

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB
DEPARTAMENTO DE SAÚDE - DS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE**

**A DINÂMICA DA INTERSETORIALIDADE NA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA**

SHEYLLA NAYARA SALES VIEIRA

**JEQUIÉ/BA
2013**

SHEYLLA NAYARA SALES VIEIRA

**A DINÂMICA DA INTERSETORIALIDADE NA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA**

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

Linha de Pesquisa: Política, Planejamento e Gestão

Orientador: Prof. Dr. Fabio Ornelas Prado

Co-orientador: Prof. Dr. Cezar Augusto Casotti

**JEQUIÉ/BA
2013**

V718 Vieira, Sheylla Nayara Sales.
A dinâmica da intersetorialidade na estratégia de saúde da família /Sheyla Nayara Sales Vieira.- Jequié, UESB, 2013.
85 f: il.; 30cm. (Anexos)

Dissertação (Programa de pós-graduação em Enfermagem e Saúde)-Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2013.
Orientador: Prof. Dr. Fábio Ornelas Prado.

1. Saúde da família – Ação intersetorial 2. Estratégia de Saúde da Família (ESF) I. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia II. Título.

CDD – 614.2

FOLHA DE APROVAÇÃO

VIEIRA, Sheylla Nayara Sales. A dinâmica da intersectorialidade na Estratégia de Saúde da Família. 2013. 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. Dr. Fabio Ornelas Prado
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia- UESB
Presidente da Banca

Profa. Dra. Alba Benemerita Alves Vilela
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

Profa. Dra. Ana Angélica Leal Barbosa
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

Jequié/BA, 22 de março de 2013.

Á meu Arthur, presente de Deus em minha vida,
sua chegada deixou meu mundo mais colorido e
seu sorriso ilumina meus dias. Você me faz
conhecer o verdadeiro significado do amor
incondicional.

AGRADECIMENTOS

À Deus, força suprema, energia do bem sempre presente em minha vida, que ilumina e torna mais tranquilo o meu caminhar. A ti só tenho a agradecer por tantas bênçãos concedidas.

Aos meus pais, pessoas ímpares, as quais nunca enxergaram obstáculos para os meus sonhos e me ensinaram a beleza do carinho ao próximo, da gratidão e da família. Vocês estão muito próximos, mesmo distantes geograficamente.

As minhas irmãs queridas, Nara, Dany, Ítala e Lara meu coração é imensamente confortado pela existência de vocês. Amo vocês demais!!

À Junior, pelo amor, companheirismo e dedicação em todos os momentos da minha vida, ter você ao meu lado é um presente de Deus. Meu carinho!

À Tia Celeste, meu porto seguro, cada vitória em minha vida tem a tua presença, teu incentivo, tua ajuda. Cada vitória minha, é nossa!

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde – PPGES por me proporcionar frequentar um ambiente acolhedor de conhecimento e carinho.

Ao querido Prof. Dr. Cezar Augusto Cassotti, pela paciência, ajuda, palavras de incentivo e disponibilidade, você tornou possível a conclusão deste trabalho.

A Prof^a. Dr. Alba Benemérita pela paciência, dedicação e palavras de conforto, o seu – tudo vai dá certo – nunca será esquecido.

Ao meu orientador Prof. Dr. Fábio Ornellas Prado, pelas orientações e paciência.

À minha querida amiga Suely, pelo carinho dedicado, pela companhia e pela valiosa contribuição na coleta de dados e transcrição das entrevistas.
Você é muito especial amiga!

À Andressa, Vanessa e Luana, conseguimos meninas! O mestrado não era um projeto pessoal, mais coletivo, desde a graduação, e como tal o realizamos coletivamente. Vocês marcaram a minha caminhada e estão presentes em meu coração.

À minha turma de mestrado, pelas horas de estudo, trocas e pela convivência.

Aos profissionais que se dispuseram a participar desta pesquisa, permitindo a minha aproximação empírica com o objeto deste estudo.

“Há quem diga que todas as noites são de sonhos. Mas há também quem garanta que nem todas, só as de verão. No fundo, isso não tem importância. O que interessa mesmo não é a noite em si, são os sonhos. Sonhos que o homem sonha sempre, em todos os lugares, em todas as épocas do ano, dormindo ou acordado”.

(William Shakespeare)

Ciclo

Jorge e Mateus

Mãe eu quis um tempo pra recomeçar
Pensei que tinha a vida toda pra pensar
Porque era cômodo ficar aqui

Mãe a vida me forçou a aprender
Tudo aquilo que eu ouvia de você
Mas entre os problemas
Acho que ainda sei sorrir

Mãe pra muito coisa eu sei que demorei
E quanto tempo isso faz eu já nem sei
Os anos insistiram em passar
E eu cresci

Foi quando aprendi voar e o mundo
Inteiro quis pegar pra mim
A gente nasce, cresce, casa e sonha em
Ser feliz por isso eu fui buscar no
Mundo tudo o que eu quis
Todas as vezes minha mãe
Que alguém me disse não
Você disse sim pro meu coração

Mãe chegou o meu futuro e eu não tô só
Em pouco tempo alguém vai te chamar de vó
O mundo em nove meses torna a renascer
O tempo implacável vai continuar
Deixando sua marca em nosso olhar
E com meu filho isso também vai acontecer
Te juro que a ele eu vou ensinar
As coisas que aprendi de tanto ouvir você falar.

VIEIRA, Sheylla Nayara Sales. A dinâmica da intersectorialidade na Estratégia de Saúde da Família. Dissertação [Mestrado]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié-BA. 2013.

RESUMO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é uma proposta inovadora de reestruturação do sistema de saúde a partir da Atenção Básica, operacionalizada mediante atuação de equipe multiprofissional, que tem por objetivo proporcionar o acesso contínuo aos serviços de saúde, atuar como porta de entrada preferencial do sistema e incentivar a coparticipação na construção da saúde, por meio da formação de vínculo com a comunidade, de modo a permitir o planejamento e execução de ações setoriais e intersectoriais que impacte nos fatores condicionantes e determinantes da saúde. O trabalho objetivou: Analisar a importância do desenvolvimento das Ações Intersectoriais para a Promoção da Saúde na Estratégia de Saúde da Família; Identificar se ocorre o desenvolvimento de ações intersectoriais pelas equipes de saúde da família e como elas são organizadas e Descrever as dificuldades encontradas pelas equipes no desenvolvimento de ações intersectoriais. É um estudo de caso, de caráter descritivo e abordagem qualitativa. A coleta de dados foi realizada através da entrevista semiestruturada e para análise aplicou-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo, com o auxílio do soft QuantiQualisoft. O campo da pesquisa foi constituído por dois municípios de pequeno, tendo como cenário às unidades de saúde da família implantadas nos municípios há no mínimo um ano. Os sujeitos da pesquisa foram os enfermeiros que atuam como gerentes das unidades de saúde. Os resultados apontam para a existência de alguns setores-chaves para a articulação intersectorial na ESF, como infraestrutura, assistência social e educação, e para a falta de planejamento nas ações desenvolvidas, pois estas acontecem esporadicamente, sem envolvimento dos gestores e executadas por profissionais que se encontram na ponta do sistema, além de ter o setor saúde como principal indutor da articulação. Propõe-se, portanto, repensar no modo como são desenvolvidas as ações de Promoção da Saúde da ESF e a necessidade de se elaborar uma política de articulação intersectorial, que envolva todos os setores municipais, e as entidades sociais, além de sensibilizar a população quanto à sua importância na busca por qualidade de vida e saúde, convocando-os para serem coparticipantes do processo.

Palavras-chave: Ação Intersectorial, Promoção da Saúde, Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT

The Family Health Strategy (FHS) is an innovative proposal for restructuring the health system from primary care, operationalized through action of the multidisciplinary team, which aims to provide continuous access to health services, acting as a preferential gateway of the system and encourage the copartnership in the construction of health through the creation of relationship with the community, in order to allow the planning and execution of sectoral and intersectoral actions that impact on conditioning factors and determinants of health. The study aimed to: Analyze the importance of the development of Intersectoral Action for Health Promotion in Family Health Strategy; Identify if intersectoral actions development occurs by family health teams, which actions are developed and how they are organized and describe the difficulties found by the teams in the development of intersectoral actions. It is a study case, of a descriptive nature and qualitative approach. Data collection was conducted through semi-structured interviews and analysis technique applied to the Collective Subject Discourse, with the help of soft QuantiQualisoft. The research field was comprised of two small owns having as a scenery the family health units deployed in the districts for at least one year. The research subjects were nurses who act as managers of health units. The results indicate the existence of some key sectors for intersectoral coordination in the FHS, such as infrastructure, education and social assistance, and the lack of planning the actions developed as these occur sporadically, without involving managers and ran by professionals who are on the edge of the system, in addition to the health sector as the main inducer of articulation. It is proposed, therefore, to rethink the way on which actions from the Health Promotion FHS are developed and the necessity of elaborating a policy of intersectoral, involving all sectors of municipal and social organizations, as well as raise awareness about the its importance in the search for life quality and health, urging them to be co partners in the process.

Keywords: Intersectoral Action, Health Promotion, Family Health Strategy. research field

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
CNS	Conferencia Nacional de Saúde.
DSS	Determinantes Sociais em Saúde.
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo.
ESF	Estratégia de Saúde da Família.
MS	Ministério da Saúde.
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família.
OMS	Organização Mundial da Saúde.
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde.
PSE	Programa Saúde na Escola.
UESB	Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

LISTA DE TABELAS

Manuscrito 01:	Tabela 01:	% de contribuição dos entrevistados na construção dos sujeitos.	45
Manuscrito 01:	Tabela 02:	Dados sociodemográficos das áreas de cobertura da ESF	51
Manuscrito 02:	Tabela 01:	% de contribuição dos entrevistados na construção dos sujeitos.	67

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.2	OBJETIVOS	16
2	BASE TEÓRICA E CONCEITUAL	18
2.1	SAÚDE COMO UMA CONDIÇÃO SOCIAL	19
2.2	PROMOÇÃO DA SAÚDE E ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	21
2.3	INTERSETORIALIDADE EM SAÚDE	26
3	METODOLOGIA	28
3.1	TIPO DE ESTUDO	29
3.2	CAMPO DE ESTUDO	30
3.3	CARACTERÍSTICAS DOS MUNICÍPIOS ESTUDADOS	31
3.4	SUJEITOS DO ESTUDO	34
3.5	COLETA DE DADOS	34
3.6	ANÁLISE DOS DADOS	35
3.7	ASPECTOS ÉTICOS	37
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	38
4.1	MANUSCRITO – 01: AÇÕES INTERSETORIAIS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE	40
4.2	MANUSCRITO – 02: ORGANIZAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES INTERSETORIAIS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	60
5	CONSIDERAÇÕES	78
	REFERÊNCIAS	81
	APÊNDICES	86
	APÊNDICE A: Roteiro entrevista semiestruturada	87
	APÊNDICE B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	90
	ANEXO	91
	ANEXO A: Ofício do comitê de ética	92

1 INTRODUÇÃO

É na minha disponibilidade permanente à vida a que me entrego de corpo inteiro, pensar crítico, emoção, curiosidade, desejo, que vou aprendendo a ser eu mesmo em minha relação com o contrário de mim. É quanto mais me dou à experiência de lidar sem medo, sem preconceito, com as diferenças, tanto melhor me conheço e construo meu perfil.

Paulo Freire

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) caracteriza-se como um dos mecanismos políticos criados para operacionalizar o Sistema Único de Saúde (SUS) e responder às necessidades de saúde da população, buscando a superação da assistência à saúde fragmentada e centrada na cura de doenças, e a implementação efetiva do SUS, um sistema com princípios e diretrizes voltados para a atenção integral e para a corresponsabilidade entre gestores, trabalhadores e usuários (TRAD; ESPERIDIÃO, 2009).

Segundo dados do Ministério da Saúde (MS), o Brasil dispõe atualmente de 32.498 Equipes de Saúde da Família, que atuam em 5.288 municípios o que corresponde a cobertura de cerca de 95% dos municípios brasileiros (BRASIL, 2012), dados que justifica o desenvolvimento de pesquisas voltadas para o entendimento das particularidades existentes no trabalho da ESF. O MS atribui à ESF lugar de destaque, viabilizando incentivos financeiros para a ampliação e consolidação da estratégia como política prioritária para reorientação do modelo assistencial, voltado para a atenção primária, onde devem ser resolvidos a maioria dos problemas de saúde da população (BRASIL, 2010a).

A ESF possui características capazes de torná-la uma ferramenta peculiar do sistema de saúde, pois está localizada no ambiente das comunidades assistidas, possui um número delimitado de usuários e trabalha sob a lógica do vínculo, fatores que viabilizam a identificação dos problemas de saúde que afetam os indivíduos e as possíveis soluções. Além disso, é formada por uma equipe multiprofissional que realiza as atividades visando à atenção integral, através de um trabalho multidisciplinar (BRASIL, 2011), onde devem ser priorizadas as ações voltadas para a proteção e promoção da saúde (FREITAS; MANDÚ, 2010).

A Promoção da Saúde é um dos pilares para a efetivação do SUS e para o seu desenvolvimento são necessárias significativas mudanças no modo de pensar e agir em saúde, pois deve trabalhar de forma articulada com as demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, sendo uma estratégia que contribui para a construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde (BRASIL, 2010a). A Promoção da Saúde visa à “redução dos fatores de risco que se constituem em ameaça para a saúde da população”, tendo suas ações voltadas prioritariamente para o não adoecimento (BRASIL, 2010b, p. 12).

A Promoção da Saúde é uma das atribuições a serem desenvolvidas pelas equipes de saúde da família, que para isso devem englobar “ações e serviços que operem sobre os efeitos do adoecer e aqueles que visem ao espaço para além dos muros das unidades de saúde e do sistema de saúde, incidindo sobre as condições de vida”, além de permitir que os indivíduos e comunidades sejam coparticipantes do processo de saúde doença, fortalecendo os espaços públicos de participação (BRASIL, 2010b, p. 11).

Dentre as diretrizes trazidas pela Política Nacional de Promoção da Saúde implantada em 2006, que devem ser colocadas em prática também pela ESF, destaca-se o intuito em se instituir uma “gestão transversal, integrada e intersetorial”, o que significa dizer que todos os setores responsáveis pela prestação de serviços ao cidadão precisam trabalhar de forma integrada (BRASIL, 2010b, p. 5), sendo importante ressaltar que devem ser incluídos não apenas os setores públicos, mas também o setor privado, as instituições não governamentais (ONG’s) e sociedade civil, de modo que se possa reduzir as desigualdades existentes e modificar o resultado da produção social da saúde (PAPOULA, 2006).

Assim, para o desenvolvimento da Promoção da Saúde pela Estratégia de Saúde da Família faz-se necessário o estabelecimento de múltiplas relações, ou seja, o desenvolvimento de parcerias a interssetoriais. A interssetorialidade, entendida como “a articulação entre sujeitos e setores sociais diversos e, portanto, de saberes, poderes e vontades diversos, para enfrentar problemas complexos”, estabelece a necessidade de desenvolver novas formas de planejar as ações e se apresenta como um desafio para os serviços públicos (GROSSI; GUILAMELON, 2006, p. 5).

As novas formas de atuação, estruturadas a partir da interssetorialidade envolve profundas mudanças na atuação e na cultura organizacional dos diversos setores (JUNQUEIRA, 2000), o que não é tarefa fácil, pois a administração pública é marcada por ações fragmentadas e isoladas, onde não existe a cultura da comunicação e da inter-relação (MARTINS, 2003). A interssetorialidade permite aos setores o compartilhamento de objetivos e de ideias e a divisão de responsabilidades na assistência a população (PAPOULA, 2006)

Dessa forma, a interssetorialidade parece se apresentar como um dos elementos centrais para a operacionalização da promoção da saúde na Estratégia de Saúde da Família, pois a articulação entre os vários setores presentes tanto no

nível mais operacional, local onde as ações de saúde são ofertadas à população, como nos níveis regional e central, com uma dimensão mais voltada ao planejamento e com potencialidade de articular setores fundamentais que podem desencadear mudanças mais efetivas e duradouras na saúde da população, contribui para a melhoria da qualidade de vida e de saúde das comunidades.

O interesse pelo tema surgiu desde a graduação quando me inquietava lidar com problemas que causava danos a saúde, mas que o setor não tinha competência técnica e recursos para resolvê-los, posteriormente, atuando como enfermeira da ESF foi confirmada a importância de discutir a temática, pois, as equipes de saúde da família lidam diariamente com situações relacionadas às iniquidades sociais e precisam de outros setores para resolver.

Deste modo, surgem como questões norteadoras do trabalho:

- Qual a importância da intersetorialidade para a promoção da saúde na Estratégia de Saúde da Família?
- As ações intersetoriais indispensáveis para o desenvolvimento da Promoção da Saúde são desenvolvidas pela Estratégia de Saúde da Família?
- Quais as dificuldades das equipes de saúde da família no desenvolvimento de ações intersetoriais?

1.2 OBJETIVOS

Na busca por entender as indagações feitas com as questões norteadoras temos como objetivos.

- Analisar a importância do desenvolvimento das ações intersetoriais para a promoção da saúde na Estratégia de Saúde da Família.
- Identificar se ocorre o desenvolvimento de ações intersetoriais na Estratégia de Saúde da Família e como elas são organizadas.
- Descrever as dificuldades encontradas pelas equipes de saúde da família no desenvolvimento de ações intersetoriais.

Acreditamos que o estudo possui relevância para o profissional de saúde, pois possibilitará um conhecimento mais ampliado sobre o assunto, o que contribuirá para expandir suas competências e habilidades e assim, realizar uma articulação adequada entre o setor saúde e os demais setores da sociedade, além disso, o estudo possui relevância social, pois sinaliza para os diversos setores da sociedade quanto à importância da sua participação na construção de um serviço de saúde capaz de oferecer condições satisfatórias de saúde para todos.

O estudo pretende, a partir dos resultados apresentados, contribuir para a reflexão sobre a importância da intersetorialidade para a Promoção da Saúde na Estratégia de Saúde Família, possibilitando “novos caminhos” e “novas formas de organização” para as políticas públicas municipais, para que possam se articular e proporcionar a efetiva qualidade de vida e saúde aos cidadãos.

2 BASE TEÓRICA E CONCEITUAL

Não é o conhecimento, mas o conhecimento do conhecimento que nos compromete [...] geralmente se ignora ou se finge desconhecer para evitar a responsabilidade que nos cabe em todos os nossos atos cotidianos, já que todos os nossos atos, sem exceção, contribuem para formar o mundo em que existimos e que legitimamos precisamente por meio desses atos.

Maturana e Varela

2.1 SAÚDE COMO UMA CONDIÇÃO SOCIAL

O homem é um ser social e, portanto, sofre a determinação do meio no qual será inserido na construção das relações cotidianas, no desenvolvimento e manutenção dos seus hábitos culturais e na maneira como percebe o mundo a sua volta (BARBOSA, 2001). A influência da sociedade na vida do homem reflete também no modo como ele percebe, adquire e constrói a sua saúde, o que pressupõe a forte determinação social da saúde, que Bronzo e Fleury afirmam ser “apenas e tão somente um aspecto da determinação social dos indivíduos, da vida humana” (FLEURY-TEIXEIRA; BRONZO, 2010, p. 37).

O próprio conceito de saúde esteve/está relacionado às demandas sociais do homem. O termo evoluiu, desde um conceito considerado utópico, idealizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), onde a saúde é considerada um “completo bem-estar”, até um conceito ampliado, elaborado na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), que, seguindo a tendência mundial de mudanças no modo de pensar e agir em saúde, estabelece que a saúde resulta, dentre outros fatores, das condições de vida das populações, como acesso a bens e serviços, boa alimentação, cultura e lazer, conceito que demanda mudanças no modo como são estruturados os serviços de saúde (LUNARDI, 1999).

Deste modo, a saúde pode se definida dentre seus diversos conceitos contemporâneos, como uma “necessidade humana” que para ser alcançada deve estar associada a “um conjunto de condições, bens e serviços que permitem o desenvolvimento individual e coletivo de capacidades e potencialidades, conforme o nível de recursos sociais existentes e os padrões culturais de cada contexto específico” (LAURELL, 1997, pág. 86), entendimento que demonstra a determinação social da saúde a partir das condições de vida do homem, marcada pelas suas relações sociais e econômicas.

A saúde dos indivíduos, bem como a organização dos serviços de saúde, reflete a “conjuntura social, econômica, política e cultural” do momento histórico no qual os indivíduos estão inseridos (SCLIAR, 2007), pois o entendimento que a sociedade adquire sobre a saúde em determinada circunstância influencia

diretamente na maneira como é organizada e desenvolvida a assistência à saúde (LUNARDI, 1999).

A determinação social da saúde, definida como a influência que os fatores sociais – cultura, acesso a bens e serviços, hábitos de vida, dentre outros – exercem sobre o padrão de saúde da população, sendo estes fatores possíveis de transformação de acordo com a evolução da sociedade, e se mostra como um obstáculo real na construção da saúde, necessitando de estratégias capazes de implementar mudanças, buscando especialmente a superação das iniquidades sociais (BUSS; PELEGRINI, 2007).

É fundamental no campo da saúde pública discutir-se a determinação social da saúde na perspectiva das iniquidades sociais, pois estas acometem as camadas da população mais desfavorecidas socialmente, e são além de sistemáticas e evitáveis, injustas, desnecessárias e passíveis de transformação através da disseminação de informações e políticas capazes de produzir mudanças sociais significativas (BUSS; PELEGRINI, 2007; ALMEIDA-FILHO, 2010).

Para tanto, é preciso destacar que a melhora sobre a determinação social em saúde e a superação das iniquidades sociais em saúde exigem mudanças que devem acontecer não apenas na maneira como são oferecidos os serviços de saúde em nível local ou regional, estas mudanças devem acontecer tanto em nível macrossocial ou dos macrodeterminantes – as relações de classes, de culturas, a divisão do trabalho, relações entre nações – quanto a nível microssocial ou dos microdeterminantes – como o indivíduo se vê, se relaciona com a família e comunidade – levando em consideração os diversos povos e distintas culturas (BUSS; PELEGRINI, 2007; ALMEIDA-FILHO, 2010), refletindo a necessidade de uma mudança lenta e progressiva, mais duradoura.

Neste contexto, a produção de saúde, à luz do seu entendimento a partir de um conceito ampliado e com vistas para seus determinantes e condicionantes sociais, se apresenta como um desafio, tanto para a organização dos serviços de saúde, quanto para os demais setores que prestam assistência à sociedade, visto que, os obriga a incorporar em suas práticas cotidianas ações voltadas para a melhoria da qualidade de vida e, conseqüentemente, de saúde da população.

2.2 PROMOÇÃO DA SAÚDE E ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A assistência à saúde por muito tempo esteve conduzida pelo modelo médico hospitalar, onde se priorizava a assistência à doença, no entanto, a evolução da sociedade e as necessidades que se apresentavam acabaram por impulsionar mudanças importantes no modo de se perceber o processo saúde-doença (SILVA-JUNIOR; ALMEIDA, 2007), que, além da cura, começou a buscar o não adoecimento dos indivíduos, com uma assistência à saúde voltada para a prevenção e promoção da saúde.

A partir de então, os modelos de atenção à saúde foram pensados, tendo como eixo estruturante a promoção da saúde, que é definida como “uma estratégia de articulação transversal capaz de criar mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade e os riscos à saúde da população” (BRASIL, 2010, p. 45), se constitui em um dos principais pilares de sustentação da nova saúde pública (CARVALHO, 2004), e dá suporte à construção dos novos modelos de atenção à saúde.

Historicamente a promoção da saúde ganha destaque no ambiente acadêmico e político da saúde e se consolida como uma necessidade para os novos modelos de atenção na década de setenta. Neste período são traçados novos paradigmas para a implementação de novos modelos assistenciais da saúde em todo o mundo (SILVA-JUNIOR; ALMEIDA, 2007).

A construção do arcabouço teórico da promoção da saúde inicia-se com a divulgação do relatório Lalonde, no qual o autor demonstra que as questões ambientais e comportamentais são capazes de produzir mudanças no processo de saúde-doença (BRASIL, 2002), fato que impulsiona a execução de ações lideradas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para o aprofundamento da temática.

Em 1978 acontece a primeira conferência internacional sobre cuidados primários à saúde, em Alma-Ata, onde é destacada a importância da promoção e proteção da saúde para que seja possível o contínuo desenvolvimento econômico dos países, fato relevante para uma sociedade em que as nações buscam o crescimento financeiro, e a importância de todos os povos estarem envolvidos

individual e coletivamente no desenvolvimento e no planejamento das ações para a saúde, que devem estar voltadas para a atenção primária (BRASIL, 2002).

A cidade de Otawa, em 1986, sedia a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, onde, à luz da atenção primária à saúde trazida por Alma-Ata, foi construído e aprovado por vários países um importante documento conhecido como Carta de Otawa. Este documento “reafirma a importância da promoção da saúde e aponta, principalmente, a influência dos aspectos sociais sobre a saúde dos indivíduos e da população” (HEIDEMANN et al., 2010, p. 2), dando ênfase aos determinantes e condicionantes da saúde e à sua produção social.

A divulgação da Carta de Otawa é um momento ímpar para as mudanças que se anunciavam, pois, além de reafirmar a importância da promoção da saúde, são estabelecidas cinco áreas prioritárias que devem ser trabalhadas, a saber: “políticas públicas saudáveis com a criação de ambiente sustentável, o fortalecimento da participação comunitária, o desenvolvimento de habilidades individuais e a reorientação dos serviços de saúde” (SOUZA; GRUNDY, 2004, p. 3).

Além da Carta de Otawa, foram publicados outros importantes documentos que a sucederam sequencialmente, como resultado das diversas conferências voltadas para a promoção da saúde que aconteceram, a saber: Declaração de Adelaide, que reafirma os cinco eixos de promoção da saúde elencados na Carta de Otawa, no entanto, destaca a importância do desenvolvimento de políticas públicas saudáveis para que os outros eixos sejam desenvolvidos. A Declaração de Sunbvsall, onde se enfatizou que ambiente e saúde são indissociáveis e que todos são responsáveis pelo desenvolvimento dos ambientes saudáveis e, portanto, pela saúde (BRASIL, 2002).

Aconteceram ainda, a Conferência de Santafé de Bogotá, que destacou a importância da promoção da saúde nos países latino-americanos, demonstrando a necessidade de desenvolver estratégias de superação para as iniquidades sociais, por serem estes países palcos de históricas crises econômicas, tendo como proposta melhorias sociais e financeiras; a Conferência de Jacarta, na Indonésia, sendo inovadora por incluir o setor privado também como responsável pelas ações de promoção da saúde; e, por fim, a Rede de Megapaíses, que aconteceu em 1998, e convidou os países mais populosos do planeta a assumir responsabilidades e se

unirem para desenvolver políticas públicas voltadas para a promoção da saúde (BRASIL, 2002).

Os documentos produzidos a partir das diversas conferências voltadas para a promoção da saúde têm em comum a questão da necessidade de uma boa qualidade de vida, englobando condições de trabalho, educação, atividades culturais e as alianças interdisciplinares, intersetoriais e a corresponsabilidade dos diversos atores sociais como pressupostos para a construção do processo de obtenção/construção da saúde.

A promoção da saúde se caracteriza como um processo dinâmico, que envolve os diversos atores sociais, englobando indivíduo, família, setores produtivos e social como corresponsáveis pelo processo de aquisição de melhores condições de vida e saúde, o que demonstra o aspecto coletivo da ação e a necessidade de ampla mobilização para a sua efetivação (CARVALHO, 2004; FREITAS; MANDÚ, 2010).

No Brasil, a resposta às demandas sociais e exigências internacionais sobre a importância de um sistema que acompanhasse estes novos paradigmas e contemplasse a produção da saúde da população resulta na criação do SUS, que se constitui em um conjunto de serviços e ações de saúde, sob gestão dos três níveis de governo, responsável pela assistência a saúde da população (VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

Nesta perspectiva, a regulamentação do SUS e a incorporação dos princípios de promoção da saúde ao sistema recém-implantado deixam os gestores e trabalhadores do setor diante de um novo desafio: a implantação efetiva de um sistema de saúde que não mais está preso à previdência social e que tem como pressuposto a universalização da saúde, o que significa dizer que é necessário à superação dos limites dos modelos de saúde estabelecidos até então, pois o modelo vigente, que prioriza a assistência curativa e individual com ênfase no atendimento hospitalar, não consegue modificar a condição de saúde da população, por considerar como mais importante a doença em si em detrimento dos condicionantes sociais e epidemiológicos que interferem no processo saúde doença (CORTEZ; TOCANTINS, 2006).

Deste modo, a partir da década de 90, a promoção da saúde começa a fazer parte das políticas de saúde, e, embora o que foi estabelecido neste momento nunca tenha entrado em vigor, serviu de base para impulsionar outras iniciativas sobre o tema. Nos anos 2000 o MS lançou oficialmente portarias e leis que sustentavam a promoção da saúde. Cronologicamente foram criados o Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde (CGPNPS), em 2005, que, além de propor a organização da política, deveria instituir a “Agenda Nacional de Promoção da Saúde 2005-2007” e, em março de 2006, foi finalmente lançada oficialmente a Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2010b).

A Política Nacional de Promoção da Saúde objetiva, através da ênfase nas ações da atenção básica, “promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais” (BRASIL, 2010b, p. 17). Assim esta Política institui a necessidade de realizar mudanças nos dispositivos que são capazes de influenciar no processo de produção de saúde.

Nas suas diretrizes a PNPS traz o conceito de equidade para melhoria da qualidade de vida e saúde, visa ao desenvolvimento de ações articuladas entre os diversos setores, confirmar a importância do controle social nas ações em saúde, aconselhar mudanças no organograma das instituições para que sejam horizontais, visto que isto possibilita uma maior troca de informação, além de propor o incentivo à pesquisa e apoio à divulgação das ações já validadas como capazes de promover saúde (BRASIL, 2010a).

Cada esfera de governo possui responsabilidades e papéis específicos dentro da PNPS, sendo que cada uma dá suporte para o desenvolvimento das atividades da outra, fato que, se colocado em prática, pode superar a cultura da fragmentação administrativa, de modo que os interesses sejam comuns, evitando o desperdício dos recursos públicos (MARTINS, 2003).

Assim, a Política Nacional de Promoção da Saúde, implantada em 2006, é uma estratégia para o cumprimento dos preceitos do SUS, pois consolida a promoção da saúde como um mecanismo para a descentralização e reorientação do modelo assistencial (BRASIL, 2010a) e, para dar suporte a esta Política, a Estratégia de Saúde da Família, implantada oficialmente em 1994, se tornou em 2006 a política

prioritária para reorganização dos sistemas de saúde locais e para o desenvolvimento de ações voltadas para a promoção da saúde (LEMOS; BARBOSA, 2011).

A Estratégia de Saúde da Família tem como precursor o Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS), implantado em 1991, com o objetivo de reduzir a mortalidade infantil, dando ênfase à família. O grande êxito do PACS impulsionou a formulação do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, como política nacional de atenção básica (ESPÍNOLA; COSTA, 2006), que mais tarde perde o caráter de programa e status estratégia para a reordenação do modelo de atenção à saúde como eixo estruturante para a reorganização da prática assistencial (LEMOS; BARBOSA, 2011).

A ESF da Família faz parte do conjunto de serviços da atenção básica e se estrutura com vistas à descentralização da assistência, ficando assim mais perto dos usuários, sendo possível percebê-los nas suas particularidades, tendo ao seu favor a proximidade com a comunidade e a possibilidade real do desenvolvimento de ações para o desenvolvimento da integralidade da atenção, além de se caracterizar como “porta de entrada” preferencial do sistema de saúde (BRASIL, 2011).

Os princípios e diretrizes alicerçam o trabalho das equipes na Atenção Básica e assim a ESF são “a universalidade, a acessibilidade, o vínculo, a continuidade do cuidado, a integralidade da atenção, a responsabilização, a humanização, a equidade e a participação social” (BRASIL, 2011), princípios estes capazes de dar suporte para a efetividade da atenção através do trabalho desenvolvido e das parcerias acionadas.

De acordo com a Política Nacional da Atenção Básica, a ESF se caracteriza como,

Estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica por favorecer uma re-orientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2011, p.17).

Isto demonstra ser a ESF uma importante estratégia para consolidar o SUS, estando operacionalizada a partir da implantação das equipes multiprofissionais, compostas por médico, enfermeiro auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes

comunitários de saúde, podendo fazer parte ainda os profissionais de saúde bucal, que são o cirurgião dentista e o auxiliar e/ou técnico em saúde bucal. A equipe é responsável por um número delimitado de famílias (4000 pessoas por equipe), respeitando a necessidade da população assistida e a capacidade da equipe, sendo que quanto maior o grau de vulnerabilidade da população menor deve ser a população coberta por uma equipe (BRASIL, 2011).

A ESF é responsável também por populações com características especiais, onde são implantadas equipes de diferentes modalidades, as Equipes de Saúde da Família Fluviais e Equipes de Saúde da Família para Populações Ribeirinhas. A ESF deve contar ainda com o apoio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF –, criados para ampliar a abrangência e o leque de possibilidades das ações da atenção básica, o que reflete na melhoria da sua resolubilidade. Os núcleos são compostos por profissionais de diversas especialidades e atuam apoiando os profissionais das Equipes Saúde da Família e demais serviços da atenção básica dos municípios (BRASIL, 2011).

À missão da ESF não se apresenta como uma tarefa fácil, pois promover mudanças do modelo assistencial se faz necessário superar a fragmentação dos serviços e potencializar a atenção básica como porta de entrada do sistema e responsável pelas ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde (GIOVNELA et al., 2009), além de envolver a modificação do modo como é oferecida a assistência, como os profissionais estão preparados para lidar com esta nova maneira de assistir, como os usuários vão responder as mudanças e finalmente como os gestores vão organizar o processo.

2.3 INTERSETORIALIDADE EM SAÚDE

As políticas públicas no Brasil são historicamente marcadas pelo planejamento verticalizado, que atravessa setores e não são capazes de estruturar ações a partir de objetivos em comum, essa fragmentação acontece não apenas entre serviços e órgão distintos, mas também entre os seguimentos de um mesmo setor, dificultando a eficiência, eficácia e efetividade das ações (MARTINS, 2003).

A superação da fragmentação das políticas públicas pressupõe uma integração com o efetivo desenvolvimento da intersetorialidade, pois “apesar dos problemas sociais manifestarem-se setorialmente, sua solução está na dependência da ação de mais de uma política, são parte de um todo complexo e demandam uma maneira integrada para resolvê-los” (JUNQUEIRA, 1997, p.02).

No SUS a fragmentação das ações se configura como um desafio, que para ser superado requer a participação ativa dos gestores, peças-chaves para a formulação de ações voltadas para um planejamento integrado (BRASIL, 2010b). A integração das ações através do planejamento sistemático voltado para a saúde envolve diversos setores, pois a conquista da saúde envolve ações que proporcionem a qualidade de vida e esta não é alcançada com o desenvolvimento de políticas serializadas e fragmentadas.

Assim, a intersetorialidade que faz parte dos preceitos do SUS, entendida “como uma relação reconhecida entre uma ou várias partes do setor saúde com uma ou várias partes de outro setor” (TEIXEIRA; PAIN, 2002, p. 2), articulada para atuar em conjunto para o alcance de resultados significativos na saúde dos indivíduos é uma estratégia política capaz de subsidiar o desenvolvimento da atenção integral, proporcionando maior resolutividade aos serviços públicos (WIMMER; FIGUEIREDO, 2006).

A intersetorialidade deve fazer parte das políticas voltadas para a atenção à saúde, pois o conceito ampliado de saúde, a necessidade de superar os determinantes sociais em saúde e a promoção da saúde como o eixo estruturante dos novos modelos de atenção à saúde comungam sobre a importância de desenvolver ações capazes de responder positivamente sobre a qualidade de vida dos indivíduos, o que não é possível sem a integração dos diversos setores da sociedade.

3 METODOLOGIA

Todas as coisas que podem cair sobre o conhecimento dos homens se encadeiam e, desde que nos abstenhamos somente de aceitar por verdadeiro algo que não seja, e respeitemos sempre a ordem necessária para deduzi-las umas das outras, nenhuma pode haver tão afastadas as quais não possamos por fim chegar, nem tão ocultas que não a possamos descobrir.

Descartes

A procura por entender a realidade vivenciada no cotidiano torna a investigação inerente ao ser humano, no decorrer da história da humanidade a busca por novos conhecimentos esteve sempre presente. Do homo sapiens a sociedade pós-moderna o homem reproduz um ciclo “vicioso” de fazer perguntas e buscar respostas (MINAYO, 2010).

As respostas para os anseios do homem são encontradas a luz do conhecimento empírico, adquirido com as experiências vivenciadas na prática e da pesquisa científica que é a busca por respostas encontradas através de um conjunto de procedimentos e técnicas capazes de tornar as conclusões aceitáveis, o que não acontece com as respostas encontradas empiricamente (RUDIO, 2011; MINAYO, 2010). No entanto, ambas têm em comum o fato de não serem tidas como verdades absolutas, estando sempre a mercê de contestações.

A atividade de pesquisa é indispensável para a evolução da sociedade, tendo como meta a aquisição de novos conhecimentos através da observação e interação com a realidade, busca essencialmente à produção de conhecimento novo, relevante teórico e socialmente, que se mostre fidedigno, tornando possível o entendimento dos fenômenos observados (LUNA, 2002).

Assim, a metodologia é parte fundamental em um trabalho de pesquisa, pois, ela direciona os pensamentos no entendimento da realidade utilizando simultaneamente uma “teoria de abordagem (método), os instrumentos de operacionalização do conhecimento (às técnicas) e a criatividade do pesquisador” (MINAYO, 2010, p. 46). Portanto, a metodologia é na atividade de pesquisa um mecanismo que norteia o processo, sendo necessária uma análise prévia das escolhas, pois a correta integração do pesquisador com o objeto da pesquisa é ponto determinante para o sucesso do estudo.

3.1 TIPO DE ESTUDO

No delineamento da trajetória metodológica para alcançar os objetivos do estudo optamos por um estudo de caso, que se constitui em uma importante metodologia para o desenvolvimento de pesquisas sociais, pois permite ao

investigador uma maior proximidade com a realidade estudada e favorece uma visão integral sobre os acontecimentos (YIN, 2005).

O estudo é de caráter descritivo, pois “permite conhecer e observar fenômenos e posteriormente interpretá-los e classificá-los” (RUDIO, 2002, p. 71). O estudo descritivo possibilita após análise e aplicação de um conjunto de técnicas para a sua verificação, que o pesquisador descreva as circunstâncias nas quais os fenômenos aconteceram (MARCONI; LAKATOS, 2010).

Possui ainda uma abordagem de natureza qualitativa, pois de acordo com Minayo, é uma abordagem que permite o desenvolvimento de pesquisas científicas com uma realidade “não quantificável”, que perpassa pela interpretação, valores e atitudes do homem frente a situações vividas e compartilhadas no contexto social (MINAYO, 2010, p. 21).

Assim, acreditamos que o estudo de caso, de caráter descritivo com abordagem qualitativa nos permitiu construir subsídios que fomentarão as discussões sobre a **Dinâmica da Intersetorialidade na Estratégia de Saúde da Família**.

3.2 CAMPO DE ESTUDO

De acordo com Minayo (2010), concebemos o campo de pesquisa como o corte que o pesquisador faz em tempo e espaço, representando uma realidade empírica a ser estudada a partir de concepções teóricas que fundamentam o objeto da investigação.

O nosso campo de estudo é constituído por dois municípios de pequeno porte que fazem parte da 13ª Diretoria Regional de Saúde – Dires com sede no município de Jequié. São considerados municípios de pequeno aqueles que possuem população inferior a 20 mil habitantes, atualmente 80% do total de municípios que compõem a 13ª Dires são municípios de pequeno porte, ou seja, 20 dos 25 municípios. A escolha por estes municípios se justifica no fato de no Brasil existir, um total de 5.288 municípios de pequeno porte, perfazendo 73% dos municípios brasileiros, os quais nunca tiveram a elaboração de uma política

específica, um quantitativo que evidencia a necessidade do desenvolvimento de políticas públicas específica voltadas para este grupo (MEURER; VIEIRA, 2010).

A escolha dos municípios aconteceu de modo intencional, pois este estudo faz parte de um projeto maior, as Pesquisas Prioritárias no SUS (PP-SUS) desenvolvido pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia que tem como campo de estudo 10 municípios de pequeno porte pertencentes à 13ª Diretoria Regional de Saúde. Como critério de inclusão considerou: pertencer ao PP-SUS, proximidade geográfica com o município sede da microrregião e nível de cobertura populacional por unidades de saúde da família, sendo acima de 90% nos dois municípios. O estudo teve como cenário as Unidades de Saúde da Família dos municípios escolhidos, compondo um universo de 09 unidades, as quais para fazerem parte do estudo deveriam estar funcionando a no mínimo três anos, por entender que este seria o período capaz de possibilitar a efetivação do trabalho em equipe.

3.3 CARACTERÍSTICAS DOS MUNICÍPIOS ESTUDADOS

3.3.1 Município A (M-A)

Segundo dados do IBGE (2010), o município A (M-A) possui um total de 14.387 habitantes em uma área territorial de 2.231,625 km², constituindo um total de 3.874 famílias, sendo que deste total 7.359 pessoas residem em área urbana e 7.028 em zona rural, a densidade demográfica do município é de 6,38 hab/km², em função da extensão territorial que possui. Do total de moradores 51% são do gênero masculino (7.338) e 49% do sexo feminino (7.049). São 9.699 pessoas alfabetizadas e 5.113 frequentando escolas ou creches.

O município possui sete (07) estabelecimentos de saúde, sendo seis (06) públicos e um (01) privado, destes, cinco (05) são destinados a assistência primária e um (01) destinado ao atendimento hospitalar. O município possui cinco (05) unidades de saúde da família, duas localizadas em zona urbana e três na rural, sendo que duas funcionam no regime de equipe mista, e uma apenas com carga

horária de 20 horas para os profissionais de nível superior e técnicos de enfermagem, descumprida o estabelecido pela portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011.

3.3.2 Município B (M-B)

Os dados do IBGE (2010) trazem que o município B (M-B) possui um total de 13.051 habitantes em uma área territorial de 259.290 km², constituindo um total de 3.510 famílias, possuindo uma densidade demográfica de 50,36 hab/km². Do total de moradores 6.588 são do gênero masculino e 6.462 do gênero feminino. São 8.484 pessoas alfabetizadas e 4.087 frequentando escolas ou creches.

O M-B possui 12 estabelecimentos de saúde sendo 10 públicos e dois privados, destes 02 destinados à atenção hospitalar com urgência e emergência e internamento e 08 voltados para a atenção básica e apoio diagnóstico. São 04 unidades de saúde da família, todas localizadas na zona urbana do município, a população da zona rural conta com as unidades itinerantes sob a responsabilidade das unidades localizadas na sede. Tal situação demonstra a diminuição da acessibilidade dos usuários as unidades de saúde da família, pois as unidades itinerantes não funcionam em tempo integral e o atendimento acontece em dias específicos em cada localidade.

Os dados sociodemográficos das áreas de cobertura das Unidades de Saúde da Família dos municípios estudados, apresentados na Tabela 02 do artigo 01, permitem inferir que os dois municípios possuem características semelhantes, o índice GINI, o IDH e a taxa de pobreza, são equivalentes, demonstrando a necessidade do desenvolvimento de políticas públicas voltadas para a melhoria das condições de vida dos habitantes. A diferença no número de habitantes se irrisória, embora a densidade demográfica apresente acentuada diferença em função da extensão territorial do Município A.

Os dados apresentados pelo Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB nos dois municípios demonstram as privações estruturais e sociais pelas quais

passam as comunidades assistidas pelas Unidades de Saúde da Família pesquisadas.

A média de abastecimento de água pela rede pública nos domicílios é inferior a 50% sendo de 41,4% (M-A) e 39,23% (M-B), o acesso à coleta pública de lixo nos municípios também se apresentam distante do ideal, o município A com 45,1% e no município B com 46,32%, e o acesso à rede de esgoto também reflete a situação vivenciada pela maioria dos municípios de pequeno porte, o município A possui rede de esgoto em apenas 2,4% das casas, e no município B este índice é de 7,15%.

No entanto, é importante destacar que apesar das acentuadas necessidades as quais estão submetidas à população destes municípios, eles possuem uma estrutura administrativa com um quadro de secretarias capazes de interferir neste processo. Ambos possuem: Secretaria de educação, secretaria de infraestrutura, secretaria de saúde, secretaria de finanças, secretaria de agricultura e secretaria de assistência social, sendo que o município A conta ainda com a secretaria de esporte e lazer.

Além do corpo de secretarias comum a administração pública dos municípios, estes contam ainda com a presença de órgãos e dispositivos sociais localizados especificamente nas áreas de cobertura das unidades de saúde da família, e que também são importantes mecanismos de ação para a construção da intersetorialidade e conseqüentemente melhoria da na qualidade de vida das comunidades estudadas.

No município A existem cinco Equipes Saúde da Família implantadas, identificou-se nas áreas adstritas os seguintes possíveis setores possíveis de implementar ações intersetoriais: USF 01 = duas escolas, uma creche, três igrejas e uma associação de moradores; ESF 02 = uma escola e uma creche. AS ESF 03 e 04: localizadas na zona rural, e funcionam como unidade dupla, possuem 03 escolas, uma associação de moradores, e 04 igrejas; enquanto a ESF 05, também localizada na zona rural possui duas igrejas e uma escola.

No município (M-B), existem quatro ESF, todas localizadas na zona urbana, onde foram identificou-se na ESF 01; seis escolas, quatro igrejas, 03 creches, uma Organização Não Governamental (ONG), Centro de Referência e Assistência Social (CRAS). A segunda ESF possui 05 escolas e 03 igrejas, enquanto a ESF 03 possui

03 escolas e 02 creches e na ESF 04: o CRAS, Conselho Tutelar, 02 igrejas, 01 creche e 01 escola.

3.4 SUJEITOS DO ESTUDO

A escolha dos sujeitos do estudo representa um momento muito importante da pesquisa, para essa escolha, utilizamos a técnica de amostra intencional ou de seleção racional, que segundo Richardson (2009, p.161), “apresenta-se como representativo o universo”.

Gil (2002) complementa dizendo que a seleção dos sujeitos do estudo é tarefa de fundamental importância, visto que, a pesquisa tem por objetivo generalizar os resultados obtidos para a população das quais os sujeitos pesquisados constituem uma amostra.

Como sujeitos da pesquisa, optamos inicialmente por trabalhar com os profissionais de nível superior e os Agentes Comunitários de Saúde - ACS. Após análise do estudo piloto decidimos entrevistar apenas os enfermeiros por atuarem como gerentes das unidades de saúde da família pesquisadas e estarem à frente do desenvolvimento das ações voltadas para a Promoção da Saúde.

Foram entrevistados um total de 09 enfermeiros, dentre os quais 100% eram do gênero feminino, com idade entre 24 a 56 anos, e tempo de atuação profissional variando entre um ano e oito meses a 15 anos, 66,6% possui especialização voltada para a saúde pública, e 55,5% possui especialização voltada especificamente para a área hospitalar e 22,2% são especialistas nas duas áreas. O tempo de atuação médio em saúde da família é de sete anos, variando entre 01 ano a 13, sendo que nenhum possuía menos de um ano de atuação nas equipes selecionadas.

3.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados é a etapa da pesquisa que exige atenção especial, pois permite ao pesquisador se aproximar do objeto de estudo e levantar dados que

possam provar suas hipóteses, sendo importante ressaltar que a “soma do material coletado, aproveitável e adequado variará de acordo com a habilidade do investigador, de sua experiência e capacidade em descobrir indícios ou subsídios importantes para o seu trabalho” (MARCONE; LAKATOS, 2003, p.165).

Sendo também o mesmo autor quem melhor define esta fase da pesquisa quando diz, “é tarefa cansativa e toma, quase sempre, mais tempo do que se espera. Exigindo do pesquisador paciência, perseverança e esforço pessoal, além do cuidadoso registro dos dados e de um bom preparo anterior” (MARCONE; LAKATOS, 2003, p.165).

A coleta de dados aconteceu em outubro de 2011 no município A em janeiro de 2013 no município B. A coleta não fugiu a regra e se apresentou como etapa extremamente difícil na construção do trabalho, isso se deu pela dificuldade em realizar as entrevistas, mesmo com agendamento prévio, muitos profissionais se encontravam ocupadas e geralmente foi necessária a realização de mais de uma visita para realizar as entrevistas.

Por ser uma pesquisa qualitativa optamos por usar como instrumento de coleta de dados a entrevista semiestruturada, este instrumento faz da etapa um momento de muito valia, pois “leva o pesquisador ao desenvolvimento de suas percepções, é algo que se aprende essencialmente em campo e cada entrevista é única, pois envolve um sujeito diferente em cada situação” (CANZONIEIRI, 2011).

As entrevistas aconteceram da maneira reservada, em uma sala onde se encontravam no ambiente apenas o entrevistador e o entrevistado diminuindo a possibilidade de interferência externa. As entrevistas foram gravadas com o auxílio de um gravador digital, que posteriormente foram transcritas e analisadas.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Para a realização desta avaliação foi utilizada a estatística descritiva na análise dos dados encontrados no Sistema de Informação da Atenção Básica e para a análise léxica utilizou-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo - DSC

(LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005), que é uma proposta de organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal.

O Discurso do sujeito coletivo (DSC) é uma técnica de apresentação de resultados de pesquisas qualitativas, que trabalho com quatro figuras metodológicas, quais sejam: Ancoragem (A), Idéia Central (IC), Expressões-Chave (ECH), e Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Neste trabalho, utilizamos IC, ECH e o DSC (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

A técnica do Discurso do Sujeito Coletivo possui como matéria prima os depoimentos coletados em campo preferencialmente com a aplicação de uma entrevista semiestruturada. O resultado é apresentado em forma de um ou vários discursos síntese, escritos na primeira pessoa do singular, são capazes de expressar o pensamento de uma coletividade, como se esta coletividade fosse o emissor de um discurso. A técnica consiste em selecionar, de cada resposta individual, as Expressões-Chave, que são os trechos mais significativos das respostas. Das Expressões Chaves são identificadas as Ideias Centrais, que são a síntese do conteúdo discursivo manifestado nas Expressões Chaves. Com as Expressões Chaves e as Ideias Centrais constroem-se os discursos-síntese ou os Discursos do Sujeito Coletivo, onde o pensamento de um grupo ou coletividade aparece como se fosse um discurso individual.

Segundo Lefèvre e Lefèvre (2005), o que as pessoas pensam e emitem como respostas em diferentes formatos, orais ou escritos, reflete o compartilhamento de um imaginário social, comum, coletivo, existente num dado momento. Assim, é possível que um “mesmo indivíduo de um determinado grupo social formule respostas diferentes em momentos diferentes, mas ambas as respostas serão elaboradas a partir de um repertório comum grupal - ou de um mesmo imaginário grupal” (FALCÃO, 2003, p. 20).

Por isso, não se considera como mais importante à quantificação das respostas a partir das semelhanças mais a identificação das matrizes que sustentam o conjunto de respostas, ou as ideais centrais compartilhadas nas diversas respostas que serviram de base para a construção do Discurso do Sujeito Coletivo. “com partes de discursos individuais, como um quebra-cabeça, tantos discursos-síntese quantos se julgue necessário para expressar uma determinada ‘figura’ ou tema” que representa a coletividade (LEFÈVRE; LEFÈVRE; TEIXEIRA, 2000, p.19).

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Durante o desenvolvimento de trabalho foi respeitadas todas as prerrogativa éticas e legais. Estando em conformidade com Resolução nº. 196 do Conselho Nacional de Saúde, de 10 de outubro de 1996, que dispõe sobre a pesquisa científica envolvendo seres humanos.

Para a coleta de dados foi elaborado um Termo de Compromisso Livre e Esclarecido – TCLE, informando aos entrevistados sobre a possibilidade de desistir da participação da pesquisa em qualquer fase e do anonimato das informações fornecidas. O TCLE foi assinado em duas vias, no momento da entrevista.

A pesquisa faz parte de um projeto de pesquisa maior intitulado “Pesquisas Prioritárias no SUS (PP-SUS)”, conduzido pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB, e tem como objetivo o traçar o perfil de municípios de pequeno porte que compõem a 13ª DIRES. Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UESB (CEP/UESB), com protocolo de número 080/2009.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Precisamos resistir à tentação de nos tornarmos muito apegados a nossas hipóteses e buscar julgá-las objetivamente, modificando-as ou descartando-as sempre que evidência contrária for disponível. É necessária vigilância para impedir que nossas observações e interpretações sejam tendencionadas a favor da hipótese.

Os resultados dessa pesquisa estão apresentados no formato de dois artigos científicos elaborados considerando as instruções para os autores que constam no site das revistas selecionadas para a submissão.

Estes manuscritos visam atender o objetivo proposto por este estudo, uma vez que permite analisar a importância do desenvolvimento das ações intersetoriais para a promoção da saúde na Estratégia de Saúde da Família, identificar se ocorre o desenvolvimento de ações intersetoriais na Estratégia de Saúde da Família, como elas são organizadas e as dificuldades encontradas pela equipe na sua implementação.

Para responder aos objetivos específicos elaboram-se os artigos “*Ações Intersetoriais para a Promoção da Saúde em Municípios de Pequeno Porte*” e “*Organização e Desenvolvimento de Ações Intersetoriais na Estratégia de Saúde da Família.*”

4.1 MANUSCRITO – 01:

AÇÕES INTERSETORIAIS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE

Elaborado conforme as instruções para autores que constam no site da **Revista de Saúde Pública do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (Revista Physis)**. Acesso em (Fevereiro) 2013.

Ações Intersetoriais para a Promoção da Saúde em Municípios de Pequeno Porte

Intersectoral Action for Health Promotion in small municipalities

RESUMO: As novas perspectivas que norteiam o entendimento sobre saúde, a partir de seu conceito ampliado, englobam os múltiplos fatores para a sua conquista e trazem à tona a importância de se discutir a Determinação Social da Saúde – DSS, bem como a elaboração de políticas públicas que possibilitem a articulação intersetorial, proporcionando melhora na qualidade de vida e conseqüentemente de saúde dos indivíduos. O objetivo do trabalho é descrever a importância do desenvolvimento de Ações Intersetoriais para a Promoção da Saúde na Estratégia de Saúde da Família em municípios de pequeno porte. Trata-se de um estudo de caso de caráter descritivo e abordagem qualitativa. A coleta de dados foi realizada através de entrevista semiestruturada e os dados analisados com a aplicação da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. Os resultados demonstram que a intersetorialidade é imprescindível para a efetiva promoção da saúde na Estratégia de Saúde da Família, pois muitos problemas que acometem a saúde das comunidades assistidas têm como causa problemas que necessitam de outros setores para serem resolvidos. No entanto, destaca-se que as equipes de saúde da família não têm possibilidade de sozinhas promoverem a articulação entre os setores, sendo necessária a implementação de políticas públicas capazes de superar a fragmentação das ações e proporcionar a devida integração entre os vários setores e dispositivos sociais.

Descritores: Promoção da saúde; Ação intersetorial.

ABSTRACT: The new perspectives that guide our understanding of health, from its broader concept, include the multiple factors for their achievement, and bring to light the importance of discussing the Social Determination of Health - DSS and the development of public policies that enable intersectorial articulation, providing improved quality of life and consequently the health of individuals. The article aims to describe the importance of developing Intersectoral Action for Health Promotion in Family Health Strategy in small towns. This is a study case of a descriptive and qualitative approach. Data collection was performed by applying semi-structured interview. And the data analysis was performed using the technique of the Collective Subject Discourse. The results demonstrate that the intersectionality is essential for effective health promotion in the strategy of Family Health, as many problems that affect the health of the communities served are caused by problems that need to be solved with the help of other sectors. However, it is emphasized that the family health teams are not able to promote themselves articulation between sectors, necessitating the implementation of public policies capable of overcoming the fragmentation of activities and provide proper integration between the various sectors and social devices.

Descriptors: Health promotion, Intersectoral Action.

INTRODUÇÃO

O conceito ampliado de saúde proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1946, onde a saúde é definida não apenas como a “ausência de doenças”, mas como um “completo bem-estar” é marco histórico na organização dos serviços, pois até então as ações estavam voltadas para o indivíduo, norteadas por aspectos biológicos e centradas na doença (SCLIAR, 2007). Com a ampliação deste conceito, as ações tomam novos rumos, considerando, dentre outros, os aspectos sociais, psicológicos e coletivos do processo de construção da saúde (LUNARDI, 1999).

As novas perspectivas que direcionam o entendimento sobre saúde, além de englobar os múltiplos fatores para a sua conquista, trazem à tona a importância de se discutir a Determinação Social da Saúde - DSS, considerando que estes são “os fatores econômicos, culturais, étnico/raciais, sociais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (BUS; PELEGRINI, 2007, p. 78), pois a distribuição da doença nas sociedades não ocorre de maneira aleatória, sendo esta marcada, muitas vezes, pela posição que o indivíduo ocupa na sociedade (FLEURY-TEIXEIRA, 2009).

No Brasil, as discussões sobre as necessidades e demandas de saúde da população culminaram na criação do Sistema Único de Saúde - SUS, como uma política voltada para a atenção integral, e dentre as ações desenvolvidas para fazer acontecer esta proposta, foi implantado oficialmente, em 1994, o Programa de Saúde da Família - PSF. Em 2006, por não mais possuir características de Programa, este ganha status de estratégia e se consolida como política prioritária para reorganização dos sistemas de saúde locais, cabendo-lhe dentre outras funções a responsabilidade de desenvolver ações que visem à promoção da saúde das comunidades assistidas (LEMOS; BARBOSA, 2011).

Deste modo, consideramos o desafio, pois para desenvolver ações de promoção da saúde as equipes de saúde da família precisam estar preparadas para trabalhar frente a um complexo quadro de condicionantes e determinantes sociais, no qual é evidente a existência de múltiplos fatores que colocam em risco a proteção e promoção da saúde da população, onde se encontram presentes, em um mesmo cenário, fatores biológicos e sociais dos mais diversos (MOTA; AGUIAR, 2007).

Algumas importantes iniciativas foram tomadas para contribuir com missão da Estratégia de Saúde da Família - ESF, dentre elas, a implantação em 2006 da Política Nacional de Promoção da Saúde, com o objetivo de “promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidades e riscos a saúde relacionados a seus determinantes e condicionantes □ modos de vida condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços” (BRASIL, 2010, p. 17).

Assim, a Política Nacional de Promoção da Saúde e a ESF são políticas que se complementam e têm a missão traçar estratégias capazes de superar os condicionantes e determinantes sociais da saúde. No entanto, para isso é preciso lutar pela consolidação da articulação intersetorial, pois “a articulação entre sujeitos e setores sociais diversos e, portanto, de saberes, poderes e vontades diversos, para enfrentar problemas complexos” é capaz de estabelecer mudanças significativas e desenvolver novas formas de planejamento e ações para a saúde (FEUERWERKER; COSTA, 2000, p. 94).

O envolvimento entre o setor saúde e os outros setores se mostra como uma importante ferramenta para superar problemas, que, na maioria das vezes, não podem ser resolvidos pelo setor, e assim permite o desenvolvimento de ações mais efetivas por melhores condições de vida e maior sucesso nas ações (SILVA; RODRIGUES, 2010). Dessa forma, a intersetorialidade é um dos elementos centrais para a operacionalização da promoção da saúde na Estratégia de Saúde da Família.

O presente artigo objetiva descrever a importância do desenvolvimento de Ações Intersetoriais para a promoção da saúde na Estratégia de Saúde da Família em municípios de pequeno porte.

MÉTODO

O artigo faz parte de uma dissertação de mestrado, sendo a pesquisa fruto de um estudo maior, dentro da proposta das Pesquisas Prioritárias para o SUS (PPSUS), conduzida pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB, financiada pela.

O estudo foi realizado em dois municípios de pequeno porte de uma Diretoria Regional de Saúde do Estado da Bahia. São considerados municípios de pequeno porte aqueles que possuem população inferior a 20 mil habitantes (MEURER; VIEIRA, 2010). A escolha dos municípios ocorreu de modo intencional, sendo

escolhidos municípios com mais de 90% de cobertura populacional pela Estratégia de Saúde da Família, nos quais a equipe mínima atua em conjunto há mais de 01 (um) ano, e pela facilidade de acesso ao campo de pesquisa.

Trata-se de um estudo de caso, de caráter descritivo e abordagem predominantemente qualitativa, uma vez que buscamos compreender os significados a partir das vivências dos entrevistados (MINAYO, 2010).

Os dados foram obtidos por meio de uma entrevista semiestruturada realizada com ajuda de um gravador digital. Os sujeitos da pesquisa foram enfermeiros da ESF que atuam na mesma equipe há, no mínimo, um ano. A amostra corresponde a 100% dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família nos dois municípios pesquisados.

Inicialmente realizou-se um estudo piloto, com vários membros da equipe multidisciplinar, entre eles médicos, odontólogos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde. Após analisar os dados do estudo piloto, optou-se por entrevistar apenas enfermeiros, pois além de desenvolverem as atribuições específicas preconizadas pelo Ministério da Saúde são também gerentes das unidades e estão à frente do planejamento das ações de Promoção da Saúde.

Para análise dos dados, optou-se pelo Discurso do Sujeito Coletivo - DSC, por ser esta uma técnica de análise qualitativa de dados que permite uma abordagem coletiva dos fatos. Este método trabalha com quatro figuras metodológicas: as expressões-chaves, as ideias centrais, as ancoragens e o DSC (LEFÉVRE; LEFÉVRE, 2005).

Os dados obtidos resultam em um discurso individual do coletivo, ou seja, é a representação da coletividade na primeira pessoa do singular. Depois de transcritas as entrevistas, os dados obtidos foram analisados por meio do Soft Quantiqualisoft, disponibilizado pelo instituto do Discurso do Sujeito Coletivo.

Durante a construção do trabalho foram respeitados os aspectos éticos e legais que envolvem as pesquisas com seres humanos, de acordo com a Resolução 196 de 10/10/1996 do Conselho Nacional de Saúde – CNS –, que aprova as diretrizes e normas reguladoras da pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). A execução da pesquisa foi respaldada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, que emitiu parecer favorável (nº 080/2009).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nos dois municípios existem implantadas nove Unidades de Saúde da Família, nas quais, além da equipe mínima proposta pelo Ministério da Saúde, existe também a atuação das equipes odontológicas.

Foram entrevistados um total de 09 enfermeiros, sendo todos do gênero feminino, com idade entre 24 a 56 anos e tempo de atuação na equipe variando entre um ano e oito meses a 13 anos. Dos entrevistados, 66,6% têm especialização voltada para a saúde pública, 55,5% têm especialização voltada especificamente para a área hospitalar e 22,2% são especialistas nas duas áreas. O tempo de atuação médio na ESF é de sete anos, variando entre 01 ano e oito meses a 15 anos.

O material coletado permitiu a construção de 06 (seis) Discursos Coletivos que evidenciam a importância da intersetorialidade no desenvolvimento de ações voltadas para a promoção da saúde na ESF.

Tabela 01: % de contribuição dos entrevistados na construção dos sujeitos.

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC's)	Ideias Centrais	% sujeitos no discurso
Promoção da Saúde como melhoria das condições de saúde.	1. Tem como objetivo levar ao indivíduo melhores condições de vida 2. Estratégias para melhorar a qualidade de vida. 3. O setor saúde na buscar pela melhoria da qualidade de vida.	44.4%
Promoção da Saúde como transmissão de conhecimento.	1. Educar a população para conseguir melhor qualidade de saúde. 2. Esclarecer a população.	44,4%
Produzir saúde exige o desenvolvimento de ações amplas.	1. As ações em saúde devem ser amplas. 2. Saúde é o resultado de diversos fatores 3. Precisa do envolvimento de outros setores.	88,8%
A importância da Intersetorialidade para a Promoção da Saúde.	1. Integralidade da saúde. 2. Proporciona um trabalho mais resolutivo. 3. Prevenção da saúde.	77,7%
Problemas que necessitam da intervenção conjunta para serem resolvidos.	1. Crescimento no número de usuários de drogas, gravidez na adolescência, violência intrafamiliar. 2. Coleta de lixo inadequada, carência nutricional. 3. Fragmentação do indivíduo.	100%
Setores imprescindíveis para articulação intersetorial na ESF.	1. Educação e assistência social, porque são os setores que mais podem ajudar. 2. Se todos estivessem em prol de uma causa os resultados seriam melhores. 3. Uma parceria organizada com a educação.	100%

Fonte: dados da pesquisa

Os discursos revelam a realidade vivenciada pelos sujeitos da pesquisa e as dificuldades enfrentadas na luta pela superação de um modelo outrora dominante – hospitalocêntrico e curativista – e que ainda hoje se mantém em paralelo com as novas formas de produção de saúde.

O entendimento das enfermeiras acerca da Promoção da Saúde possibilitou a construção de dois DSC's, os quais permitiram expressar o conhecimento adquirido em sua vivência profissional e o conhecimento científico acumulado ao longo da vida acadêmica e profissional.

DSC 01 - Promoção da Saúde como melhoria das condições de saúde

A Promoção da Saúde são estratégias do setor saúde para buscar a melhoria da qualidade de vida da população, ações desenvolvidas pela unidade de saúde individualmente ou em parceria com outros setores da sociedade, que tem como objetivo levar ao indivíduo melhores condições de vida, é a busca por estratégias para melhorar a qualidade de vida em seus diversos seguimentos, pois, para que haja melhora nas condições de saúde é fundamental que os problemas sociais sejam melhorados.

O discurso revela um conceito de promoção da saúde construído em uma perspectiva de melhorias na qualidade de vida dos indivíduos. Qualidade de vida e saúde são termos que se entrelaçam nas diversas discussões sobre a temática. Este fato nos leva a buscar a sua importância em ordem cronológica, visto que a saúde é uma das dimensões a serem conquistadas para o alcance da qualidade de vida (ou seria o inverso?).

Na vivência cotidiana dos serviços de saúde, a busca por sanar os agravos à saúde da população imprime ao profissional envolvido no processo a ideia de que a qualidade de vida seria a solução para parte dos problemas de saúde, quando na verdade a conquista da saúde é que influencia na qualidade de vida, pois a saúde é um das dimensões da vida do homem (FLEURY- TEIXEIRA, 2009).

Neste contexto a qualidade de vida faz parte de um amplo conjunto de valores que se associam à Promoção da Saúde, fazendo parte deste escopo também, dentre outros, a produção de ambientes capazes de proporcionar o desenvolvimento da cidadania, da democracia e da equidade, levando-nos a inferir que qualidade de vida e a promoção da saúde se encontram em um mesmo patamar de significância. Entretanto, a saúde é “um meio ou uma condição para a realização da vida”, ou seja, a saúde “é tomada como um dos elementos da qualidade de vida e uma das

condições objetivas para o desenvolvimento humano”, colocando a saúde como necessidade para que se conquiste a qualidade de vida (FLEURY-TEIXEIRA, 2009, p. 385).

Deste modo, promoção da saúde e a qualidade de vida compõem conjunto de valores para a construção da vida do homem. No entanto, os profissionais de saúde, por estarem impregnados pela necessidade de construção da saúde [que é seu objetivo enquanto setor] e sofrerem as consequências da “não” qualidade de vida dos indivíduos, acabam por entender que promover saúde significa melhorar a qualidade de vida.

Verificou-se no DSC que a organização e o planejamento das ações de promoção da saúde aparecem como uma responsabilidade do setor saúde, o que se apresenta como uma visão equivocada do processo, pois, apesar do setor ser responsável pelas ações voltadas para o cuidado e a aquisição da saúde, esta se apresenta como uma das dimensões da vida do homem e, deste modo, deve ser o objetivo final dos diversos setores que prestam assistência à população (FLEURY-TEIXEIRA, 2009). Esta visão restrita pode ser atribuída ao percurso histórico de construção das políticas públicas que sempre aconteceram de modo fragmentado e individualizado, e que ainda hoje, apesar de tanto se falar sobre a importância de uma inter-relação, está ainda presa aos ditames documentais e não se reflete na prática (MARTINS, 2003).

Vale ressaltar que o maior compromisso do setor saúde deve ser o de “tornar cada vez mais visível que o processo saúde adoecimento é efeito de múltiplos aspectos, sendo pertinente [a intersectorialidade] a todos os setores e devendo esta, desta forma compor suas agendas” (BRASIL, 2010, p. 14). Além disso, por ser responsável pelas ações diretas sobre a saúde na busca pela coparticipação dos diversos órgãos nas questões de saúde é tarefa do setor “nas várias esferas de decisão convocar os outros setores a considerar a avaliação e os parâmetros sanitários quanto à melhoria da qualidade de vida da população quando forem construir suas política específicas” (BRASIL, 2010, p. 14), o que confere ao setor o compromisso de mostrar as necessidades e não de sozinho assumir as responsabilidades para a conquista da saúde.

DSC 02 - Promoção da Saúde como a transmissão de conhecimento

Promoção da saúde é transmitir conhecimento e verificar se esse conhecimento foi absorvido, é você tá levando alguma informação porque você só consegue melhorar a qualidade de saúde se tiver educação, saúde e educação têm que caminhar juntos. É trabalhar com a questão do esclarecimento, da educação em saúde. É você tentar mostrar a realidade para a comunidade, explicar a eles através da educação em saúde, é principalmente torná-los participantes do processo.

Deste discurso os questionados acerca da promoção da saúde permitiram a construção de um conceito na perspectiva da Educação em Saúde. Ele traz o entendimento de que promover saúde está associado à transmissão de conhecimentos, trabalhar com vista à disseminação de informações. No entanto, a promoção da saúde não pode ser definida nesta perspectiva apenas. Ao mesmo tempo em que não se pode negar a importância da educação em saúde como uma aliada no desenvolvimento das ações voltadas para a Promoção da Saúde, especialmente na ESF.

Segundo o Ministério da Saúde (MS), a educação em saúde é:

um processo sistemático, contínuo e permanente que objetiva a formação e o desenvolvimento da consciência crítica do cidadão, estimulando a busca de soluções coletivas para os problemas vivenciados e a sua "participação real" no exercício do controle social (BRASIL, 2007, p. 21).

Esta definição demonstra a capacidade deste processo em contribuir com a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS. Assim, na ESF a educação em saúde, além de contribuir com a busca cotidiana dos profissionais por ações voltadas para a prevenção e promoção da saúde, é capaz de torná-la mais efetiva enquanto estratégia política pensada para consolidar o SUS, através do desenvolvimento da atenção integral e resolutiva.

Na ESF as práticas de educação em saúde são uma atribuição comum a toda a equipe (BRASIL, 2011), o MS orienta que a USF deve ser um ambiente voltado para as ações educativas, onde devem ser realizadas ações individuais e coletivas. Estas ações vão desde simples orientações realizadas em cada consulta, onde o profissional aborda aspectos mais peculiares a cada situação/paciente, até ações coletivas disponibilizadas na sala de espera, com temas voltados para grupos específicos, como gestantes, hipertensos e diabéticos, e ainda devem ocorrer nos espaços extramuros comuns à comunidade como escolas, igrejas, associação de bairro, dentre outros.

As práticas de educação em saúde na ESF ainda acontecem de modo verticalizado, onde o didatismo, “ação que parte do profissional na condição de educador em direção ao usuário dos serviços de saúde na condição de educando”, ainda predomina nas ações desenvolvidas pelas equipes, o que compromete a troca de saberes e práticas imprescindíveis para a sua efetivação no processo (BRASIL, 2007).

A educação em saúde na atual conjuntura apresenta-se sob duas perspectivas importantes ao seu desenvolvimento: a educação permanente em saúde, que se caracteriza como um processo contínuo de aprimoramento e aperfeiçoamento para os profissionais de saúde, e a educação popular em saúde, ou seja, a agregação do conhecimento dos usuários para fortalecer as práticas cotidianas (BRASIL, 2007; GONÇALVES et al., 2008).

Assim, a prática educativa em saúde pode ser definida como o:

eixo principal a dimensão do desenvolvimento de capacidades individuais e coletivas visando à melhoria da qualidade de vida e saúde da comunidade assistida pelos serviços, tomando por princípio norteador a Política Nacional de Promoção da Saúde (GONÇALVES et al., 2008, p. 35).:

Deste modo, o conceito de promoção da saúde na perspectiva da educação em saúde apresenta-se de forma restrita, uma vez que promover saúde exige inúmeras ações, estando além da realização de atividades educativas apenas. A educação em saúde é na verdade uma das dimensões envolvidas/indispensáveis para a construção da promoção da saúde.

DSC 03 - Produzir saúde exige o desenvolvimento de ações amplas

Da mesma forma que o conceito de saúde é abrangente, amplas também devem ser as ações desenvolvidas, pois a saúde envolve um todo, tem que ter uma boa alimentação, tem que ter lazer, tem que ter direito à saúde, tem que ter direito à educação. A saúde em se é uma parte do conjunto, para que a pessoa viva com bem-estar satisfatório. Para promover saúde tem que ter um bom relacionamento com outros setores, pois a saúde não caminha sozinha, na verdade a saúde está interligada a outros serviços a escola, a assistência social, e para que o trabalho seja bem desenvolvido e tenha resultados positivos precisa de parcerias e trabalhar articulado e integrado com os demais setores, porque existem ações que para executar depende de outros setores do poder público, por exemplo, quando se precisa melhorar o saneamento básico para diminuir os casos de verminoses, outros setores precisam executar a obra para acabar com o problema. Na verdade a gente da Estratégia de Saúde da Família se limita se não considerar a saúde como um conjunto e trabalhar em parceria.

O discurso demonstra que a coletividade entende o quanto são amplas as questões que envolvem a produção da saúde. O sujeito percebe a produção de saúde como um processo complexo que envolve diversos fatores e setores, demonstrando ter ultrapassado a barreira biológica do cuidado e identifica a importância do setor saúde considerar os condicionantes e determinantes sociais no desenvolvimento de ações para a promoção da saúde.

A produção da saúde envolve os determinantes e condicionantes sob muitas perspectivas, desde problemas relacionados ao nível mais individual, passíveis de interferência direta, como comportamento de risco, acesso a bens e serviços, traços culturais, até fatores biológicos como idade, sexo, raça/cor, o que confirma a sua complexidade e a necessidade do desenvolvimento de ações abrangentes (BUSS, 2000).

O sujeito entende que o enfrentamento dos determinantes e condicionantes é fundamental para diminuir as limitações inerentes ao setor, corroborando com o Ministério da saúde, que enfatiza a necessidade de se trabalhar com as condições de vida do indivíduo na superação de agravos à saúde, onde devem ser consideradas as necessidades do homem, como o acesso a bens e serviços, nível de escolaridade, condições de moradia, alimentação, pois são questões que refletem diretamente na construção individual e coletiva da saúde (BRASIL, 2008).

O coletivo aponta ainda para o homem como resultado das múltiplas relações que estabelece, e percebe a necessidade de melhorias na qualidade de vida dos indivíduos e da comunidade, para que sejam contempladas as questões de saúde e evidencia as limitações da Estratégia de Saúde da Família quando atua de modo isolado. O sujeito, além de entender a amplitude que envolve a produção da saúde, identifica também a necessidade da articulação entre os diversos setores para a melhoria da qualidade de vida e, conseqüentemente, de saúde, ou seja, compreende as suas limitações enquanto serviço e a importância do envolvimento com outros dispositivos sociais (PAPOULA, 2006).

A tabela 02 permite a confirmação das falas dos entrevistados, que destacam a importância de serem desenvolvidas ações intersetoriais junto a estas comunidades. Os dados sociodemográficos presentes na realidade do estudo demonstram problemas que para serem resolvidos exigem que o setor saúde atue de modo conectado aos outros setores.

Tabela 02: Dados sociodemográficos das áreas de cobertura da ESF

Fatores analisados	Município 01 % nas áreas cobertas pela ESF	Município 02 % nas áreas cobertas pela ESF
15 anos ou + alfabetizados	71,66%	76,86%
Dependentes da bolsa família	41,45%	50,45%
Acesso à água tratada	41,42%	39,23%
Acesso à coleta pública de lixo	45,77%	46,32%
Acesso a esgotamento sanitário	2,35%	7,15%
Acesso à Energia Elétrica	53,44%	63,36%
Lixo com destino a céu aberto	76,52%	81,48%

Fonte: Dados do Sistema de Informação da Atenção Básica- SIAB/2012

Conforme observado na tabela 02, fica evidente a necessidade de articulação entre os diversos setores para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, pois a falta de acesso a bens e serviços demonstra a necessidade de ampliação das ações intersetoriais para dar respostas as necessidades de saúde da população.

DSC 04 - A Importância da Intersetorialidade para a Promoção da Saúde

É a chance para a conquista da integralidade, pois articula diferentes órgãos e setores tendo como objetivo comum à busca da melhoria da qualidade de vida da população. Cada indivíduo pode ser trabalhado como um todo, assim, a gente consegue compreender a realidade, detectar possíveis necessidades para promover ações futuras com ajuda de outros setores. É mais importante do que ficar aqui na unidade só atendendo, é poder prevenir o agravo. A saúde do indivíduo, para ser integral e efetiva, necessita de interferências de vários setores diferentes. O trabalho realizado na Estratégia de Saúde da Família e no setor saúde de um modo geral só pode ser satisfatório com o apoio de outros setores.

A importância do envolvimento dos diversos setores para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos é evidente na tabela 02, que apresenta as condições sociodemográficos das áreas assistidas pelas equipes de saúde da família estudadas. De acordo com os dados apresentados, o número de famílias que tem acesso deficiente a serviços básicos e exercem grande influência nas condições de saúde é significativo.

O acesso ao esgotamento sanitário, água tratada e coleta pública de lixo é inferior a 50% nos dois municípios, índice que repercute fortemente sobre os padrões de saúde dos indivíduos. Além disso, o analfabetismo, que compromete a coparticipação dos indivíduos pela dificuldade em difundir conhecimento, é elevado

e confirma a necessidade do envolvimento efetivo de setores como educação, infraestrutura e assistência social.

A análise do discurso revela que o coletivo entende a intersectorialidade como ação imprescindível para o alcance dos princípios e diretrizes da Estratégia de Saúde da Família, pois, enquanto mecanismo prioritário para a reorientação do modelo assistencial, que visa à integralidade da atenção a estratégia não dá conta de responder, com os recursos que dispõe a todas as necessidades para as práticas da Promoção da Saúde quando é considerada a complexidade do processo (GIOVANELLA et al., 2009).

A intersectorialidade e as ações extramuros são identificadas pelos sujeitos como capazes de produzir mudanças significativas no estado de saúde da comunidade, muitas vezes superando a efetividade dos atendimentos fragmentados e individualizados dos consultórios que não permitem uma ação ampla que resulte na Promoção da Saúde. Silva e Rodrigues, (2010, p. 5) dizem que a “comunicação entre os vários setores e segmentos são essenciais para vencer a fragmentação setorial e dar respostas mais efetivas aos complexos problemas de saúde existentes em nossa sociedade”.

O sujeito coletivo permite inferir que as ações desenvolvidas pelos serviços de saúde são dependentes dos outros setores para que se alcancem níveis satisfatórios de eficácia, sendo na ESF mais incisivas as necessidades de se trabalhar com os determinantes e condicionantes da saúde, assim o envolvimento dos múltiplos setores se apresenta como uma necessidade real, pois no nível mais primário os problemas de sociais e econômicos são mais perceptíveis.

DSC 05 - Problemas que necessitam da intervenção conjunta para serem resolvidos

Vários problemas, a água que não é tratada para o consumo, com isso a gente tem um aumento de índice de diarreia, a coleta de lixo é ruim. O lixo fica aí na rua uma semana e as crianças brincando no meio dos insetos, depois ficam doentes, com problemas de pele, problemas intestinais. Muitos não têm boa alimentação pela baixa renda, então sofrem com a desnutrição, a gente ainda tem pessoas que moram em casas com esgoto aberto e tem casos de verminose sempre. Calçamento, a gente tem um índice muito alto de infecções respiratórias por conta das ruas que não são calçadas. A dengue é um problema, todo ano é a mesma coisa, e a gente sabe que a infraestrutura devia trabalhar com isso. O crescimento no número de usuários de drogas, gravidez na adolescência, violência intrafamiliar, má aplicação da renda da bolsa família. Tudo isso precisa dos outros setores para ser resolvido.

Quando questionados sobre a ocorrência de problemas de saúde que para serem resolvidos exigem a interferência de outros setores, o coletivo identifica que os indivíduos residentes nas áreas adstritas as UFS apresentam problemas de saúde que têm suas causas e conseqüentemente o desenvolvimento das ações de prevenção que estão além da competência do setor saúde, evidenciando situações diretamente relacionadas com as iniquidades sociais.

As questões sanitárias também ganham destaque na construção do discurso, demonstrando a interdependência do setor saúde com as condições ambientais e sanitárias dos indivíduos, sendo esta capaz de produzir um gradiente sanitário/saúde, onde o acesso à rede de esgoto, coleta de lixo, água tratada dentre outros são diretamente proporcionais aos níveis de saúde, tanto individual quanto coletivo das comunidades (BRASIL, 2008).

A necessidade de avanço nas condições sanitárias para melhoria da saúde é um desafio, pois no Brasil serviços relacionados especialmente a políticas públicas básicas, como educação, saúde, assistência social, cultura e habitação, ainda enfrentam enormes entraves para o desenvolvimento, que ainda acontecem de modo setorializado e fragmentado (SILVA, 2008).

Nos discursos são ainda relatados problemas sociais que refletem no padrão de saúde dos indivíduos, são eles: o aumento do uso de drogas, a violência intrafamiliar e a gravidez na adolescência. Tais problemas vêm ganhando destaque no cenário atual como problemas de saúde pública, pois apresentam grande magnitude na sociedade e são capazes de produzir graves problemas para a saúde na população.

O Relatório Mundial de Drogas (UNODC, 2009), relata que o usuário de droga deve ser considerado um doente, e não um marginal, pois a sua dependência geralmente traz como causas problemas sociais e de estrutura familiar, confirmando lacunas assistenciais e sociais que precisam ser superadas através da formulação de políticas públicas eficientes.

A gravidez na adolescência citada no discurso também tem se mostrado um problema de saúde pública, especialmente em países em desenvolvimento, onde o acesso à informação e métodos contraceptivos ainda são incipientes e as barreiras culturais ainda mostram o ato sexual como tabu, contrastando com a liberdade sexual que é dada aos jovens, além disso, o aumento no número de casos ocorre cada vez mais em faixas etárias menores.

Em relação a este problema é necessário se pensar nos danos que o fenômeno traz para a família, para a adolescente e para a comunidade de modo geral. Estudos comprovam que existe a forte tendência à reprodução do fenômeno dentro das famílias, induzindo muitas vezes a manutenção das condições sociais, além dos danos psicológicos das adolescentes, que são ceifadas das alegrias da adolescência, tornando-se mães precocemente e assim com responsabilidades antes impensadas (CATHARINO; GIFFIN, 2002).

Além das drogas e da gravidez na adolescência os sujeitos apontam para a problemática da violência intrafamiliar, que se caracteriza como um fator relevante, pois, além de acarretar graves danos psicológicos, reflete também em danos físicos. A “violência é um sério problema social que causa agravo à saúde” e que apresenta muita dificuldade em ser identificado quando considerado as diversas concepções de violência intrafamiliar (NUNES; SARTI; OHARA, 2008, p. 908).

Os autores enfatizam ainda que a violência intrafamiliar precisa ocupar lugar de destaque nas discussões sobre saúde, dado sua alta capacidade de acarretar agravos à saúde, destacando que para o bom atendimento para pacientes vítimas de violência intrafamiliar se faz necessário o trabalho de uma equipe multiprofissional embasada em uma rede de apoio social e intersetorial. Assim, os problemas apresentados enfatizam a necessidade da intersetorialidade na ESF.

DSC 06 - Setores imprescindíveis para articulação intersetorial na Estratégia de Saúde da Família

Secretaria de educação, conselho tutelar, assistência social, infraestrutura, porque são os setores que mais podem ajudar nos problemas que aparecem. Muitos problemas que acontecem se tivesse o trabalho conjunto da Educação e assistência social com certeza deixariam de existir. Acho que é muito importante a gente tá participando também, tá mais interligado com a escola, com a infraestrutura, com o bem-estar. A gente da saúde precisa ter mais contato com o setor administrativo para planejar e desenvolver os trabalhos. O município é pobre. Se todos trabalharem em prol de uma causa, com uma parceria organizada, o resultado será melhor.

O discurso coletivo revela que os entrevistados reconhecem os principais parceiros passíveis de articulação para o desenvolvimento de Ações Intersetoriais na Estratégia de Saúde da Família. A secretaria de educação foi mencionada por todos os sujeitos, fato que revela a educação como parceira prioritária das equipes, seja pela necessidade percebida no dia-a-dia da comunidade, seja pela importância

do conhecimento no processo saúde adoecimento. A educação em saúde possui a capacidade de convocar os indivíduos para serem coparticipantes na aquisição da saúde (DEMARZO; AQUILANTE, 2008), além de ser uma das principais ferramentas para o desenvolvimento das práticas de promoção da saúde na Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2009).

Pensando na importância da articulação entre saúde/educação o Ministério da Saúde tem como proposta de trabalho o Programa Saúde na Escola (PSE), que visa a um trabalho integrado entre saúde e educação na tentativa de ampliar as ações que leva o conhecimento sobre saúde e qualidade de vida a alunos de rede pública, entendendo que o estímulo a coparticipação torna os indivíduos mais críticos e preparados para atuar ativamente da construção da sua saúde (BRASIL, 2008).

A Assistência Social e o Conselho Tutelar também são citados como importantes setores para o desenvolvimento de parcerias articuladas com a saúde, corroborando com o discurso cinco, onde são apontados diversos problemas de saúde relacionados diretamente com questões sociais, como o uso de drogas, a gravidez na adolescência e a violência intrafamiliar. Papoula (2006), revela em seu estudo que um dos setores mais acionados pelas equipes de saúde da família é conselho tutelar, confirmado o aumento de problemas de saúde relacionados à família e as questões sociais.

O envolvimento dos setores sociais na intencionalidade dos profissionais revela uma mudança significativa na maneira de identificar os problemas de saúde, pois, até pouco tempo, eram considerados problemas de saúde apenas questões ligadas ao saneamento básico e infraestrutura. Os setores sociais eram deixados à margem do processo, como se não influenciassem nas condições de saúde dos indivíduos e da coletividade.

A infraestrutura também se mostra como um setor com significativo potencial para o desenvolvimento de parcerias para enfrentamento dos problemas que afetam a saúde, e os sujeitos trazem na construção do discurso. Gonçalves e Ferreira (2002), afirmam que a melhoria da infraestrutura dos serviços e comunidades responde positivamente sobre os índices de saúde dos indivíduos. Junqueira, (1997), afirma ainda que as intervenções intersetoriais precisam se ocupar da infraestrutura das comunidades, pois esta também é capaz de modificar as relações entre os municípios e as condições de saúde em função de desigualdades por vezes existentes.

Os sujeitos identificam também os setores potencialmente possíveis de articulação intersetorial para o desenvolvimento de ações que contemplem a promoção da saúde na Estratégia de Saúde da Família. No entanto, outros dispositivos sociais que se apresentam indispensáveis para a efetivação da promoção da saúde não foram reconhecidos pelos sujeitos do estudo, dentre os quais temos as organizações não governamentais (ONG's), as igrejas e associações de bairro. Estes dispositivos sociais são necessários, pois possuem forte influência na de vida dos indivíduos, conforme estudo que afirma¹⁷ que a promoção da saúde depende inevitavelmente de todos os setores que fazem parte da vida dos indivíduos, sejam eles governamentais e não governamentais.

CONSIDERAÇÕES

Os sujeitos entrevistados reconhecem a importância do desenvolvimento das ações intersetoriais para a efetiva promoção da saúde junto às comunidades adscritas à Estratégia de Saúde da Família em municípios de pequeno porte. Percebem que a promoção da saúde é um processo complexo, e embora ainda exista uma confusão conceitual em torno do tema, relacionado, ora com melhorias da qualidade de vida, ora como a transmissão de conhecimento, é fundamental o seu desenvolvimento pela equipe.

Os sujeitos identificam os principais problemas de saúde que acometem a população e que precisam do envolvimento de outros setores para serem resolvidos. Os problemas citados por eles como prioritários no desenvolvimento de parcerias são: esgotamento sanitário deficiente/inexistente, coleta de lixo ruim, o não abastecimento de água tratada, ruas sem calçamento, além de problemas sociais, como a gravidez na adolescência, o uso de drogas e a violência intrafamiliar. Destacamos que todos os problemas citados possuem órgãos responsáveis, direta ou mesmo indiretamente, pela sua prevenção e resolução, o que evidencia a possibilidade de articulação intersetorial.

Os problemas de cunho social trazidos pelos sujeitos apresentam-se como um importante achado do estudo, pois tais problemas sempre estiveram longe das discussões sobre o processo saúde adoecimento. A inclusão destes fatores evidencia a possibilidade de mudança no direcionamento das ações de saúde,

voltadas muitas vezes apenas para os problemas físicos em detrimento aos agravos psicológicos, que se constituem em sérios problemas de saúde pública.

Os principais setores passíveis de articulação identificados pelos sujeitos foram a infraestrutura, o conselho tutelar, a educação e a assistência social. No entanto, os sujeitos não mencionaram parceiros importantes e que se fazem presentes nas comunidades, como as associações de bairro, as igrejas e as organizações não governamentais.

O desenvolvimento das ações intersetoriais é imprescindível para a efetivação da promoção da saúde na Estratégia de Saúde e os gerentes das unidades reconhecem esta importância. Entendemos assim que existe a necessidade de políticas públicas capazes de articular a intersectorialidade, o que não é tarefa difícil, pois os municípios possuem estrutura administrativa que permite a implementação de uma política municipal voltada para o atendimento integral.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde: documento base** - documento I/Fundação Nacional de Saúde - Brasília: Funasa, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa Saúde na Escola**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008I.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde na escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. **Portaria nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011**. Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde: **Comissão Nacional de Ética em Pesquisa**. Resolução nº 196/96 versão 2012. Brasília, DF, 2012.

BUSS, P. M.; Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, pp.163-177. 2000.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI-FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, pp. 77-93, 2007.

CATHARINO, T. R.; GIFFIN, K. **Gravidez e Adolescência** – investigação de um problema moderno. Trabalho apresentado no XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais, realizado em Ouro Preto, Minas Gerais, 2002.

DEMARZO, M. M. P.; AQUILANTE, A. G. Saúde Escolar e Escolas Promotoras de Saúde. In: **Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade**. Porto Alegre – RS, v. 3, pp. 49-76. 2008.

FEUERWERKER, L. M.; COSTA, H. Intersetorialidade na rede Unida. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 22, pp. 25-35. 2000.

FLEURY-TEIXEIRA, P. Uma introdução conceitual à determinação social da saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, pp. 380-387, set./dez. 2009.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2009, v.14, n. 3, pp. 783-794. ISSN 1413-8123.

GONÇALVES, H. S.; FERREIRA, A. L. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, pp. 315-319, jan./fev., 2002.

GONÇALVES, M. C. et al. **Educação permanente em saúde**: dispositivo para a qualificação da Estratégia Saúde da Família. Belém: UFPA, 2008.

JUNQUEIRA, L. A. P. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. **Saúde soc.** [online]. 1997, v.6, n.2, pp. 31-46. ISSN 0104-1290.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **Depoimentos e discursos**. Uma proposta de análise em pesquisa social. Brasília: Liber Livro Editora, 2005.

LEMOS, V. G. S.; BARBOZA, R. A Intersetorialização das ações na Unidade Saúde da Família km 43: a experiência de uma rede voltada à promoção da saúde no município de Cajamar. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 35, n. 2, pp.225-232. 2011.

LUNARDI, V. L. Problematizando conceitos de saúde, a partir do tema da governabilidade dos sujeitos. **Revista Gaúcha Enfermagem**. Porto Alegre, v. 20, n. 1, pp. 26-40, jan. 1999.

MARTINS, H. F. **Uma teoria da fragmentação de políticas públicas**: desenvolvimento e aplicação na análise de três casos de políticas de gestão pública. Tese (Doutorado em administração). Rio de Janeiro, 2003.

MEURER, F.; VIEIRA, G. F. Plano Diretor para Municípios de Pequeno Porte: a experiência do plano diretor regional participativo da AMAVI. In: PPLA 2010: SEMINÁRIO POLÍTICA E PLANEJAMENTO. **Anais**. Curitiba, 2010.

MINAYO, M. C. S.; **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 20. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro, 2010.

MOTTA, L. B.; AGUIAR, A. C. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n. 2, pp. 363-372. 2007.

NUNES, C. B.; SARTI C. A.; OHARA, C. V. S. Profissionais de saúde e violência intrafamiliar contra criança e adolescente. **Acta Paul Enferm**, v. 22 (Especial - 70 Anos), pp. 903-8. 2009.

PAPOULA, S. R. **O processo de trabalho intersetorial das Equipes de Saúde da Família no município de Petrópolis-RJ: fatores restritivos e Facilitadores**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Rio de Janeiro-RJ, 2006.

SCLIAR, MOACYR. História do Conceito de Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, pp. 29-41, 2007.

SILVA, G. T.; Políticas públicas e intersetorialidade: uma discussão sobre a democratização do Estado. **Cadernos metrópole 19**, pp. 81-97, 10 sem. 2008.

SILVA, K. L. RODRIGUES, A. T.; Ações intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidade. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 63, n. 5, pp.762-9, set./out., 2010.

UNODC - Nações Unidas: Escritório sobre Drogas e Crime. **O Relatório Mundial sobre Drogas 2009**. Disponível em: <http://www.antidrogas.com.br/ind_unodc.php>. Acesso em: Mar. 2013.

4.2 MANUSCRITO – 02

ORGANIZAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES INTERSETORIAIS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Elaborado conforme as instruções para autores que constam no site da **Revista de Enfermagem da Universidade Federal Pernambuco. (REUOL)** Acesso em Fev. 2013.

Organização e Desenvolvimento das Ações Intersectoriais na Estratégia de Saúde da Família

Organization Development and Intersectoral Shares in Family Health Strategy

Organización para el Desarrollo y acciones intersectoriales en la Estrategia Salud de la Familia

Fabio Ornellas Prado¹, Cezar Augusto Casotti², Sheylla Nayara Sales Vieira³

Resumo

O artigo tem como objetivo analisar como são organizadas e desenvolvidas as Ações Intersectoriais na ESF em municípios de pequeno porte. É um estudo de caso de abordagem qualitativa e caráter descritivo. Para a coleta de dados foi utilizada a entrevista semiestruturada com auxílio de gravador digital. Os dados foram analisados com a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo, através da aplicação do software QuantiQualisoft. Os resultados apontam para o desenvolvimento de ações de modo incipiente, que acontecem sem planejamento sistemático, desenvolvidas por trabalhadores que atuam na ponta do sistema e que os gestores não estão envolvidos no processo, as iniciativas para a articulação são esporádicas e só acontecem a partir do setor saúde. No entanto, apesar da desarticulação existente, os municípios pesquisados possuem estrutura administrativa com potencial para formação de uma sólida rede de atenção ancorada na intersectorialidade.

Descritores: promoção da saúde; ação intersectorial; saúde da família.

Abstract

The article aims to analyze how are organized and developed the Intersectoral Actions in the FHS in small towns. It is a case study of qualitative and descriptive nature. To collect the data we used semistructured interviews with aid of digital recorder. Data were analyzed with the technique of the Collective Subject Discourse, by applying the software QuantiQualisoft. The results point to the development of activities in some inchoate way that happen without systematic planning, developed by employees who work on the edge of the system and that managers are not involved in the process, initiatives for articulation are sporadic and occur only on the initiative of health sector. However, despite the disarticulation existing municipalities surveyed have administrative structure with the potential to form a solid network of care grounded in intersectionality.

Descriptors: health promotion, intersectoral action; family health.

¹ Odontólogo. Doutor em Estomatopatologia. Professor adjunto da Universidade estadual do sudoeste da Bahia. Professor do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB).

² Odontólogo. Doutor em Odontologia Preventiva e Social. Professor adjunto da Universidade estadual do sudoeste da Bahia. Professor do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB).

³ Enfermeira. Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Especialista Saúde Pública pela Pós-Grad. Colaboradora do Projeto de Pesquisa Prioritária do SUS-PPSUS. Jequié-BA, Brasil. E-mail: enfsheylla@gmail.com

Resumen

El artículo tiene como objetivo analizar la forma en que se organiza y desarrolla las acciones intersectoriales en el FHS en pueblos pequeños. Se trata de un caso de estudio de carácter cualitativo y descriptivo. Para recolectar los datos se utilizaron entrevistas semi-estructuradas con la ayuda de la grabadora digital. Los datos fueron analizados con la técnica del Discurso del Sujeto Colectivo, mediante la aplicación de la QuantiQualisoft software. Los resultados apuntan al desarrollo de acciones de manera incipiente que eso suceda sin una planificación sistemática, desarrollada por los empleados que trabajan en el borde del sistema y los administradores que no están involucrados en el proceso, el iniciativas de articulación son esporádicos y sólo se producen en la iniciativa del sector de la salud. Sin embargo, a pesar de los municipios de desguace existentes encuestados tienen una estructura administrativa con el potencial de formar una sólida red de atención basada en la interseccionalidad.

Descriptorios: promoción de la salud, la acción intersectorial, la salud de la familia.

Introdução

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), implantada oficialmente em 1994, ainda como Programa de Saúde da Família, constitui-se em uma importante ferramenta de descentralização e organização dos sistemas locais de saúde, capaz de operacionalizar os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de uma proposta inovadora de reestruturação do sistema de saúde, a partir da atenção básica, centrada na família e na comunidade, que engloba seus aspectos físicos e sociais¹.

A ESF está operacionalizada mediante uma equipe multiprofissional, composta minimamente por médico generalista ou especialista em saúde da família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Esta equipe é responsável pela cobertura máxima de 4.000 pessoas, e tem por objetivo proporcionar o acesso contínuo aos serviços de saúde, atuar como porta de entrada preferencial do sistema e incentivar a coparticipação na construção da saúde, por meio da formação de vínculo com a comunidade, de modo a permitir o

planejamento e execução de ações setoriais e intersetoriais que impactem sob os fatores condicionantes e determinantes da saúde das comunidades assistidas, tanto individual, quanto coletivamente².

Seguindo uma tendência mundial de reestruturação dos serviços de saúde, a partir das demandas impostas pela evolução da sociedade, que nas últimas décadas sofreu transformações econômicas, sociais e demográficas significativas, impulsionando o entendimento de saúde por meio de um conceito ampliado³, a ESF é uma política estruturada nesta perspectiva, pois, visa ao redirecionamento das ações em saúde e tem como foco ações de prevenção e promoção, onde se almeja intervenções que proporcionem modificações na qualidade de vida, e que reflitam conseqüentemente na saúde dos indivíduos¹.

Segundo a Comissão Nacional de Determinantes Sociais em Saúde (CNDSS), o enfrentamento dos problemas sociais que afetam a saúde exige medidas que alterem a qualidade de vida dos indivíduos, que devem ser desenvolvidas sob a perspectiva do empoderamento da população mais vulnerável, de modo a torná-la peça ativa no processo, por meio da participação social, produção e disseminação sistemática do conhecimento e articulação intersetorial, visto que, a resolução de muitos problemas identificados na comunidade encontra-se além das possibilidades do setor saúde⁴.

Nesta perspectiva, a ESF precisa planejar e desenvolver ações direcionadas para a promoção da saúde, que sejam capazes de proporcionar intervenções significativas no modo de vida da população, pois as condições econômicas, culturais e sociais, além das raciais e comportamentais, às quais os indivíduos estão submetidos, configuram-se como determinantes sociais em saúde e influenciam diretamente na maneira como estes indivíduos adquirem e produzem a saúde⁵.

Entretanto, não é possível negar as limitações do setor saúde, e mais especificamente da ESF, no desenvolvimento dessas ações que perpassam as dimensões técnicas e legais do setor. A necessidade de articulação intersetorial para o desenvolvimento de possíveis ações que modifiquem o modo de vida e saúde dos indivíduos é imprescindível. Deste modo, a intersetorialidade se mostra como uma importante alternativa, capaz de superar as limitações do setor e responder as necessidades em saúde da população, especialmente na atenção básica⁶.

A intersetorialidade em saúde, entendida como uma “nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas, que visa à superação da fragmentação e das estruturas sociais, objetiva produzir efeitos mais significativos na saúde da população”⁷. Ela é um dos pilares para a condução da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)⁴. Trata-se de uma alternativa capaz de aumentar a capacidade e efetividade das políticas públicas, visto que acena para um conjunto de “inovações no âmbito da gestão pública” que na atual conjuntura apresenta-se de forma desarticulada e fragmentada, comprometendo a qualidade das ações e seus resultados⁸.

Por ser a intersetorialidade uma importante ferramenta para a operacionalização da Promoção da Saúde na ESF, este artigo tem por objetivo analisar como são organizadas e desenvolvidas as Ações Intersetoriais na ESF em municípios de pequeno porte de uma Diretoria Regional de Saúde do Estado da Bahia.

Método

Esta pesquisa é fruto de uma dissertação de mestrado e faz parte de um estudo maior, dentro da proposta “Pesquisas Prioritárias para o SUS (PPSUS)”,

conduzida pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB).

Foi realizada em dois municípios de pequeno porte de uma Diretoria Regional de Saúde do estado da Bahia. Para definir municípios de pequeno porte adotou-se o critério proposto pelo Ministério das Cidades, onde são classificados como sendo de pequeno porte os municípios que possuem menos de 20.000 habitantes⁹.

A escolha dos municípios ocorreu de modo intencional, sendo selecionados aqueles que contavam com cobertura populacional pela ESF superior a 90%, nas quais a equipe mínima atua em conjunto por um período superior a um ano, por entender que este seria o período mínimo para a efetivação do trabalho em equipe.

Trata-se de um estudo de caso, de caráter descritivo, com abordagem qualitativa, uma vez que buscou compreender os significados a partir das vivências dos entrevistados¹⁰. Os dados foram obtidos por meio de uma entrevista semiestruturada, com ajuda de um gravador digital, sendo estas posteriormente transcritas na íntegra e utilizadas para a construção do Discurso do Sujeito Coletivo. Neste estudo elegeu-se como sujeitos os enfermeiros que atuam no mínimo há um ano na equipe.

Optou-se por entrevistar somente os enfermeiros que atuam na equipe multiprofissional, visto que estes possuem atribuições específicas designadas pelo Ministério da Saúde e também atuam como gerentes das unidades, sendo assim responsáveis pelo planejamento das ações de saúde, dentre as quais estão às ações voltadas para a promoção da saúde na ESF.

Para análise dos dados optou-se pelo Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), por ser este um método que permite a análise de pesquisas qualitativas, proporcionando a generalização dos resultados através de uma abordagem coletiva dos fatos. A técnica permite que o sujeito coletivo fale, pois o discurso apresentado na primeira pessoa do singular representa a fala da coletividade. Trabalha com quatro figuras metodológicas: as Expressões-Chaves, as Ideias Centrais, as ancoragens e o DSC¹¹.

Depois de transcritas as entrevistas, os dados obtidos foram lidos exaustivamente com o intuito de identificar as ideias centrais e posteriormente analisar, com a ajuda do soft Quantiqualisoft.

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, tendo recebido parecer favorável (nº 080/2009).

Resultado e discussão

Nos municípios analisados existem implantadas e em funcionamento nove Unidades de Saúde da Família, sendo 5 (cinco) no município M-A e quatro no M-B. Todas as enfermeiras que atuam como gerentes das unidades foram entrevistadas. A idade variou entre 24 a 56 anos, e verificou-se que elas atuam na ESF há mais de um ano, chegando até a 15 (quinze) anos, sendo a média de 07 (sete) anos.

Todas as enfermeiras possuem título de especialista, sendo 66,6% em saúde coletiva, 55,5% na área hospitalar e 22,2% possuem duas especializações, sendo elas em saúde coletiva e na área hospitalar.

As falas dos entrevistados permitiram a construção de discursos coletivos capazes de expressar a dinâmica da organização e desenvolvimento das ações intersetoriais na ESF nos municípios analisados.

Para compreender como as ações intersetoriais acontecem nestes municípios, elaborou-se um roteiro de entrevista, no qual se buscou conhecer o entendimento que as enfermeiras gerentes das Unidades de Saúde da Família têm acerca de promoção da saúde, intersectorialidade e as dificuldades encontradas pela equipe para executá-las.

As falas permitiram a construção de três DSC's, nos quais houve contribuição significativa de todos os entrevistados, permitindo assim um maior entendimento acerca do tema.

A tabela 01 apresenta os discursos, ideias centrais e percentuais de contribuição dos sujeitos da pesquisa na construção dos discursos do sujeito coletivo.

Tabela 01 - % de contribuição dos entrevistados na construção dos sujeitos.

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC's)	Ideias Centrais	% sujeitos no discurso
Conceitos sobre intersectorialidade.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fundamental para desenvolver ações de Promoção da saúde. 2. Significa romper com o isolamento do setor saúde. 3. Vários setores em prol de um mesmo objetivo. 	100%
Ações Intersectoriais desenvolvidas Estratégia Saúde da Família.	<ol style="list-style-type: none"> 1. As ações com outros setores não são frequentes. 2. Solicita e é solicitado de acordo com a necessidade. 3. Acontece mais aproximação com a educação. 	66,7%
Barreiras enfrentadas no desenvolvimento de Ações Intersectoriais.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Engessamento administrativo. 2. Inexistência de planejamento sistemático. 3. A fragmentação das políticas. 	67,7%

Passamos a analisar os discursos.

DSC 01 - Conceitos sobre intersectorialidade

A intersectorialidade é um dos elementos fundamentais para a Promoção da Saúde, um processo de articulação entre os diversos setores da sociedade, com o objetivo de proporcionar saúde à

comunidade. Significa romper com o isolamento do setor saúde e construir políticas públicas eficazes que atendam as necessidades da população com todas as áreas envolvidas, buscando soluções para os problemas, utilizando os vários setores e atores se comunicando em prol de um mesmo objetivo.

O conceito de intersectorialidade formulado pelo sujeito coletivo encontra sustentação nas teorias existentes, pois define o termo sobre a ótica da articulação/comunicação entre os diversos setores com o objetivo de construir território propício para o planejamento de ações. A interação entre os setores deve acontecer para proporcionar soluções aos problemas, fato que proporciona o rompimento do isolamento do setor e assim amplia as possibilidades de atuação sobre as questões da saúde.

A intersectorialidade traz inovação para a administração pública, pois propõe a superação de estruturas estanques e setorializadas, abrindo espaço para uma ação articulada entre setores através de políticas públicas somatórias, de modo que se unam forças e objetivos em comum na construção de estratégias capazes de apresentar ações com resultados efetivos para a sociedade¹².

O discurso retrata ainda a valorização das ações intersectoriais como um dos elementos fundamentais para o desenvolvimento da promoção da saúde na ESF, uma vez que permite a divisão de responsabilidades frente à complexidade e necessidades inerentes à saúde, visto que na atual conjuntura do processo de construção da saúde está comprometida com a dignidade humana e precisa reverter as iniquidades existentes e proporcionar melhoria na qualidade de vida. Nesta perspectiva não está restrita a setores isolados¹².

É importante elucidar que o discurso ainda nos remete a um conceito amplo de articulação intersectorial, compreendendo esta ação não como uma atividade isolada, sem planejamento, que deve ocorrer de acordo com a necessidade de cada

comunidade e equipe. Esta compreensão é positiva, pois para que exista a articulação intersetorial é necessário que ocorra uma movimentação consistente dos setores envolvidos e que sejam analisados os objetivos não apenas do setor saúde, para que os benefícios das ações sejam mútuos, e que visem ao indivíduo e a sociedade.

DSC 02 - Ações intersetoriais desenvolvidas na estratégia de saúde da família

As ações com outros setores não são frequentes não, acontecem de forma pontual, anualmente, na verdade só há uma preocupação em fazer quando acontece a cobrança da DIRES ou do Ministério, porque assim no dia-a-dia ninguém se preocupa em ajudar a gente, nem pergunta o que precisa para melhorar nada. Às vezes solicitamos serviços da infraestrutura (conserto de esgotos, por exemplo), visita de assistentes sociais a algumas famílias, mas nem sempre temos um retorno, não existe um cronograma de ações para serem seguidas, nenhum setor específico que realize esta conexão, a gente solicita e é solicitado de acordo com a necessidade. Acontece mais aproximação com a educação, hoje tem o Programa Saúde na Escola que é desenvolvido de forma mais organizada, mas na realidade é um programa pronto, não foi uma iniciativa nem da Saúde nem da Educação, é em nível de Ministério da Saúde. As poucas ações intersetoriais que acontecem só envolvem mais com a Educação mesmo.

O desenvolvimento e organização das ações intersetoriais na ESF apresenta-se como tarefa complexa, e o Discurso Coletivo retrata esta afirmação. Ele revela que nos municípios analisados não existe um planejamento para a realização das ações e que a saúde é o setor prioritariamente responsável pelo acionamento dos outros setores para o desenvolvimento das ações intersetoriais. Vale ressaltar que às vezes não há retorno dos outros setores nas questões solicitadas.

Estas ações acontecem numa tentativa de aproximação do setor saúde, com setores como a educação, serviço social e infraestrutura, evidenciando que estas áreas são críticas, e que, apesar da desarticulação, as poucas tentativas que

acontecem nem sempre resultam em ação, sendo que o setor saúde necessita do envolvimento dos demais setores para realizar intervenções conjuntas visando à resolução dos problemas complexos que se apresentam.

O DSC permite inferir que a organização de ações intersetoriais aconteça sem um planejamento prévio e não fazem parte de uma agenda ou planejamento municipal. Elas são executadas de forma esporádica e de acordo com a necessidade percebida nas vivências diárias, se opondo à definição de intersectorialidade trazida por Junqueira¹⁴ quando coloca que essa “constitui uma concepção que deve informar uma nova maneira de planejar, executar e controlar a prestação de serviços” de modo que a articulação possa fazer parte de um planejamento municipal sistemático.

A única ação que apresenta um planejamento é o desenvolvimento do Programa Saúde na Escola (PSE), lançado pelo Ministério da Saúde como uma proposta de interação permanente entre saúde e educação para enfrentar as “vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças, adolescentes e jovens brasileiros”¹⁴. O que se constitui em uma importante iniciativa, por ser a escola “um espaço privilegiado para práticas de promoção de saúde e de prevenção de agravos à saúde e de doenças”¹³, sendo importante destacar a necessidade de se realizar um planejamento flexível das ações, considerando as demandas locais.

O coletivo compreende que o trabalho em saúde é complexo e isso tem provocado a busca por parcerias em outros setores. No entanto, as parcerias estabelecidas ainda se apresentam incipientes, restritas às demandas percebidas no dia-a-dia da comunidade e executadas à medida que a articulação é possível,

sujeita ao julgamento dos profissionais que estão na ponta do sistema e tem pouco poder de articulação e resolutividade.

A intersetorialidade faz parte do arcabouço teórico legal das práticas de saúde, estando presente em importantes documentos que guiam as ações em saúde. Atualmente, no entanto, o que se percebe na prática é que a articulação intersetorial ainda não se constitui em uma prioridade nas agendas de trabalho dos governos nas três esferas de gestão, evidenciando que a intersetorialidade em saúde ainda se apresenta como um desafio a ser conquistado, pois se constitui em um trabalho penoso e solitário, sob a responsabilidade dos profissionais e não dos gestores como deveria ser¹⁵.

Apesar do reconhecimento dos gestores sobre a importância do desenvolvimento de ações intersetoriais⁷ esta articulação ainda não acontece em nível de gestão¹⁶, o que compromete a eficácia e continuidade no desenvolvimento das ações, pois acontecem “de modo pontual, esporádicas e desprovidas de um planejamento sistemático”¹⁵.

Assim, a intersetorialidade não se constitui em uma alternativa, mas em uma necessidade que deve ser desenvolvida para que sejam mais efetivas as políticas públicas, devendo esta fazer parte do planejamento das ações a serem executadas nas três esferas de governo, de modo que possa ser articulada com os demais setores e entidades sociais⁶.

DSC 03 - Barreiras enfrentadas no desenvolvimento de Ações Intersetoriais

As dificuldades são muitas, cada setor trabalha com suas necessidades. As secretarias ficam muito distantes no planejamento das ações, não existe um envolvimento, uma aproximação, acho que a comunicação mesmo é difícil a gente não tem esta cultura de trabalhar juntos. A gente não tem como se comunicar direito com

os outros setores, se a gente pedir ajuda ou falar que tem um problema de saúde que precisa deles, aí os outros setores não vão entender, vão achar que a gente que devia resolver. A política setorial por conta dos dirigentes dos setores, a falta de comunicação e conhecimento daqueles que não estão atuando diretamente com na saúde. A fragmentação das políticas e a falta de dialogo dentro do próprio setor e entre os órgãos do município. Não existe uma administração flexível, que abra as portas para os novos rumos que a política pública precisa se acostumar. Se tivesse como a gente se reunir e discutir de tempos em tempos, mas eu acho que falta é isso mesmo, acho que a principal dificuldade é a integração.

O DSC evidencia as dificuldades encontradas pela ESF para operacionalização as ações intersetoriais. Emergiram no discurso problemas já conhecidos no campo da gestão pública, como a fragmentação das ações, o ideário de coletivo que ainda não se desenvolveu e o planejamento que não acontece de modo integrado entre todas as secretarias dos municípios.

A fragmentação dos serviços públicos é um problema que acompanha a administração, pois historicamente os setores realizam o planejamento e executam as ações de forma isolada. Esta fragmentação é resultado de um “processo desordenado, inconsistente e incoerente de formulação/implementação de políticas públicas⁸”.

No Brasil, os serviços públicos se estruturam em funções administrativas e de execução de ações de modo isolado, em departamentos e organizações, sem desenvolver vínculos entre os setores, e às vezes mesmo intrasetorialmente não ocorre uma articulação de modo consistente⁸.

Segundo a comissão tripartite do ministério da saúde os serviços de saúde sofrem importantes limitações com a fragmentação dos serviços públicos. No SUS a fragmentação contribui para a construção de um cenário capaz de comprometer todo o sistema, a saber: lacunas assistenciais, financiamento inadequado, baixa conquista da integralidade, incoerência entre oferta de serviços e demandas,

precarização do trabalho e carência de profissionais, serviços municipais desarticulados e uma atenção primária voltada mais para a cura do que para a prevenção e promoção da saúde⁴. Estes problemas são notadamente capazes de limitar as ações e resultados produzidos pelos serviços de saúde perante a sociedade

Logo, a ausência de um planejamento das ações em saúde se caracteriza como um empecilho para a efetivação das ações em saúde, especialmente na Atenção Básica e na ESF. O DSC evidencia que o não planejamento se caracteriza como um fator impeditivo para o desenvolvimento das ações intersetoriais. O planejamento das ações em saúde, especialmente na Atenção Básica, ainda acontece de modo verticalizado, onde as ações são desenvolvidas nos moldes pensados pelo MS e com pouca interferência dos atores que se encontram na ponta do sistema.

Assim, para superar os entraves apresentados e avançar na qualidade das ações intersetoriais desenvolvidas faz-se necessário a integração entre os diversos atores, setores e saberes para a efetivação do processo, sendo importante a decisão política dos gestores do sistema de saúde, enquanto “protagonistas do processo instituidor e organizador do sistema de saúde”. Para superar tal fragmentação a nível assistencial as redes de atenção à saúde podem se apresentar como uma alternativa⁴.

No entanto, apesar das dificuldades existentes na organização e desenvolvimento das ações intersetoriais nos dois municípios estudados estes contam com uma gama de órgãos públicos e entidades sociais que propiciam a formação de uma sólida rede de atenção.

Os dois municípios possuem uma estrutura administrativa com um quadro de secretarias responsáveis diretas por áreas essenciais para o desenvolvimento de ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde, a exemplo das Secretarias de saúde, educação, infraestrutura, finanças, agricultura e assistência social, sendo que um dos municípios conta ainda com a secretaria de esporte e lazer.

Além das secretarias acima elencadas, os municípios contam com a presença de órgãos e entidades sociais localizados especificamente nas áreas de cobertura das USF, e que são dispositivos importantes para o desenvolvimento de ações intersetoriais.

No município A (M-A) existem cinco Equipes Saúde da Família implantadas, identificou-se nas áreas adstrita os seguintes possíveis setores para implementar ações intersetoriais: ESF1 = duas escolas, uma creche, três igrejas e uma associação de moradores; ESF 2 = uma escola e uma creche. AS ESF 03 e 04: localizadas na zona rural, e funcionam como unidade dupla, possuem 03 escolas, uma associação de moradores e 04 igrejas; enquanto a ESF 05, também localizada na zona rural, possui duas igrejas e uma escola.

No município B (M-B), existem quatro ESF todas localizadas na zona urbana, identificou-se na ESF 01; seis escolas, quatro igrejas, 03 creches, uma Organização Não Governamental (ONG), Centro de Referência e Assistência Social (CRAS). A segunda ESF possui 05 escolas e 03 igrejas, enquanto a ESF 03 possui 03 escolas e 02 creches e na ESF 04: o CRAS, Conselho tutelar, 02 igrejas, 01 creche e 01 escola.

Vale ressaltar que as ESF localizadas na periferia da cidade e na zona rural, onde os dados sociodemográficos evidenciam maior necessidade de articulação intersetorial, possuem uma menor quantidade de órgãos e entidades que possam atuar em parceria.

A existência destas secretarias e entidades sociais demonstra a potencialidade destes municípios na formação de redes intersetoriais voltadas para a atenção integral ao cidadão. No entanto, a distribuição irregular dentro do próprio município e a baixa atuação dos órgãos voltados para a assistência social, de cultura e lazer são motivos de preocupação. Assim é possível perceber que, apesar das poucas ações relatadas pelos entrevistados, da falta de planejamento, continuidade e envolvimento dos gestores e trabalhadores, existe a possibilidade real de articulação, tanto em nível de gestão quanto da comunidade.

Conclusão

A realização do estudo permitiu compreender que a organização e desenvolvimento das ações intersetoriais na Estratégia de Saúde da Família encontra diversos desafios para sua implementação e que são indispensáveis para a melhoria da saúde das comunidades. As ações ainda não se consolidaram na prática, pois são incipientes, realizadas sem um planejamento e restritas às necessidades percebidas pelos trabalhadores do sistema.

Nos discursos não foram identificadas evidências do envolvimento dos gestores neste processo, mesmo sendo a intersetorialidade prática sugerida na maioria dos documentos oficiais que orientam a gestão das políticas públicas em saúde.

Apesar do entendimento dos diversos fatores que influenciam no processo saúde doença e da importância da intersetorialidade para o desenvolvimento de ações voltadas para a promoção saúde, elas ainda não acontecem de modo que proporcione uma rede de atenção ao cidadão, considerando suas necessidades e

quando acontecem são realizadas após o agravo já instalado e assim, não permite o desenvolvimento da promoção da saúde.

Nos municípios avaliados a forma como as práticas intersetoriais acontecem na ESF divergem da proposta da intersectorialidade, pois o trabalho intersectorial exige uma por mudança na maneira de planejar e executar as políticas públicas com mudanças radicais no aparato governamental, onde o processo e planejamento e avaliação conta com o envolvimento de todos os atores sociais do processo, os trabalhadores, os gestores e usuários.

Referências

1. Martins JS, Garcia Júnior F, Passos ABB. Estratégia Saúde da Família: População Participativa, saúde ativa. Revista Enfermagem Integrada - Ipatinga- MG. 2008. Disponível em: http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v1/juljeta_martins_junior_garcia_e_ana_passos.pdf
2. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Brasília. 2011. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/117571-81.html>
3. _____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. 3ª. ed. - Brasília, 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf
4. _____. Ministério da saúde. Grupo Técnico da Comissão Intergestores Tripartite Diretrizes para Organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS. Brasília, 2010b. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2b_221210.pdf
5. Buss PM, Pellegrini-Filho A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17 (1): 77-93, 2007. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saudeedeterminantessociais_artigo.pdf
6. Papoula SR. O processo de trabalho intersectorial das Equipes de Saúde da Família no município de Petrópolis-RJ: fatores restritivos e Facilitadores. (Mestrado em Saúde Pública). Rio de Janeiro-RJ. 2006. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=490852&indexSearch=ID>

7. Santana PR et al. 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*, 3(2): p.76-87, Abr./jun. 2008. Disponível em: http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/12729/1/ARTIGO_AcoesIntersetoriaisEstrategia.pdf
8. Martins HF. Uma Teoria da Fragmentação de Políticas Públicas: Desenvolvimento e Aplicação na Análise de Três Casos de Políticas de Gestão Pública. (Doutorado em Administração Pública). Fundação Getúlio Vargas. São Paulo, 2003. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/3264>
9. Meurer F, Vieira GF. Plano Diretor para Municípios de Pequeno Porte: a experiência do plano diretor regional participativo da AMAVI. In: PPLA 2010: Seminário Política e Planejamento. Anais. Curitiba, 2010. Disponível em: http://www.amavi.org.br/sistemas/pagina/setores/planejamentoterritorial/arquivos/artigos_publicados/Artigo_Plano_Diretor_PPLA.pdf
10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 20ª ed. Petrópolis. Rio de Janeiro, 2010.
11. Lefèvre F, Lefèvre AMC. Depoimentos e discursos. Uma proposta de análise em pesquisa social. Líber Livro Editora. Brasília. 2005.
12. Silva GT. Políticas públicas e intersetorialidade: uma discussão sobre a democratização do Estado. *Cadernos metrópole* 19, pp. 81-97 10 sem. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7087.pdf>
13. Almeida AMR. A intersetorialidade e a estratégia saúde da família: desafios da relação entre o discurso e a Prática [Dissertação de Mestrado]. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. Belo Horizonte, 2008. 107p.
14. Junqueira PLA. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. 2000.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Instrutivo Programa Saúde na Escola. Brasília, 2011b. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_planeja.pdf
16. Silva KL, Rodrigues AT. Ações intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. *Rev. Bras. Enferm.* Brasília, set-out; 63(5). 2010. Disponível em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf
17. Paula KA, Palha PF, Protti ST. Intersetorialidade: uma vivência prática ou um desafio a ser conquistado? *Comunic., saúde, Educ.* 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832004000200011&script=sci_abstract&tlng=pt

5 CONSIDERAÇÕES

Se você tiver deixado sua imaginação agir verá que salivou, porque não temos como identificar a realidade da fantasia. Este exemplo simples pode nos convencer que é possível mudar sensações apenas usando a força do pensamento na imaginação.

Ivanildo Soares Silva

Este trabalho versou sobre a Dinâmica da Intersetorialidade na ESF, discutindo a importância do desenvolvimento de Ações Intersetoriais para a Promoção da Saúde na ESF e como são organizadas e desenvolvidas estas ações em municípios de pequeno porte de uma Diretoria Regional de Saúde do Estado da Bahia.

A intersetorialidade é imprescindível para a resolução dos problemas que afetam a saúde das famílias assistidas pelas equipes. Os problemas identificados são desde problemas relacionados a questões sanitárias, como coleta de lixo inadequado, falta de acesso à água tratada e ruas sem pavimentação, a questões sociais, como violência intrafamiliar, uso de drogas e gravidez na adolescência. Assim, uma parcela significativa dos problemas que se apresentam para as equipes de saúde da família não é passível de resolução com os recursos que estas dispõem e, portanto, existe a necessidade da articulação entre os setores.

As ações que envolvem outros setores acontecem, mas de modo incipiente, pontualmente, sem planejamento e por profissionais que se encontram na ponta do sistema. Não existe envolvimento dos gestores no processo e isso compromete a efetividade e continuidade das ações.

Os setores mais importantes neste processo de articulação são educação, infraestrutura e assistência social, pois através de uma coparticipação entre estes setores e a saúde é possível superar muitos problemas que acometem a população, que se relacionam com as iniquidades sociais, e que refletem no padrão de saúde da população.

O setor responsável pelo desencadear das ações é prioritariamente o setor saúde, que se articula a partir das necessidades de problemas já instalados, comprometendo a Promoção da Saúde, pois não se antecede aos problemas.

A falta de envolvimento dos gestores e usuários, o não entendimento dos demais setores (públicos, privados e não governamentais) sobre sua responsabilidade com a saúde e a política municipal desarticulada dificultam o desenvolvimento das parcerias e compromete a efetividade da promoção da saúde.

Diante dos resultados encontrados torna-se necessário repensar o modo como é realizada a assistência à saúde na ESF e como esta política esta sendo conduzida. Por se tratar de um mecanismo voltado para a promoção da saúde, a

sua atuação não pode acontecer de modo isolado, pois a saúde envolve uma gama de fatores que se relacionam, e para ser alcançada necessitada da atuação de múltiplos setores. Assim, sugerimos:

- O desenvolvimento de uma proposta de política intersetorial que atinja as três esferas de governo e que envolva os diversos setores no planejamento das ações.
- Mudanças na formação dos profissionais, com cursos de atualização, incluindo neste, os gestores, para que a corresponsabilidade pelos problemas que acometem a comunidade seja percebida por estes.
- A elaboração de planos municipais de gestão que enfatizem e articulem a intersetorialidade entre os diversos órgãos.
- Incentivar a coparticipação das comunidades para o desenvolvimento de ações voltadas para a melhoria da qualidade de vida e saúde, possibilitando o empoderamento dos indivíduos para que se tornem corresponsáveis pelo processo.
- Fortalecer o envolvimento dos gestores locais, dos trabalhadores e usuários na elaboração e execução de ações voltadas para a promoção da saúde.
- Articular o envolvimento dos diversos dispositivos sociais (igrejas, associação de bairro e moradores, organizações não governamentais etc.), por considerar a importância destes no desenvolvimento de ações voltadas para a melhoria da vida dos indivíduos.

Assim, concluímos que o desenvolvimento da intersetorialidade na ESF é um processo complexo, que não envolve apenas mudanças no modo de organizar as ações pela equipe, a elaboração e execução destas ações exigem uma política maior, com envolvimento dos gestores, tanto nas três esferas de governo, quanto os gestores locais dos diversos setores e da sociedade civil na busca por melhores condições de vida da população.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA-FILHO, N. **A problemática teórica da determinação social da saúde. In: Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária.** Roberto Passos Nogueira (Organizador) – Rio de Janeiro: Cebes, 2010. ISBN 978-85-88422-13-1.

AZEVEDO, Elaine de; PELICIONI, Maria Cecília Focesi; WESTPHAL, Marcia Faria. Práticas intersetoriais nas políticas públicas de promoção de saúde. **Physis** [online]. 2012, v. 22, n. 4, p. 1333-1356. ISSN 0103-7331.

BARBOSA, S. P. **Crítica à especulação e determinação social do pensamento na obra Marxiana de 1843 a 1848.** Monografia. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil.** Brasília, 2008a.

_____. Ministério da Saúde. **Grupo Técnico da Comissão Intergestores Tripartite Diretrizes para Organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS.** Brasília, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Brasília. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Número de Equipes de Saúde da Família aumentam em 19 estados em 2012.** Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/noticias/arquivos/2012/07/19/cresce-o-numero-de-equipes-que-atuam-na-atencao-basica-de-saude>. Acesso em: 02 mar. 2012.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI-FILHO, Alberto. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CANZONIERI, A. M. **Metodologia da Pesquisa Qualitativa em Saúde.** Petrópolis. Rio de Janeiro: Vozes, 2011.

CARVALHO, S. R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 669-678, 2004.

CORTEZ, E. A.; TOCANTINS, F. R. Em busca de uma visão antropológica no Programa de Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.** 2006.

ESPÍNOLA, F. D. S.; COSTA, I. C. C. Agentes comunitários de saúde do PACS e PSF: uma análise de sua vivência profissional. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v. 18, n. 1, p.43-51, jan./abr., 2006.

FALCAO, E. B. M. SIQUEIRA, A. H. Pensar cientificamente: representação de uma cultura. **Interface** (Botucatu) [online], 2003, v.7, n.13, p. 91-108. ISSN 1414-3283.

FREITAS, M. L. A.; MANDÚ. E. N. T. Promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: análise de políticas de saúde brasileiras. **Acta Paul Enferm**, v. 23, n. 2, p. 200-5. 2010.

FLEURY-TEIXEIRA, P.; BRONZO, C. Determinação social da saúde e política. In: **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**. NOGUEIRA, Roberto Passos (Org.). Rio de Janeiro: Cebes, 2010. ISBN 978-85-88422-13-1.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2009, v.14, n.3, pp. 783-794. ISSN 1413-8123.

GROSSI, P. K.; GUILAMELON, L. F.; Intersetorialidade na política de saúde do idoso. **Textos & Contextos**, n. 6, ano V, dez. 2006.

HEIDMANN, I. T. S.; BUSS et al. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto contexto - enferm**. [online]. 2006, v. 15, n. 2, pp. 352-358. ISSN 0104-0707.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/>. Acesso em: 15 fev. 2012.

JUNQUEIRA, L. A. P. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. **Saúde soc.**[online]. 1997, v.6, n.2, pp. 31-46. ISSN 0104-1290.

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

LAURELL, A. C. Impacto das políticas sociais e econômicas nos perfis epidemiológicos. In: BARRADAS, R. et al. (Orgs.) **Equidade e Saúde**: contribuições da epidemiologia. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco, 1997.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **Depoimentos e discursos**. Uma proposta de análise em pesquisa social. Líber Livro Editora. Brasília. 2005.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C.; TEIXEIRA, J. J. V. (orgs). **O discurso do sujeito coletivo**. Uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS, 2000.

LUNARDI, V. L. Problematizando conceitos de saúde, a partir do tema da governabilidade dos sujeitos. **Revista Gaúcha Enfermagem**. Porto Alegre, v.20, n.1, p.26-40, jan. 1999.

SENA, L. A.; CAVALCANTI, R. P.; PEREIRA, I. L. et.al. Intersetorialidade e ESF: Limites e Possibilidades no Território de uma unidade Integrada de Saúde da Família. **Rev. Bras. Cien. Saúde**, v. 16, n. 3, p.337-342, 2012

LEMOS, V. G. S.; BARBOZA, R. A Intersetorialização das ações na Unidade Saúde da Família km 43: a experiência de uma rede voltada à promoção da saúde no município de Cajamar. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 35, n.2, p.225-232, 2011.

LUNA, S. V. de. **Planejamento de Pesquisa**: Uma introdução. São Paulo: Educ, 2002.

MARTINS, H. F. **Uma Teoria da Fragmentação de Políticas Públicas**: Desenvolvimento e Aplicação na Análise de Três Casos de Políticas de Gestão Pública. Tese (Doutorado em Administração Pública). Fundação Getúlio Vargas. São Paulo, 2003.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 2010.

MEURER, F.; VIEIRA, G. F. Plano Diretor para Municípios de Pequeno Porte: a experiência do plano diretor regional participativo da AMAVI. In: PPLA 2010: Seminário Política e Planejamento. **Anais...** Curitiba, 2010.

MARCONI, Marina de Andrade, LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MARCONI, Marina de Andrade. LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 7. ed. rev. São Paulo: Atlas, 2010.

PAPOULA, S. R. **O processo de trabalho intersetorial das Equipes de Saúde da Família no município de Petrópolis-RJ**: fatores restritivos e Facilitadores. Dissertação (Mestrado em saúde pública). Rio de Janeiro-RJ. 2006.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social**: Métodos e Técnicas. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

RUDIO, F. V. **Introdução ao Projeto de Pesquisa Científica**. 38. ed. Petrópolis. Rio de Janeiro: Vozes, 2011.

SCLIAR, Moacyr. História do Conceito de Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.29-41, 2007.

SILVA-JÚNIOR, A. G.; ALMEIDA, C. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: **Modelos de Atenção e Saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

SOUZA, E. M.; GRUNDY, E. Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1354-1360, set./out. 2004.

TRAD, L. A. B.; ESPERIDIAO, M. A. Gestão participativa e corresponsabilidade em saúde: limites e possibilidades no âmbito da Estratégia de Saúde da Família. **Interface** (Botucatu) [online]. 2009, v.13, suppl.1, p. 557-570. ISSN 1414-3283.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. Planejamento e Programação de Ações Intersetoriais para a Promoção da Saúde e da Qualidade de Vida. In: **Promoção e Vigilância da Saúde**. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, 2002. p. 59-78.

WIMMER, G. F.; FIGUEIREDO, G. O. Ação coletiva para qualidade de vida: autonomia, transdisciplinaridade e intersetorialidade. **Ciêns Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p.145-54. 2006.

VASCONCELOS, Cipriano Maia de; PACHE, Dário Frederico. O Sistema Único de Saúde. In CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et. al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec / Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

YIN, R. K. **Estudo de Caso**: planejamento e método. Porto Alegre: Bookman, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A: Roteiro entrevista semiestruturada



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
 Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde



ROTEIRO ENTREVISTA PARA TRABALHADORES DA ATENÇÃO BÁSICA DE NÍVEL SUPERIOR

Nº22

Data ___/___/___

I – PERFIL (formulário)

- 01 – Município ()
- 02 – Idade ()
- 03 – Gênero: Masculino () Feminino()
- 04 - Reside no município? Sim () Não ().
- 05 – Em caso afirmativo, há quanto tempo? _____
- 06 - Formação graduação:
- 07 – Pós-graduado: Sim () Não ().
- 08 - Formação pós-graduação:
- 09 - Tempo de exercício profissional:
- 10 - Está há quanto tempo nessa equipe?
- 11 - Tipo de vínculo: contratado () concursado () cedido ()
- 12 - Tem feito atualizações/aperfeiçoamento? Sim () Não ()
- 13 - Qual?
- 14 – Onde?
- 15 - Por iniciativa sua () ou do gestor municipal ()
- 16 - Sente necessidade de atualização/capacitação? Sim () Não ()
- 17 - Em caso afirmativo, qual a área?

II – CONHECIMENTO ACERCA DO SUS

- 18 - Qual o seu entendimento sobre o SUS?
 Bem, é nosso Sistema Único de Saúde né, em que a população necessita do SUS para poder é, ter a sua saúde de forma complementar de forma igualitária a gente precisa sempre esta aperfeiçoando este SUS para que a gente atenda toda a população de forma igual com equidade, oferecendo para quem não tem muitos benefícios muito acesso prover mais pra aqueles que tem esta dificuldade, então de forma igual de equidade né.

III – ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO

- 19 - Você dispõe de todos os equipamentos necessários às suas atividades? Sim () Não ()
- 20 - Em caso negativo, o que falta?
- 21 - Os materiais de consumo são disponibilizados em quantidade e qualidades satisfatórias?
 Sim () Não ()
- 22 - Em caso negativo, o que falta?
- 23 - Como são organizados os prontuários da família?
- 24 - Quanto à estrutura física do seu local de trabalho você considera adequado?
 Sim() Não ()
- 25 - Se não, quais as deficiências encontradas?

IV – PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO

- 26 – Vocês buscam identificar as necessidades de saúde da população da área da ESF?
Sim () Não ()
- 27 - Em caso afirmativo, como isto é realizado?
- 28 - Sua equipe realiza Planejamento em Saúde voltado a realidade local? Sim () Não ()
- 29 - Em caso afirmativo, com que frequência?
- 30 - Você participa desse planejamento junto com sua equipe? Sim () Não () às vezes ()
- 31 - São utilizados os indicadores de saúde como instrumento no planejamento?
Sim () Não ()
- 32 - Você participa da elaboração do plano municipal de saúde? Sim () Não ()
- 33 - Em caso afirmativo, de que forma?
- 34 - Existem no município momentos de avaliação das ações da atenção básica?
Sim () Não ()
- 35 - Você participa desses momentos? Sim () Não ()
- 36 - Em caso negativo, por quê?
- 37 - Em caso positivo, como acontece?
- 38 - A equipe monitora as solicitações e encaminhamentos feitos para os serviços especializados? Sim () Não ()
- 39– Você recebe o retorno dos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica e da Vigilância Epidemiológica? (SIM, SINASC, SINAN, SIAB, HIPERDIA)
Sim () Não ()
- 40 - Como é organizada a oferta de serviços da Unidade?
- 41–Essa oferta dos serviços dá conta de atender a demanda? Sim () Não ()
- 42 - Você considera resolutiva as ações da atenção básica? Sim () Não ()
- 43 - Por quê?
- 44 - A gestão envolve a comunidade no planejamento e acompanhamento das ações de saúde?
Sim() Não ()
- 45 - Em caso afirmativo de que forma?

V – PROCESSO DE TRABALHO

- 46 - Com que frequência você participa de reuniões de equipe?
- 47 - Quais ações preventivas são realizadas?
- 48 - De que forma elas são escolhidas e realizadas?
- 49 - Ao chegar na unidade para qualquer atendimento, o usuário procura quem?
- 50 - O usuário que não está agendado é recebido na unidade por quem? Qual a conduta neste caso?
- 51 - Qual a forma utilizada para priorizar o atendimento diário?
- 52 - São garantidos atendimento às pequenas urgências? Sim () Não ()
- 53 - Quantos usuários em média você atende diariamente?
- 54 - Quais atividades você desenvolve no seu trabalho?
- 55 - Tem sido desenvolvidas ações intersetoriais? Sim () Não ()
- 56 - Em caso afirmativo, como tem sido sua experiência nesse processo? Dê exemplos.
- 57 - A equipe desenvolve ações educativas com a comunidade? Sim () Não ()
- 58 - Quais os membros da equipe que realiza?
- 59 – Onde são desenvolvidas as ações educativas?
- 60 - A equipe desenvolve ações permanentes de esclarecimento à população sobre as características da Estratégia Saúde da Família? Sim () Não ()
- 61 - O funcionamento da USF é discutido e decidido junto com a população da área de abrangência? Sim () Não ()

- 62 - Você realiza visita domiciliar? Sim () Não ()
- 63 - Com que frequência?
- 64 - As visitas domiciliares são planejadas? Sim () Não ()
- 65 - Como são escolhidas as famílias a serem visitadas?
- 66 - A territorialização da área de abrangência está atualizada? Sim () Não ()
- 67 - Em caso negativo, por quê?
- 68 - Como é feito o encaminhamento aos serviços de média e alta complexidade?
- 69 - São encontradas dificuldades nesse processo? Sim () Não ()
- 70 - A referência e contra-referência é utilizada? Sim () Não ()
- 71 - Como se dá o agendamento para esses serviços?
- 72 - A Média e Alta Complexidade tem sido resolutive? Sim () Não ()
- 73 - Por que?
- 74 - São desenvolvidas capacitações voltadas para os trabalhadores da rede municipal?
Sim () Não ()

VI – AÇÕES INTERSETORIAIS E PROMOÇÃO DA SAÚDE

- 75- O que você entende por “promoção da saúde”?
- 76- Você acredita que o “setor saúde” é capaz de promover saúde sozinho? Por quê?
- 77- O que você entende por “intersectorialidade”?
- 78- Você participa ou participou de alguma ação para promoção da saúde, que tenha envolvido outros setores (públicos ou privados) além do “setor saúde”? Se sim, quais são os outros setores envolvidos nessas ações?
- 79- De onde partiu a organização da ação?
- 80- Com que frequência essas ações são ou eram realizadas?
- 81- Na sua opinião, qual foi a influência dessas ações para a promoção da saúde da população?
- 82 - Se não participa ou participou de alguma ação para promoção da saúde que envolveu outros setores, tem interesse em participar? Quais ações e setores que você considera mais necessário?
- 83 - Você já participou com outras pessoas de alguma ação para resolver problemas de uma pessoa ou grupo de pessoas da comunidade em que você atua? Se sim, essa ação buscou resolver problema relacionado a:
- 84- Você percebe problema(s) na comunidade que depende(m) da ação conjunta de órgão(s) ou entidade(s) para ser(em) resolvido(s)? Se sim, qual tipo de problema você percebe e qual(is) órgão(s) ou entidade(s) poderiam colaborar para solucioná-lo? Se não por quê?

VII – OUTROS

- 75 - No exercício de sua função você encontra dificuldades? Sim () Não ()
- 76 - Quais?
-
-

APÊNDICE B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Senhor (a)

Com o objetivo de contribuir com a melhoria das condições de saúde da comunidade e dos serviços prestados pelos profissionais, pedimos permissão para a coleta de dados, por meio de questionário semiestruturado, entrevista e observação livre. Os dados coletados serão analisados podendo ser divulgados em eventos científicos, respeitando os direitos do cidadão previstos nos princípios éticos da pesquisa e garantindo anonimato. Os dados serão coletados dos gestores e gerentes de saúde do município, profissionais que fazem parte das Equipes de Saúde da Família e usuários do serviço da ESF. Esta pesquisa poderá servir de parâmetro para uma melhor compreensão das ações da Estratégia de Saúde da Família que vem sendo desenvolvidas neste município. A referida pesquisa será desenvolvida por docentes e discentes do Programa de Pós- graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB, e outros discentes do Departamento de Saúde da referida instituição.

Esperando contar com vossa colaboração, agradecemos vossa atenção desde já, colocando-nos a disposição para futuros esclarecimentos. Telefones para contato, caso haja alguma dúvida são: UESB 3528-9738, Cezar Augusto Casotti 3535-1306.

Sem mais, aproveito para reiterar meus votos de estima e consideração.

Atenciosamente

Cezar Augusto Casotti
Pesquisador do projeto

AUTORIZAÇÃO

Após ter sido informado e esclarecido sobre as características da pesquisa: “A ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO E DA ASSISTÊNCIA A SAÚDE EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE DA 13ª REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA”, autorizo a realização de coleta de dados para a pesquisa, reservando-me o direito de desistir da mesma a qualquer momento.

_____, ____/____/2012

Nome: _____ Assinatura: _____

ANEXO

ANEXO A: Ofício do Comitê de Ética



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP / UESB

Jequié, 04 de setembro de 2009

Of. CEP/UESB 265/2009

Ilmo. Sr.
Prof. Cezar Augusto Casotti
Departamento de Saúde – UESB

Prezado Senhor,

Comunicamos a V. S^a que o Projeto de Pesquisa abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UESB, estando os pesquisadores liberados para o início da coleta de dados.

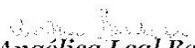
Protocolo nº: **080/2009**

Projeto: **A ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO E DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE DA 13^a REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA**

Pesquisadores: **Prof. Cezar Augusto Casotti (coordenador)**
Lícia Marques Vidal (colaboradora)

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa (ver modelo no CEP), para acompanhamento pelo Comitê.

Atenciosamente,


Prof^a. Ana Angélica Leal Barbosa
Presidente do CEP/UESB