	101
	CAPÍTULO VI	105
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	106
	REFERÊNCIAS	109
	APÊNDICES	117

CAPÍTULO I



1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

As transformações que a sociedade moderna vem passando, com o advento do pensar integrador, redes em conexão, globalização, têm impactado nos setores que compõem o arcabouço político-administrativo de multiversos países, a exemplo o Brasil.

Nesse contexto de mudanças, o sistema de saúde evidencia-se como um dos setores que mais passou por modificações ao longo dos últimos 30 anos, desde a reforma sanitária, em um *continuum* de idas e vindas à implementação de políticas públicas, em destaque aquelas no âmbito da saúde das populações.

Parafrazeando Junqueira (2000), pode-se dizer que pensar em uma nova visão de mundo requer mudanças de concepção, de linguagem e de superação da forma mecanicista de pensar e agir para se apreender das transformações da sociedade. Capra (1996), ao analisar as transformações em curso, formulou o conceito de paradigma social, o qual trata de uma nova concepção de mundo, que valoriza o pensamento intuitivo, não linear e os valores da cooperação e parceria, em que o poder é nada mais nada menos do que o saber aglutinar percepções de interação, concebido na premissa da influência de outros para o ser inter-relacional. Dessa maneira, o exercício é privilegiar ou dar lugar as interconexões em rede (JUNQUEIRA, 2000). Assim, vê-se que esta visão realça a interdependência, o pensamento sistêmico; logo, exige uma mudança em que se deve enfatizar o todo e não mais as partes separadamente, mas a sua circularidade e recursividade. Assim, a influência ou a inter-relação de mutualidade.

O pensamento sistêmico evoca as relações e interações e possui natureza de teia interconectada, ou seja, de interdependência dos sistemas vivos. Trata-se da abordagem novo-paradigmática da ciência, que enlaça a concepção de redes (BERTALANFFY, 2012). Estas redes se apresentam no universo de mudanças e se originam como linguagem de vínculos e das relações sociais existentes, a partir da interação entre sujeitos - atores sociais que buscam compartilhar a realidade social.

Nas redes, os objetivos são traçados de maneira coletiva, articulando pessoas e instituições, com a finalidade de superar de forma integrada os problemas sociais e buscar suas soluções. A rede social é compreendida como o conjunto de todas as relações que o indivíduo considera como significativas ou define como diferenciadas da massa anônima da sociedade (SLUSK, 1997).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 1999) distingue as redes sociais em: redes sociais primárias, secundárias e intermediárias. A rede primária é constituída por todas as relações significativas que uma pessoa estabelece cotidianamente ao longo da vida. Cada pessoa é o centro da sua própria rede, que é composta por familiares, vizinhos, amigos, colegas de trabalho e organizações das quais participa: políticas, religiosas, socioculturais, e outras. A socialização, que se inicia na infância, leva à construção da rede de relacionamentos, que é importante para o desenvolvimento da identidade individual e coletiva.

As redes secundárias são formadas por profissionais e funcionários de instituições públicas ou privadas; organizações sociais, organizações não governamentais, grupos organizados, associações comunitárias e comunidade, que fornecem atenção especializada, orientação e informação (OPAS, 1999).

As redes sociais intermediárias são constituídas por pessoas com capacitação especializada, denominadas de promotoras, que podem vir do setor saúde, da educação, da igreja ou da própria comunidade. As funções desta rede são de prevenção e apoio.

As redes secundárias e intermediárias formam-se pela atuação coletiva de grupos, instituições e pessoas que defendem interesses comuns. Dependendo do grau de liderança e da força de seus componentes, elas podem ter um grande poder de mobilização e articulação para atingir objetivos (OPAS, 1999).

Adicionadas a tais delineamentos, as ideias de Mendes (2011) corroboram com a definição de que as redes de atenção à saúde são aquelas formadas por meio de um conjunto coordenado de pontos de atenção para assistir às pessoas de maneira contínua e integral. Desse modo, surge a concepção de que a análise das relações de rede pode ser utilizada para o entendimento das políticas sociais (JUNQUEIRA, 2000), fazendo emergir a noção de atividades integradas entre diferentes setores, a fim de vislumbrar possibilidades de resolução de problemas a partir de ações intersetoriais.

Nessa perspectiva, é possível enxergar o sistema de saúde brasileiro por meio deste prisma – de sistema –, pois em seu delineamento inicial o mesmo é assim constituído – o Sistema Único de Saúde (SUS) –, oriundo de movimentos sociais em rede nacional, objetivando o alcance da totalidade na assistência à saúde aos cidadãos brasileiros, sendo ratificado na Constituição Federal Brasileira de 1988 (CF/88) e nas regulamentações das Leis Orgânicas de Saúde (LOS) n.º 8.080/90 e n.º 8.142/90.

A Lei 8.080 dispõe acerca das condições para a promoção, proteção, recuperação da saúde, bem como a organização e funcionamento dos serviços (BRASIL, 1990a). Já a Lei

8.142 trata da participação da comunidade e sobre as transferências dos recursos financeiros entre as esferas de governo na área de saúde (BRASIL, 1990b).

De acordo com o Art. 7º da LOS 8.080/90, as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados controlados ou conveniados que integram o SUS devem ser desenvolvidos a partir de princípios como da integralidade da assistência, entendido como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, necessários à resolução de cada caso em qualquer nível de complexidade (BRASIL, 2006; PAULI, 2007).

Assim, conceituar intersetorialidade não é uma tarefa simples, tendo em vista os multiversos caminhos que se derivam pela complexidade epistemológica desta palavra. No entanto, é consenso na comunidade científica que seu conceito deve derivar-se da via do pensar integrador, pois o desenvolvimento de ações articuladas entre os serviços de saúde e demais órgãos públicos devem integrar a concepção do todo e partes, e assim, o pensar sistêmico, o qual abrange o SUS, potencializando conexões em rede na abrangência da equidade, integralidade e universalidade (BRASIL, 1999).

Nesse delineamento, este estudo teve como premissa teórica os saberes da abordagem sistêmica, seguindo a ideia de estudiosos sistemínicos que enlaçam em seus saberes a intersetorialidade, e outros na abordagem do pensar multireferencial, sendo eles: Bertalanffy (2012); Slusk (1997); Capra (1996); Watzlawick, Beavin e Jackson (1967); Laszlo (1994); Mendes (2011); Andrade (2004); Injosa (2001); Gonçalves; Garcia e Kauchakje (2008); Injosa e Junqueira (2011); Ckagnazaroff e Mota (2003); Franco (2006); e outros que possam subsidiar o pensar integrador.

Quando elegemos essa premissa teórica, fomos ao encontro de um novo paradigma para a gestão, e, naturalmente, pretendíamos buscar a superação da fragmentação das políticas, considerando o indivíduo em sua totalidade e inteireza, no direcionamento dos princípios da igualdade e acesso universal da assistência à saúde. Enlaça, assim, a compreensão de que a integralidade está intimamente relacionada à intersetorialidade e, portanto, para o atendimento à saúde, conforme estabelecido nas legislações – as ações devem ser realizadas de maneira articulada –, o favorecimento do imbricamento de comunicação recursiva e solidariedade social. No entanto, evidenciou-se dificuldade de articulação dos serviços no SUS e a fragmentação das ações (MENDES, 2011; TEIXEIRA & PAIM, 2000; INJOSA & JUNQUEIRA, 2011; FRANCO, 2006).

A evidência desse dado foi o cerne que inquietou e motivou a elaboração deste estudo sobre a intersetorialidade na perspectiva da integralidade, o qual avultou seu perseguir desde a

graduação em Enfermagem, na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), das experiências/vivências em aulas práticas, estágios curriculares na atenção básica e ação voluntariada em projetos de pesquisa e extensão no município de Jequié (BA), também como rondonista do Projeto Rondon, do Ministério da Defesa, na operação realizada no Centro-Norte em Goiás, oportunizando ampliação do olhar sobre intersectorialidade e percepção da lacuna de saberes para a concepção de rede, dado que também foi evidenciado ao explorar o estado da arte no aprofundamento do aperfeiçoamento profissional no âmbito da Pós-graduação *Lato Sensu* em Saúde Pública e no seu prosseguir no Mestrado em Enfermagem e Saúde.

Políticas, Planejamento e Gestão em saúde são áreas enoveladoras da ação cidadã crítico-reflexiva, de fomento de estudos sempre em evolução dinâmica. Essa dinâmica se me apercebe como imperativo para (re)construção de saberes no âmbito da investigação científica. Nesse sentido, ao direcionar o olhar à compreensão das relações intersectoriais no município de Jequié(BA), emergiu a seguinte **questão**: como ocorre o processo de ação intersectorial no município de Jequié(BA)? Para responder a esta questão elencou-se como **objetivo** do estudo:

Conhecer, a partir da visão dos atores, profissionais coordenadores da Estratégia de Saúde da Família (ESF), como acontece o processo de articulação intersectorial na gestão do SUS, no município de Jequié(BA).

A percepção que emergiu à luz deste objetivo é que este estudo possa como meta se reverter em um contributo à gestão municipal nos cuidados aos usuários do SUS. Tendo como relevância o delinear a partir dos atores do sistema, os caminhos percorridos pelos usuários do SUS de modo à avaliação da gestão em saúde, no enlace da intersectorialidade.

CAPÍTULO II



2 O OLHAR ATENTO SOBRE O ESTADO DA ARTE DELINEANDO OS CAMINHOS PARA DESVELAMENTO DA TEMÁTICA EM FOCO

Ao debruçar sobre o universo das publicações acerca da temática intersectorialidade e desvelar as lacunas do conhecimento acenadas pelos estudiosos e transversalizadas com a nossa inquietude, evidenciou-se um momento de iluminação de olhar para enxergar o que nos ensinavam os estudiosos na perspectiva de perscrutarmos as nuances da epistemologia da palavra *intersectorialidade*.

Percorrer os caminhos para alcançar os saberes alicerçadores do objetivo deste estudo, a partir do estado da arte, foi uma tarefa laboriosa, mas de grande valia a nosso *ser* sujeito-pesquisadora. A princípio formulamos a seguinte questão: como está sendo abordada a temática intersectorialidade nas publicações científicas nacionais após a criação do SUS? Desta questão delineamos os descritores: “ação intersectorial *and* promoção da saúde”; “ação intersectorial *and* política de saúde”; “ação intersectorial *and* políticas públicas”; “ação intersectorial *and* saúde”; “ação intersectorial *and* assistência social”; “ação intersectorial *and* política social”; “ação intersectorial *and* saúde coletiva”; “ação intersectorial *and* saúde pública”; “ação intersectorial *and* rede social”; e, “ação intersectorial *and* qualidade de vida”.

O booleano de opção foi o *and*, pois buscamos identificar o maior número de publicações que satisfizessem os descritores supracitados. O recorte de tempo utilizado compreendeu o período: janeiro de 1989 a dezembro de 2013, o qual se justificou pelo fato do início do primeiro ano após a criação do SUS até duas décadas após seu exercício, tempo que julgamos pertinente para ter uma visão da evolução das políticas públicas oriundas do SUS, sobretudo porque nos inquietava empreender uma revisão sistemática crítica, a qual compreende ser uma forma de pesquisa que utiliza como fonte de dados a literatura sobre determinado tema.

Esse tipo de investigação possibilita o acesso a um resumo das evidências relacionadas a uma estratégia de intervenção específica, e para isso aplicam-se métodos explícitos e sistematizados de busca, análise crítica e síntese da informação selecionada (SAMPAIO; MANCINI, 2007).

A busca compreendeu artigos científicos, teses, dissertações e Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), sendo compilados 1.354 estudos, partindo do portal de periódico da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e derivando deste

para as bases Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO). Foi realizada uma exaustiva e cuidadosa leitura dos estudos a partir dos títulos e resumos, com a finalidade de fazer esta primeira seleção, os quais, *a posteriori*, foram refinados, sendo excluídos os estudos que não atendessem aos critérios: período estipulado; idioma em português; não possuir a palavra intersectorialidade como objetivo; e aqueles em repetição nas bases supracitadas.

Desta seleção, compuseram os estudos de análise 26 trabalhos que delineiam os eixos temáticos nominados: *Os multiversos olhares acerca do conceito da intersectorialidade*; *“Programa Saúde da Família – uma estratégia potencial para o desenvolvimento de ação intersectorial”*; e *“A intersectorialidade como elemento presente em programas e /ou projetos brasileiros”*, os quais passamos a delinear para análise compreensiva e fundamentação do estudo que ora se apresenta. Destaca-se que o resultado deste capítulo configurou-se em divulgação científica a partir do encaminhamento da revisão sistemática crítica para publicação no âmbito nacional.

2.1 Eixo temático I – os multiversos olhares acerca do conceito da intersectorialidade

Os estudos que emergiram nesse eixo temático discutem o termo intersectorialidade/ação intersectorial, trazendo à discussão a necessidade de resolver problemas sociais complexos a partir da compreensão do significado desta palavra, reforçando a possibilidade de ampliação dos diversos olhares para um ponto congruente – a concepção de redes interconectadas –, na multidimensionalidade do ser, com destaque à atenção à saúde, no direcionamento da integralidade proposta pelo SUS.

A ação intersectorial é discutida como uma nova perspectiva para resolução de problemas que atinjam uma população residente em um território comum (JUNQUEIRA, 1997; JUNQUEIRA, 2004; SILVA, 2010; PAULI, 2007), sendo as cidades apontadas como o espaço privilegiado para a efetivação da articulação entre os vários setores que compõem seu arcabouço administrativo (JUNQUEIRA, 1997; JUNQUEIRA, 2004; SILVA, 2010; PAULI, 2007). Assim, ao desenvolver ações, sob o prisma da integralidade, busca-se resolver não apenas os problemas de ordem da saúde da população, restrito ao setor saúde, mas aqueles de natureza socioeconômica, educacional, entre outros que atingem os indivíduos.

A esse respeito, Junqueira (2004, p. 34) entende a intersetorialidade como um “fator de inovação na gestão das políticas sociais”, havendo uma mudança na lógica da gestão, que permeia o estabelecimento de parcerias, nas quais os problemas sociais são tratados de modo integrado nas diversas políticas, obedecendo a sua complexidade. Portanto, uma exigência de diferentes olhares de abordar e aglutinar saberes e práticas, ao entendimento e à construção integrada de soluções que garantam melhorias à saúde da população.

Nessa vertente, Silva (2010) trata a intersetorialidade como a articulação entre sujeitos de setores sociais distintos, de saberes, poderes e vontades diversos, para enfrentar problemas complexos. Assim, a autora reafirma a ideia de que a intersetorialidade é uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas, quando se pretende superar a fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população.

Nessa perspectiva, Pauli (2007) aborda que a intervenção em saúde deve ser realizada por sujeitos que possuam um conceito de saúde ampliado e com a cientificidade que ele exige. Para tanto, faz-se necessário um conhecimento interdisciplinar, a fim de buscar práticas que envolvam a integralidade das ações em saúde, como articulação administrativa e política.

Nesse sentido, a intersetorialidade é conceituada, como:

(...) a integração dos vários segmentos que compõem o governo municipal, visando procurar profissionais com boa capacidade técnica, com autonomia de ação e liberdade de atuação voltada para mesmos objetivos, criando uma cultura organizacional de resolutividade dos problemas, observando a teoria da multicausalidade do processo saúde/doença e propondo prioridades na resolução de problemas complexos (PAULI, 2007, p. 62).

Mediante esse conceito, a autora reforça que a intersetorialidade é recomendada não só pela complexidade dos fenômenos que envolvem o setor saúde, mas assentada no pressuposto de ser uma ação complexa, que exige um saber plural de abordagem interdisciplinar ao saber-fazer intersetorial; portanto, uma estratégia de atender às demandas do sistema de saúde. Assim, uma concepção compreensiva de redes e redes em cooperação de alianças e reciprocidades.

Neste sentido, ir ao encontro da concepção de Junqueira (2004), quando nos ensina que, a ação intersetorial possibilita a existência de uma gestão integrada, com eficácia aos problemas da população de um determinado território. Um modo de ver o homem a partir de

sua integralidade e autonomia. Nesse particular, a fragmentação que tem caracterizado a gestão das políticas públicas e sociais não encontra ancoradouro na dimensão intersetorial.

Diante desta multiplicidade de sentidos apresentados, que convergem em seus conceitos, a intersectorialidade é reafirmada como um meio de intervenção na realidade social, o que implica na articulação de instituições e pessoas, que integram e articulam saberes e experiências, e, portanto, estabelecem um conjunto de relações, compondo rede de redes (JUNQUEIRA, 2004).

A rede pode ser entendida “como um emaranhado de relações das quais os indivíduos constituem os nós, significando uma transformação das ideias sobre a organização social” (JUNQUEIRA, 2004, p. 29). A rede de organizações constitui pactos de cooperação, de alianças e de reciprocidade.

A rede é tratada também como uma nova realidade que pode ser incorporada no interior das organizações gestoras das políticas municipais. Isso traz para os diversos atores, parte dessa rede, a exigência de se inter-relacionarem, compondo um novo tecido (JUNQUEIRA, 1997), de tramas abertas e entremeadas pela interdisciplinaridade. Assim, a partir de novas práticas de cooperação, é possível estabelecer um meio de encontrar saídas para intervir na realidade social complexa. Entretanto, nos dias atuais têm-se ainda muita dificuldade de incorporar a metáfora de rede, e seus efeitos tanto no plano das organizações como da sociedade (JUNQUEIRA, 2004).

Sobre o exposto, Junqueira (1997), ao realizar um estudo na cidade de Fortaleza(CE), reconheceu que a mudança na lógica da gestão das políticas setoriais para intersectoriais encontrava, no caminho, nós críticos, sinalizando a necessidade de mudanças na gestão. Segundo o autor, a Prefeitura Municipal procurou redefinir seu aparato governamental; adaptar-se a uma nova organização; introduzir um novo modo de gerenciar para superar a distância entre o governo municipal e o cidadão, e tornar a cidade mais saudável. Na busca deste novo caminho, foi necessária vontade política para enfrentar as pressões econômicas e corporativas.

Tal fato confirma o que foi identificado por Junqueira (1997): a Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta ser a inserção da articulação intersectorial no sistema de saúde um grande desafio, pois envolve a necessidade de mudanças nas formas de atuação, operacionalização política e gestão das instituições e na visão das pessoas que as integram.

Como pôde ser observado nos estudos encontrados, o conceito de gestão intersectorial e de rede institui novas possibilidades de intervenção e viabiliza a reconstrução da sociedade

civil. Propicia a criação de novas respostas aos problemas sociais, fazendo a gestão social tornar-se mais eficaz, articulando instituições e pessoas.

Neste eixo temático foi possível compreender que o conceito de intersectorialidade/ação intersectorial possui várias dimensões, estando associadas à metáfora de rede. Chegar a esta compreensão possibilitou-nos fortalecer o entendimento de que a intersectorialidade para ser implementada necessita ser realizada em um território definido; contar com o diálogo de atores sociais dos mais diversos setores; intervir na realidade social complexa; vencer com paradigmas verticalizados – compreensões que impõem aos gestores e gerentes a necessidade de inovação na gestão e trabalho sob a perspectiva da integralidade, o que implica na superação de ações fragmentárias.

A intersectorialidade deve ser/estar indissociável das redes de atenção, pois a ação intersectorial traz em sua concepção a premissa de ações integradas, articuladas e interdisciplinares, de modo a formar rede de redes interconectadas.

2.2 Eixo temático II – Programa Saúde da Família: uma estratégia potencial para o desenvolvimento de ação intersectorial

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi instituído pelo Ministério da Saúde (MS) no ano de 1994, e idealizado na perspectiva de uma estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde da população anterior ao SUS. Destarte, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) emerge como uma evolução em saúde pública nunca antes precedida na história do Brasil, na qual todo o brasileiro deve ser assistido, independentemente de vínculo empregatício ou previdenciário, como descrito no modelo anterior regido pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (AGUIAR NETO, 2011).

Neste contexto, a percepção da pessoa brasileira reverte-se em cidadão amparado constitucionalmente, sendo o Estado o principal gestor da saúde da população. A nova concepção era baseada nos princípios de integralidade, universalidade e equidade, estes em uma concepção de imbricamento com relação de interdependência em que o sujeito fosse perspectivado em sua multidimensionalidade. Assim, a ESF assentada nesses pilares, deve desenvolver atividades a partir de uma equipe multiprofissional, em uma perspectiva interdisciplinar.

Nessa vertente, os estudos analisados trazem a ideia de que o setor saúde isoladamente não é capaz de atender à integralidade proposta como princípio do SUS, tendo então, a necessidade de desenvolver ações intersetoriais. Logo, para alcançar a intersetorialidade, é imperativo o desenvolvimento de atividades em parcerias com os diversos setores e segmentos sociais, tais como: educação, saúde, assistência social, cultura, esporte, lazer, agropecuária, meio ambiente, saneamento, empresas privadas, organizações não governamentais (ONG), fundações, sociedade civil, entidades religiosas, as três esferas de governo, organizações comunitárias, dentre outros (MORI; OGATA, 2010; SILVA; RODRIGUES, 2010; GIOVANELLA et al., 2009; WIMMER; FIGUEIREDO, 2006; PAPOULA, 2006; PAULA; PALHA; PROTTI, 2004).

Entretanto, o que temos observado, através das lentes dos estudiosos, é a limitação da operacionalização da intersetorialidade, posto que, para eles, muitos profissionais, órgãos e instituições sociais reconhecem que ainda não sabem como praticá-la (SILVA; RODRIGUES, 2010).

Contudo, também há outros estudiosos que salientam ser a intersetorialidade uma estratégia em construção, pois diferentes atores, setores e segmentos sociais ainda estão em fase de aprimoramento e assimilação desta estratégia, como eixo fundamental para desenvolver práticas em saúde, como também que alguns atores sociais são capazes de perceber a complexidade de certos problemas enfrentados pela população. Não obstante, estes estudiosos compreendem a necessidade de intervenções a partir da articulação de distintos olhares, saberes e forças (MORI; OGATA, 2010; SILVA; RODRIGUES, 2010; GIOVANELLA et al., 2009; WIMMER; FIGUEIREDO, 2006; PAPOULA, 2006; PAULA; PALHA; PROTTI, 2004).

Neste direcionamento, o estudo realizado por Silva e Rodrigues (2010) em Belo Horizonte (MG) evidenciou haver distintos equipamentos sociais e projetos que promovem no contexto de sua realidade, na ESF, a melhoria da qualidade de vida da população. Entretanto, o desenho de rede identificada neste estudo apresentou-se desarticulado da compreensão de articulação intersetorial, caracterizando uma rede multisetorial. Segundo estes autores, a fragilidade ou inexistência de vínculo entre as equipes que atuam na atenção primária e os equipamentos sociais inviabilizam a aplicação da intersetorialidade, o que vem a reforçar o que os estudiosos têm apontado como dificuldade de assimilação do conceito da intersetorialidade na ESF.

Já em um estudo multicêntrico realizado por Giovanella et al. (2009), em quatro capitais brasileiras (Aracaju, Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória), foram identificadas

estratégias que visavam à viabilização da articulação intersetorial, a fim de superar os efeitos da fragmentação, apontados por gestores municipais como o principal desafio para potencializar a Atenção Primária à Saúde (APS), a fim de alcançar a efetivação de uma rede articulada que atendesse às necessidades de saúde da população.

O que há de comum entre as cidades supracitadas no estudo de Giovanella et al. (2009) é a evidência de que há um despertar para a intersetorialidade, merecendo destaque a maneira pela qual os gestores destas localidades mencionam a ESF – como um potencial para desenvolver ações entre os setores. Do exposto, observa-se que é preciso rever a maneira como as atividades são planejadas no âmbito das políticas locais de saúde, pois na concepção intersetorial estas devem ser planejadas de maneira setorial e local, respectivamente, dado reforçado pelas autoras.

Neste particular, ao tratar do planejamento das ações, é preciso trazer para a arena das discussões os atores sociais responsáveis pela execução. Assim, o estudo de Silva e Rodrigues (2010) aponta o enfermeiro como “figura-chave”, sendo este o profissional que dispõe de um grande potencial articulador intersetorial, dado evidenciado também por Giovanella et al (2009), que visualizou nas cidades de Vitória (ES) e Aracaju (SE), os enfermeiros como os profissionais que mais participam de ações intersetoriais (58% e 53%); entretanto, em Belo Horizonte (MG), os achados foram para Agente Comunitário de Saúde (ACS) (34%) e, em Florianópolis (SC), são os médicos (41%), os mais evidenciados, demonstrando que nestes locais não foi a figura do enfermeiro a que mais executa a intersetorialidade.

No estudo realizado por Papoula (2006), em Petrópolis (RJ), sobre a opinião de profissionais da ESF relacionada à intersetorialidade, 79,4% enunciaram que todos os membros têm o mesmo papel na busca de ações intersetoriais: enfermeiros 14,7%; o ACS 2,9%; e 2,9% não opinaram. Neste estudo, foi identificado que a grande maioria dos profissionais atuantes na ESF detinha conhecimentos sobre suas atribuições na equipe, referentes aos saberes intersetoriais.

Desse modo, é possível perceber, entre os estudos (SILVA; RODRIGUES, 2010; PAPOULA, 2006), uma divergência no que se refere à compreensão/execução da intersetorialidade; os sujeitos sociais estão ainda, ao que se percebe, apreendendo o significado, significância e cumprimento do conceito da intersetorialidade.

Nesse sentido, nos estudos analisados, predominam a visão da intersetorialidade como uma “soma organizada” dos serviços ou setores, e não como fazeres articulados através de um planejamento em nível municipal. Ao se debruçar sobre os estudos, foi possível perceber também que as ações intersetoriais que se efetivam, em sua maioria, são pontuais e

esporádicas, com caráter de programas e/ou projetos. Portanto, apercebe-nos que, apesar de compreender a intersectorialidade como uma atividade que deve ser desenvolvida de maneira ampla, ela é assimilada e desenvolvida de forma dissociada do sistema de saúde, quando deveria ser intrínseca a este.

Nessa compreensão, foi consenso entre os estudiosos acima enunciados que as ações intersectoriais em saúde tratam de uma proposta nova, da qual os atores sociais estão em fase de aprimoramento. Tal aprimoramento enlaça a necessidade de romper com o paradigma hegemônico de tratamento da doença de forma circunscrita para a concepção sistêmica e multidimensional de fatores relacionais e redes intersectoriais, como é recomendado na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) – Diretrizes e Princípios do SUS. Neste direcionamento, um processo de aprendizagem de mudança paradigmática para além de causa-efeito saúde-doença para concepção de sujeito-cidadão sócio-cultural-político-ecológico.

2.3 Eixo temático III – a intersectorialidade como elemento presente em programas e/ou projetos brasileiros

Este eixo temático apresenta a discussão de programas e projetos intersectoriais desenvolvidos no Brasil. Por meio deste, considera-se o nosso desejo de alcançar a possível compreensão sobre as iniciativas impulsionadoras do sistema público, na concepção da intersectorialidade.

A intersectorialidade no setor público brasileiro denota um esforço de mudança, de desprender energia a fim de superar a atuação, predominantemente isolada e setorializada, para um novo modelo de serviços cujas ações sejam intersectoriais (FERNANDES, 2005). Mostra-se que são muitas as necessidades para se tornarem efetivas as ações intersectoriais de modo à sua implementação, cujo impacto ocorrerá com modificações no cenário sociopolítico, cultural e de saúde da população.

Na tentativa de se implementar em ações intersectoriais, estão sendo desenvolvidos vários programas e/ou projetos no Brasil. Entretanto, nossa compreensão sobre as discussões no cenário nacional é de não ser esta a forma mais adequada de se atingir o ideal de um sistema intersectorial, pois compartimentalizando em programas e/ou projetos ações de saúde,

o sistema perde sua essência de comunicação de pontes, impedindo que redes possam ser construídas em conexões no sistema.

Entretanto, mesmo não sendo a maneira mais adequada, trabalhar a intersetorialidade, na perspectiva de programas e/ou projetos pode ser a forma, ainda que incipiente, de se adquirir conhecimentos para alcançar a intersetorialidade, a exemplo dos estudos analisados (RIBEIRO, 1997; MENDES, BÓGUS, AKERMAN, 2004; FERNANDES, 2005; MAGALHÃES; BODSTEIN, 2009; COELHO, 2009; BODSTEIN et al., 2004; MAGALHÃES et al., 2011; GONÇALVES, 2010; GUARDA et al., 2009; FREITAS; TEÓFILO, 2010; LOPES; MALFITANO, 2006; MONNERAT, 2009; BARROS, 2009).

Nessa vertente, o Programa Bolsa Família (PBF), criado em 2003 pelo Governo Federal, cujo objetivo foi instituir um programa nacional de transferência condicionada de renda às famílias pobres (MONNERAT, 2009), é apresentado em vários estudos (MAGALHÃES; BODSTEIN, 2009; COELHO, 2009; MAGALHÃES et al., 2011; MONNERAT, 2009), como sendo um programa de cunho intersetorial.

O PBF, em sua concepção, propõe um modelo de gestão partilhada entre os três níveis de governo e apoio entre políticas sociais públicas (COELHO, 2009). As características intersetoriais do PBF estão centradas nas áreas da saúde, educação e assistência social, no que se refere às relações entre pobreza, processo saúde-doença e acesso aos serviços de saúde. Estes são determinantes que apontam para as conexões entre o PBF e a área de saúde (MONNERAT, 2009).

Magalhães e Bodstein (2009) afirmam que o PBF é considerado a “porta de entrada” para o conjunto de políticas sociais, pois articula ações como, por exemplo, acompanhamento da frequência escolar de crianças e adolescentes, calendário vacinal e pré-natal, e outros. Este não está focado unicamente na transferência de renda aos mais pobres, mas visa a garantir sustentabilidade e política social às pessoas. Assim, nota-se a presença da concepção de intersetorialidade, uma vez que estabelece um vínculo que entrelaça os setores de saúde, educação e assistência social.

Segundo Coelho (2009), o caráter intersetorial da proposta do referido Programa, frente à estrutura e à cultura político-administrativa no Brasil, evidencia desafios para mudanças de natureza política profunda. Desse modo, é importante mencionar que, na prática, há dificuldades para se criar a cooperação intergovernamental, pois, para tanto, devem existir contrapartidas dos setores envolvidos – esfera municipal, estadual e federal –, no estabelecimento de parcerias, compartilhamento de informações, planejamento de ações em comum, finanças, e outros.

O PBF em Manguinhos pode ser citado como exemplo de parceria, pois este tem buscado a articulação com a ESF, o que indica um caminho potencialmente rico para a concretização de ações intersetoriais (MAGALHÃES et al., 2011; COELHO, 2009). Assim, com o apoio das ESF, ocorreram avanços no processo de identificação dos beneficiários do PBF, o que facilita o reconhecimento das mais variadas situações de vulnerabilidade, amplia o acesso aos serviços de saúde e favorece o estabelecimento de vínculos entre o programa e as demais políticas públicas. Entretanto, Coelho (2009) enfatiza que é preciso repensar os fluxos de informações para fortalecer arenas locais, em que técnicos, gestores, lideranças comunitárias e população beneficiária possam compartilhar esforços para o fortalecimento de ações intersetoriais.

Ao tratar de políticas de nível municipal, Fernandes (2005) relatou a experiência do Programa Cesta-Cheia, Família Feliz (PCCFF). Tal programa relaciona a promoção do acesso a uma alimentação mais saudável e desenvolve ações para promover maior aproximação entre governo e população, articulando diferentes setores de governo, buscando levar informação que contribua para o processo organizativo e emancipatório das comunidades e se concretiza por meio de ações socioeducativas. Os entrevistados desta pesquisa reconheceram que os problemas de uma população não podem ser solucionados com o empenho de apenas um setor, e acrescentaram que um governo caracterizado pela transversalidade de suas ações apresenta mais chance de obter efetiva articulação com outros setores da sociedade, em direção ao enfrentamento de seus problemas.

Entretanto, segundo Fernandes (2005) admite-se que encontrar os caminhos estratégicos para a articulação intersetorial é um desafio, pois significa superar as práticas assistencialistas; logo, é preciso tomar atitudes mais concretas como: o monitoramento da dinâmica das famílias; a socialização da informação em uma perspectiva emancipadora; e a cumplicidade com a rede de proteção local.

Outro exemplo de programa, em nível municipal, é o Programa Viva Seu Bairro (PVSB), uma iniciativa desenvolvida em seis regiões urbanas da cidade de Campo Grande (MS), entre 2001-2004, em áreas de maior vulnerabilidade social, visando à redução das desigualdades sociais através de ações sobre os determinantes sociais de saúde. Este estudo configurou-se no campo da promoção da saúde como de ação intersetorial, sendo delineado em parcerias com representantes do governo e implementação de redes sociais (GONÇALVES, 2010).

Como experiência local, com o desenvolvimento de programas de cunho intersetorial, o Desenvolvimento Local, Integrado e Sustentável de Manguinhos (DLIS) pode ser

exemplificado, pois prioriza mecanismo de geração de emprego e renda, além de estabelecer parcerias entre o setor público e privado (MAGALHÃES; BODSTEIN, 2009). Em Manguinhos, o efeito mais evidente deste Programa diz respeito à maior compreensão da dinâmica de mobilização e organização das comunidades locais, permitindo, desse modo, melhores resultados na qualidade de vida (BODSTEIN et al., 2004).

Acresce-se a esta estratégia, a importância dada às atividades culturais, recreativas e esportivas como alternativas viáveis ao fortalecimento de vínculos e maior coesão social em Manguinhos (BODSTEIN et al., 2004). Nessa perspectiva, estudiosos afirmam que nenhum programa setorial é capaz de enfrentar, sozinho, os diversos problemas sociais; daí a necessidade do pensar-agir intersetorial (MAGALHÃES; BODSTEIN, 2009).

Nessa vertente, no estudo realizado por Mendes, Bógus e Akerman (2004), em São Paulo, sendo selecionados os municípios de Bertoga e Limeira, percebeu-se que o setor saúde não era tido como o protagonista das ações de saúde; já em Santo André e Piracicaba tal setor configurou-se não como agente indutor, mas como integrante do processo. Nesse contexto, as propostas executadas pelo setor saúde foram definidas a partir do planejamento estratégico municipal, ou seja, no cômputo de outras ações integradas.

Trabalhando nessa perspectiva intersetorial e de promoção da saúde, o município de Olinda (PE), apresentou como exemplo o Programa Se Bole Olinda. As atividades deste Programa são desenvolvidas em praças, igrejas, Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), sede da Secretaria de Saúde e dos distritos sanitários, orla marítima e na Vila Olímpica do município. Para este feito, as equipes executoras realizam visitas às Unidades de Saúde da Família (USF), nas quais promovem palestras sobre a importância da prática de Atividade Física (AF) entre gestantes, hipertensos e diabéticos, e estimula a formação de grupos de caminhada (GUARDA et al., 2009). Além disso, o programa estabeleceu parcerias com diferentes órgãos e instituições governamentais e não governamentais, e incorporou outras atividades à agenda do SUS municipal em busca da efetivação da intersetorialidade (GUARDA et al., 2009).

Seguindo a perspectiva da promoção da saúde, Barros (2009), em uma investigação científica, discutiu o projeto: “Transando Saúde da Atividade Educação em Saúde”, de um Departamento Regional do Serviço Social do Comércio (SESC), no Rio de Janeiro. Nesta pesquisa, o autor destacou que os depoentes compreendiam intersetorialidade como ideia de rede no nexo da interdisciplinaridade, sendo destacada a importância de se estabelecerem acordos de cooperação e reciprocidade na constituição de alianças para intervir na realidade social. Desse modo, a constituição de uma rede intersetorial focada no projeto mencionado

buscou incorporar contribuições de diferentes atores sociais, na instauração de um processo participativo de planejamento e ações.

Estudar a mediação intersetorial, de acordo com as iniciativas do projeto supracitado, supõe a compreensão da saúde como resultante de múltiplos fatores relacionados, no contexto econômico, social, das políticas de saúde, da gestão, dos padrões culturais, do controle social, da participação popular, do processo de trabalho em saúde e das práticas de saúde enquanto práticas sociais (BARROS, 2009), como já enunciado em parágrafos precedentes.

Outro exemplo de projeto intersetorial encontrado na literatura refere-se ao Projeto Disque Idoso, da cidade de Sobral (CE), cuja finalidade é contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas, assentado na Política Nacional da Pessoa Idosa, com uma rede social de apoio, a qual articula diferentes instâncias e serviços que têm um fim em comum – promover um envelhecer feliz (FREITAS; TEÓFILO, 2010).

Mais uma experiência de projeto intersetorial, nas cidades brasileiras, é o projeto Rotas Recriadas: crianças e adolescentes livres da exploração sexual, implementado em Campinas (SP). Segundo seus idealizadores, o aspecto mais desafiador enfrentado na efetivação deste projeto diz respeito à concretização da intersetorialidade na efetivação de compartilhamento de saberes de maneira horizontal e integralizada entre os distintos setores e profissionais para se vencer as relações hierarquizadas e de poder que em nada contribuem para efetivação da intersetorialidade (LOPES; MALFITANO, 2006).

Identificamos, através do olhar atencioso crítico-constructivo no estado da arte, haver consenso nos estudos encontrados de que efetivar ações interssetoriais não é tarefa fácil; pelo contrário, se reveste em um desafio para o alcance dos princípios dos SUS, pois o ser-pensar-agir interssetorial necessita estar embebido de um desejo articulador, interdisciplinar e agregador. Por isso, para tornar a intersetorialidade uma realidade nas práticas cotidianas, no mundo da vida, é necessário o estabelecimento de parcerias com objetivos comuns no enlace de redes e redes que se fortalecem e avultam as políticas públicas de saúde na aglutinação das demais.

Acrescido a isso, é preciso haver um processo de mobilização social, em que os atores sociais sejam sujeitos ativos e sensíveis para perceber o contexto que o rodeia e ampliar o olhar ao horizonte dos seus direitos e deveres de cidadania. Além disso, é imprescindível que ocorra uma desierarquização do poder, a fim de romper com a cultura de setorialização, que por vezes encontra-se ‘tatuada’ nos profissionais que atuam como gestores e gerentes dos serviços públicos. Logo, é preciso deixar o pensamento integrador ocupar o espaço, para o exercício da práxis horizontalizada, do saber integrador no espaço em que ganham destaques

tecer o sistema nas partes e no todo, ou seja, em sua inteireza e globalidade – o pensar complexificador.

CAPÍTULO III



3 REFERENCIAL TEÓRICO: ALICERCE DO PENSAR-(RE)VER-AGIR PARA O DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES INTERSETORIAIS

3.1 Buscando a compreensão do sistema

3.1.1 Apreendendo a significação de Sistema

Vislumbrar o orbe sob as lentes de um sistema revela-se, atualmente, como algo natural e aplicável a todos os campos das ciências. Entretanto, esse conceito nem sempre existiu como consenso, pois pensar o mundo de maneira sistêmica parecia aos estudiosos de séculos passados uma aberração. Como um estudioso da Matemática, da Física, da Química e até mesmo da Biologia e demais ciências do conhecimento, habituados no pensar cartesiano, poderia conceber o universo como um grande sistema? O mundo era – e em muito ainda é – arquitetado de forma fragmentada, particulada e/ou compartimentalizada. Contudo, se retrocedermos em um tempo e recordarmos as fantásticas e reveláveis aulas de Ciências, revendo mais precisamente o conteúdo Biologia Celular, nos virão à memória que a célula – a menor unidade de matéria viva – é um sistema, seja ela procariótica (primitiva) ou eucariótica (evoluída), mas ocorrem sempre – mesmo que em suas especificidades – trocas, fluxos, reações, replicações e outros.

Mesmo improvável de acontecer, ao olhar pelas lentes do pensar cartesiano – estudiosos dos séculos XIX e XX empreenderam enxergar o mundo sob a perspectiva sistêmica – este fato foi possível devido a pesquisadores, considerados expoentes do conhecimento, transcenderem séculos em busca de respostas aos fenômenos que ocorriam em interação e interconexão, rompendo fronteiras disciplinares e aglutinando os saberes em um universo multiverso. Assim, possibilitando que o pensar sistêmico invadissem todos os campos das ciências, como algo tangível, porém de uma complexidade que requereria uma visão multirreferencial. Contudo, mesmo em tempo de globalização – o mundo moderno –, ainda muitas são as dificuldades de visualizar o globo como sendo um complexo sistemático.

A fim de aprofundar este saber, que se mostra essencial na construção deste estudo, ancoramo-nos nos estudiosos que se debruçaram acerca do pensamento sistêmico, partindo da Teoria Geral dos Sistemas (TGS) como suporte teórico-filosófico, esta considerada o grande

marco da ciência moderna, que procurou identificar os princípios gerais do funcionamento de todos os sistemas vivos. Com isso, embobemo-nos no pensar de Ludwig von Bertalanffy (1968); Fritjof Capra (1996); Paul Watzlawick, Janet H. Beavin e Don D. Jackson (1967) e outros pensadores de tempos passados e tempo presente, cujo pensar-agir segue a perspectiva sistemática.

Ludwig von Bertalanffy, biólogo austríaco, começou sua carreira em Viena, Áustria, na década de 20, quando se juntou a um grupo de cientistas e filósofos, constituindo o grupo internacionalmente conhecido como Círculo de Viena. Defendia o pressuposto de que os fenômenos biológicos exigiam uma nova forma de pensar que transcendesse os métodos tradicionais das ciências físicas (CAPRA, 1996), objetivando romper com a visão compartimentada das coisas.

De acordo com Bertalanffy (1968; 2012), a Biologia não tem de apoderar-se apenas do nível físico-químico ou molecular dos seres, mas também dos mais elevados níveis da organização da matéria viva. Ou seja, o autor torna visível a necessidade de uma biologia organísmica, voltada contra o mecanicismo e explorando a natureza de forma biológica; porém, esta não era uma visão compartilhada por todos os estudiosos no Círculo de Viena, pois em outro extremo do globo terrestre, nos Estados Unidos da América, era desenvolvida a Teoria Cibernética proposta por Norbert Wiener, um matemático norte-americano que defendia ideias mecanicistas, cujo foco era a criação de uma ciência exata da mente. No entanto, esta abordagem cibernética veio a *posteriori* contribuir com os princípios que fundamentavam o pensar organísmico enunciado por Bertalanffy, ou seja, a retroalimentação. Este princípio envolve o sistema na relação de interdependência.

A TGS, em sendo considerada organicista, o foi porque estava associada a organismos ou mesmo a sistemas naturais, biológicos e sociais. Bertalanffy (2012) propunha uma teoria de princípios universais possíveis de ser aplicados aos sistemas em geral, de natureza física, biológica ou sociológica, cujos princípios básicos ultrapassassem conhecimentos disciplinares. Já a Cibernética, mesmo no direcionamento da ciência matemática e desenvolvida durante a Segunda Guerra Mundial, objetivando defesa territorial, teve seu princípio conduzido através de um movimento de intelectuais tanto da área da Matemática, Engenharia e Neurociência quanto das Ciências Humanas para o campo do pensar integrador, e, como salienta Capra (1996), estudiosos que se empenharam em contribuir para o preenchimento da lacuna acadêmica existente do pensar fragmentador.

A cibernética é considerada uma teoria dos sistemas de controle baseada na comunicação entre o sistema e o meio e dentro do próprio sistema, e do controle da função

dos sistemas com respeito ao ambiente. Além disso, a referida teoria proporcionou impacto na tecnologia e nas ciências fundamentais, sendo capaz de produzir exemplos para fenômenos concretos e trazer os fenômenos teleológicos para o âmbito dos problemas cientificamente reais (BERTALANFFY, 2012).

Ambas as teorias se mostram entrelaçadas, embora seus desenvolvimentos e desdobramentos tratem de sistemas naturais e artificiais. A TGS é uma ferramenta com potencialidade de uso nos mais diversos campos do saber, e neste estudo, cujo objetivo é conhecer como acontece o processo de articulação intersetorial na gestão do SUS, essa teoria mostra-se, então, como essencial, pois trabalharemos com as inter-relações dos sistemas humanos.

Adentrar neste universo para entendê-lo e lançar luz no que vem se mostrando aos nossos olhos – por meio da revisão de literatura, de maneira hermética –, aprofundar nos estudos sistêmicos se nos apercebe como possibilidades do desvelamento da questão do estudo, e nos exige aprofundar momento a momento em seus princípios; assim seguimos em um processo de desenovelamento.

A teoria Termodinâmica, proposta por Nicolas Léonard Sadi Carnot, foi a primeira teoria física com enfoque nas relações, e estava centrada não mais nos elementos individuais, mas em seus conjuntos, logo, nas moléculas. Tal pensar reverte-se em uma mudança singular que traz, por exemplo, a compreensão de que o comportamento de um gás se dá por movimentos desorganizados, tornando-se impossível de serem traçados de maneira individual (BERTALANFFY, 2012). A partir desse exemplo, é possível fazer uma analogia com a TGS, pois esta reforça a interdependência e conexões presentes em qualquer tipo de sistema. Entretanto, é importante mencionar Silva (2007, p. 52) quando chama a atenção de que “apesar de apresentar-se como teoria sistêmica, a termodinâmica não pretendeu ultrapassar as fronteiras disciplinares, e seu aspecto sistêmico aplicava-se apenas aos fenômenos de natureza física”. Já a TGS constitui-se como uma teoria interdisciplinar, atributo que se adequa de maneira intrínseca ao nosso estudo.

Nesse contexto, a TGS – representada por seu maior expoente, Bertalanffy (2012), – dedicou-se a identificar os “princípios básicos interdisciplinares” (p. 78) que pudessem constituir uma “síntese interdisciplinária” (p. 78), sendo capaz de integrar distintos campos do conhecimento, que, quando isolados, se mostram insignificantes e desligados um do outro, ou seja, exige “interações dinâmicas das partes” (p. 55) no todo, as quais revelam diferenças quando se estuda de maneira isolada ou a partir do todo. Essa concepção, que parte da “biologia organísmica”, ganha território nas ciências Psicologia e Psiquiatria. Também o autor

salienta que os princípios da TGS se aplicam em multiversos campos, de natureza física, biológica e sociológica, e outros. Afirma ainda que, se empregado de maneira adequada, a definição da palavra sistema pode ser aplicada em modelos, princípios e leis “generalizados em qualquer que seja seu tipo particular e os elementos e “forças” implicadas” (p. 57), sendo de natureza isomórfica.

Com isso, essa teoria de princípios universais – uma ciência da totalidade, da integralidade, da complexidade, da organização hierárquica e da circularidade, preocupada com a integralidade e a organização, vem substituir a noção de *Gestalten* –restrita em física à compreensão dos fenômenos em interação em que o todo é maior que a soma das partes (BERTALANFFY, 2012; SILVA, 2007; MORIN, 1997; CAPRA, 1996).

Mediante o exposto, a TGS procura romper o paradigma de ações desintegradas, o que tem de comum a este estudo, pois, ao investigar a intersectorialidade sob a perspectiva da integralidade, busca superar a desarticulação das ações entre os diferentes setores, minimizar a duplicidade de atividades idênticas e, conseqüentemente, melhorar a qualidade da assistência prestada na rede SUS.

3.1.2 Arquétipos de sistemas

Bertalanffy (2012) propõe a existência de dois arquétipos de sistemas, o sistema aberto e o sistema fechado. O autor esclarece que sua teoria se aplica aos sistemas abertos, visto serem estes capazes de permutar energia, materiais e informações, o que significa dizer que não se trata de um sistema inerte; pelo contrário, encontra-se em constante movimento dinâmico de interação.

3.1.2.1 Sistema aberto

De acordo com Capra (1996), Ludwig von Bertalanffy iniciou um caminho fundamental na teoria do sistema quando reconheceu que os organismos vivos são classificados como sistemas abertos e por isso “não podem ser descritos pela termodinâmica clássica” (p. 54). Bertalanffy (2012) afirma que todo o organismo vivo é essencialmente um sistema aberto e por isso está em constante fluxo de entrada e saída, num estado (quase) estacionário, mas nunca se encontra em estado de equilíbrio químico ou termodinâmico.

Tal fato deve-se à própria essência do organismo vivo; se avaliarmos um sistema vital percebermos que este permanece em constante interação, ou seja, em estado de *input-output* (entrada-saída). Por exemplo, se analisarmos o funcionamento de uma célula, recordaremos que esta é formada por organelas, protegidas por membranas semipermeáveis (permitem a troca de materiais) e possuem funções distintas; entretanto, estão interligadas e possuem um objetivo comum – possibilitar o funcionamento do sistema. Isso se aplica a qualquer sistema vivo, pois, além de funcionar em si mesmo, interage com outros sistemas – da célula formação dos tecidos, estes formando os órgãos, que constituem os sistemas, os quais, por sua vez, formam um organismo em sua totalidade.

A TGS, em sendo aplicável nos mais diferentes campos, evidencia sua aplicabilidade para a compreensão das relações sociais, por exemplo, na intersectorialidade. Comunicação e interação recursiva em ações articuladas entre os distintos setores, no caso deste estudo, as redes entre os diferentes setores/pessoas no SUS, o que caracteriza o princípio de isomorfismo – compreendido como sendo de propriedades gerais que aparecem em diferentes disciplinas científicas, e teria “aspectos de uma metafísica, ou de uma filosofia natural”, algo que implica em nossa visão de mundo (BERTALANFFY, 2012).

Desenvolver ações articuladas implica na interação dinâmica entre os setores, o que reforça o reconhecimento de que os serviços que compõem o arcabouço administrativo de um governo são considerados um sistema aberto e, portanto, como afirma Bertalanffy (2012), estão afastados da busca de um equilíbrio; entretanto, convivem em um estado estacionário em que haja fluxos e mudanças contínuas, o que já nos sugere a formação de uma grande rede.

Retomando a questão do estado estacionário, Capra (1996, p.55) menciona que Bertalanffy adotou o termo alemão *Fliessgleichgewicht* (“equilíbrio fluente”) para descrever o estado de equilíbrio dinâmico. Além disso, acrescentou que, ao identificar as características deste tipo de estado como sendo do processo do metabolismo, Bertalanffy (2012) destaca a autorregulação como outra propriedade-chave dos sistemas abertos, ressaltando que tal ideia foi aprimorada por Ilya Prigogine, trinta anos depois, por meio da autorregulação de “estruturas dissipativas” (p. 55).

3.1.2.2 Sistema fechado

Faremos uma breve apresentação deste tipo de sistema, tendo em vista que este não encontra aderência aos sistemas dinâmicos. O sistema fechado é caracterizado por Bertalanffy (2012) por não realizar trocas com o meio; não há importação ou exportação de energias, em nenhum tipo de forma, como informação, calor, materiais físicos e outros (WATZLAWICK, BEAVIN, JACKSON, 1967); possui um caminho fixo e um estado final inequivocamente determinado pelas condições iniciais.

A fim de ilustrar um exemplo de sistema fechado, Bertalanffy (2012) aborda o equilíbrio químico. Neste as concentrações finais dos reagentes dependem necessariamente das condições iniciais; caso estas condições sejam alteradas o sistema final com certeza sofrerá modificação. Capra (1996) faz menção ao sistema fechado de Bertalanffy, afirmando que este “é capaz de se estabelecer num estado de equilíbrio térmico” (p. 54), o que o difere dos sistemas abertos.

Bertalanffy (2012) expõe que o sistema fechado não consegue responder adaptativamente às variações do ambiente, pois as relações de retroalimentação possíveis são predominantemente de estrutura. Assim, Silva (2007), embasada nos estudos de Bertalanffy, alerta que, por não interagir com o meio, não realizar trocas, o sistema fechado não pode ser aplicado aos sistemas vivos. E, por não haver interação com o meio, tal sistema não possibilita a compreensão da complexidade. Portanto, como diz Bertalanffy (2012), os princípios dos sistemas abertos não podem ser aplicados aos sistemas fechados.

3.1.2.3 Propriedades dos sistemas abertos aplicados à Teoria Geral do Sistema

Com a finalidade de compreender os princípios básicos dos sistemas abertos, inerentes à TGS, é consenso entre os estudiosos sistemínicos (BERTALANFFY, 1968; CAPRA, 1996; CAPRA, 2002; WATZLAWICK, BEAVIN E JACKSON, 1967, VASCONCELOS, 2003; LASZLO, 1987; MORIN, 1997; MORIN, 1999) trazê-los em ênfase à arena de discussões, de modo que sejam cada vez mais abordados e apreendidos para o exercício do pensar integrador, como seguem:

Globalidade - significa dizer que toda e qualquer parte de um sistema está relacionada à outra; portanto, qualquer alteração em apenas uma parte ocasionará mudança em todas as partes e no sistema como um todo. Então, um sistema comporta-se não como um simples conjunto de elementos independentes, mas como um todo coeso e inseparável. Essa característica fica mais clara quando comparada a seu outro extremo – a *não somatividade* ou *inteireza*: quando uma variação em uma parte não atinge as demais partes nem o todo; isso implica em partes mutuamente independentes e constituem uma “acumulação”, não sendo mais complexa do que a soma de seus elementos.

Não somatividade - é uma característica que estabelece uma direção que comporta uma interpretação diferenciada do conceito de sistema, pois se refere ao fato de um sistema não poder ser considerado como a soma de suas partes, mas de relação interdependente com elas, sendo o funcionamento do sistema mantido por meio de um processo de retroalimentação.

Retroalimentação (*feedback*) - constitui o princípio que trata do funcionamento circular da informação entre os componentes de um sistema. Este pode ser não somativo ou unilateral; portanto, sempre ocorrerá intercâmbio e/ou troca de energia, matéria e/ou informação. Isso demonstra que há uma circularidade, logo; haverá sempre interação entre as partes, como em um movimento circular.

Homeostase - trata do processo de autorregulação que mantém a estabilidade do sistema. Diferentemente do que é revelado no senso comum, a homeostase não funciona para restaurar um equilíbrio ou nível de funcionamento prévio; constitui o princípio que pode conduzir à estagnação do sistema, não permitindo a mudança. Tal princípio caracteriza-se como *feedback* negativo.

Morfogênese - refere-se à capacidade do sistema para absorver *inputs* do meio e mudar sua organização. Característico dos sistemas abertos que trocam energia e matéria com o ambiente, os sistemas abertos seriam abertos tanto a um quanto a outro tipo de *input*. Também os sistemas orgânicos e sociais são sensíveis às variações entre matéria e energia que carregam. Assim, “nesses sistemas, as relações possíveis vão se estabelecendo à medida que vai acontecendo a interação com o ambiente” (VASCONCELLOS, 2003, p. 208), sendo estas viabilizadas, do ponto de vista energético pelo *input*.

Circularidade - considera que a relação entre qualquer dos elementos de um sistema é sempre bilateral, o que implica em uma interação que se manifesta como sequência circular. Salienta-se que, embora a compreensão de circularidade seja prevista na TGS, a cibernética de primeira e segunda ordem foram as áreas de conhecimento a aprofundar o conceito.

Equifinalidade - este princípio preconiza que o estado final pode ser alcançado partindo de diferentes condições iniciais; pois concebe a natureza da organização delineadora do seu resultado.

Organização Hierárquica - o sistema se caracteriza por ser formado por uma estrutura hierárquica, constituída pela superposição de níveis que se combinam para formar ordens mais altas na estrutura hierárquica, sendo a organização do sistema caracterizada por interações fortes, não triviais, entre as partes que a compõem com relação de recursividade. Então, os membros individuais de um sistema, como sendo sistemas do nível inferior seguinte; são ao mesmo tempo todo e parte, ou seja, um sistema pode ser subsistema ou suprassistema em relação ao nível hierárquico imediatamente superior ou inferior.

3.2 Da compreensão do sistema ao alcance de sua interação e inter-relações – a rede

3.2.1 *Abrindo as cortinas no palco do saber para vislumbrar um mundo de conexões*

A compreensão do pensamento sistêmico é um convite a repensar a organização do sistema vivo sob outra óptica – da interação e da interconectividade. Neste estudo, nas linhas iniciais deste capítulo, relembremos a estrutura de uma célula. Partimos então, para outras estruturas vivas a fim de entender a complexidade que permeia os sistemas vivos, do universo sempre em reorganização dinâmica e em conectividade.

A aceitação dessa premissa, de modo de pensar, não é um privilégio para o mundo moderno, pois não se trata de uma novidade, visto que a definição de sistema provindo da Biologia, propunha que a rede é o único padrão de organização comum a todos os sistemas vivos. E, como enuncia Capra (1996, p. 78), “sempre que olhamos para a vida, olhamos para redes”.

Capra (2002) discorre que a compreensão sistêmica e unificada integra as dimensões biológica, cognitiva e social da vida. Explica que a vida, em todos os seus níveis, é interligada por redes complexas das células mais primitivas até as sociedades humanas, organizando-se seguindo o mesmo padrão e princípios básicos – o padrão em rede, como já propalado pelos biólogos ecologistas do século XX.

Ao reconhecer a rede como o padrão geral da vida, os pensadores sistêmicos alargaram os modelos de redes para todos os níveis sistêmicos (CAPRA, 2002; 1996). Um exemplo desse alargamento foi a tentativa dos ciberneticistas de tentarem compreender o cérebro como uma rede neural e desenvolverem técnicas matemáticas especiais para analisar seus padrões. Assim, entenderam que

a estrutura do cérebro humano é imensamente complexa. Contém cerca de 10 bilhões de células nervosas (neurônios), que estão interligadas numa enorme rede com 1.000 bilhões de junções (sinapses). Todo o cérebro pode ser dividido em subseções, ou sub-redes, que se comunicam umas com as outras à maneira de rede. Tudo isso resulta em intrincados padrões de teias entrelaçadas, teias aninhadas dentro de teias maiores (CAPRA, 1996; p. 78).

Por comungar desta concepção, apresentada por Capra, Vasconcelos (2003) considera que, ao colocar o foco nas redes – nas interligações –, veremos o sistema interagindo com outros sistemas; que rede se comunica por padrões interconectados formando redes de redes ou sistemas de sistemas.

Com isso, tem-se que a propriedade de qualquer rede é a não linearidade. Tal propriedade refere-se ao fato de uma rede ter a possibilidade de se estender em todas as direções. Ou seja, “uma influência ou mensagem pode viajar ao longo de um caminho cíclico, que poderá se tornar um laço de realimentação” (CAPRA, 1996; p. 78). Assim, tem-se nas redes um padrão de auto-organização, que, quando necessária, poderá regular ou organizar a si própria, havendo então um processo contínuo de regeneração. Ou, por outras palavras, na prática nada fica indiferente, mas tem aceitação diferente.

A este respeito, Capra (2002) assegura que a função de cada elemento que compõe uma rede é a de transformar ou substituir outros componentes, de forma que a rede como um todo se regenere de maneira contínua. Segundo o autor, essa é a chave da definição sistêmica da vida:

as redes vivas criam ou recriam a si mesmas continuamente mediante a transformação ou a substituição dos seus componentes. Dessa maneira, sofrem

mudanças estruturais contínuas ao mesmo tempo em que preservam seus padrões de organização, que sempre se assemelham a teias (CAPRA, 2002; p. 27).

O entendimento de um sistema e/ou organização a partir da metáfora da rede teve sua fundamentação com os clássicos estudos dos biólogos Humberto Maturana e Francisco Valera. Esses autores utilizaram o termo *autopoiése* ou *autopoiético*, que deriva do grego e significa *autocriador*. De acordo com Laszlo (1987), os referidos autores conceituam *sistema autopoiético* como “uma rede de processos interligados, que produzem certos componentes, e a sua interação incide sobre a geração da mesma rede que os produziu” (p. 64). Um *sistema autopoiético* renova-se, restabelece-se e, autocopia-se ou reproduz-se.

Capra (1996) conceitua *autopoiése* como:

o padrão de organização dos sistemas vivos – é, pois, a característica que define a vida na nova teoria. Para descobrir se um determinado sistema – um cristal, um vírus, uma célula ou o planeta terra – é vivo, tudo o que precisamos fazer é descobrir se o seu padrão de organização é o de uma rede autopoiética. Se for, estamos lidando com um sistema vivo; se não for, o sistema é não-vivo (p. 135).

Observamos assim que o sistema vivo é organizado seguindo uma estrutura de rede, em que ocorrem conexões de maneira não linear; há comunicação, fluxo de informações, trocas, dispêndio de energia.

O sistema vivo é organizado seguindo uma estrutura de rede. Contudo, enxergar o universo sob essa perspectiva é algo ainda desafiador para a maioria de nós, sujeitos moldados para pensá-lo de modo fragmentado, pois, mesmo diante da globalização e abertura das fronteiras de concepção do mundo moderno, em muito ainda não se admite a concepção do pensamento sistemínico, visto que os padrões cartesianos estão presentes na cultura, na formação e na sociedade de maneira ainda muito acentuada.

Pensar o globo como único e *multiverso*, repleto de conexões não lineares exige perspectivar a compreensão de organização de redes e redes, o que se avulta em delineamento no eixo subseqüente no direcionamento de redes sociais.

3.2.2 Desvelando o significado de redes

A noção de redes e/ou redes sociais nasceu na ciência Antropologia Social (ACIOLI, 2007). O termo encontra multivariados significados, que convergem e divergem a depender da óptica que se pretende dar à palavra rede. Rede, originado do latim *retis*, significa fios entrelaçados, que formam um tecido. As redes são formadas por pontos ligados por fios que os conectam. Assim, quanto mais conexões houver maior será a capacidade de obter resultados (SCHLITTLER, s/a). Segundo Junqueira (1998), o termo rede assume em sua multiplicidade tanto a dimensão conceitual como uma vertente instrumental. O autor acrescenta: “é um modo espontâneo de organização em oposição a uma dimensão formal e instituída”. No dicionário Aurélio, as redes são definidas como um “tecido de malha com aberturas regulares”; “feita pelo entrelaçamento de fibras que são ligadas por nós ou entrelaçadas nos pontos de cruzamento” (FERREIRA, 2004). A palavra rede sugere também fluxo, movimento, indicando uma aproximação com as mais variadas áreas de conhecimento (ACIOLI, 2007). Já Franco (2011) – estudioso da nova ciência das redes – afirma que a sociedade é igual à rede social. Esta, segundo o autor, é a inovação de nosso tempo, pois rede sempre existiu, mas a generalização da compreensão é que tem variado. De acordo com Marteleto (2001, p. 72), a rede social representa “um conjunto de participantes autônomos, unindo ideias e recursos em torno de valores e interesses compartilhados”.

Nesse contexto, apropriar-se da representação de redes como a metáfora central – desde os estudos empreendidos pela ecologia – significa admitir um pensar que vai além de uma forma de organizar-se institucionalmente, pois o humano, sujeito de rede social, se descobre em um mundo de redes e assume a existência de um *multiverso* de interações.

Com a chegada do século XXI – incorporadas a globalização e a tecnologia mundial – a rede se tornou o sistema de aproximação humana (FRANCO, 2011; 2012). Assim, a noção de rede – que sempre esteve presente no *mundo da vida* –, na concepção da Biologia, passa a estar naturalizada no mundo das relações sociais. Em meio à variedade de definições do termo, a essência do sentido da palavra rede mantém-se a mesma.

A natureza de conexão que existe no significado do termo redes leva a uma compreensão de complexidade mediante os emaranhados nós que estas podem formar. Além disso, fica demonstrado por sua significação que a metáfora das redes está presente como sistema nos *multiversos* setores relacionais humanos institucionais.

Mediante o exposto, pode-se afirmar que o estudo das redes possui várias interpretações. Primeiramente, chamada por Teoria dos Grafos, sendo originária das Ciências Exatas. Posteriormente, por influência das ciências biológicas, sociológica e antropológica, toma a definição de interação entre indivíduos, grupo e família. Por grafo, fora entendida como “um conjunto de nós, conectados por arestas, que, em conjunto, formam uma rede” (AZEVEDO; RODRIGUES, 2012, p.7); e, por interações, a compreensão de interconexão no processo de inter-relação entre pessoas, instituições e organizações (AZEVEDO; RODRIGUES, 2012).

3.2.2.1 Dos nós-grafos, à gestão do conhecimento dos sentidos e significados à Análise de Redes Sociais (ARS)

De acordo com Azevedo e Rodrigues (2012), as origens da gestão do conhecimento é algo muito debatido, pois há quem defenda a ideia de que as primeiras tentativas de gerenciar o conhecimento surgiram com os egípcios e os gregos na era de Platão. Por outro lado, deve-se considerar também a significativa influência de Taylor, com a primeira evidência de codificação do conhecimento. Os autores salientam que, apesar das diferentes contribuições, não é possível afirmar ao certo em qual destes momentos a gestão do conhecimento tenha iniciado como movimento. No entanto, esclarecem que as primeiras iniciativas organizacionais começaram no final da década de 80, tendo, na maioria dos casos, um enfoque tecnológico.

A gestão do conhecimento ganha ênfase com a publicação do clássico trabalho de Nonaka e Takeuchi, em 1995 – *The Knowledge Creating Company*. A obra trata do processo de criação de conhecimento organizacional, sendo considerada uma fonte inovadora, podendo explicar o grande sucesso das empresas japonesas quando comparadas às americanas. Nonaka e Takeuchi (1997) salientam que a empresa considerada criadora de conhecimento não opera em um sistema fechado, mas em um sistema aberto, possibilitando um intercâmbio constante de conhecimento com o ambiente externo. Além disso, o gerenciamento do conhecimento no interior das organizações torna-se fundamental para o melhor posicionamento da instituição/empresa.

Nessa vertente, o paradigma de Nonaka, que aborda a criação do conhecimento, destaca tanto o processo de criação do conhecimento quanto as condições sob as quais o

conhecimento é criado. A interação entre o conhecimento tácito e o explícito é entendida como essencial para esse paradigma. A criação do conhecimento é uma espiral, descrita pelo modelo SECI (Socialização, Externalização, Combinação e Internalização) na Figura 1, também chamado de espiral SECI. Tal modelo explica como o conhecimento tácito é criado através da socialização, convertido de tácito para explícito por meio da externalização, re combinado com outras formas de conhecimento explícito através da combinação e convertido, outra vez, em conhecimento tácito por meio da internalização (NONAKA; TAKEUCHI, 2008). De modo simplificado, o referido modelo pode ser descrito da seguinte forma:

- ✓ Socialização: significa compartilhar e criar conhecimento tácito de indivíduo para indivíduo.
- ✓ Externalização: consiste em articular conhecimento tácito através do diálogo e reflexão.
- ✓ Combinação: implica em sistematizar e aplicar o conhecimento explícito e a informação.
- ✓ Internalização: trata-se de aprender e adquirir novo conhecimento tácito na prática.

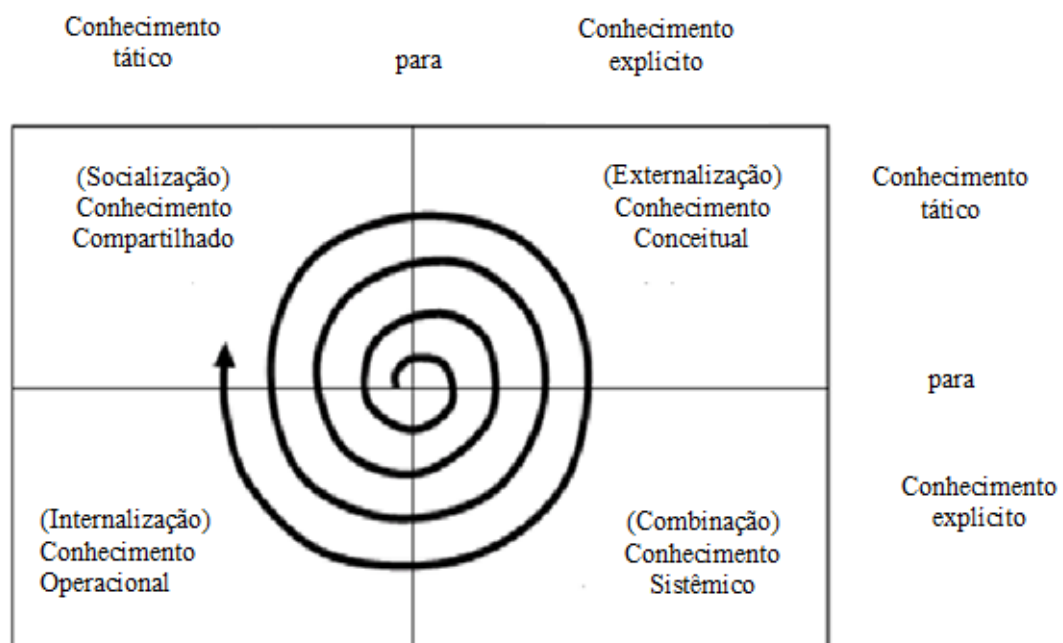


Figura 1. Espiral do conhecimento – Modelo SECI

Fonte: Adaptada de Nonaka e Takeuchi (2008)

Nonaka e Takeuchi (2008) chamam a atenção de que, para ocorrer o processo de criação e disseminação do conhecimento, é mister prover aos indivíduos envolvidos neste processo um ambiente com liberdade, segurança, em um espaço que encoraje todos os indivíduos envolvidos a participarem do processo espiralado da criação do conhecimento. Tal ambiente, ou contexto físico, de criação do conhecimento é conhecido como *Ba* (FIGURA 2), termo que significa “lugar”. O *Ba* proporciona energia, qualidade e os locais para desempenhar as conversões individuais de conhecimento e percorrer a espiral do conhecimento. Em outras palavras, *Ba* é o tempo e o espaço fenomenológico em que o conhecimento emerge, como uma corrente de significado (BOHM, 1996).

A Figura 2 elucida a profusão deste conhecimento no ambiente em forma de dispersão pessoa-pessoa – sujeito de profusão de saberes no contexto de sua inserção na difusão de conhecimentos no eixo compartilhamento, este eixo envolve os *inputs* e *outputs* de comunicação e informação do sistema, reconhece as singularidades relacionais comunicacionais humanas no seu processo de interconexão, em propagação nos nós da rede.

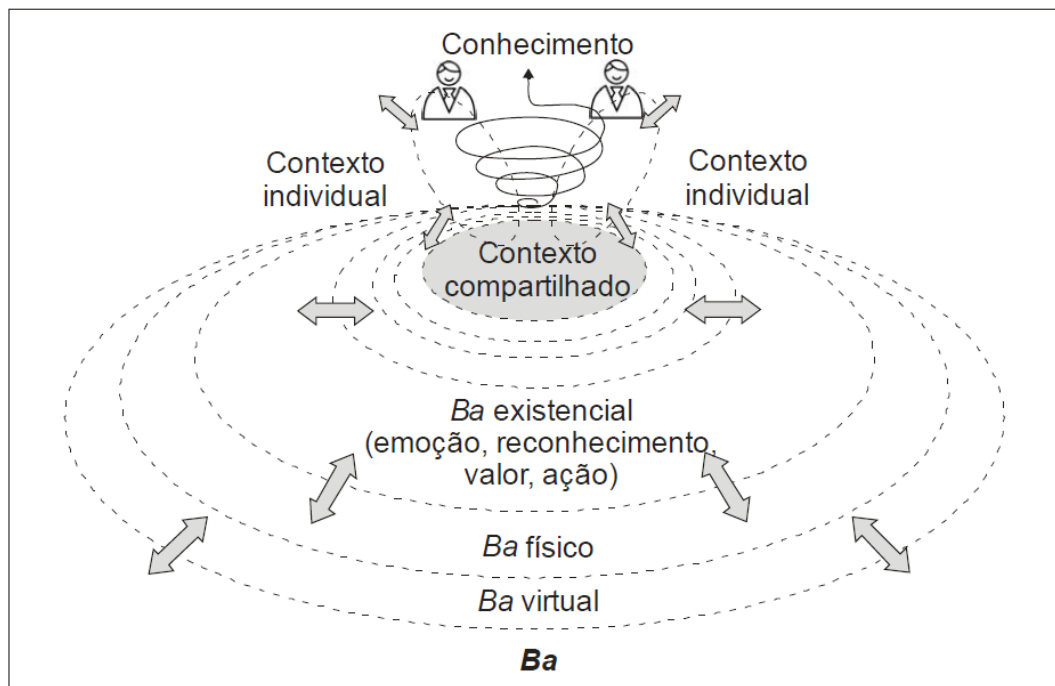


Figura 2. Representação Conceitual do *Ba*.

Fonte: Nonaka e Takeuchi (2000); Azevedo e Rodrigues (2012).

Neste cenário fecundo para a troca de conhecimento, Azevedo e Rodrigues (2012) afirmam que a valorização do conhecimento implica em potencializar a fluência e consistência deste, a partir da reunião de saberes de indivíduos, competências, especialidades,

características e organizações diferentes. Assim, estão sendo criadas diversas redes compostas por diferentes indivíduos e organizações, com foco na aquisição, troca, criação e disseminação de conhecimento, na busca de melhoria de desempenho e eficiência para o enfrentamento das mudanças inevitáveis ocorridas nos diferentes setores. A este respeito Nonaka e Takeuchi (1997, p. 203), autorreferenciando-se, enunciavam a criação do conhecimento organizacional como:

um processo que amplifica ‘organizacionalmente’ o conhecimento criado por indivíduos e cristaliza-o como parte da rede de conhecimentos da organização. Esse processo ocorre dentro de uma ‘comunidade de interação’ em expansão, que atravessa os níveis das fronteiras intra e interorganizacionais.

Abordar a criação do conhecimento neste estudo é de grande importância visto que esta encontra um terreno fértil que produz ideias convergentes no que se refere à superação do dualismo cartesiano e à necessidade do enfoque sistêmico. Assim, percebemos o que há de comum entre a criação do conhecimento organizacional e o presente estudo – o pensar intersetorial; o desenvolvimento de ações a partir de interconexões, ou seja, das redes.

Ao analisar a estrutura das redes em uma organização, deve-se sempre considerar as suas múltiplas relações internas e externas (DANTAS; DAVID, 2013). Nesta vertente, seguindo os pressupostos da teoria organizacional, podem-se analisar as redes nos aspectos intra e interorganizacionais. No aspecto intraorganizacional (microambiente), analisam-se apenas os aspectos internos da organização, como por exemplo: a relação entre as pessoas, os setores, o processo produtivo, e outros. Já no aspecto interorganizacional, serão analisadas as relações externas à organização. Tais ligações compreendem laços pessoais, alianças, fluxos de recursos, fluxos de informações, dentre outras. Assim, o objeto do estudo das redes é analisar estas estruturas, seus impactos e evolução (AZEVEDO; RODRIGUES, 2012).

A Análise de Redes Sociais (ARS) é compreendida como “uma ferramenta que permite conhecer as interações entre qualquer classe de indivíduos, partindo preferencialmente de dados qualitativos do que quantitativos” (ALEJANDRO; NORMAN, 2005, p. 1). Para fazer a ARS, existem várias estratégias que seguem a inquietude do pesquisador sobre o que deseja desvelar, ancorados em estudiosos como citados anteriormente e outros, uma estratégia que podemos citar é a utilização de *software* – do qual, vale-se este estudo –, a opção de escolha, então, foi o UCINET – um *software freeware* desenvolvido por

Lin Freeman, Everett Martin e Steve Borgatti, distribuído pela *Analytic Technologies* e que trabalha em conjunto com o NETDRAW, utilizado para desenhar e visualizar diagramas de redes sociais. Esta estratégia no contexto desta investigação segue os ensinamentos de Alejandro e Norman (2005), descritos a seguir:

Densidade (*Density*) - refere-se a “uma medida expressa em percentagem do quociente entre o número de relações existentes com as relações possíveis” (p. 16), pode ser calculada sem a necessidade de um *software*. Tal indicador revela-nos, o grau de conectividade da rede, classificando-a como de alta ou baixa conectividade.

Grau de Centralidade (*Centrality Degree*) - “consiste no número de atores com os quais um ator está diretamente relacionado”, ou seja, mostra a quantidade de ligações que um ator possui (p. 16-17). A densidade dessa centralidade poderá ser analisada pelos indicadores de centralidade, o qual possibilita identificar a rede tanto em conjunto quanto individualmente, podendo obter diversos resultados: “grau de conectividade da rede, indivíduos com maior e menor número de interações, intermediação de alguns atores nas relações entre indivíduos e a proximidade entre os indivíduos através das suas interações”. Este indicador pode ser classificado em Grau de Entrada e Grau de Saída, a depender da direção tomada pelo fluxo:

- Grau de saída é a soma das interações que os atores têm com os demais atores;
- Grau de entrada é a soma das interações que os outros nós tem com o ator.

Índice de Centralização (*Centralization Index*) - “trata-se de uma condição especial na qual um ator exerce um papel claramente central ao estar ligado a todos os nós, os quais necessitam passar pelo nó central para se ligarem uns aos outros” (p. 20). Tal índice também pode realizar o cálculo de entrada e saída, que são obtidos a partir do grau de centralidade. A centralidade é uma medida da rede que indica o quão homogênea é a rede.

Grau de Intermediação (*Betweenness*) - “trata-se da possibilidade que um ator tem para intermediar as comunicações entre pares de nós” (p. 16). Estes nós são também denominados como “atores-pontes”. Por meio deste indicador, é possível encontrar os caminhos mais curtos que um ator deve seguir para se ligar a outros nós, ou seja, os chamados caminhos geodésicos. Faz-se necessário esclarecer que, nos casos de rede em que cada ator

faz referência a um de seus companheiros, tem-se uma rede em que cada nó tem um grau de intermediação e para que estes nós se liguem um ao outro, com o qual não está ligado diretamente, é preciso que os “nós-ponte” se comuniquem para estabelecer a comunicação na rede.

Grau de proximidade (*Closeness*)- refere-se à “capacidade de um ator para alcançar todos os nós da Rede” (p.16). Calcula-se, contando todas as distâncias geodésicas de um ator para se ligar aos restantes.

3.3 A rede no direcionamento da intersetorialidade

Os saberes apresentados neste subtópico estão subsidiados nos conhecimentos de Inojosa e Junqueira sobre os estudos da intersetorialidade na investigação científica.

O nosso ponto de partida – *a vida tecida em conjunto* – é uma expressão do axioma que reflete a vida em sociedade (INOJOSA, 2001). Tal pensar converge para a ideia de interconectividade da vida; logo, se adequa à metáfora das redes e à abordagem sistêmica. Nesta vertente, entendemos que, para alcançar a eficácia das ações em saúde, é preciso haver interconexão de *multiversos* saberes e desenvolvimento de ações sob a perspectiva da *rede de redes* entre os setores. Ou seja, segundo nossa compreensão, a assistência à saúde deve ser realizada a partir de uma visão ecológica, articulada em ações integradas, cujo princípio deva ser o atendimento integral, o qual exige um *pensar-agir* intersetorial, também denominado de trans-setorial.

A intersetorialidade ou transetorialidade, segundo Inojosa (2001), é uma expressão presente no campo das políticas públicas e das organizações, discutida sob a perspectiva do conhecimento científico transdisciplinar. Destarte, assenta assinalar a transdisciplinaridade, cuja essência encontra-se na teoria da complexidade.

De acordo com Morin (1999), a teoria da complexidade segue a compreensão da diversidade e, por isso, busca superar a fragmentação do conhecimento, a partir do rompimento com as clausuras setoriais, o pensar disciplinar, para a efetivação da diversidade. Além disso, o autor afirma que as disciplinas, quando compartimentalizadas, são incapazes de captar o que está tecido em conjunto; daí a complexidade.

Seguindo essa perspectiva, na arena das organizações e das instituições, tem-se a intersetorialidade, ou transetorialidade, como sendo o princípio norteador das ações. Contudo, é a transetorialidade a palavra-chave a ser utilizada, na concepção de Inojosa (2001), pois o prefixo “trans” expressa melhor a concretude do ponto de vista das organizações e instituições, visto que ultrapassa os saberes disciplinares e enuncia a ideia de articulação, e que o prefixo “inter” tem sido utilizado como modismo, em um desrespeito a sua significação, e, como destaca a autora, tem sido reduzido, o que culmina com a significação de “apenas proximidade de saberes isolados, sem daí gerar novas articulações” (p. 103).

Entretanto, a autora supracitada, ainda argumenta que, na literatura, encontraremos ambos os termos como sendo semelhantes, trazendo-nos a compreensão de “articulação de saberes e experiências para a solução sinérgica de problemas complexos” (INOJOSA, 2001, p.103).

Conquanto, reconhecemos a palavra transetorialidade como sendo de melhor adequação à proposta deste estudo, manteremos a intersetorialidade, posto que, no contexto na política de saúde nacional, é esta a palavra empregada no SUS.

No dicionário eletrônico Houaiss (2009), a palavra intersetorialidade é originada do termo interação – do latim *inter-* + *a(c)ção* – e significa influência mútua de órgãos ou organismos inter-relacionados; ação recíproca de dois ou mais corpos; atividade ou trabalho compartilhado, em que existem trocas e influências recíprocas; comunicação entre pessoas que convivem; diálogo, trato, contato, e outros.

Para Inojosa (2001, p. 105), a intersetorialidade ou transetorialidade é conceituada como:

a articulação de saberes e experiências com vistas ao planejamento, para a realização e a avaliação de políticas, programas e projetos, com o objetivo de alcançar resultados sinérgicos em situações complexas. Trata-se, portanto, de buscar alcançar resultados integrados visando a um efeito sinérgico. Transpondo a ideia de transdisciplinaridade para o campo das organizações, o que se quer muito mais do que juntar setores, é criar uma nova dinâmica para o aparato governamental, com base territorial e populacional.

Nessa direção, Junqueira (1998) enuncia que a intersetorialidade não é um conceito que engloba apenas as políticas sociais, pois inclui em sua interface outras dimensões organizacionais, como, por exemplo, infraestruturais e ambientais, que produzem fluxos de inter-relações comunicacionais entre os diversos segmentos .

Os conceitos apresentados condescendem com o proposto pelo Ministério da Saúde, que compreende as ações intersetoriais como a significativa troca e construção coletiva de saberes, linguagens e práticas entre os diversos setores organizacionais (BRASIL, 2012). Além disso, acrescenta que a intersetorialidade é uma estratégia política complexa que faz com que, no contexto da gestão pública, independentemente da esfera, quer seja municipal, estadual ou federal, obtenha como resultado a superação da fragmentação das políticas na resolução de problemas cotidianos (BRASIL, 2009).

O desenvolvimento de ações intersetoriais é um imperativo ao setor saúde no assistir as pessoas, mas devendo se mediar de maneira contextualizada. Corroborando com este pensar, Junqueira (1997) afirma que a intersetorialidade transcende o setor saúde, este que em alguma medida abrigou e enraizou as discussões iniciais sobre este tema, apontando que as determinações dos problemas que chegam ao setor não podem ser resolvidas de maneira setorial; portanto, assume uma dimensão mais ampla. A intersetorialidade implica mudanças tanto das práticas quanto da cultura organizacional. Dessa maneira, trata-se de um processo que em seu curso pode apresentar resistências por parte de grupos de interesses contrários, resistentes à assimilação de novos paradigmas.

Outro conceito que não pode estar dissociado da intersetorialidade refere-se à descentralização das ações – diretriz proposta pela CF de 1988, que culminou na criação do SUS; nesta, os municípios ganham certa autonomia visto que há uma mudança de paradigma, em que o poder central, da União, compartilha responsabilidades com os poderes periféricos, Estados e Municípios, abrindo espaço de discussão à tomada de decisão das ações em saúde. Assim, o nível municipal passa também a possuir poder decisório não estando condicionado somente às decisões das demais esferas governativas, o que significa que o poder local passa a ser agente protagonista de sua rede de serviços.

De acordo com Junqueira (1998, p. 13), o processo de descentralização é uma estratégia governamental que sinaliza a “necessidade de recolocar cada ente federativo em seu espaço de ação peculiar”, cabendo ao município a prestação de serviços no âmbito local e ao Estado, o apoio por meio da “regulação das relações e da moderação das desigualdades regionais, garantindo a ação intergovernamental e intersetorial no âmbito da unidade federada, com vistas à qualidade de vida da sua população”.

O processo de municipalização das ações coloca a esfera municipal como a principal responsável pela saúde de seus cidadãos e transfere para o município a gerência dos recursos necessários para a execução plena de coordenação, negociação, planejamento,

acompanhamento, controle, avaliação e auditoria da saúde local, além de controlar os recursos financeiros, as ações e os serviços de saúde oferecidos em seu território.

A atuação intersetorial se adequa à nova maneira de gerenciar a cidade, pois busca inicialmente a identificação dos problemas de uma base populacional e geográfica e segue, posteriormente, para uma solução integrada, calcada na garantia dos direitos dos distintos grupos populacionais (JUNQUEIRA, 1998; JUNQUEIRA, 1997). Por sua vez, a descentralização surge como um instrumento de participação em que é possível criar uma rede de relações, que possibilita aos cidadãos de cada região da cidade ter o acesso aos responsáveis pelos serviços públicos municipais (JUNQUEIRA, 1997).

Os conceitos aqui abordados – transdisciplinaridade, teoria da complexidade, intersetorialidade, transetorialidade, descentralização e outros – remetem aos ideários de um pensar integrador, o que exige rompimento do saber especializado, fragmentado, para uma concepção de intermediação. Por isso, admite-se que o setor saúde, sozinho, não é capaz de prestar uma atenção integral às pessoas, ou seja, é preciso efetivar a descentralização e desenvolver ações intersetoriais. Daí, a intersetorialidade vir sendo discutida como um eixo estruturante para o desenvolvimento das ações em saúde, a fim de superar as fragmentações e desarticulações do sistema – SUS. Nesse contexto, consolidar a intersetorialidade sob a perspectiva das redes e redes de atenção é algo imprescindível e indissociável.

Orientadas por esta compreensão, a assimilação do conceito ampliado de saúde e a constituição de redes regionalizadas e integradas propostas pelo SUS exigem a composição de um sistema de saúde interligado, sendo, deste modo, a articulação entre os serviços uma necessidade inadiável, pois para se efetivar o proposto nas leis orgânicas – LOS 8.080/90 e LOS 8.142/90 – que regulamentam o SUS, é preciso ter um sistema conectado, ou seja, que as partes estejam integradas de forma sistêmica. Assim, a intersetorialidade pode ser considerada como o princípio orientador das ações nas redes municipais.

CAPÍTULO IV



4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de método misto, não randomizado, sem grupo equivalente, interpretativo descritivo.

Creswell (2010, p. 238) aponta que a utilização da combinação de métodos qualitativos e quantitativos conduz a uma abordagem mais aprofundada acerca de um fenômeno e “pode-se obter mais insights com a combinação das pesquisas, qualitativa e quantitativa, do que com cada uma das formas isoladamente”. Assim, proporcionando maior compreensão dos problemas de pesquisa.

A combinação desse método ocorreu de maneira interligada neste estudo, iniciando com a etapa quantitativa, seguindo com a qualitativa/quantitativa e finalizando com a quantitativa, na junção de ambas realizando uma triangulação concomitante de forma a análise interpretativa do estudo. Segue o esquema traçado na Figura 3, adaptado de Creswell (2010, p. 247):

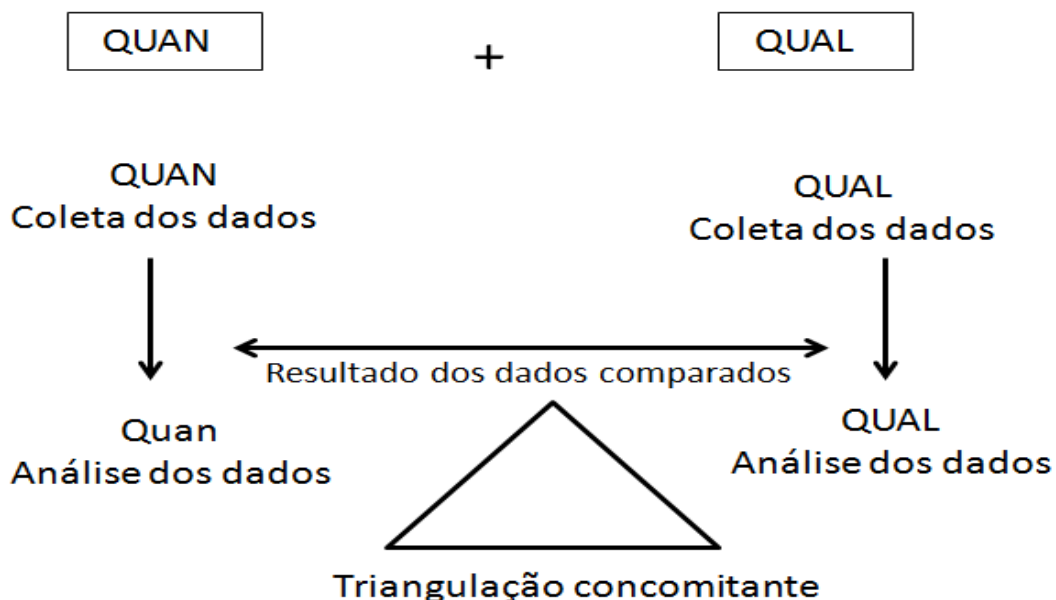


Figura 3. Estratégia de métodos mistos.

Fonte: Adaptada de Creswell (2010, p. 247).

A abordagem interpretativo-descritivo de estudo, de origem antropológica, é centrada

na busca da compreensão do complexo mundo da experiência vivida do ponto de vista de quem a vive. Esta abordagem buscou, então, abranger o mundo de significados dos entrevistados à luz de seu conhecimento sobre a intersetorialidade no SUS, seguiu assim, os ensinamentos de Denzin e Lincoln (1997-2006).

Esta abordagem foi imbricada no método misto, sendo usada nos procedimentos de coleta, análise e interpretação dos dados, os quais se sobrepuseram, à guisa da observância sobre a existência de convergência, divergência ou alguma combinação entre eles (CRESWELL, 2010). Segundo este autor, o método misto “incorporado concomitante pode ser utilizado para servir a vários objetivos. Com frequência, é usado para que um pesquisador possa obter perspectivas amplas como resultado do uso de diferentes métodos [...]” (p. 252). Neste caso, o que se pretendeu com o objetivo do estudo foi conhecer, a partir da visão dos atores, profissionais coordenadores da Estratégia de Saúde da Família (ESF), como acontece o processo de articulação intersetorial na gestão do SUS, no município de Jequié (BA), na gestão à saúde e na concepção de rede dos recursos que este oferece às pessoas ao longo do caminho na busca de assistência (nos serviços de saúde e médicos especializados, e outros) até a eventual saída deles.

4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado no município de Jequié, situado geograficamente na região sudoeste da Bahia, componente da 13ª Diretoria Regional de Saúde (DIRES) do Estado, a qual comporta outros 24 municípios, todos ligados diretamente ao município sede, Jequié (BA).

Jequié é uma cidade de confluência cultural, com 151.895 habitantes (IBGE, 2010), polo agroindustrial e têxtil da região, um centro universitário, composto de 01 universidade pública (com destaque ao Centro de Ciências da Saúde) e 04 privadas. Trata-se de uma cidade com características de pessoas longevas – 80 anos e mais –, em uma mixagem com grupo de adulto-jovem, sendo este uma população itinerária relacionada à característica de cidade polo universitária.

Neste município, privilegia-se a atenção primária em saúde, estando em fase plena de municipalização. A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) foi criada no ano de 1991 (Lei n.º 187/91), passando por reestruturação no ano de 1997 (Lei n.º 1.433/97). Tratou-se de uma

mudança necessária ao avanço da política de municipalização das Ações de Saúde, quando assumiu a Gestão Plena da Atenção Básica. O município, em 2010, firmou junto à Secretaria de Saúde do Estado da Bahia o Pacto de Gestão (JEQUIÉ, 2010).

A rede de atenção à saúde no município é composta por: Atenção Básica (AB); Rede de Atenção Especializada; Rede de Atenção Hospitalar; Rede de Atenção à Urgência e Emergência; Rede de Atenção de Alta Complexidade e Complexo Regulador Municipal.

As ações de AB à saúde estão vinculadas ao Departamento de Assistência à Saúde da SMS, com prestação de serviços de atenção primária distribuídos entre as áreas urbanas e rurais. Esta constitui uma rede composta de 18 USF, as quais abrigam 27 equipes de ESF e 18 equipes de Saúde Bucal; 09 Equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS); 25 postos de saúde (sendo 02 localizados na zona urbana e 23 em zona rural e áreas rarefeitas); 04 Unidades Básicas de Saúde (UBS), todas localizadas na zona urbana; 01 unidade móvel para atendimento médico-odontológico; e 01 Unidade de Saúde Prisional (USP) (JEQUIÉ, 2010).

A AB detém na ESF sua ação prioritária de organização da rede de saúde, sendo de caráter substitutivo à rede tradicional, decisiva para o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção da saúde. A ESF foi implantada no município, em 1998 (SILVA; NASCIMENTO, 2011), e, de acordo o Plano Municipal de Saúde, sua cobertura populacional é de 59,7% (JEQUIÉ, 2010), ou seja, ainda abaixo da demanda perspectivada pelas políticas públicas ministeriais para as unidades federativas do Brasil.

Neste contexto municipal, o estudo foi desenvolvido na AB, mais especificamente nas unidades da ESF distribuídas nas zonas urbanas e rurais do município. Assim, nosso primeiro passo, foi visitar a SMS, onde fomos encaminhadas ao Departamento de Assistência, para então identificar as unidades e suas respectivas equipes de Saúde da Família no município. Nestas, tomou-se como direcionamento de alcance a abordagem sistêmica, a qual viabilizava ampliar-se para outros contextos, em decorrência da iminência da natureza intra-intersetorial perseguida na investigação. A seguir, apresentamos o Quadro 01 da distribuição das USF por nome, quantidade de equipe e localidade.

QUADRO 01: Distribuição das USF por nome, quantidade de equipe e localidade, no município de Jequié (BA)

NOME DA UNIDADE	Nº DE EQUIPES NA USF	BAIRRO
USF Amando Ribeiro Borges	02	Água Branca
USF Dr. Antonio Carlos Martins	01	São Judas Tadeu
USF Dr. Aurelino Schiarreta	03	Itaigara
USF Gilson Oliveira Pinheiro	01	Alto da Boa Vista
USF Giserlando Biondi	02	Pau Ferro
USF Idelfonso Guedes	01	Loteamento Santa Luz
USF Dr.ª Isa Cléria Borges	01	Km 03
USF Virgílio Tourinho de Paula Neto	02	Cidade Nova
USF João Caricchio Filho	01	Amaralina
USF José Maximiliano H. Sandoval	02	URBIS IV
USF Dr. Milton Rabelo	02	Km 04
USF Odorico Motta da Silveira	01	Joaquim Romão
USF Pe. Hilário Terrosi	02	Inocoop
USF Dr. Rubens Xavier	02	Joaquim Romão
USF Senhorinha Ferreira de Araújo	01	Curral Novo
USF Dr.ª Tânia Diniz C. Leite de Britto	01	Cansação
USF Isabel Andrade	01	Distrito de Florestal
USF Waldomiro Borges de Souza Filho	01	Distrito de Itajurú

Fonte: Adaptado do Plano Municipal de Saúde 2010-2013. Jequié (2010).

Após reconhecimento das unidades – a partir do panorama apresentado pelo Departamento de Assistência/SMS – as equipes das ESF foram identificadas em um papel com o nome e número (por ex.: nome da USF e n.º da Equipe 1, 2 ou 3), ficando reservado em um envelope cartão tamanho A4; estas compuseram os sorteios, de natureza não intencional. O 1º sorteio compôs selecionar 50% mais 01 (total de 14 equipes), e reservando

como cenário do estudo desta dissertação; já o 2º, foi feito, com as equipes ainda não selecionadas – ou seja, as que estavam reservadas no envelope e ainda não haviam sido contempladas no 1º sorteio – cuja intenção versava um teste-piloto do estudo, o qual foi composto por 06 equipes da ESF, selecionadas a partir das 04 unidades restantes. Este foi realizado, proporcionalmente ao número de equipes selecionadas para o estudo da dissertação.

Outra particularidade relacionada ao sorteio se refere aos casos em que as unidades adstritas da USF já sorteadas, eram excluídas dos próximos sorteios, evitando repetições e oportunizando a participação de mais áreas territoriais. Também foi excluído o sorteio de mais de uma equipe por Unidade. Nos casos em que houve repetição de unidades, o Desse modo, este estudo possibilitou que 17 (03 unidades referente ao teste-piloto e 14 da dissertação) das 18 USF existentes no município fossem pesquisadas, o sorteio foi invalidado, sendo feito um próximo, com o objetivo de alcançar maior variabilidade das equipes.

No que se refere ao teste-piloto, esclarece-se que este seguiu o método do estudo da dissertação, sendo realizado com o objetivo de validar os cenários e testar os instrumentos de coletas de dados a serem aplicados. Da validação destes instrumentos, seus resultados conduziram à entrada no campo para a coleta de dados da dissertação propriamente dita. Assim, a pesquisa de dissertação buscou conhecer – a partir dos coordenadores das ESF – a rede de encaminhamento dos sujeitos usuários do SUS nos múltiplos contextos assistenciais:

- Rede de Atenção Especializada - serviços na rede pública e complementar contratada/conveniada ao SUS. Abrange bairros, distritos e mais 24 municípios que compõem a microrregião de Jequié, conforme Plano Diretor Regional (PDR) e Programação Pactuada e Integrada (PPI) (JEQUIÉ, 2010).
- Rede de Atenção Hospitalar - composta por 05 unidades, sendo 01 hospital público e 04 hospitais conveniados ao SUS (JEQUIÉ, 2010).
- Rede de Atenção à Urgência e Emergência - composta por atendimento pré-hospitalar fixo, que engloba as unidades da rede básica de saúde, responsáveis pelo atendimento às pequenas urgências e Pronto Atendimento (PA) 24 horas; pré-hospitalar móvel - Serviço de Atenção Móvel de Urgência (SAMU 192); e urgência hospitalar do Hospital Geral Prado Valadares (HGPV) (JEQUIÉ, 2010).

- Rede de Atenção de Alta Complexidade - composta por 01 unidade de hemodiálise; 02 serviços de tomografia computadorizada; 01 serviço de ressonância magnética e 02 serviços de densitometria óssea (JEQUIÉ, 2010).

No que tange ao mecanismo de regulação ao acesso da população à rede de atenção especializada ambulatorial e hospitalar, é realizado diretamente pelo Complexo Regulador de Jequié: Central de Regulação de Leitos; Tratamento Fora do Domicílio (TFD); SAMU 192; Central de Regulação da Assistência à Saúde de Jequié (CERAJE); Autorização de Internação Hospitalar (AIH); Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade e Alto Custo (APAC); Central de marcação para serviços pactuados em outros territórios (JEQUIÉ, 2010).

Nesse universo, outros contextos emergiram do direcionamento da assistência, possibilitando-nos conhecer a rede da rede – intersectorialidade – no contexto do município de Jequié, a exemplo: Pastoral da Criança, Associação de Bairro, Instituições de Ensino Superior (IES) e Instituições religiosas.

4.3 Atores do estudo

Os atores do estudo – denominados também como entrevistados e sujeitos, identificados com a sigla “E” sequenciada pelo n.º equivalente à realização da entrevista (por ex.: E1) – compreenderam os (as) coordenadores (as) da ESF, atendendo aos critérios de inclusão: 1) estar atuando como coordenador (a) por um período mínimo de 05 meses na ESF sorteada, e 2) ser anuente à participação da pesquisa, mediante assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1). Como critérios de exclusão os que não se adequaram aos de inclusão.

A fim de conhecer o perfil dos coordenadores das ESF no município-caso, a partir dos dados obtidos na coleta de dados, foi construído o Quadro 02.

QUADRO 02: Características sócio demográficas, dados educacionais e vínculos profissionais dos coordenadores da ESF do município de Jequié (BA), 2013

Atores	Sexo	Idade	Tempo de Formação	Tempo na ESF Pesquisada	Curso de atualização na área de atuação profissional	Outros vínculos
E¹-1	F	35	2,5 anos	05 meses	- Atendimento pré-natal; - Abordagem sindrômica; - Manejo clínico da Dengue; - Programa Saúde na Escola (PSE); - Capacitação farmacêutica.	Não
E-2	F	31	06 anos	05 meses	- Abordagem sindrômica; - Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI).	Não
E-3	F	37	05 anos	05 meses	- Abordagem sindrômica; - AIDPI; - Manejo clínico da Dengue.	Sim
E-4	F	25	01 ano	06 meses	- Abordagem sindrômica; - Atendimento pré-natal; - Tratamento ao paciente com Tuberculose; - Atualização em Vacinas; - Assistência farmacêutica. - PSE.	Não
E-5	M	25	02 anos	06 meses	Abordagem sindrômica.	Não
E-6	F	36	2,5 anos	06 meses	- Abordagem sindrômica. - Atendimento pré-natal	Não
E-7	F	26	2,6 anos	06 meses	- Abordagem sindrômica; - Atendimento pré-natal; - Atualização em vacinas.	Não

E-8	F	32	06	05 meses	- Manejo clínico da Dengue; - Abordagem sindrômica; - Tratamento ao paciente com Tuberculose;	Tratamento ao paciente com Hanseníase; Atualização em vacinas.	Não
E-9	M	30	04 anos	06 meses	- Manejo clínico da Dengue; - Abordagem sindrômica; - Tratamento ao paciente com Tuberculose;	Atualização em vacinas.	Não
E-10	F	37	13 anos	06 meses	- Introdutório na Estratégia de Saúde da Família.		Sim
E-11	F	33	08 anos	06 meses	- Curso em Enfermagem e ESF; - Curso em Sistema de Saúde Pública no Brasil; - Atualização em curativos;	- Curso em Enfermagem e saúde do idoso; - Curso sobre Gravidez na adolescência; - Atualização em Doenças Sexualmente Transmissíveis.	Sim
E-12	M	32	08 anos	06 meses	- Abordagem sindrômica; - Tratamento ao paciente com Tuberculose;		Sim
E-13	F	28	04 anos	06 meses	- Não participou de nenhum curso de atualização.		Não

¹E (Entrevistado)

Fonte: Arquivo da pesquisa.

No Quadro 02 observa-se, que participaram do estudo 10 coordenadoras enfermeiras e 03 enfermeiros, idade entre 25 e 37 anos (média = 31,3); tempo de formação variando de 01 a 13 anos e de atuação na equipe investigada 5 a 6 meses. Este último dado, exige ser evidenciado, pois se refere ao tempo de nova gestão municipal, 01 de janeiro de 2013, posto que os profissionais coordenadores anteriormente na ESF do município-caso foram exonerados. Este dado contrapõe a Lei Complementar nº 101, de maio de 2000 (BRASIL, 2000; VAINER; ALBUQUERQUE; GARSON, 2001), que enuncia a responsabilidade da política, planejamento e gestão plurianual.

Referentemente a outros vínculos empregatícios, apenas 04 informaram possuir, atuando na área hospitalar e educação superior no período noturno, e 01 entrevistado, optou por não responder à questão. Este dado evidencia que esses profissionais atendem às exigências da Política Nacional da Atenção Básica - 40 horas semanais na ESF (BRASIL, 2012).

Acerca da participação em cursos de atualização na área específica, Saúde da Família, todos os entrevistados relataram ter realizado algum aperfeiçoamento; assim destacados em ordem decrescente de execução e quantidade: abordagem sindrômica (E1; E2; E4; E5; E6; E7; E8; E9; E12); serviços de pré-natal (E2; E4; E6; E7; E13); serviço de tuberculose (E4; E8; E9; E12); atualização em imunobiológicos (E4; E7; E8; E9).

No âmbito do aperfeiçoamento ainda destacam-se aqueles relacionados a cursos de natureza *Lato Sensu*: Auditoria em andamento (E1); Saúde Coletiva (E2) e Saúde Coletiva com ênfase em PSF (em andamento) (E9); Metodologia da Pesquisa (E3); Enfermagem do Trabalho (E3; E5); Geriatria e Gerontologia (E8); Obstetrícia (E10); Saúde Pública; Gerontologia (E11); Unidade de Terapia Intensiva (cursando) (E13).

Dessa caracterização se compôs a amostra do estudo, para traçar as redes de relações, organizações e instituições as quais os sujeitos se intercomunicam a partir da ESF.

4.4 Instrumentos de coleta de dados

Como instrumentos para a coleta de dados, foram utilizadas entrevistas semiestruturadas (Apêndice 2). A entrevista é um instrumento que possibilita ao pesquisador obter informações contidas nas falas dos atores e, segundo Minayo (2010), se trata de uma conversa com propósitos bem definidos. A referida autora afirma que a entrevista semiestruturada consiste em uma técnica de trabalho de campo, na qual se obtêm dados de natureza objetiva e subjetiva sobre o tema em questão com possibilidades de multiversos questionamentos.

Neste estudo, as entrevistas buscaram a homogeneidade de informações, servindo como guia para a obtenção dos dados da pesquisa, sendo orientadas por roteiros com questionário composto por 03 seções: I – Dados sociodemográficos; II – Dados educacionais; e III – 05 perguntas que procuraram identificar os conhecimentos dos entrevistados sobre conceitos associados à intersectorialidade; ações de articulação intersectorial na prática e encaminhamento no SUS; e percepções sobre o que vislumbram no SUS nos próximos 10 anos. Tais perguntas tinham como objetivo conhecer o nível de conhecimento dos entrevistados em relação à rede de elementos que formam a intersectorialidade no município-caso e as potencialidades do SUS.

Como os instrumentos de coleta de dados foram avaliados, por meio do teste-piloto, identificamos a validação das questões 01, 02, 03 e 05 e a necessidade de reformulação da questão 04 (Apêndice 3). A estratégia utilizada, validação das questões, mostrou-se como uma ferramenta metodológica importante para o estudo, por sua complexidade e multidimensionalidade ao desvelamento da intersectorialidade da práxis profissional na ESF.

O instrumento de entrevista revelou-se de difícil aplicabilidade, que está, relacionada ao componente tempo dos coordenadores da ESF para disponibilizar-se à realização da entrevista pela pesquisadora principal, seja sua realização na unidade de serviço de saúde ou em outro local. Os coordenadores alegavam escassez de tempo pelas demandas de atividades da unidade, mesmo mediante contato prévio (por telefone), antes da realização das visitas para a entrevista; por vezes era vivenciada a experiência de chegar à unidade no dia e horário marcado e o coordenador não se encontrar, pois se encontrava ora na comunidade em visita domiciliar, ora na SMS em atividades de gestão de serviço. Contudo, esses obstáculos foram sendo superados e

uma estratégia de superação reverteu-se em entregar o instrumento de entrevista aos coordenadores para que estes respondessem a ele na ausência da pesquisadora e lhe comunicasse quando deveria ir buscá-lo. Assim, uma modalidade de questionário foi forçosamente empreendida no estudo com 08 dos 13 sujeitos da pesquisa. Esta estratégia, à luz de nossa compreensão, não trouxe prejuízos significativos à pesquisa, muito embora readquirir o questionário tenha exigido muitas idas e vindas. Quando recebido, era lido cuidadosamente junto ao sujeito da pesquisa e inquerido sobre questões postas mas não respondidas de forma elucidativas, de modo a evitar dúbias interpretações.

4.5 Questões éticas

Esta pesquisa foi realizada seguindo a Resolução 466/2012. O projeto foi encaminhado para análise do Comitê de Ética em Pesquisa da UESB (CEP/UESB), aprovado sob protocolo n.º 163.346, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) n.º 10810712.1.0000.0055, em 05 de dezembro de 2012.

O sigilo e anonimato dos sujeitos foram assegurados, sendo identificados no estudo com letras: “E” de entrevista, seguido do número da ocorrência de sua realização (p. ex.: E1). Foi solicitada permissão de uso e divulgação do conteúdo para publicação dos resultados da pesquisa em artigos, revistas e divulgação em eventos técnico-científicos nacionais e internacionais.

Aos sujeitos foi informada e garantida a liberdade de desistir a qualquer momento do estudo se esse fosse seu desejo.

4.6 Processo de organização e tratamento dos dados

A análise e a interpretação dos dados foram orientadas pela proposta de Miles e Huberman (1984-1994), a qual consiste em um modelo interativo da análise. Os dados organizados e classificados de forma sistemática, para se apropriar de sua essência a análise e interpretação na transversalidade do método misto.

Esta fase constou das seguintes etapas:

- Redução dos dados – processo de seleção, centração, simplificação, abstração e transformação do material compilado, tratando-se de uma operação contínua, que se inicia antes e processa-se durante e após a coleta dos dados;
- Apresentação dos dados – estruturação de um conjunto de informações, a fim de permitir elaborar conclusões e tomar decisões;
- Verificação das conclusões – atribuindo significados aos dados através de relações com a revisão de literatura e o referencial teórico-metodológico adotado no estudo.

Neste processo foram formuladas as conclusões provisórias até seu fechamento, de modo que as interpretações foram alvo de verificação constante para sua validação, convergindo para a análise compreensivo-interpretativa. Pretendeu-se descobrir os sentidos expressos pelos atores sobre a intersectorialidade da assistência à saúde do SUS no município de Jequié (BA) e identificar as possíveis redes de redes no desenho do percurso destes sujeitos no itinerário da assistência, no município de Jequié (BA).

Para esse fim, foram construídas redes através do UCINET, *software freeware*, conforme descrito na página 54 as quais proporcionaram melhor visualização do sistema de saúde do município de Jequié (BA), a luz da concepção dos atores do estudo. A representação do desenho de redes segue o modelo da Figura 4, abaixo:

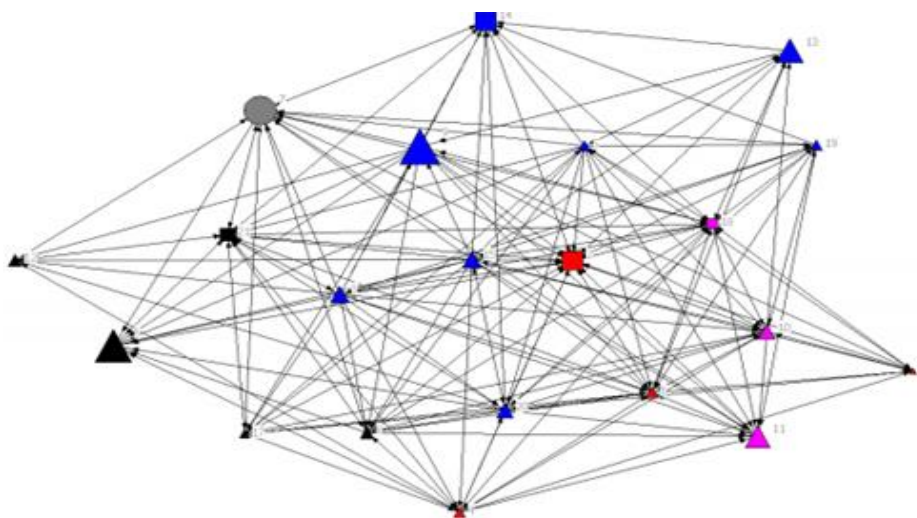


Figura 4. Visualização do UCINET 6.

Fonte: <http://www.software.com.br/pesquisa-analise-qualitativa/ucinet.html>. [Acesso em 11 de novembro de 2012].

Este modelo foi escolhido segundo a ferramenta UCINET de análise de redes de afiliação utilizando dados binários. Tratou-se do UCINET 6 *for Windows*, desenvolvido em Harvard. A Figura 5 apresenta o registro oficial da ferramenta e os créditos do seu desenvolvimento (BORGATTI; EVERET; FREEMAN, 2002).

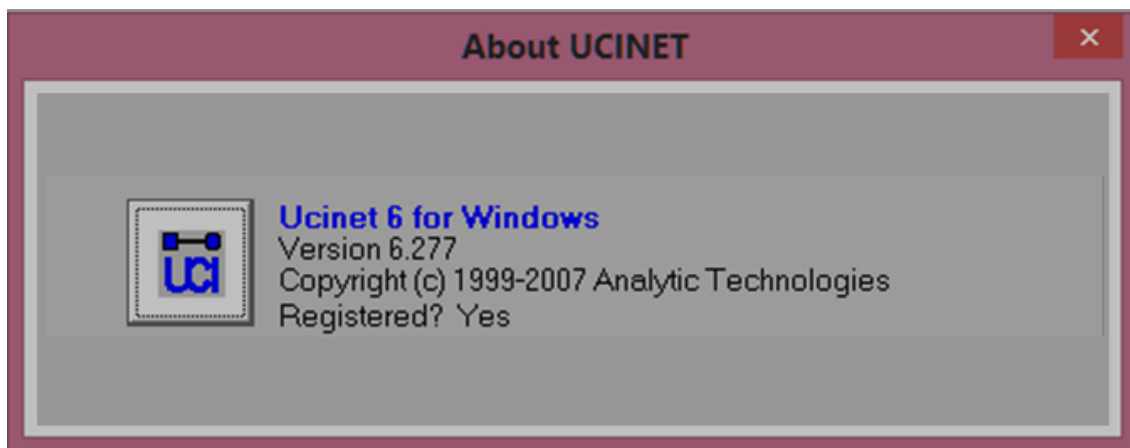


Figura 5. Créditos do *software* utilizado para análise das redes de afiliação deste trabalho.

A partir dos conceitos de Borgatti, Everett e Freeman (2002) para análise das redes, foi possível conhecer tanto o macro quanto o micro ambiente dos serviços de saúde elencados pelos atores do estudo, no perseguir os saberes sobre a intersectorialidade na ESF.

Este trabalho usou partes das possibilidades do *software*, focando a análise nas estruturas binárias formadas pelas respostas dos atores envolvidos na pesquisa. Foram usadas as redes transformadas de dois modos em um único modo, analisando-se em separado cada dimensão. Existindo duas possibilidades de análise: método *cross-product*; e *minimums method*. Neste trabalho o método utilizado foi o *cross-product* porque trabalha com dados binários. Seguiu o direcionamento de armazenar e tratar os dados de redes de afiliação através de uma matriz retangular que associa atores a eventos.

Associado a este método, foram testadas todas as formas de análise disponibilizada pelo UCINET para redes de dois modos.

CAPÍTULO V



5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Alcançar esta etapa do estudo não foi tarefa fácil; trabalhar com a concepção de redes exigiu de nós ampliação do olhar para os complexos contextos de significados e significância atribuídos pelos entrevistados deste estudo sobre a intersectorialidade do SUS.

O olhar para a compreensão da palavra complexidade não remeteu nosso pensar a tornar o caminhar difícil, pelo contrário, permitiu-nos um olhar perscrutador compreensivo-interpretativo sobre o *ser* sujeito relacional em teia interacional.

Este olhar nos foi possível pela discussão de saberes com outros pares, estudiosos de redes, que, gentil e humildemente, lançaram luz a nossa visão, clareando a nossa compreensão para o uso de ferramentas tecnológicas possibilitadoras de conexões e conexões. Em outras palavras, a visualização das redes de redes constituídas pelo saber dos entrevistados sobre a concepção de intersectorialidade; e, assim, o complexo se mostrou em inteireza e globalidade na ação compreensiva do desenho do percurso dos municípios de Jequié(BA) no itinerário da assistência à sua saúde.

Deste caminhar, a questão 1, lançada na entrevista, teve o objetivo de identificar o entendimento dos coordenadores das Equipes de Saúde da Família do município de Jequié(BA) sobre a intersectorialidade, ao serem questionados: “A que conceitos você associa a intersectorialidade?”, para melhor analisar o entendimento, foram estimuladas três respostas possíveis e complementares, de forma que as três encerrassem o ‘real’ conceito da intersectorialidade, a saber: interdependência das ações de saúde; intervenção nas ações de saúde; e relacionamento entre as pessoas/profissionais de saúde/demais profissionais de áreas afins.

Para analisar as respostas dos coordenadores foi escolhido o método de análise de redes sociais de dois modos ou bipartidas. A escolha pelas redes sociais como ferramenta foi eleita, principalmente porque o mesmo questionário pode ser aplicado em outras regiões ou até para uma quantidade maior de atores da área de estudo, em trabalhos futuros, observando-se a evolução e facilitando sobremaneira o processo comparativo dos resultados encontrados, sendo importante destacar que este método não tem o objetivo de identificar uma situação de momento e não pode ser analisado como uma tendência.

Os dados escolhidos para serem trabalhados são binários e representam escolhas simples, como: reconhecimento que este conceito está associado ao SUS (1) e não reconhecimento

este conceito associado ao SUS (0). A Matriz retangular do Quadro 3 mostra o conjunto de dados tabulados das respostas dos coordenadores e suas respectivas respostas estimuladas, além das escolhas destes atores.

QUADRO 3: Matriz retangular binária das respostas da Questão 1

Entrevistados	Interdependência das ações de saúde	Intervenção nas ações de saúde	Relacionamento entre as pessoas/ profissionais de saúde/ demais profissionais de áreas afins
1	1	0	1
2	0	0	1
3	0	1	1
4	0	1	1
5	0	0	1
6	0	0	1
7	0	0	1
8	1	1	1
9	0	0	1
10	0	1	1
11	0	0	1
12	1	1	1
13	0	0	1

A rede bipartida da questão 1 apresenta a relação de dois modos entre os atores do sistema SUS do município de Jequié(BA) e o conceito que eles têm sobre este sistema de saúde. A Figura 6 apresenta esta rede de afiliação que relaciona 13 respondentes de um questionário a três respostas sugeridas para identificar o SUS.

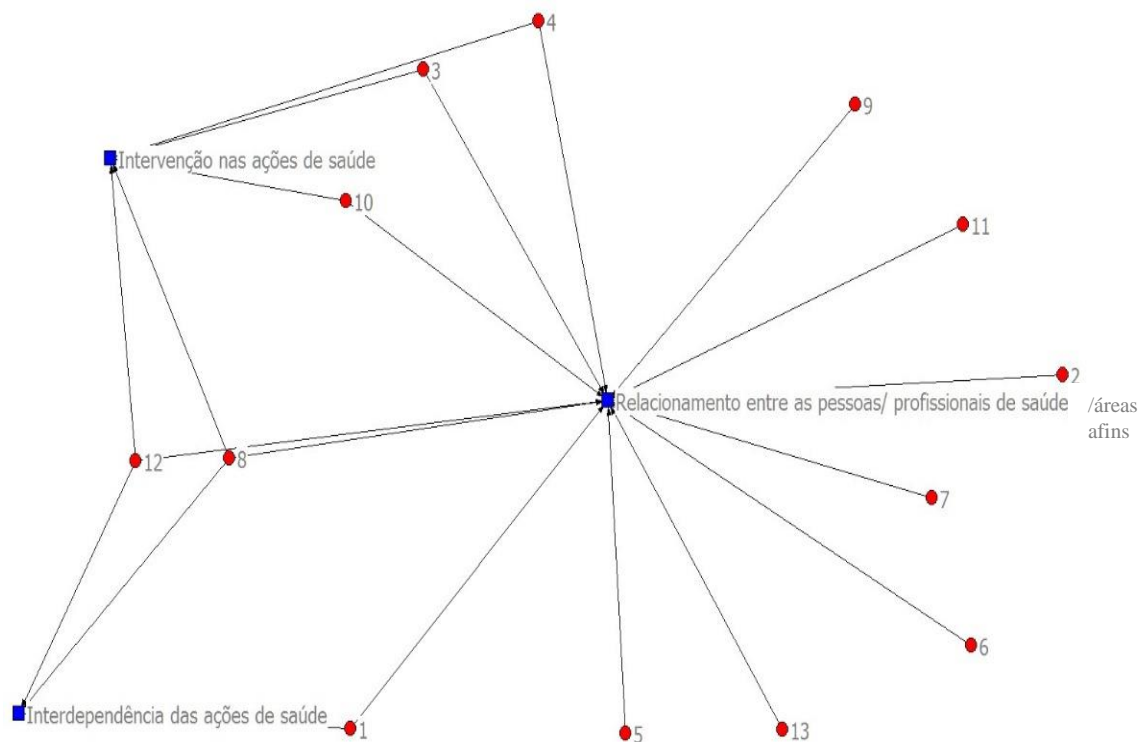


Figura 6. Rede Bipartida da Questão 1

Na análise das respostas desta questão 1, a densidade da rede pressupõe o nível de conhecimento que os atores respondentes possuem do SUS e a distância que falta para que todos tenham o conhecimento pleno desse Sistema de saúde pública. A centralidade ou grau de entrada estabelece a escolha estimulada da preferência de todos.

No Quadro 4, a seguir, os numerais de um a treze representam os coordenadores, e os conceitos escolhidos para definir a intersectorialidade do SUS são as letras *A*, *B* e *C*. Neste quadro, é possível observar que a opção de se considerar o SUS como O caminho mais comum de armazenar e tratar os dados de redes de afiliação é através de uma matriz retangular que associa atores a eventos um conjunto de ações de saúde interdependentes foi pouco considerada pelos atores; entretanto, o relacionamento entre as pessoas/profissionais de saúde/demais profissionais de áreas afins foi a opção com maior densidade de escolha.

Ainda no Quadro 4 apresentam-se as medidas de centralidade de grau de Borgatti, Everet e Freeman (2002) extraída do UCINET para a rede simétrica de dois modos (bipartida) da Figura 6. Nela estão descritas para cada um dos nós das duas dimensões o grau (frequência), o número de grau (frequência relativa) e o compartilhamento relativo dos conceitos estimulados.

QUADRO 4: Indicadores da rede bipartida formada pelas respostas da Questão 1

Entrevistados	Grau	Número de grau	Compartilhamento
1	2.000	13.333	0.048
2	1.000	6.667	0.024
3	2.000	13.333	0.048
4	2.000	13.333	0.048
5	1.000	6.667	0.024
6	1.000	6.667	0.024
7	1.000	6.667	0.024
8	3.000	20.000	0.071
9	1.000	6.667	0.024
10	2.000	13.333	0.048
11	1.000	6.667	0.024
12	3.000	20.000	0.071
13	1.000	6.667	0.024
A	3.000	20.000	0.071
B	5.000	33.333	0.119
C	13.000	86.667	0.310

Entre os coordenadores (1 a 13) destacam-se, como de maior conhecimento do conceito de intersectorialidade, os representados pelos números 8 e 12. Não obstante, 53,87% dos coordenadores associam os conceitos de intersectorialidade estimulados na Questão 1.

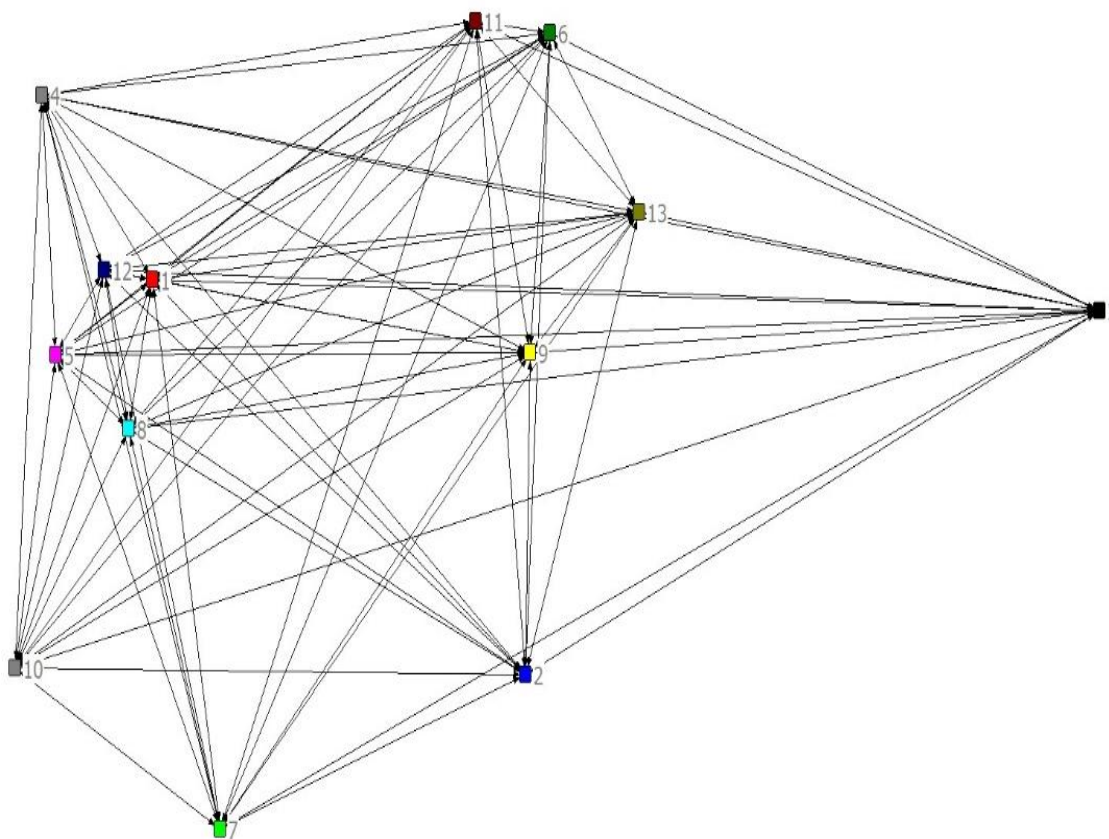
Em relação à dimensão das perguntas, a opção “C” foi a mais identificada com o grupo, recebendo todas as entradas (13), enquanto a opção “A” foi a menos escolhida. Em uma percepção macro dos resultados, observa-se que o *desconhecimento* do conceito de intersectorialidade é uma realidade presente entre os entrevistados.

Através do método *Cross-Product* (Co-ocorrência), transformam-se os dados da matriz retangular de dois modos para a matriz quadrática de um modo com a dimensão dos atores, em que as células representam a contagem das respostas coincidentes de cada um dos atores. Como nenhum ator deixou de responder ao questionário, o número zero não aparece.

QUADRO 5. Matriz de um modo desdobrada da matriz de dois modos da Questão 1

Entrevistados	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3	1	1	2	2	1	1	1	2	1	2	1	2	1
4	1	1	2	2	1	1	1	2	1	2	1	2	1
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
8	2	1	2	2	1	1	1	3	1	2	1	3	1
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
10	1	1	2	2	1	1	1	3	1	2	1	3	1
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
12	2	1	2	2	1	1	1	3	1	2	1	3	1
13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

A rede gerada no *software* UCINET apresentada na Figura 7, destaca a densidade dos atores em relação a suas respostas. Observa-se que a densidade relativa dos atores da rede em torno do conhecimento sobre intersetorialidade é de 0,446. Do que verifica-se pouco conhecimento dos coordenadores em torno do conceito de intersetorialidade do SUS.

**Figura 7.** Rede de 1 Modo gerada a partir da rede de afiliação da figura 6

A pergunta 2 do estudo “Quais ações de articulação intersetorial você pratica?”, induziu os coordenadores a produzirem um conjunto de treze opções, que foram articuladas com cada um dos respondentes, formando uma matriz retangular com os dados extraídos das respostas e da pesquisa *versus* a relação dos respondentes. O Quadro 6 apresenta esta matriz.

QUADRO 6: Matriz retangular formada pelas respostas abertas da questão 2

Ações de articulação intersetorial praticadas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Antropometria	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Teste de acuidade visual	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Atividades educativas	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1
Encaminhamento para tratamentos	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1
Referenciamento de pacientes	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0
Coordenação de enfermagem	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Supervisão de ACS	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Atendimento aos programas do MS	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Práticas de exercícios físicos com idosos	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Cálculo de IMC	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Geomitíase	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0
Gestão de infraestrutura	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0
PSE	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0

Dentre as opções sugeridas pelos respondentes, destacam-se as atividades educativas e o encaminhamento para tratamentos. Por outro lado, o cálculo do índice de massa corporal (IMC) foi indicado por apenas um dos respondentes, o de número 4. Já o número 5 foi seguido pelos atores 1 e 4 como os que mais contribuíram com o conjunto de ações, e os atores 3, 11 e 12 foram aqueles que menos contribuíram com este conjunto. Pode-se deduzir daí que, em relação às ações interssetoriais praticadas, não existe disseminado um conhecimento consistente. A Figura 8 representa as relações dessa matriz na forma gráfica.

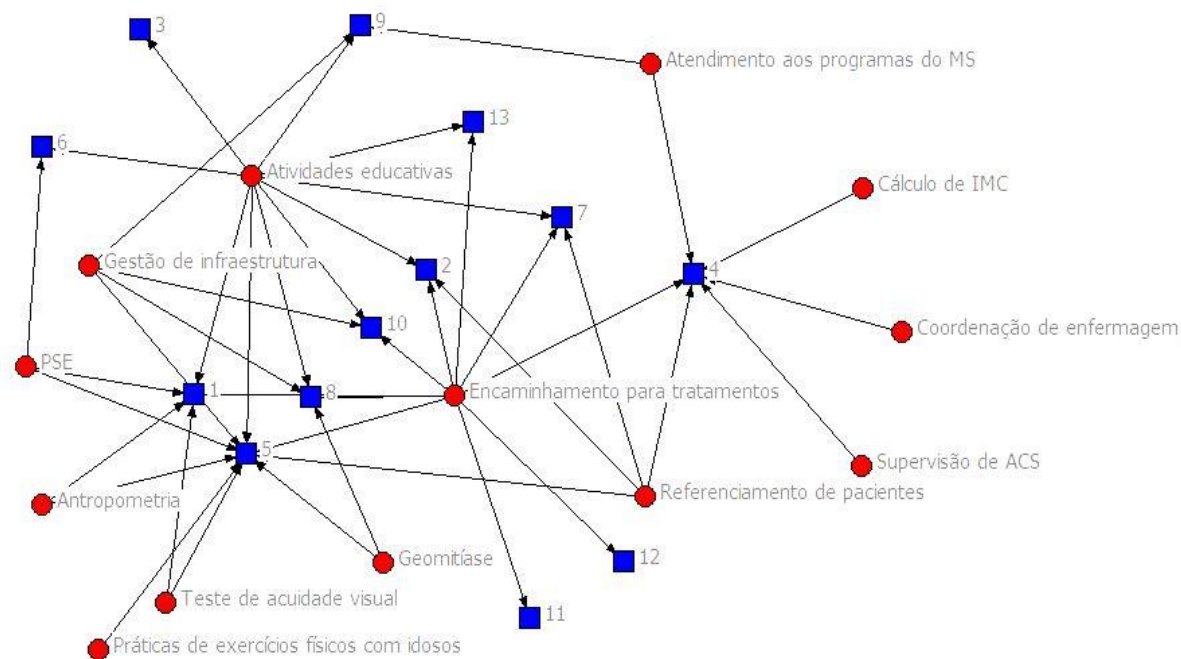


Figura 8. Rede bipartida formada pelas respostas abertas da Questão 2

Visualmente percebe-se que a dimensão de ações de maior centralidade da rede são as mais significativas do ponto de vista do entendimento dos atores. Da mesma forma, os atores com maior centralidade são os que detêm melhor conhecimento do funcionamento rotineiro do SUS.

A matriz quadrada de dados de afiliação gerada pelo UCINET na dimensão dos atores através da técnica *Cross-Products* (co-ocorrência) é apresentada pelo Quadro 7. Essa matriz mostra a frequência de contribuições de cada um dos respondentes para a lista de ações articuladas intersetoriais.

QUADRO 7: Matriz quadrática de atores formada pelo desdobramento das dimensões da questão 2

Entrevistados	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	6	2	1	2	6	2	2	2	1	2	1	1	2
2	2	2	1	1	2	1	2	2	1	2	1	1	2
3	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1
4	2	1	0	5	2	0	1	1	1	1	1	1	1
5	6	2	1	2	9	2	3	3	2	3	1	1	2
6	2	1	1	0	2	2	1	1	1	1	0	0	1
7	2	2	1	1	3	1	3	3	2	3	1	1	2
8	2	2	1	1	3	1	3	3	2	3	1	1	2
9	1	1	1	1	2	1	2	2	3	2	0	0	1
10	2	2	1	1	3	1	3	3	2	3	1	1	2
11	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1
12	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1
13	2	2	1	1	2	1	2	2	1	2	1	1	2

A rede da Figura 9 apresenta a estrutura de 1 modo, desdobrada da matriz retangular de adjacência, e apresenta os principais atores interligados pelas escolhas das ações de articulação intersetorial. A proximidade dos atores estabelece a similaridade de suas escolhas. Os atores 2 e 4 estão muito próximos pelas suas escolhas; já os atores 3 e 11 têm ideias diametralmente opostas sobre as ações de articulação do SUS.

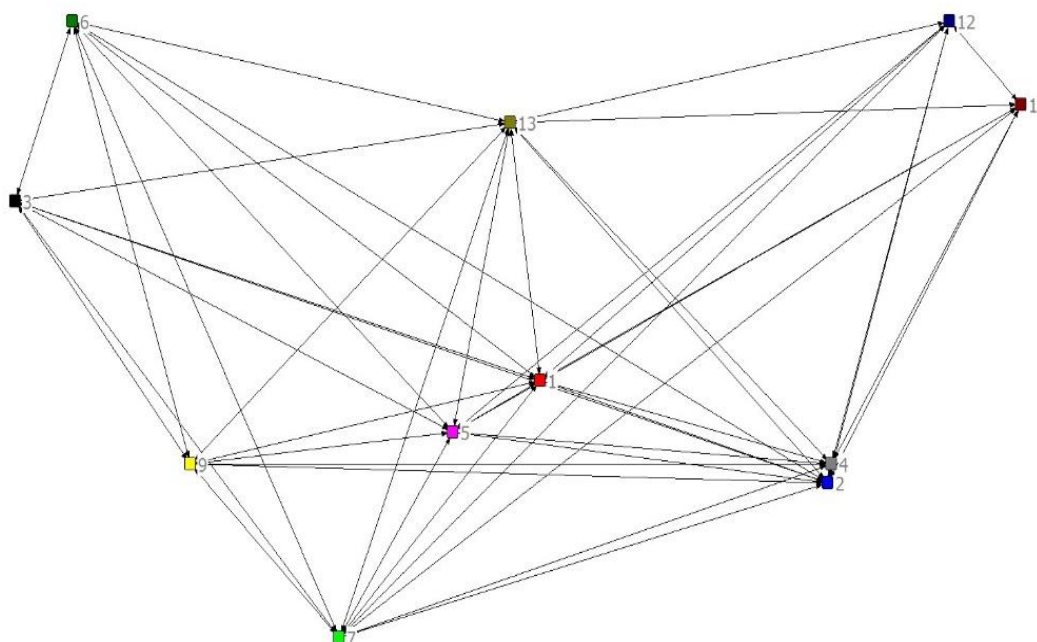


Figura 9. Rede desdobrada de 1 Modo para matriz do Quadro 7

Muito embora a proximidade esteja entre os atores 2 e 4, são os atores 1 e 5 que representam a centralidade dessa rede, ou seja, os com maior número de ações de articulação intersetorial do SUS.

Analisando esta matriz por meio da ferramenta UCINET chamada *two-mode core-periphery analysis*, foi encontrada uma matriz dividida em quatro quartis, que segmenta as respostas por blocos de densidade. O Quadro 8 apresenta esta matriz e separa os grupos de ações que são mais citadas pelos respectivos atores entrevistados.

QUADRO 8: Matriz de adjacência da questão 2 segmentada em quartis de densidade

Entrevistados	Encaminhamento para tratamentos	Atividades educativas	Gestão de infraestrutura	Teste de acuidade visual	Atendimento aos programas do MS	Referenciamento de pacientes	Supervisão de ACS	Antropometria	Práticas de exercícios físicos com idosos	Coordenação de enfermagem	Geometria	Cálculo de IMC	PSE
1	1	1		1	1	1							1
8	1	1	1										
9		1	1					1					
4	1					1	1	1				1	
5	1	1	1	1	1	1			1		1		1
7	1	1	1										
10	1	1	1										
6			1										1
2	1	1											
3		1											
11	1												
12	1												
13	1	1											

Pode-se observar que 23,07% das ações são significativas para 53,84% de atores e, por outro lado, 76,93% de ações são pouco significativas para 46,16% dos atores respondentes. Dessa forma, o universo de ações de articulação intersetorial é pouco compreendido pelos coordenadores das Equipes de Saúde da Família.

Analisando a densidade da matriz por quartil na Tabela 1, observa-se que, entre as ações significativas, apenas 0,800 de densidade foi alcançada. Essa insegurança no tratar das ações de articulação intersetorial do SUS repete-se para os outros quadrantes.

TABELA 1. Densidade da matriz por quartil da resposta da questão 2

	1	2
1	0.800	0.203
2	0.438	0.018

Este cenário ampliado estratifica o nível de compreensão das ações de articulação intersetorial e mostra dados interessantes. Por exemplo, a rede de conhecimento da intersetorialidade no município de Jequié(BA) não é densa o suficiente para demonstrar que existe um controle dito muito bom sobre as ações de articulação intersetorial, já que o quartil de maior densidade alcança 0,800 e os outros três quartis apresentam dados inferiores a 0,500. Para agravar essa situação sobre o tema, o quartil mais povoado apresenta densidade próxima de zero.

A partir da questão 3 do estudo, “O que você conhece do Sistema (SUS) para encaminhar os pacientes da unidade que você coordena?”, os coordenadores produziram um conjunto de dez serviços, os quais foram articulados com cada um dos respondentes, compondo uma matriz retangular de dados extraídos das respostas. O Quadro 9 apresenta esta matriz; contudo, dois dos respondentes (11 e 12) ao responderem à questão o fizeram de forma a ver o todo, a globalidade, na concepção dos princípios do SUS, não sendo possível associar suas respostas, as partes, ou seja, aos serviços de encaminhamento de forma isolada – estrutura de encaminhamento –, propostas pelo SUS. Enunciaram:

O sistema único de saúde é um projeto que assume e consagra os princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde da população brasileira. Um sistema de saúde capaz de garantir acesso universal da população a bens e serviços que garantam sua saúde e bem-estar, de forma equitativa e integral. (E-11).

Um sistema que visa a um atendimento igualitário independentemente do local em que o cliente esteja. (E-12)

Cumprir citar que o total de serviços credenciados pelo SUS – Estabelecimentos de Saúde no município de Jequié (BA) – é de 192 unidades, sendo 2,6% da esfera estadual (05 unidades); 31,1% da municipal (60 unidades), e 66,1% de serviços privados (127 unidades). A atenção primária no município, quando comparada aos demais níveis, representa 21,35% (BRASIL, 2014).

QUADRO 9: Matriz retangular formada pelas respostas abertas da questão 3

Serviços de encaminhamento dos pacientes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Unidades mais próximas	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0
Unidades de referência	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1
Hospital	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0
Centros de saúde	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0
Atendimento ambulatorial	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Pronto socorro	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	1
SESAB	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
CERAJE	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Secretaria Municipal de Saúde	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
SAMU	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0

Dentre as opções de encaminhamento indicadas pelos respondentes, destacam-se as unidades de saúde mais próximas e as unidades de referência, enquanto que a Central de Regulação da Assistência de Jequié (CERAJE) e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) foram os serviços menos citados. Entre os respondentes, os atores 8 e 10, seguidos pelo ator número 9, foram os que mais manifestaram conhecer o conjunto de unidades de serviços; já os atores de número 11 e 12 foram os que menos manifestaram esse conhecimento. Pode-se verificar também que, em relação ao conhecimento dos serviços de encaminhamento para os pacientes apontados pelos coordenadores, não existe disseminado um conhecimento consistente, e assinala-se que os atores de número 11 e 12 necessitam rever seus conhecimentos quanto à proposta de encaminhamento definida pela rede intersetorial de assistência à saúde, disponibilizada pelo SUS no

município de Jequié (BA). A Figura 10 representa as relações dessa matriz na forma gráfica.

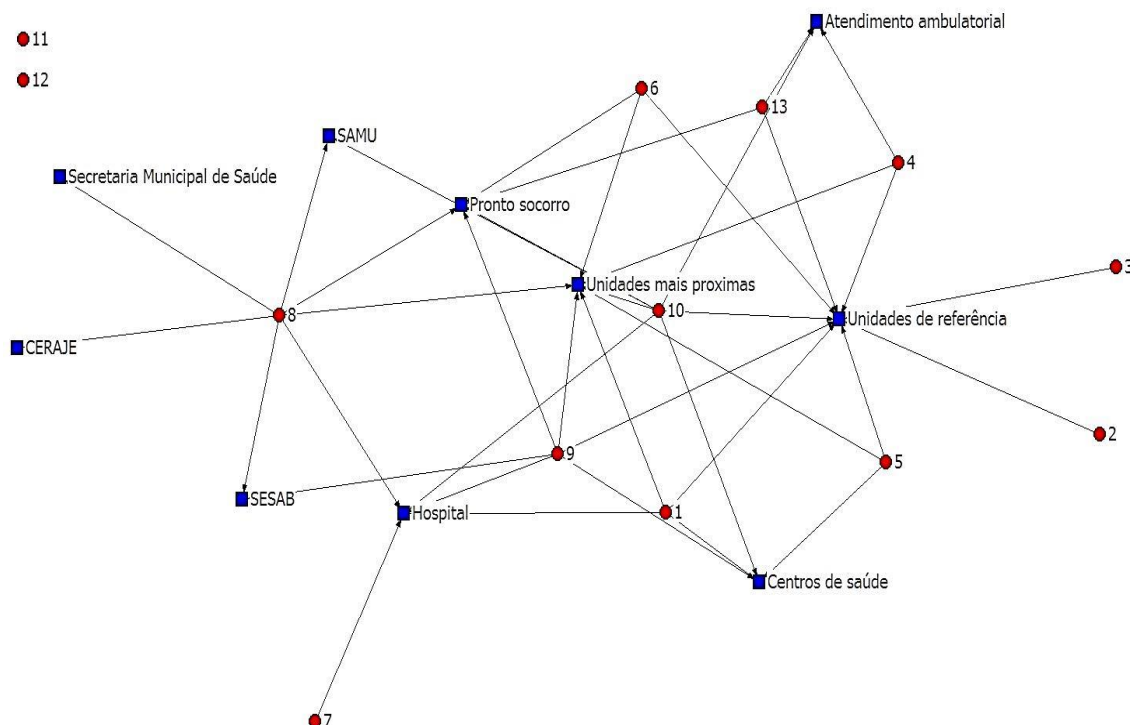


Figura 10. Rede bipartida formada pelas respostas abertas da questão 3

Visualmente, a partir da Figura 10, percebe-se que as unidades de maior centralidade da rede são as mais significativas do ponto de vista do entendimento dos atores. Da mesma forma, os atores com maior centralidade são os que detêm melhor conhecimento da rede intersetorial de assistência à saúde no município de Jequié (BA).

A matriz quadrada de dados de afiliação gerada pelo UCINET na dimensão dos atores por meio da técnica *Cross-Products* (co-ocorrência) é apresentada pelo Quadro 10. Essa matriz mostra a frequência de contribuições de cada um dos respondentes para a lista de unidades de serviços para encaminhamento de usuários do SUS.

QUADRO 10: Matriz quadrática de atores formada pelo desdobramento das dimensões da questão 3

Entrevistados	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	4	1	1	2	3	2	1	2	4	4	0	0	1
2	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1
3	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1
4	2	1	1	3	2	2	0	1	2	3	0	0	2
5	3	1	1	2	3	2	0	1	3	3	0	0	1
6	2	1	1	2	2	3	0	2	3	3	0	0	2
7	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0
8	2	0	0	1	1	2	1	7	4	4	0	0	1
9	4	1	1	2	3	3	1	4	6	5	0	0	2
10	4	1	1	3	3	3	1	4	5	7	0	0	3
11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	1	1	1	2	1	2	0	1	2	3	0	0	3

A rede da Figura 11 apresenta a estrutura de 1 modo desdobrada da matriz retangular de adjacência e apresenta os principais atores interligados pelas escolhas das unidades de encaminhamento disponibilizadas pela rede intersetorial de assistência à saúde que compõe o SUS no município de Jequié (BA). A proximidade dos atores estabelece a similaridade de suas escolhas. Isso pode ser verificado com os atores de número 9, 10 e 5, pois estes estão muito próximos em virtude de suas escolhas. Já os atores de número 3 e 7 estão afastados por expressarem ideias diametralmente opostas, no que se refere ao item encaminhamento do SUS.

Observa-se na Figura 11 que, apesar da proximidade entre os atores, os coordenadores de números 9, 10 e 5 representam a centralidade na rede, ou seja, são estes os atores que se destacam como os que sugeriram um maior número de serviços de encaminhamento para usuários do SUS.

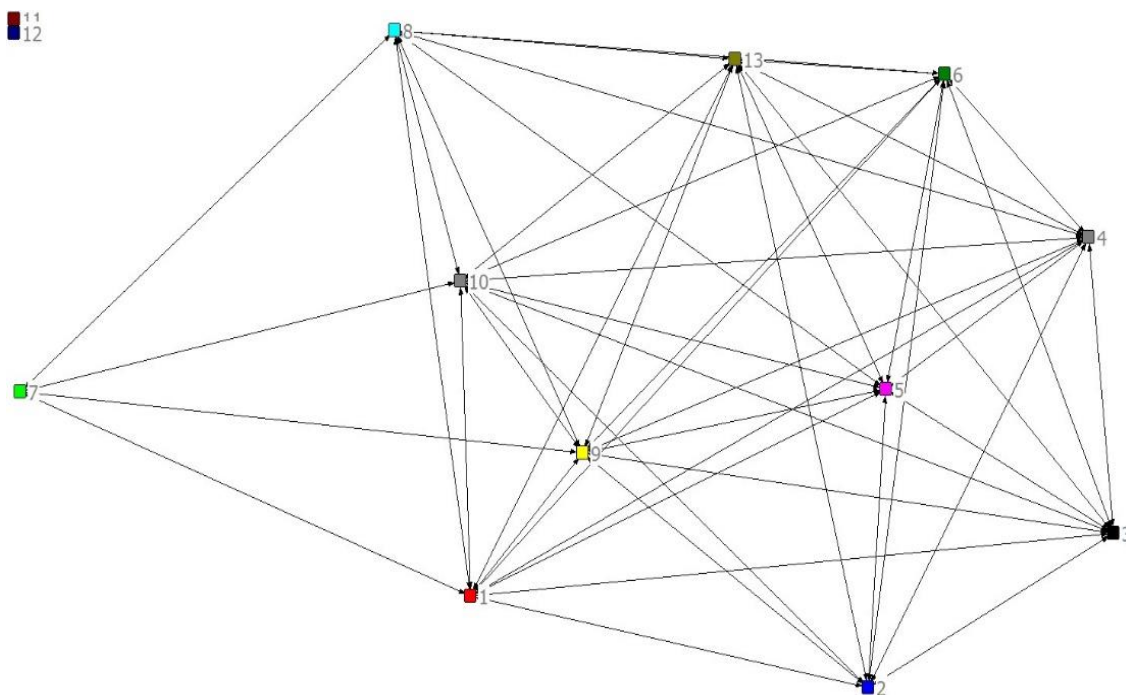


Figura 11. Rede desdobrada de 1 Modo para matriz do Quadro 10

Analisando esta matriz pela ferramenta UCINET, chamada *two-mode core-periphery analysis*, foi encontrada uma matriz dividida em quatro quartis, que segmenta as respostas por blocos de densidade. O Quadro 11 apresenta tal matriz e separa os grupos de unidades de serviços que são mais citados pelos respectivos coordenadores, possibilitando algumas análises interessantes.

QUADRO 11: Matriz de adjacência da questão 3 segmentada em quartis de densidade

Entrevistados	Unidades mais próximas	Unidades de referência	Hospital	Centros de saúde	Atendimento ambulatorial	Pronto Socorro	SESAB	CERAJE	SAMU	Secretaria Municipal de Saúde
10	1	1	1	1	1	1				
8	1		1			1	1	1	1	1
9	1	1	1	1		1	1			
1	1	1	1	1						
5	1	1		1	1					
6	1	1				1				
7			1							
2		1								
3		1								
4	1	1								
11										
12										
13	1	1				1				

Foi possível observar que 60,00% das unidades de serviços são significativas para 23,07% dos atores e, por outro lado, 40,00% das unidades não têm significado para 76,93% dos atores respondentes. Dessa maneira, as unidades de serviços de encaminhamento disponibilizadas pela rede intersetorial de assistência à saúde são pouco conhecidas pelos coordenadores da ESF que compõe o SUS no município de Jequié (BA).

Considerando a densidade da matriz do Quadro 11 por quartil, observa-se que, entre as ações significativas, 0,778 de densidade foi alcançada. Demonstrando haver vulnerabilidade sobre o conhecimento das unidades de encaminhamento do SUS, como é apresentado na Tabela 2.

TABELA 2. Densidade da matriz por quartil da resposta da questão 3

	1	2
1	0.778	0.444
2	0.296	0.000

Este cenário ampliado estratifica o nível de conhecimento sobre as unidades de encaminhamento de usuários e exibe dados importantes – a rede de conhecimento da intersetorialidade no município de Jequié (BA) não pode ser considerada densa o suficiente para demonstrar que existe um controle considerado muito bom sobre as unidades parceiras, visto que o quartil de maior densidade alcança 0,778 e os outros três quartis apresentam dados inferiores a 0,500.

Outro dado que merece a atenção refere-se ao quartil mais povoado de atores, que apresenta densidade igual a zero, ou seja, 76,93% desconhecem completamente 40% da rede de articulação intersetorial mencionada pelos próprios entrevistados.

A pergunta de número 4 do estudo, “Quais são as dificuldades que você tem no sistema (SUS) para realizar o(s) encaminhamento(s)?”, promoveu nos entrevistados a produzirem um conjunto de nove opções, as quais foram articuladas constituindo uma matriz retangular, a partir das respostas da prática dos respondentes. O Quadro 12 apresenta esta matriz, identificando a ausência de especialistas como a dificuldade mais citada pelos coordenadores das equipes da ESF no município de Jequié (BA). Seguindo

a essa dificuldade, foram citadas com maior frequência: suprir as necessidades dos pacientes e a indisponibilidade de vagas nos serviços credenciados pelo SUS. Apenas um respondente, de número 6, expôs não ter qualquer dificuldade para fazer encaminhamentos no SUS,

Até o momento eu não tive dificuldades, todos os encaminhamentos foram resolvidos (E-6).

Este dado não encontra aderência à amostra do estudo em sua globalidade; no entanto, acentua uma observância sobre a percepção de uma parte isolada, sobretudo ao analisar a rede (Figura 12) formada pelas respostas abertas da questão 4.

QUADRO 12: Matriz retangular formada pelas respostas abertas da questão 4

Dificuldades para realizar encaminhamentos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Suprir as necessidades dos pacientes	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0
Ausência de especialistas	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1
Acesso aos especialistas	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0
Política de priorização de atendimento dos encaminhados	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
Falta de recursos humanos	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Falta de cotas de exames	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0
Falta de divulgação das referências	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Contra referência	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Sem dificuldades	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Indisponibilidade de vagas	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1
Acesso a Internet	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Falta de medicamentos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0

A análise desta matriz (Quadro 12) revelou também que os atores de número 5 e 9 foram os que mais contribuíram com o elenco das dificuldades encontradas no encaminhamento dos usuários do SUS, enquanto que o ator de número 11 foi o que menos forneceu informações ao quesito na entrevista. Este dado evidencia que, a despeito de se tratar de um mesmo município, as dificuldades são diferentes para cada

unidade de saúde nele instalada. Ressalta-se, entretanto, a ausência de especialistas como sendo a de maior centralidade, assumindo posição de destaque na rede. A Figura 12 representa as relações dessa matriz na forma gráfica:

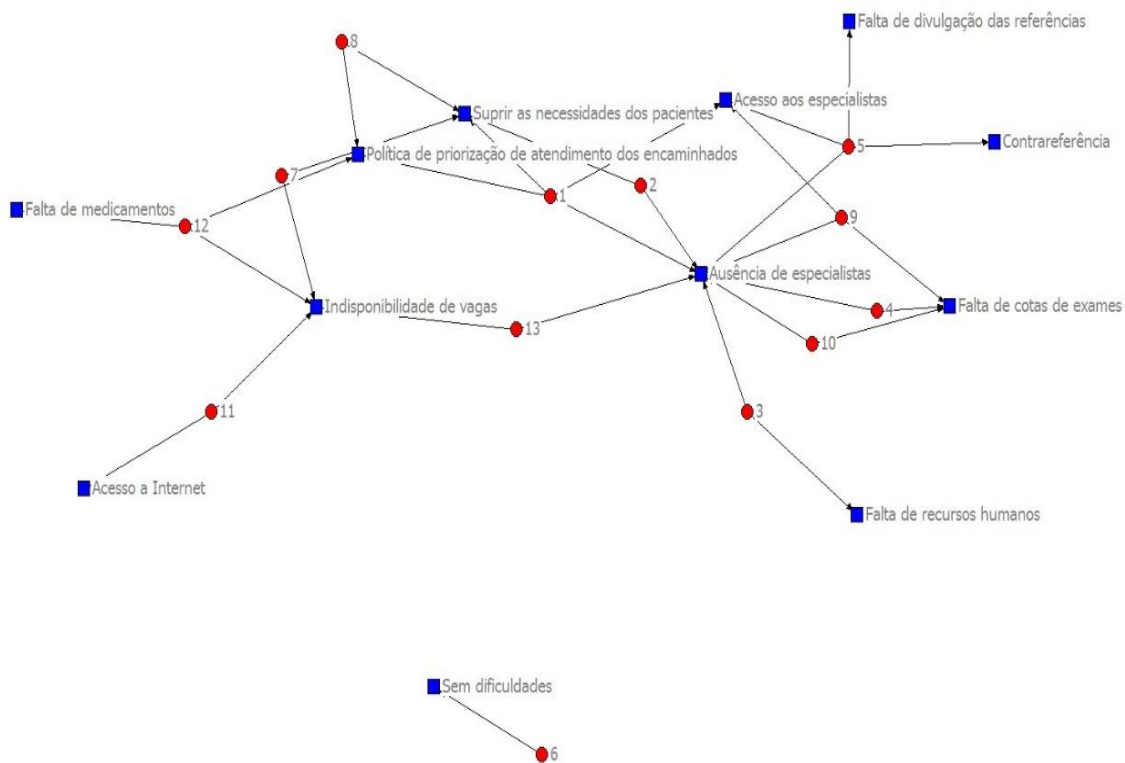


Figura 12. Rede bipartida formada pelas respostas abertas da questão 4

Por meio desta rede, verifica-se que a dificuldade de maior centralidade é a mais significativa do ponto de vista do entendimento dos coordenadores.

Outro fator importante foi a apresentação de dificuldades, como: acesso à Internet, falta de recursos humanos e falta de medicamentos. Entretanto, tais dificuldades se apresentaram de maneira isolada. Na mesma lógica, os atores periféricos foram os que menos contribuíram para expor as dificuldades.

O Quadro 13 apresenta a matriz quadrada de dados de afiliação, gerada através do UCINET, na dimensão dos coordenadores por meio da técnica *Cross-Products (co-ocorrência)*. Tal matriz mostra a frequência de contribuições de cada um dos

respondentes para a lista de dificuldades encontradas para realizar os encaminhamentos no SUS.

QUADRO 13: Matriz quadrática de atores formada pelo desdobramento das dimensões da questão 4

Entrevistados	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	4	2	1	1	2	0	1	2	2	1	0	1	1
2	2	2	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1
3	1	1	2	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1
4	1	1	1	2	1	0	0	0	2	2	0	0	1
5	2	1	1	1	4	0	0	0	2	1	0	0	1
6	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
7	1	1	0	0	0	0	2	1	0	0	1	1	1
8	2	1	0	0	0	0	1	2	0	0	0	1	0
9	2	1	1	2	2	0	0	0	3	2	0	0	1
10	1	1	1	2	1	0	0	0	2	2	0	0	1
11	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	1	1
12	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	3	1
13	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	2

A rede da Figura 13 apresenta a estrutura de 1 modo desdobrada da matriz retangular de adjacência, com os principais atores interligados pelas dificuldades encontradas dos encaminhamentos no SUS. A proximidade dos atores estabelece a similaridade de suas frequências de escolha – os atores de número 9, 10 e 5 estão próximos pela quantidade de dificuldades sinalizadas, já o ator de número 6 tem ideias isoladas sobre as dificuldades operacionais de encaminhamento no SUS.

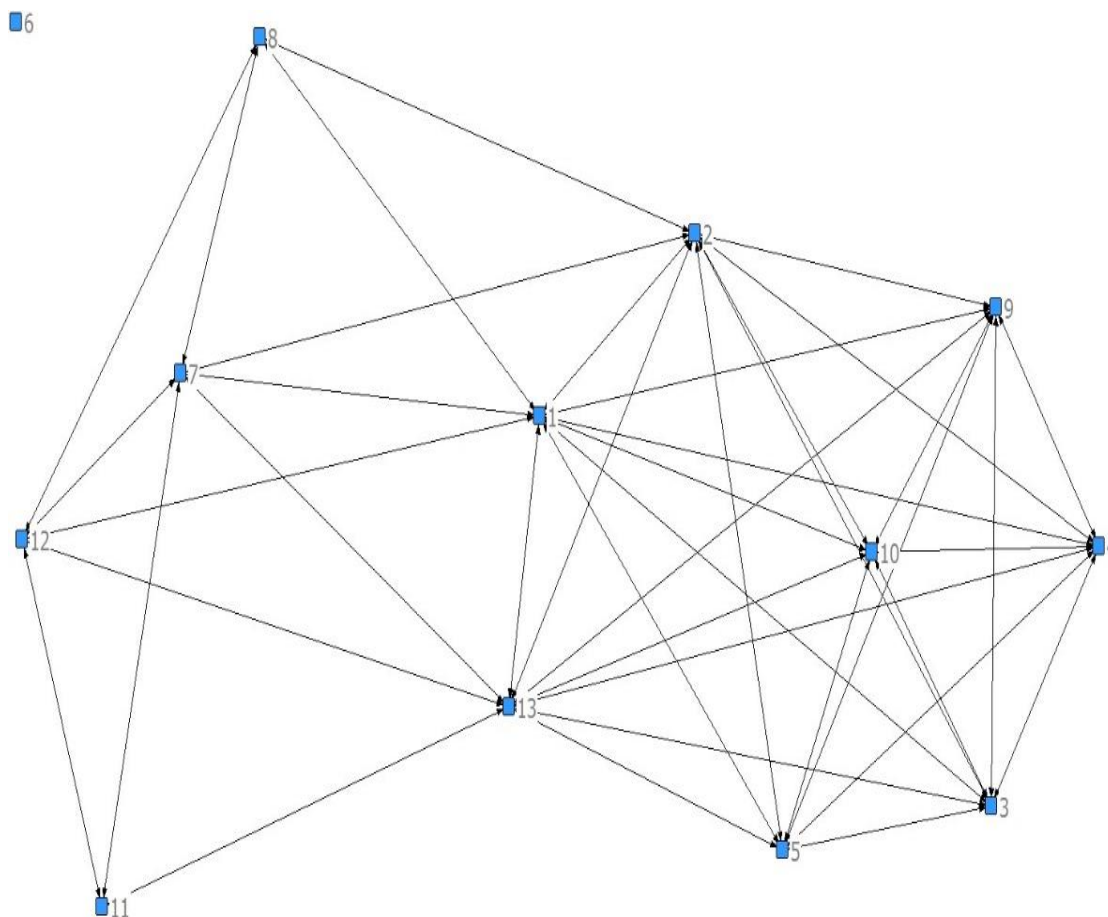


Figura 13. Rede desdobrada de 1 Modo para matriz do Quadro 13

Quanto à proximidade entre os atores, os respondentes de número 9, 10 e 5 representam a centralidade dessa rede; logo, são estes que demonstraram conhecer mais profundamente o maior conjunto de dificuldades para realizar os encaminhamentos dos usuários do SUS na rede intersetorial.

Com a análise da rede, feita pela ferramenta UCINET chamada *two-mode core-periphery analysis*, foi encontrada uma matriz dividida em quatro quartis, que segmenta as dificuldades encontradas para realizar os encaminhamentos no SUS em blocos de densidade. A referida matriz é apresentada no Quadro 14, o qual traz, de modo separado, os grupos de dificuldades encontradas que são mais citadas pelos respectivos entrevistados.

QUADRO 14. Matriz de adjacência da questão 4 segmentada em quartis de densidade

Entrevistados	Suprir as necessidades dos pacientes	Ausência de especialistas	Acesso aos especialistas	Política de priorização de atendimento dos encaminhados	Falta de cotas de exames	Indisponibilidade de vagas	Falta de recursos humanos	Contra referência	Sem dificuldades para a divulgação das referências	Acesso a Internet	Falta de medicamentos
1	1	1	1	1							
5		1	1					1			
9		1	1		1				1		
4		1			1						
2	1	1									
6								1			
7	1										
8	1			1							
3		1					1				
10		1									
11										1	
12				1							1
13		1									

Com os dados encontrados, pode-se observar que 50,00% das dificuldades são significativas para apenas 23,07% dos coordenadores e, por outro lado, 50,00% destas dificuldades não são vistas por 76,93% dos demais atores. Destarte, o universo de dificuldades, no que tange ao encaminhamento de usuários no SUS, é pouco referenciado pelos coordenadores da ESF no município de Jequié (BA).

Ao analisar a densidade da matriz da Tabela 3 por quartil, verifica-se haver 0,471 de ações significativas. Demonstrando haver dispersão no quesito dificuldades, que se repete para os outros quadrantes.

TABELA 3. Densidade da matriz por quartil da resposta da questão 4

	1	2
1	0.471	0.125
2	0.273	0.036

Este panorama resumido estratifica o nível de conhecimento sobre as dificuldades no encaminhamento dos usuários do SUS e também demonstra que neste processo a rede não é densa o suficiente para demonstrar que existe sistematização, já que o quartil de maior densidade alcança 0,471, e os outros três quartis apresentam dados 0,069, inferiores a 0,300. Agravando tal situação, tem-se que o quartil mais povoado de atores apresenta densidade quase zero, ou seja, 76,93% dos atores desconhecem completamente 50% das dificuldades.

Por fim, a questão 5, “O que você vislumbra no SUS daqui a 10 anos?”, possibilitou a formação de mais um conjunto de treze projeções, que foram articuladas com cada um dos entrevistados, formando mais uma matriz retangular, elaborada a partir dos dados extraídos das respostas abertas dos respondentes. O Quadro 15 apresenta esta matriz, destacando a projeção de um SUS funcionando em plenitude de ideário, conforme as legislações que o fundamenta.

QUADRO 15: Matriz retangular formada pelas respostas abertas da Questão 5

O SUS vislumbrado daqui há 10 anos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Mais investimentos	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Melhor utilização dos recursos	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Melhoria da cidadania	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Funcionamento pleno do SUS	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1
Credibilidade aos PSF	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fim do sistema curativista	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Plena atenção básica	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
Melhor geração de dados epidemiológicos com a acreditação do ACS	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Humanização dos serviços	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nada mudará com relação a hoje	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0
Mais prática nas ações de saúde	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Garantia de vínculo para o pessoal do PSF	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Melhoria do processo de gestão	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Mais cobrança das pessoas	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Dentre as projeções, foi destacado o desejo de um SUS pleno. Entretanto, apenas um dos respondentes, o de número 1, enunciou que, para tal conquista, será necessário

maior envolvimento do cidadão brasileiro no exercício e cobrança de seus direitos, sendo a mobilização social a estratégia para alcance da conquista. Os atores de número 2 e 8 foram os que mais projetaram necessidades de mudanças das potencialidades de melhorias aos usuários do SUS. Já o entrevistado de número 10 demonstrou o desejo de respeito trabalhista aos profissionais da atenção básica, destacando a ESF, pois no contexto do SUS é o serviço de maior amplitude proximal aos cuidados comunitários.

Acerca disso, pode-se deduzir que as expectativas de futuro, no que tange ao SUS, não possuem um direcionamento único; enlaçam multiversos princípios e diretrizes, os quais tomam o direcionamento da fundamentação do Programa SUS. A Figura 14 representa, em forma de rede, as configurações deste direcionamento, enunciadas pelos coordenadores da ESF do município de Jequié (BA).

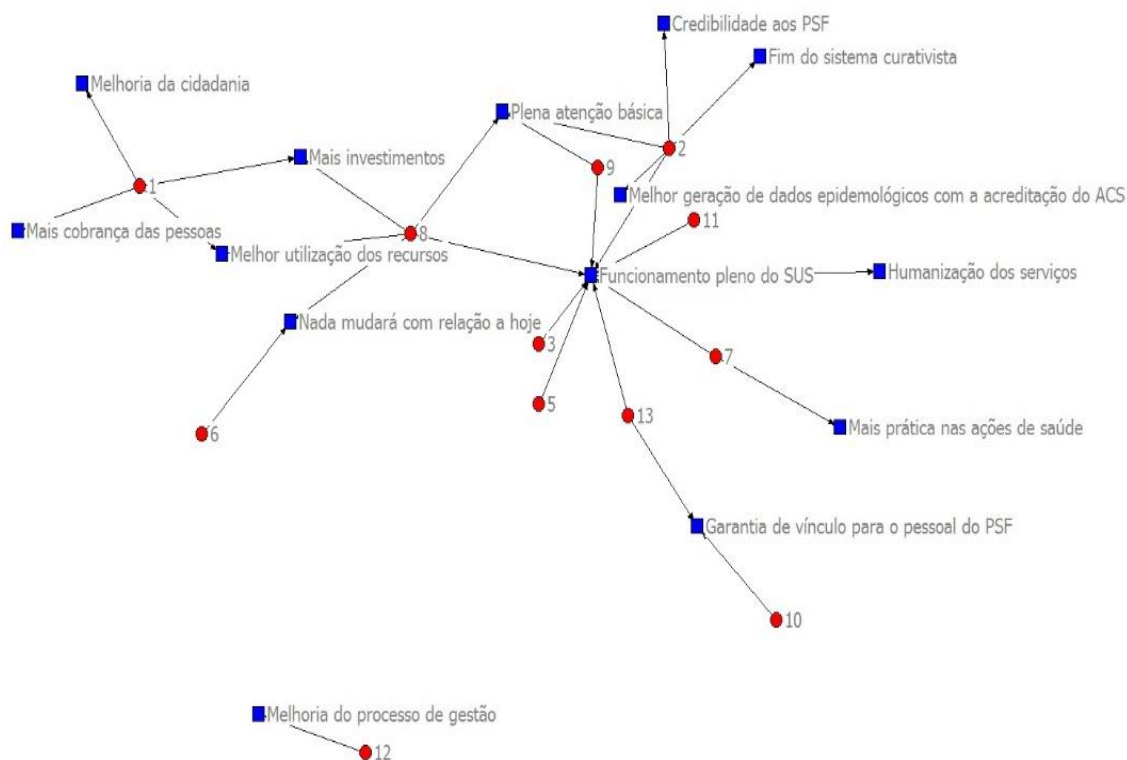


Figura 14. Rede bipartida formada pelas respostas abertas da Questão 5

Visualmente percebe-se dificuldade de centralidade da rede, sendo esta mais significativa do ponto de vista da projeção do funcionamento pleno dos SUS daqui há 10 anos. Por outro lado, 57,14% das projeções, como melhoria da cidadania, credibilidade aos PSF, fim do sistema curativo, melhor geração de dados epidemiológicos, humanização dos serviços, mais prática nas ações de saúde, melhoria

dos processos de gestão e mais cobrança das pessoas, são projeções isoladas mencionadas por alguns atores, o que revela um cenário difuso quanto ao futuro do SUS. Ainda na mesma lógica, os atores periféricos foram os que menos fizeram projeções ou traçaram cenário referente ao futuro do SUS.

QUADRO 16: Matriz quadrática de atores formada pelo desdobramento das dimensões da Questão 5

Entrevistados	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	4	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0
2	0	5	1	1	1	0	1	2	2	0	1	0	1
3	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1
4	0	1	1	2	1	0	1	1	1	0	1	0	1
5	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1
6	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0
7	0	1	1	1	1	0	2	1	1	0	1	0	1
8	2	2	1	1	1	1	1	5	2	0	1	0	1
9	0	2	1	1	1	0	1	2	2	0	1	0	1
10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
11	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1
12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
13	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	2

A rede da Figura 15 exibe a estrutura de um modo desdobrada da matriz retangular de adjacência com os principais atores interligados pelas suas projeções de futuro sobre o SUS. Outro dado de destaque é que a proximidade dos atores estabelece a similaridade de suas projeções.

No contexto das projeções, o ator de número 5 se isola pelas quantidades de suas opções para cenários futuros. Já os atores de número 2, 3, 4, 7, 8, 9, 11 e 13 têm ideias, ora semelhantes, ora diferentes, sobre o futuro do SUS.

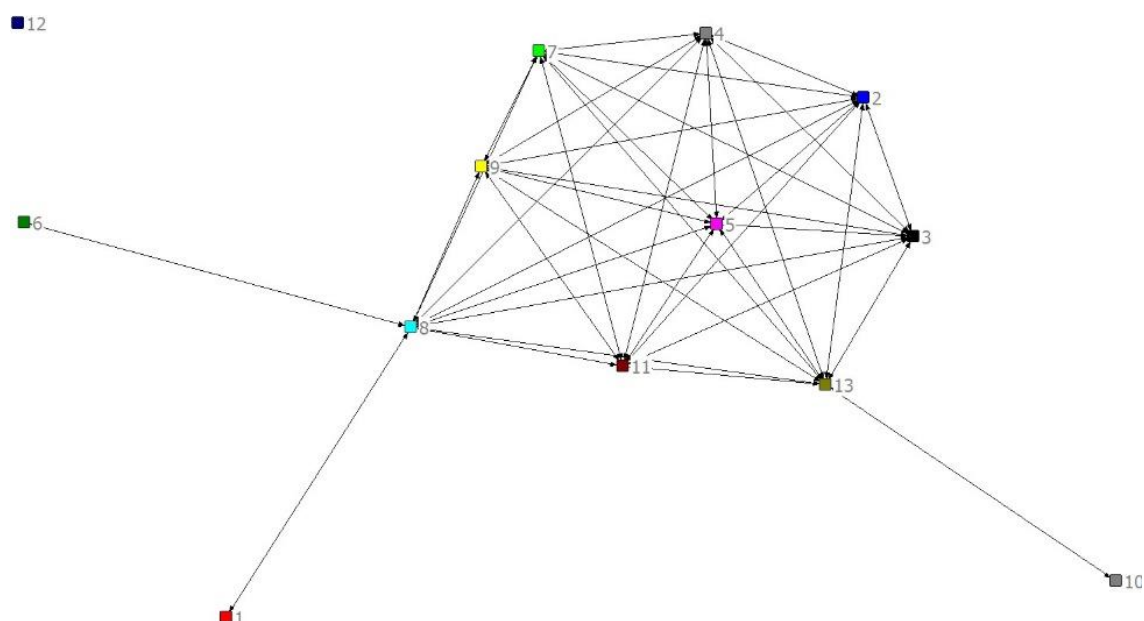


Figura 15. Rede desdobrada de 1 Modo para matriz do Quadro 16

Analisar esta questão foi uma tarefa laboriosa, visto que é complexo considerar, o que na visão dos atores, é desejo ou o que é uma projeção. Foi possível, porém, obter resultados reveladores que identificaram a necessidade de empoderar o SUS em plenitude de serviços ao alcance dos objetivos traçados no âmbito da legislação para sua execução.

Analisando a rede da Figura 15 por meio da ferramenta UCINET chamada *two-mode core-periphery analysis* foi encontrada uma matriz dividida em quatro quartis; esta segmenta a densidade das projeções vislumbradas para o SUS daqui a 10 anos em Jequié (BA). O Quadro 17 apresenta a matriz e separa as dificuldades encontradas na operacionalização do SUS.

QUADRO 17: Matriz de adjacência da Questão 5 segmentada em quartis de densidade

Entrevistados	Melhor utilização dos recursos	Mais investimentos	Funcionamento pleno do SUS	Plena atenção básica	Melhoria da cidadania	Credibilidade aos PSF	Fim do sistema curativista	Melhor geração de dados epidemiológicos com a acreditação do ACS	Humanização dos serviços	Nada mudará com relação a hoje	Mais prática nas ações de saúde	Garantia de vínculo para o pessoal do PSF	Melhoria do processo de gestão	Mais cobrança das pessoas
1	1	1			1									
2			1	1		1	1	1						
8	1	1	1	1						1				
3			1											
4			1						1					
6										1				
7			1								1			
5			1											
9			1	1										
10												1		
11			1											
12													1	
13			1									1		

Ao interpretar esta matriz de adjacência, pode-se observar que 28,60% das projeções são compartilhadas para 23,01% dos atores e, por outro lado, 71,40% das dificuldades não são vistas por 76,99% dos atores respondentes. Mediante o exposto, pela visão dos respondentes, o futuro do SUS em Jequié (BA) é incerto. Esta conclusão se ratifica quando as análises das questões anteriores convergem para o pouco conhecimento que o universo de coordenadores estudados possui sobre a intersectorialidade, conseqüentemente, sobre o próprio Sistema (SUS).

Analisando a densidade da matriz do Quadro 17 por quartil, verifica-se que, mesmo entre as ações significativas, apenas 0,700 de densidade foi alcançado. Portanto, existe uma leve convergência em torno de poucas projeções. As outras previsões demonstraram ser dispersas entre os respondentes, não significando relevância para o cenário futuro. Essa dispersão das projeções encontradas repete-se para os outros quadrantes, como é apresentado na Tabela 4.

TABELA 4. Densidade da matriz por quartil da resposta da Questão 5

	1	2
1	0.700	0.207
2	0.184	0.065

O panorama aqui apresentado, de forma resumida, seleciona a melhor utilização dos recursos, a necessidade de mais investimentos, o funcionamento pleno do SUS e a plena atenção básica como as projeções mais convergentes. Isso significa que, resolvidos estes problemas, o grupo de respondentes espera que o SUS tenha condições de ser executado de maneira mais efetiva. As demais projeções apresentaram-se de maneira fragmentada, entre os respondentes, definindo baixa convergência.

5.1 Um olhar transversalizador nas redes e redes da intersectorialidade no município de Jequié (BA) - de sua configuração a compreensão emergida

Após a apresentação analítica dos dados, considerando o *ir e vir* próprio do método interativo e cíclico proposto por Miles e Huberman (1984-1994), submergimos – à luz da revisão de literatura, do referencial teórico – do que a rede intersectorial do SUS se nos mostrou a uma transversalização discursiva, na busca de extrair significados e significâncias, em um processo de vir a compreender o fenômeno estudado ao alcance de suas linhas finais.

O desenovelamento da pesquisa, neste momento do estudo, revelou-se um desafio, sobretudo pela lacuna do conhecimento na área referente a sua temática, em destaque os estudos identificados no estado da arte tangenciavam e ainda tangenciam no cenário brasileiro, abordagens de natureza conceitual sobre a intersectorialidade no SUS, centrando-se em projetos e programas ministeriais e de gestão municipal com áreas específicas de trabalho – violência contra a mulher, saúde da criança e do idoso, saúde mental, bolsa família, promoção à saúde física –, evidenciando um direcionamento para ações pontuais, partes de um sistema, em detrimento de ações aglutinadoras do sistema.

Esse desafio nos exigiu buscar em outras áreas do conhecimento subsídios iluminadores às inquietudes de compreender a intersetorialidade na gestão do SUS, ao alcance do contexto do município de Jequié (BA), o que se fez possível no caminhar pelo pensar/agir multirreferenciado de abertura interdisciplinar e de sensibilidade às tecnologias de rede.

Deste caminhar, a análise dos dados evidenciou que o pensar/agir dos coordenadores das equipes da ESF mostra-se fragmentador quanto às concepções alicerçadoras da intersetorialidade, conforme concebida para gestão pública (SOUZA; SILVA; DANTAS, 2014).

Essa constatação, evidenciada na transversalidade entre as questões semiestruturadas da entrevista aos enfermeiros/enfermeiras coordenadoras das equipes da ESF, através do *software* UCINET, demonstrou a fragilidade do saber-fazer os encaminhamentos aos usuários do SUS as suas demandas de cuidados à saúde. Em parágrafos precedentes enunciamos haver 192 unidades de serviços de saúde cadastradas no município de Jequié (BA), segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES (BRASIL, 2014); contudo, os atores deste estudo enunciaram apenas 10, havendo casos em que foram referenciadas apenas 02 unidades de serviços. Do identificado, a pergunta: como o pensar restrito dos atores, no seu contexto mais adstrito – as unidades mais proximais – pode potencializar o SUS, em seus princípios de equidade, universalidade e integralidade?

Sobre isso, Junqueira (1997, p. 31) salienta que a “intersetorialidade constitui uma possibilidade de encaminhar a resolução dos problemas da população, situada em determinado território, de maneira integrada”. Compreender a palavra território, na concepção da intersetorialidade, representa expansão de fronteiras, pois, seguida da palavra integrada, de integral, de totalidade, de universalidade, ultrapassa a visão de 02, 10, 192 unidades de serviços, para sistemicamente – a globalidade –, as possibilidades de encaminhamentos para fronteiras territoriais mais distantes, a exemplo das 27 unidades federativas do país, os Estados brasileiros.

O reflexo desse pensar foi evidenciado na questão 01 do instrumento de coleta de dados, quando dos 13 coordenadores das equipes da ESF apenas 02 manifestaram maior domínio sobre os princípios e os saberes sobre o conceito de intersetorialidade. Estes dois atores se aproximam da concepção proposta por Junqueira (1997) de a intersetorialidade transcender o setor saúde. Este entendimento compreende conceber o sistema no todo e partes, circular recursivo. Na concepção deste estudo, um aprofundar

nos aspectos socioeconômicos, culturais e ambientais enoveladores do ser-existir humano, muito embora essa concepção tenha emergido de forma tímida nos discursos dos sujeitos.

Sobre o último dado, este estudo encontra ressonância nos estudos de Papoula (2006) e Santana *et al.* (2009), quando esses autores evidenciam que, dentre as concepções dos respondentes de suas pesquisas sobre a intersetorialidade, as equipes da ESF, deve aparecer nos órgãos/setores; contudo, enunciam sem fazer especificação.

Outro dado que encontra aderência a esta pesquisa é que apenas 05 das equipes da ESF se sentiam incorporadas ao processo intersetorial (SANTANA *et al.*, 2009) e, no nosso caso, apenas 02 de 13. Este resultado chama a atenção para o olhar sobre o simples, quando a intersetorialidade caracteriza-se por ser de natureza complexa, exigindo um olhar sobre a complexidade (SANTANA *et al.*, 2009).

A fim de lançar luz, mediante este resultado, Santana *et al.* (2009) esclarecem que o PSF é uma estratégia da política de saúde, que busca a inserção e integração com outras áreas do SUS no campo do conhecimento da saúde coletiva, e estabelece articulações com outros programas no âmbito da assistência social. Com isso, tem-se que a estratégia pressupõe uma dimensão política e social. Essa dimensão considera o espaço social em que essa estratégia é exercida e compreende que “não apenas o território e a população, mas a rede social e a riqueza das relações institucionais e entre as pessoas no microsistema [...] configura a intervenção na área de saúde” (p. 4). Destacamos, também a sua observância sobre o mesossistema, o exossistema e o macrosistema na complexidade e recursividade relacional à intersetorialidade (BRONFENBRENNER, 1996; MORIN, 1997; BERTALANFFY, 2012).

O acesso aos especialistas foi mencionado neste estudo como sendo uma das maiores dificuldades encontradas pelos coordenadores da ESF. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012), o PSF deverá ser composto por: um agente comunitário de saúde, um auxiliar ou técnico de enfermagem, um enfermeiro, um médico, um cirurgião-dentista e um auxiliar e/ou técnico em saúde bucal, sendo esta a unidade mínima de cuidados. Entretanto, não havendo resolutividade dos problemas de saúde dos usuários do SUS neste âmbito; a especialidade se mostra como necessária, devendo-se, para tanto, fazer respeitando-se o fluxo local (BRASIL, 2012). Sem, contudo, deixar de perspectivar possibilidades de resolutividade em outros contextos mais amplos.

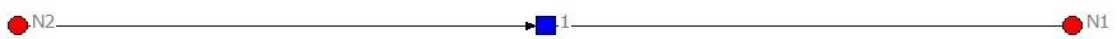
De acordo com os entrevistados, a dificuldade de acesso aos especialistas foi uma das maiores dificuldades à intersectorialidade, podendo-se inferir que a rede intersectorial no município de Jequié (BA) não está suficientemente organizada para a demanda dos usuários do SUS. Isso repercutiu em outra questão do estudo: “Como os coordenadores vislumbram o SUS daqui a 10 anos?” O resultado desta questão, apontou para um futuro incerto no município de Jequié (BA). Esse resultado encontra ressonância em outros estudos sobre o cenário do SUS em seus 25 anos de execução na política nacional de saúde do Brasil, enunciando que, apesar das muitas vitórias a comemorar, é necessário reconhecer que ainda existe um longo caminho a ser percorrido até que sejam atingidas as metas originais que motivaram a sua criação (MENICUCCI *et al.* 2008; MENICUCCI, 2009; SIQUEIRA, 2013).

Do exposto, há um misto de pessimismo e esperança referente ao SUS para todos nós.

Do desvelado, nosso olhar evidenciou, à luz dos dados encontrados, certo descompasso da gestão municipal de saúde no município investigado, pois a atuação intersectorial – um dos fundamentos e diretrizes da Atenção Básica, consequentemente da ESF – apesar de mencionada dentre algumas ações, não está sendo exercida em sua globalidade, como assentado na Política Nacional da Atenção Básica, que determina o desenvolvimento de “ações intersectoriais, a integração de projetos e redes de apoio social voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral” (BRASIL, 2012, p. 42).

Ao alcançar as linhas condutoras das considerações finais deste estudo, surge em nós certa inquietude, pois a atenção básica – dita como a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde dos usuários, responsável por orientar os princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social – no município de Jequié (BA), carece de um sistema de saúde mais amplo e efetivo, emergindo daí o sentimento de impotência dos coordenadores da ESF na sua práxis cuidativa à intersectorialidade.

CAPÍTULO VI



6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desenvolver uma pesquisa que põe no palco a temática intersetorialidade no contexto do Brasil, na perspectiva de um sistema de saúde global, o SUS, não nos foi uma tarefa fácil. Mas, nos fez aperceber a grande relevância do pensar crítico-reflexivo-construtivo de um sistema que traz em suas entrelinhas a concepção de ser-se sistêmico – em princípios de inteireza, globalidade, recursividade, equifinalidade, circularidade, retroalimentação e complexidade, pois se media pela universalidade, equidade e integralidade, ideários norteadores do pensar democrático, daí ascender-se valorativo a CF do Brasil de 1988.

Assim, uma tarefa primeiramente de sensibilidade humana, de alcance metódico ético, estético e político.

Caminhar neste universo, ou, poderíamos dizer, *multiversos uni-versos* de saberes, fazeres e estar-se sujeito coparticipante do sistema – SUS –, enriqueceu nosso conhecimento. Conhecimento este alcançado pelo desenho metodológico na abordagem de métodos mistos traçados nesse estudo, construído à luz da questão de investigação – como ocorre o processo de ação intersetorial no município de Jequié (BA)? Na tentativa de encontrar respostas a esta pergunta foi traçado como objetivo: conhecer, a partir da visão dos atores, profissionais coordenadores da Estratégia de Saúde da Família, como acontece o processo de articulação intersetorial na gestão do SUS, no município de Jequié (BA).

Perseguir esta pergunta e desvelar este objetivo foi para nós, sujeitos que fazem parte do processo e usuários do SUS, um desafio e uma consternação pessoal-social. Desafio por tratar-se de uma pergunta com possibilidades de muitas respostas, o que aliás, no universo científico é o que de fato estudos de complexificação vão nos apresenta, como este. E, consternação pelo que os dados se nos mostraram – as pessoas que estão na linha de frente à práxis da gestão e execução do SUS, no caso em foco, os sujeitos deste estudo, detêm pouco conhecimento sobre a intersetorialidade no SUS para a exequibilidade da gestão pública de promoção à saúde humana.

O alcance desse resultado foi desvelado na transversalidade do que emergiu dos instrumentos de coleta de dados, o estado da arte e o referencial teórico-metodológico alicerçado na abordagem sistêmica, adotados pelo pensar/agir multirreferencializado de

abertura interdisciplinar e de sensibilidade às tecnologias de rede com a ferramenta UCINET.

Do desvelado, o descompasso entre os saberes individuais dos coordenadores da ESF na gestão de saúde do município investigado, demonstrou um conhecimento fragmentado, centrado em um pensar biologicista de causa-efeito, imediatista e pessimista para o SUS na próxima década, em contraponto aos fundamentos da política nacional e diretrizes da Atenção Básica, que busca como pilar ações intersetoriais.

Contudo, depreendemos que tais resultados vêm corroborar com estudiosos da gestão pública e da reforma sanitária do Brasil sobre os enfrentamentos do SUS, enquanto política pública de amplo aspecto de ação, em uma nação de muitos brasis. Ou seja, multivariado modos de ser e estar do SUS na multidimensionalidade de um país de continental de diversidade cultural – modos de ver-ser-perceber e estar na coletividade em saúde, o que inclui a formação para o exercício de inserção de cuidados na Atenção Básica.

Indubitavelmente, estamos a percorrer tal compreensão, à luz dos respondentes da pesquisa ora apresentada, os quais ainda propalaram que o presente que vivemos no SUS reluz reescrevendo-se no futuro. Um futuro incerto para o SUS no município. A isto, as questões: o pensar fragmentador disjunta a integração dos princípios norteadores do pensar a integralidade? Residiria aqui, a perspectiva de um futuro não exitoso encontrar-se em refração ao presente como enunciado acima? São perguntas que se lançam.

Cumprir citar a lacuna do conhecimento sobre a temática investigada neste estudo, uma vez que as pesquisas têm sido direcionadas para projetos e programas ministeriais e de gestão municipal com áreas específicas de ação, de modo que o resultado deste estudo pode contribuir para a minimizar um pouco a lacuna existente, ou seja, pensar/agir o SUS na dimensionalidade de sua filosofia e exequibilidade. Assim, abrindo possibilidades para outras investigações desveladoras de ações intersetoriais à política, planejamento e gestão em saúde no SUS.

Ir neste direcionamento é ir ao encontro de um sistema pensado para o êxito da cidadania plena, de direitos e deveres constitucionais de um programa de saúde de alcance universal, singular-plural, indistintamente para toda e qualquer pessoa, independentemente da etapa do ciclo vital que se encontre – uma inferência constitucional.

Do exposto, à luz dos resultados deste estudo, mostra-se necessário implicar o processo formador no âmbito das ciências da saúde e seu imbricamento com as demais ciências a potencialização do SUS; daí ir modelando um processo de zigzaguar entre as esferas municipal, estadual e federal, os seus diversos órgãos/departamentos/ministérios e outros em um sinergismo de saberes-fazeres, ao exercício militante de cuidado à saúde humana em todas as suas dimensões existenciais.

A despeito do enunciado, este estudo, por melhor que tenha sido o empenho das suas investigadoras, é passível de limitações, tendo em vista que outros olhares podem a este acrescentar, à luz de suas experiências e saberes, mais evidências, a exemplo de se ampliar o cenário de investigação e amostra. Assim, a humildade nos veste, pois somos conscienciosas da intangibilidade do todo.

Por fim, o nosso desejo de que o investimento pessoal-social feito possa se reverter noutras investigações, empoderadoras do SUS e da sua ressignificação para o amanhã, para nós *ser* SUS.

Ser ação-reflexão-práxis

Ser proximal, multirreferencial, integral e parte

Parte de um todo que se ler na indissociabilidade de suas partes

Ser de equidade

Ser de universalidade

Ser de integralidade

Ser simplesmente tempo-contexto-processo e complexus

Ser teia emaranhada em rede de pensar sistema

Sistema integrando self ser-existir – eu-tu-nós em cuidado à saúde

Ser SUS...

REFERÊNCIAS

- ACIOLI, S. Redes sociais e teoria social: revendo os fundamentos do conceito. **Inf. Inf.**, Londrina, v.12, n. esp., 2007. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/informacao/article/view/1784>>. Acesso em: abril de 2013.
- AGUIAR NETO, Z. **SUS: Sistema Único de Saúde – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. São Paulo: Martinari, 2011.
- ALEJANDRO, V.A.O.; NORMAN, A.G. **Manual introdutório à Análise de Redes Sociais**. Junho, 2005. Disponível em: <[http://www.aprende.com.pt/fotos/editor2/Manual%20ARS%20\[Trad\].pdf](http://www.aprende.com.pt/fotos/editor2/Manual%20ARS%20[Trad].pdf)>. Acesso em: abril de 2013.
- ANDRADE, L. O. M. **A saúde e o dilema da intersetorialidade**. 2004. Tese (Doutorado) Campinas, São Paulo: 2004.
- AZEVEDO, T. B.; RODRIGUEZ, M.V. R. Y. Análise do conhecimento com o uso das redes sociais. **Sustainable Business International Journal**, n.11, p.1-19, jan, 2012. Disponível em: <<http://www.sbijournal.com.br/>>. Acesso em: abril de 2013.
- BARROS, C.M.S. **Mediação intersetorial para a promoção da saúde – o projeto Transando Saúde do SESC**. 2009. 223f. Dissertação (Mestrado). Rio de Janeiro, 2009. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.
- BERTALANFFY, Ludwig von. **Teoria dos sistemas: Fundamentos, desenvolvimentos e aplicações**. Trad. Francisco M. Guimarães. 6. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.
- BERTALANFFY, von Ludwig. The Meaning of General System Theory. In: **General System Theory**. New York: Brazillies, 1968.
- BODSTEIN, R.; ZANCAN, L.; RAMOS, C.L.; MARCONDES, W.B. Avaliação da implantação do programa de desenvolvimento integrado em Manguinhos: impasses na formulação de uma agenda local. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 593-604, 2004. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v9n3/a07v09n3.pdf>>. Acesso em: novembro de 2012.
- BOHM, David. **On Dialogue**. Londres: Routledge, 1996.
- BORGATTI, S.P.; EVERETT, M.G.; FREEMAN, L.C. **Ucinet for Windows: software for social network analysis**. Harvard: Analytic Technologies, 2002.
- BRASIL. **Lei n. 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e da outras providências. Diário oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 19 set. 1990a.

_____. **Lei nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e da outras providências. Diário oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 28 dez. 1990b.

_____. **Lei Complementar nº 101**, de 04 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Diário oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 01 mai. 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Coletânea de normas para o controle social no Sistema Único de Saúde**. Conselho Nacional de Saúde. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual para organização da atenção básica à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. 40 p.

_____. Ministério da Saúde. **O SUS no seu município: garantindo saúde para todos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde**. DataSUS, 2014. Disponível em: <http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/municipio.asp?cidade=291800&nome=JEQUI%20C9>. Acesso em: janeiro de 2014.

BRONFENBRENNER, Urie. **Ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados**. Porto Alegre: Artes médicas, 1996.

CAPRA, Fritjof. **A teia da vida: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos**. São Paulo: Cultrix, 1996.

CAPRA, Fritjof. **As conexões ocultas: ciência para uma vida sustentável**. 4. ed. São Paulo: Cultrix, 2002.

CKAGNAZAROFF I. B.; MOTA, N. R. Considerações sobre a relação entre descentralização e intersetorialidade como estratégias de modernização de prefeituras municipais. **Revista Economia & Gestão**, Belo Horizonte, v. 3, n. 6, p. 23-41, dez. 2003. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/economiaegestao/article/view/94/87>>. Acesso em: novembro de 2012.

COELHO, A. V. A. G. **A Construção da Intersetorialidade no Programa Bolsa Família em Manguinhos, no Rio de Janeiro**. 2009. 138f. Dissertação (Mestrado). Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

CRESWELL, J.W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto.** Trad. Magda Lopes. – 3 ed. – Porto Alegre: Artmed, 296p, 2010.

DANTAS, B. T.; DAVID, J. A rede comercial invisível: o mapeamento da difusão do conhecimento entre atores de uma rede de analistas comerciais: Estudo de caso da Embasa. In: SAMPAIO, S.; SOUZA, C.R.B. de; SILVA, R.F. da. (Org.). **Construção do conhecimento em organizações na perspectiva das redes sociais.** 1.ed. Série compartilhando saberes. Salvador: EDUNEB, 2013.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens.** Trad. Sandra Regina Netz. 2ª. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **Handbook of qualitative research.** Thousand Oaks: sage, 1994. Europa-América, 1997.

FERNANDES, D.M. **Análise da articulação intersetorial na implementação de um programa social em nível local** – experiência do município de Petrópolis/ RJ. 2005. 121f. Dissertação (Mestrado). Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública, 2005.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**, 3.^a ed., Curitiba: Positivo, 2004.

FRANCO, A. **A rede.** Série Fluzz, v. 1. São Paulo: Escola de Redes, 2012. Disponível em: <<http://api.ning.com/files/ozuLmGL9D4b6eI8jVK8cAV2Q2JE6tFHX6d45NffM6VwjX1YPgFOikbPuJiXdixcRKUy7m3mpFhWy8T5w0nJc1jIEhXXlpW/SrieFLUZZVolume1AREDE.pdf>>. Acesso em: abril de 2013.

FRANCO, A. **Redes e inovação** – Por que as redes corporativas costumam dar errado. São Paulo: Escola de Redes, 2011. Disponível em: <<http://www.slideshare.net/augustodefranco/redes-inovao?from=embed>>. Acesso em: abril de 2013.

FRANCO, T.B.; **As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde.** In: Pinheiro e Mattos (Orgs.), *Gestão em Redes*; Rio de Janeiro, CEPESC-IMS/UERJ-LAPPIS, 2006.

FREITAS, C.A.S.L.; TEOFILO, T.J.S. Avaliação construtivista, sob uma abordagem integradora e intersetorial, das ações do Projeto Disque Idoso em Sobral (CE, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v.15, n.6, p. 2825-33, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n6/a20v15n6.pdf>>. Acesso em: novembro de 2012.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. de; ALMEIDA, P. F. de; ESCOREL, S.; SENNA, M. de C. M.; FAUSTO, M. C. R.; DELGADO, M. M.; ANDRADE, C. L.T. de; CUNHA, M. S. da; MARTINS, M. I. C.; TEIXEIRA, C.P. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 783-794, 2009. Disponível

em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300014>. Acesso em: julho de 2012.

GONÇALVES, C.C.M., **Atuação sobre os Determinantes Sociais da saúde em uma iniciativa de Campo Grande – MS**: Projeto Viva seu Bairro. 2010. 261f. Tese (Doutorado). Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 2010.

GONÇALVES, M. T.; GARCIAS, C. M.; KAUCHAKJE, S. **Poder Local e Gestão Intersetorial**: discursos e práticas sociais sobre questão socioambiental num bairro de Curitiba – PR. *In*: IV Encontro Nacional da Anppas, 2008. Brasília/DF. Disponível em: <<http://www.anppas.org.br/encontro4/cd/ARQUIVOS/GT3-293-317-20080510231022.pdf>>. Acesso: novembro de 2012.

GUARDA, F.R.B.; SILVA, R.N.; MARCONDES, M.M.C.; MARCONDES, A.C.; ALMEIDA, T. A. M. Do diagnóstico à ação: Programa se bole Olinda: estratégia intersetorial de promoção da saúde através da atividade física. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**. Pelotas, Rio Grande do Sul, v. 14, n.3, p. 206-10, 2009. Disponível em: < http://www.sbafs.org.br/_artigos/284.pdf>. Acesso em: novembro de 2012.

HOUAISS, ANTONIO. **Dicionário eletrônico Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Editora Objetiva. 2009.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010.

INOJOSA, R. M. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade. **Cadernos FUNDAP**, n. 22, p. 102-110, 2001. Disponível em: <<http://www.fundap.sp.gov.br/publicacoes/cadernos/cad22/dados/Inojosa.pdf>>. Acesso em: Novembro de 2012.

INOJOSA. R.M.; JUNQUEIRA, L. A. P. Trabalho e ação intersetorial: zeladores de praças da cidade de São Paulo. **Revista Pensamento & Realidade**. Ano XIV, v. 26 n. 2, 2011.

JEQUIÉ. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde, exercício 2010/2013**. Jequié, 2010.

JUNQUEIRA, L. A. P. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.13, n.1, p.25-36, jan-abr 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n1/04.pdf>>. Acesso em: janeiro de 2013.

JUNQUEIRA, L. A. P. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. **Rev. adm. pública**. Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 35-45, nov./dez. 2000.

JUNQUEIRA, L. A. P. Descentralização e intersetorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal. **RAP**, Rio de Janeiro, v.2, n. 2, p.11-22, mar./abr. 1998. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/viewFile/7696/6269>>. Acesso em: abril de 2013.

JUNQUEIRA, L. A. P. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.6, n.2, p.31-46, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v6n2/05.pdf>>. Acesso em: setembro de 2012.

LASZLO, Ervin. **Evolução**: a grande síntese. Lisboa: Instituto PIAGET, 1987.

LASZLO, Ervin. **Evolução**: a grande síntese. Lisboa: Instituto PIAGET, 1994.

LOPES, R.E.; MALFITANO, A.P.S. Ação social e intersetorialidade: relato de uma experiência na interface entre saúde, educação e cultura. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, Botucatu/SP, v.10, n.20, p.505-15, jul/dez, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000200016>. Acesso em: outubro de 2012.

MAGALHÃES, R.; BODSTEIN, R. Avaliação de iniciativas e programas intersetoriais em saúde: desafios e aprendizados. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.14, n. 3, p.861-68, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n1/06.pdf>>. Acesso em: outubro de 2012.

MAGALHÃES, R.; COELHO, A.V.; NOGUEIRA, M.F.; BOCCA, C. Intersetorialidade, Convergência e Sustentabilidade: Desafios do Programa Bolsa Família em Manguinhos, RJ. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.16, n.11, p. 4443-53, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011001200017&script=sci_arttext>. Acesso em: novembro de 2012.

MARTELETO, R. M. Análise de redes sociais – aplicação nos estudos de transferência da informação. **Ci. Inf.**, Brasília, v. 30, n. 1, p. 71-81, jan./abr., 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ci/v30n1/a09v30n1.pdf>>. Acesso em: abril de 2013.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 549 p, 2011.

MENDES, R.; BÓGUS, C.M.; AKERMAN, M. Agendas urbanas intersetoriais em quatro cidades de São Paulo. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.13, n.1, p.47-55, jan-abr 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n1/06.pdf>>. Acesso em: dezembro de 2012.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**[online]. Rio de Janeiro, v.25, n.7, p. 1620-25, jul 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n7/21.pdf>>. Acesso em: janeiro de 2014.

MENICUCCI, T.M.G; MARQUES, A.M.F.; OLIVEIRA, B.R.; FORTES, F.B.C.T.P.; DUARTE, V.C. **Regionalização da atenção à saúde em contexto federativo e suas implicações para a equidade de acesso e a integralidade da atenção**. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro; 2008.

MILES, M.B.; HUBERMAN, A. M. **Qualitative data analysis: an expanded sourcebook**. 2 nd ed. SAGE Publication, 1994.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MONNERAT, G. L. **Transferência condicionada de renda, saúde e intersetorialidade**: lições do Programa Bolsa Família. 2009. 283f. Tese (Doutorado). Rio de Janeiro, 2009. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

MORI, A.Y.; OGATA, M.N. Cuidado intersetorial: promovendo a articulação entre a equipe de Saúde da Família e uma creche. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 4, p. 518-522, out./dez. 2010.

MORIN, Edgar. **Complexidade e transdisciplinaridade** – a reforma da universidade e do ensino fundamental. Trad. Edgar de Assis Carvalho. Natal: EDUFRN, 1999.

MORIN, Edgar. **O método**. A natureza da natureza. 3 ed. Lisboa, Portugal: Publicações Europa-América, 1997.

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde. **Redes Locales Frente a la Violencia Familiar** – Série: Violencia Intrafamiliar y Salud Publica. Documento de Análise n. 2. La Asociación de Solidaridad para Países Emergentes (ASPEm), OPAS: Peru, jun. 1999. Disponível em: <<http://www.rhamas.org.br/porque.htm>>. Acesso em: Dezembro de 2003.

PAPOULA, S.R. **O processo de trabalho intersetorial das Equipes de Saúde da Família no município de Petrópolis-RJ**: fatores restritivos e facilitadores. 2006. 168f. Dissertação (Mestrado) Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2006.

PAULA, K. A. de; PALHA, P.F.; PROTTI, S.T. Intersetorialidade: uma vivência prática ou um desafio a ser conquistado? O Discurso do Sujeito Coletivo dos enfermeiros nos núcleos de Saúde da Família do Distrito Oeste – Ribeirão Preto. **Interface - comunic., saúde, educ.**, Botucatu, v. 8, n.15, p.331-48, mar./ago. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832004000200011&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: outubro de 2012.

PAULI, L. T. S. **A integralidade das ações em saúde e a intersetorialidade municipal**. 2007. 211f. Tese (Doutorado). Faculdade de Saúde Pública: Universidade de São Paulo, 2007.

RIBEIRO, R.C. A construção de um município saudável: descentralização e intersetorialidade – experiência de fortaleza. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.6, n.2, p.47-54, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v6n2/06.pdf>>. Acesso em: dezembro de 2012.

SAMPAIO, R.F.; MANCINI, M.C. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. **Rev. bras. Fisioter**, São Carlos, v. 11, n. 1, p. 83-89,

jan./fev. 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v11n1/12.pdf> >. Acesso em: setembro de 2012.

SANTANA, P.R.S.; SOUSA, M.F.; COSTA, A.A.A.; Osório, M.M.; Santana, P.M.A. As ações intersetoriais e a estratégia saúde da família na ótica de gestores, profissionais e usuários da saúde no município de João Pessoa, Paraíba. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v.3, n.2, p.76-87, abr./jun, 2009. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/12729/1/ARTIGO_AcoesIntersectoraisEstrategia.pdf>. Acesso em: janeiro de 2014.

SCHLITHLER, Célia R. B. **Redes Intersectoriais de Desenvolvimento Comunitário**. Instituto para o Desenvolvimento do Investimento Social, s/a.

SILVA, J. M. da; NASCIMENTO, M. A. A. do. **Planejamento em saúde: a dialética entre a teoria e a prática**. Vitória da Conquista: Edições UESB, 2011. 238p.

SILVA, K.L., RODRIGUES, A.T. Ações intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.63, n.5, p. 762-9, set/out 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672010000500011&script=sci_arttext>. Acesso em: outubro de 2012.

SILVA, Luzia Wilma Santana da. **A dinâmica das relações da família com o membro idoso portador de diabetes Mellitus tipo 2**. 2007. 311f. Tese (Doutorado). Florianópolis, 2007. Universidade Federal de Santa Catarina – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, 2007.

SILVA, M.A.M. da. **Efetividade do plano município saudável de goiana: uma proposta para favorecer o diálogo e a integração intersectorial**. 2010. 35f. Monografia (Especialização). Fundação Oswaldo Cruz Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, Recife, 2010.

SIQUEIRA, José Eduardo de. 25 anos do SUS: o que há para comemorar? **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 56-64, 2013. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/101/5.pdf>. Acesso em: janeiro de 2014.

SLUZK, C. E. **A rede social na prática sistêmica**. Trad. Claudia Berliner. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SOUZA, T.O. DE; SILVA, L.W.S. DA; DANTAS, B.T. Intersetorialidade em um município do interior da Bahia – estudo piloto. **Rev enferm UFPE on line**. Recife, v. 8, n. 2, p. 303-13, fev., 2014.

TAKEUCHI, H.; NONAKA, I. **Criação do Conhecimento na Empresa**. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

TAKEUCHI, H.; NONAKA, I. **Gestão do Conhecimento**. Porto Alegre: Bookman, 2008.

TEIXEIRA C.F.; PAIM, J.S. Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. **Rev. adm pública**. Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 63-80, Nov. /Dez. 2000.

VAINER, A.; ALBUQUERQUE, J.; GARSON, S. **Lei de Responsabilidade Fiscal**. Manual de elaboração – o passo a passo da elaboração do PPA para municípios. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm>. Acesso em: novembro de 2013.

VASCONCELLOS, Maria José Esteves de. **Pensamento sistêmico**: o novo paradigma da ciência. 3^a. ed. Campinas, SP: Papirus, 2003.

WATZLAWICK, Paul; BEAVIN Janet Helminck; JACKSON, Don D. **Pragmática da comunicação humana**: um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação. São Paulo: Cultrix, 1967.

WIMMER, G.F., FIGUEIREDO, G.O. Ação coletiva para qualidade de vida: autonomia, transdisciplinaridade e intersetorialidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.1, p. 145-4, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n1/29458.pdf>> Acesso em: dezembro de 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

– COORDENADORES(AS) DAS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA –

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução n°. 466/2012

Prezado (a) senhor (a),

Eu, Tatiane Oliveira de Souza, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES), juntamente com a professora pesquisadora Luzia Wilma Santana da Silva, estamos realizando a pesquisa intitulada “Intersetorialidade: um contexto em política pública de saúde na Estratégia de Saúde da Família”. Estamos convidando o (a) senhor (a) para participar desta pesquisa, que surgiu como uma inquietação das pesquisadoras ao evidenciarem em estudos nacionais já publicados e em suas práticas cotidianas, a dificuldade de articulação dos serviços no SUS e fragmentação de suas ações. A pesquisa tem como objetivo: Conhecer a partir da visão dos atores, profissionais coordenadores da ESF, como acontece o processo de articulação intersetorial na gestão do SUS, no município de Jequié (BA). Ao concordar com a participação na pesquisa, o (a) senhor (a) deverá estar à disposição para responder às perguntas por meio de uma entrevista, a qual será gravada. Durante a entrevista, existe o risco de alguma pergunta lhe causar constrangimento ou incômodo, ficando (a) senhor (a) à vontade para não responder a tal pergunta. Sua participação é voluntária e livre de qualquer forma de pagamento, podendo desistir a qualquer momento do estudo, sem qualquer prejuízo e/ou penalidades. Os registros da sua participação nesse estudo serão mantidos em sigilo. Nós guardaremos os registros de cada pessoa, e somente o pesquisador responsável e colaboradores terão acesso a estas informações. Se qualquer relatório ou publicação resultar deste trabalho, a identificação do participante não será revelada. Se houver algum constrangimento decorrente deste estudo, o (a) senhor (a) poderá deixar de participar da pesquisa a qualquer momento. Se o (a) senhor (a) quiser ou precisar de mais informações sobre esta pesquisa, entre em contato com Tatiane Oliveira de Souza ou Luzia Wilma Santana da Silva no endereço da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Av. José Moreira Sobrinho, S/N,

Jequié, Bahia, pelo telefone (73) 3528-9738 (Mestrado em Enfermagem e Saúde) ou pelos e-mails: <tatiane2101@gmail.com>; <luziawilma@yahoo.com.br>. Ou ainda pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), localizado nas dependências físicas da UESB, no endereço acima citado, ou pelo telefone (73) 3528 9727. Os dias e horários de funcionamento do CEP/UESB - segunda à sexta-feira, das 07 às 13h.

Se o (a) senhor (a) aceita participar livremente deste estudo, por favor, assine comigo este termo de consentimento em duas vias. Agradecemos sua atenção!

Assinatura da Participante _____

Assinatura das pesquisadoras:

Profª Drª Luzia Wilma Santana da Silva

Msd. Tatiane Oliveira de Souza

Jequié (BA), Data: ____/____/____.

APÊNDICE 2 – Roteiro para entrevista semiestruturada

PROJETO DE PESQUISA: Intersetorialidade: um contexto em política pública de saúde na Estratégia de Saúde da Família.

QUESTIONÁRIO

Data: ____/____/____

Início: _____

Término: _____

Código do questionário: _____

I – Dados sociodemográficos

- Sexo:
- Idade:
- Profissão/ocupação:
- Tempo de trabalho na equipe:
- Regime de trabalho:
- Outros vínculos empregatícios:

II – Dados educacionais

- Formação profissional:
- Participou de algum curso de atualização na área que está atuando? Qual(is)? .

III – Questões

1. A que conceitos você associa a intersetorialidade?
 - () Interdependência das ações de saúde
 - () Intervenção nas ações de saúde
 - () relacionamento entre as pessoas/profissionais de saúde
2. Quais ações de articulação intersetorial você pratica?
3. O que você conhece do sistema (SUS) para encaminhar os pacientes da unidade que você coordena?
4. O que você sente falta no sistema (SUS) para encaminhamento?
5. O que você vislumbra no SUS daqui a 10 anos?

APÊNDICE 3¹ – Roteiro para entrevista semiestruturada

PROJETO DE PESQUISA: Intersetorialidade: um contexto em política pública de saúde na Estratégia de Saúde da Família.

QUESTIONÁRIO

Data: ____/____/____

Início: _____

Término: _____

Código do questionário: _____

I – Dados sociodemográficos

- Sexo
- Idade
- Profissão/ocupação
- Tempo de trabalho na equipe
- Regime de trabalho
- Quanto tempo de formado(a)
- Outros vínculos empregatícios

II – Dados educacionais

- Formação profissional
- Participou de algum curso de atualização na área que está atuando? Qual(is)?
- Quanto tempo de experiência na ESF?

III – Questões

1. A que conceitos você associa a intersetorialidade?
 - a) () Interdependência das ações de saúde
 - b) () Intervenção nas ações de saúde

¹ Instrumento elaborado após teste piloto, devido necessidade de alterações na questão nº 4.

c) () relacionamento entre as pessoas/profissionais de saúde/demais profissionais de áreas afins

2. Quais ações de articulação intersetorial você pratica?

3. O que você conhece do sistema (SUS) para encaminhar os pacientes da unidade que você coordena?

4. Quais são as dificuldades que você tem no sistema (SUS) para realizar o(s) encaminhamento(s)?

5. O que você vislumbra no SUS daqui a 10 anos?