

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

***“Ação intersetorial: potencialidades e dificuldades do processo de  
trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família”***

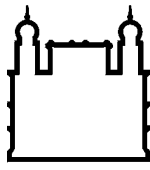
*por*

***Denise Alves José da Silva***

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre  
Modalidade Profissional em Saúde Pública.*

*Orientadora: Prof.ª Dr.ª Maria de Fátima Lobato Tavares*

*Rio de Janeiro, outubro de 2013*



Ministério da Saúde

FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

*Esta dissertação, intitulada*

***“Ação intersetorial: potencialidades e dificuldades do processo de trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família”***

*apresentada por*

***Denise Alves José da Silva***

*foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:*

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Valéria Ferreira Romano

Prof. Dr. Gustavo Corrêa Matta

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria de Fátima Lobato Tavares – Orientadora

*Dissertação defendida e aprovada em 11 de outubro de 2013.*

Catálogo na fonte  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica  
Biblioteca de Saúde Pública

S586 Silva, Denise Alves José da  
Ação intersetorial: potencialidades e dificuldades do  
processo de trabalho em equipe na Estratégia Saúde da  
Família. / Denise Alves José da Silva. -- 2013.  
141 f. : il. ; graf.

Orientador: Tavares, Maria de Fátima Lobato  
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde  
Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

1. Ação Intersetorial. 2. Promoção da Saúde. 3. Saúde da  
Família. 4. Equipe de Assistência ao Paciente. 5. Saúde  
Holística. I. Título.

CDD - 22.ed. – 362.12

*Dedico esta dissertação ao meu saudoso e amado pai Ornato e a minha família, em especial à minha mãe Lahide, ao meu filho Guilherme, aos meus irmãos Deise e Alexandre pelo apoio, ajuda e tolerância doados para sua conclusão, com todo meu carinho.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por me proporcionar enfrentar mais um desafio, ao meu filho, minha família, e principalmente minha mãe cujo incentivo sempre me fortalece e me faz seguir adiante.

À minha orientadora Prof. Dra. Maria de Fátima Tavares Lobato pela serena orientação, mas não menos incentivadora, estimulando em minha pessoa, competência e habilidades para construção deste trabalho.

À SMSRJ e Coordenação/Corpo docente do Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública, representados principalmente pelos docentes Valéria Ferreira Romano e Carlos Otávio Ferreira Fiuza, pelos conhecimentos adquiridos e pela oportuna proximidade com grandes expoentes da Saúde Pública.

À Prof<sup>a</sup>.Dra. Valéria Romano pelas valorosas reflexões dispostas na apresentação da defesa da dissertação.

Ao Prof. Dr. Gustavo Corrêa da Matta pela competente contribuição nos exames de qualificação e pelas oportunas considerações na apresentação da defesa desta dissertação.

Um obrigado especial aos profissionais de saúde do CMS Carlos Figueiredo Filho pela grande colaboração na pesquisa.

Aos colegas de turma do Mestrado pelo período que compartilhamos saber e lazer e às novas amizades formadas nesta trajetória.

Aos meus fiéis amigos pela paciência e perseverança de nossa resguardada amizade.

A todos, que direta ou indiretamente, contribuíram pelo enriquecimento desta pesquisa.

Muito obrigado.

*“Conservar boa disposição para a luta,  
Forma de fugir da escuridão do túnel  
Em que se enveredou o trem de nossas vidas  
Com pequenas sutilezas que fazem a diferença.*

*Todo dia é primeiro dia,  
Cada dia é novo dia  
Enquanto a essência humana  
Subsistir às circunstâncias.”*

Estrofes do poema “Alegria” do livro  
Perfume de Esperança de Lahide Alves.

*“Intersetorialidade trata-se da busca de uma unidade do fazer e está associada à  
vinculação, à reciprocidade e complementaridade na ação humana.”*

Eugênio Vilaça Mendes

## **RESUMO**

A intersetorialidade é uma estratégia fundamental de promoção da saúde, que busca o alcance de determinantes de saúde favoráveis à saúde dos indivíduos e comunidades. O presente estudo teve como objetivo analisar as estratégias das ações intersetoriais desenvolvidas no processo de trabalho das equipes de saúde da família, de uma unidade de saúde do município do Rio de Janeiro. Foi construído com base na vivência prática da pesquisadora como profissional de equipe de saúde da família, e a percepção sobre a dificuldade e complexidade na articulação e desenvolvimento de ações intersetoriais. A base teórica foi encontrada junto a estudos que revelam a importância da promoção da saúde, situando a Estratégia de Saúde da Família, enquanto capaz de reorganizar a atenção primária, e assim catalisando uma mudança para toda a rede de atenção. Metodologia de abordagem qualitativa e de caráter exploratório, a partir de pesquisas bibliográfica, documental e de campo, esta última utilizou como instrumentos de coleta de dados: entrevistas semiestruturadas e observação direta das equipes de saúde de família. O trabalho em equipe aliado às práticas intersetoriais favorece a integralidade de atenção à saúde em sua dimensão ampliada. Com a pesquisa foi possível mostrar como são desenvolvidas as ações intersetoriais pelas equipes, que ainda se apresentam num processo incipiente e desafiador, e apontar um caminho de proposições para reorientação das práticas de trabalho das equipes para potencializar as ações intersetoriais na lógica do conceito ampliado de saúde.

Palavras-chave: Ação intersetorial. Promoção da saúde. Saúde da Família. Equipe interdisciplinar de saúde. Saúde integral.

## **ABSTRACT**

The intersectionality is a key strategy for health promotion, which seeks the attainment of health determinants favorable to the health of individuals and communities. The present study aimed to analyze the strategies of intersectoral actions developed in the work process of family health teams, in a health unit in the city of Rio de Janeiro. It was built based on the practical experience of the researcher as a professional team of family health, and perceptions about the difficulty and complexity in the articulation and development of intersectoral actions. The theoretical basis was found along with studies that reveal the importance of health promotion, situating the Family Health Strategy, while able to reorganize primary care, and thus catalyzing a change to the entire network of care. Methodology of qualitative and exploratory approach, from bibliographical, documentary and field, the latter used as tools for data collection: semi-structured interviews and direct observation of family health teams. Teamwork coupled with intersectoral practices favors the integrality of health care in its expanded dimension. Through research it was possible to show how intersectoral action are developed by teams that currently still have a short and challenging process, and point to a path of propositions for reorientation of the working practices of teams to leverage intersectoral action in logic broader concept of health.

**Keywords:** Intersectoral action. Health promotion. Family Health. Interdisciplinary team health. Integral Health.



## **LISTA DE FIGURAS**

FIGURA 1 Determinantes sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead.....27

## **LISTA DE GRÁFICOS**

GRÁFICO 1 Faixa etária da população entrevistada do CMSCFF° .....78

GRÁFICO 2 População pesquisada do CMSCFF° de acordo com o sexo.....79

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente comunitário de saúde
AP	Área de Planejamento
AP	Atenção Primária
APS	Atenção Primária à Saúde
ASB	Auxiliar de saúde bucal
AVS	Agente de vigilância em saúde
CD	Cirurgião dentista
CMSCFF°	Centro Municipal de Saúde Carlos Figueiredo Filho
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
ENSP/FIOCRUZ	Escola Nacional de Saúde Pública/ Fundação Oswaldo Cruz
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GO	Ginecologia-Obstetrícia
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IP	Informante privilegiado
MBF	Modelo Biomédico Flexneriano
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
OS	Organização Social
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNS	Profissional de nível superior
PNT	Profissional de nível técnico
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RS	Reforma Sanitária
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SILOS	Sistemas Locais de Saúde
SMSRJ	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
SUS	Sistema Universal de Saúde
TSB	Técnico de saúde bucal
VD	Visita domiciliar

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
1. INTRODUÇÃO	15
1.1. ORGANIZAÇÃO DO ESTUDO	22
2. JUSTIFICATIVA	24
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	29
3.1. APRESENTAÇÃO	29
3.2. SAÚDE E MODELOS DE ATENÇÃO	29
3.2.1. CONCEITO DE SAÚDE E MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE	29
3.2.2. TRAJETÓRIA HISTÓRICA CONCEITUAL DOS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE	32
3.2.3. MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE	42
3.3. INTEGRALIDADE E CONCEITO AMPLIADO DE SAÚDE	47
3.4. AÇÃO INTERSETORIAL E (O) TRABALHO EM EQUIPE	51
4. REFERENCIAL METODOLÓGICO	59
4.1. INSTRUMENTOS METODOLÓGICO	63
4.2. A TÉCNICA DA ENTREVISTA COMO ESSÊNCIA DE DADOS	66
4.3. OBSERVANDO DIRETAMENTE	69
4.4. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE DADOS	71
4.5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	74
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	76
5.1. INTRODUÇÃO	76
5.2. MODO DE ADMISSÃO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	77
5.2.1. RETRATO DOS SUJEITOS DA PESQUISA	77
5.2.2. PERFIL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	79
5.3. FORMAÇÃO ACADÊMICA DOS SUJEITOS DO ESTUDO	81
5.4. O CONCEITO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE	83
5.5. O PROCESSO DE TRABALHO EM EQUIPE	85
5.6. FATORES MEDIADORES PARA IMPLEMENTAÇÃO DO TRABALHO INTERSETORIAL	93
5.7. ESTRATÉGIAS APONTADAS PARA REORIENTAÇÃO DAS PRÁTICAS NA ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL	103

6.	CONCLUSÃO_____	107
7.	PROPOSIÇÕES_____	111
	REFERÊNCIAS_____	114
	APÊNDICES_____	125
	APÊNDICE A - Roteiro de entrevista para o gestor de Saúde da Família_____	126
	APÊNDICE B - Roteiro de entrevista para o profissional de saúde da família de nível superior_____	128
	APÊNDICE C - Roteiro de entrevista para o profissional de saúde da família de nível técnico_____	130
	APÊNDICE D - Declaração de Anuência_____	132
	ANEXOS_____	133
	ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Gestor_____	134
	ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – equipe de saúde_____	138

## APRESENTAÇÃO

O estudo foi construído com base em minha vivência prática como profissional de equipe de saúde da família, e a percepção da dificuldade na articulação de ações intersetoriais.

Sou médica, formada em 1983 pela Escola de Medicina Souza Marques, com especialização pela Residência Médica em Ginecologia-Obstetrícia (GO) de 1984-1986, no Hospital Estadual Getúlio Vargas, mas sempre pratiquei educação em saúde e vontade de intensificar mais e mais; gosto muito da área de Educação e não a vejo dissociada da Saúde, por isso quis aprimorar-me naquela área com o Curso de Docência em Ensino Superior em 2004.

Trabalhei inicialmente na clínica de GO. Estou na Saúde Pública desde 1994 na APS, e há nove anos passei a atuar também como médica generalista na Estratégia de Saúde da Família – ESF, após seleção realizada pela SMSRJ para servidores estatutários na unidade de saúde CMS Carlos Figueiredo Filho, na AP 2.2, e depois como médica especialista em Saúde da Família, quando em 2008 fiz a especialização em Gestão em Saúde da Família pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ, que incrementou mais um pouco meus conhecimentos, e em 2010 com a pós-graduação em Atenção da Saúde da Família pela parceria SMSRJ/UERJ. No final do mesmo ano, iniciei o curso de especialização em Saúde Pública uma parceria ENSP/SMSRJ, com aprovação após defesa do trabalho, no momento aguardando a certificação do curso.

Por dois anos trabalhei como preceptora, exercício de troca - ensina-se aprendendo, experiência recompensadora, atividade que tive que deixar de praticar, e que sinto muita falta, pois há um ano e seis meses sou matriciadora do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) na Saúde da Mulher na mesma AP, e não aplico mais, porém espero que os gestores despertem para a importância daquela nesta estratégia também.

A experiência vivenciada como profissional de equipe de saúde da família, revelou a complexidade da realização de um trabalho intersetorial, que propõe considerar as necessidades de saúde de um território, por meio de um processo dinâmico e dialógico entre os setores envolvidos. Reportando-me a essa vivência em articulação intersetorial, por ser uma prática coletiva dependente de integração de diversos setores, torna-se uma atividade complexa, influenciada diretamente pelo processo de trabalho

em equipe, ao inserí-la no espaço da ação social, educativa e da cultura. Constatado a relevância do desenvolvimento de um trabalho em equipe integrado, que objetive fomentar com responsabilização a atenção integral à saúde, o vínculo e a resolutividade de ações sobre um indivíduo/família/grupo/população, que firmado por uma consistente prática trans e interdisciplinar venha fortalecer a concepção da saúde em uma lógica ampliada e assim, legitimamente, poder incluir nesta ótica o trabalho intersetorial.

As ações intersetoriais ainda permanecem como um desafio a se conquistar, tanto em nível local comunitário quanto em nível das macropolíticas locais despontam entraves institucionais.

A pesquisa sobre esse tema reforçou meu interesse ao reafirmar o quão importante é a prática intersetorial na perspectiva da promoção da saúde, pois a intervenção articulada no território propicia o acolhimento, a escuta e o encaminhamento das diferentes demandas/necessidades das famílias; e favorece também a habilidade de negociação dos sujeitos envolvidos.

## 1 INTRODUÇÃO

O interesse no estudo sobre o trabalho intersetorial na equipe de saúde da família surgiu devido a um desconforto relacionado às práticas de cuidado com a saúde durante o processo do trabalho em equipe, na percepção da não valorização da ação intersetorial, e representando, assim, um grande desafio o planejamento desta ação. Desenvolver este tipo de prática é concretizar uma atuação com um olhar ampliado na abordagem do processo saúde-doença-cuidado, implementando ações de promoção da saúde com mudança sobre os determinantes sociais da saúde (DSS) como: estilos de vida, utilização dos serviços de saúde, e outras condições sociais, econômicas e ambientais.

O objeto do estudo é o processo de desenvolvimento das ações intersetoriais pelas equipes de saúde da família do Centro Municipal de Saúde Carlos Figueiredo Filho (CMSCFF<sup>o</sup>) na Área de Planejamento (AP) 2.2 da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMSRJ) e a importância da articulação daquelas com o trabalho em equipe e sua influência sobre a mobilização e participação social.

O trabalho intersetorial desponta como o instrumento relevante para a operacionalização do conceito ampliado de saúde e de ações com base nos pressupostos teóricos e metodológicos da promoção da saúde. Fundamentado por diversos autores na literatura, é uma ação chave no trabalho em equipe na Estratégia de Saúde da Família (ESF).

A discussão da promoção da saúde cresceu no Brasil nestas últimas duas décadas, com várias experiências institucionais no Sistema Único de Saúde (SUS). Já em 2002, visando à colaboração para a concretização das reivindicações exigidas pela Reforma Sanitária (RS), surgem iniciativas em prol de uma política voltada para promoção da saúde, o que deu origem a novas agendas como o estímulo à autonomia das pessoas, *empowerment* comunitário, pactuação de propostas de gestões intersetoriais, construção de ambientes saudáveis e o comprometimento com a qualidade de vida. <sup>1</sup> Em 2006 foi então elaborada a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)<sup>2</sup> p.17 com o objetivo geral de:

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.



Esta nova proposição sobre a promoção da saúde desde Ottawa (1986) contribuiu para a construção do conceito de *empowerment* entendido como um processo de interação social de indivíduos e grupos em comunidade para aumentar suas habilidades individuais e coletivas, além de desempenhar maior controle sobre a vida e facilitar transformações em nível individual, social e das condições materiais.<sup>3</sup> A Organização Mundial da Saúde (OMS) compreende *empowerment* como fortalecimento de indivíduos e grupos em seus recursos sociais, culturais e espirituais, de modo a construir maior poder de intervenção sobre a realidade, influenciar decisões políticas e gerar modificações nos determinantes sociais da saúde e qualidade de vida concretizadas em atividades que viabilizam o acesso à informação em saúde, desenvolvem habilidades, promovem a participação nos processos decisórios e de formação das agendas políticas que afetam a saúde, dentre outras.<sup>4</sup>

A Carta de Ottawa, documento resultante da I Conferência Internacional de Promoção da Saúde (1986), lista como pré-requisitos para promoção da saúde: paz, educação, habitação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. Como conceitos norteadores em que a promoção da saúde se fundamenta, encontramos: qualidade de vida, saúde, solidariedade, desenvolvimento, cidadania ativa, participação e parceira.<sup>5</sup>

Ponderando nesta lógica, Junqueira<sup>6 p.42</sup> definiu intersectorialidade como:

a articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeitos sinérgicos em situações complexas visando o desenvolvimento social, superando a exclusão social.

Esta articulação deve ser realizada, também, com outros serviços sociais, a fim de que se potencializem as ações da promoção da saúde. A intersectorialidade é uma inovação para a atenção à saúde.

A intersectorialidade discutida por Junqueira,<sup>6</sup> traz para o centro do debate que a sua prática requer uma ampla negociação, alcançando uma dimensão transsetorial a partir das possibilidades de criar novos olhares e instaurar novos valores, considerando o respeito às diferenças e a incorporação das contribuições de cada uma das políticas na compreensão e na superação dos problemas sociais.

Segundo a Política Nacional da Promoção da Saúde<sup>2 p.13</sup>, intersectorialidade pode ser compreendida como:

uma articulação das possibilidades dos distintos setores de pensar a questão complexa da saúde, de corresponsabilizar-se pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania, e de mobilizar-se na formulação de

intervenções que a propiciem.

O diálogo intersetorial é difícil, pois é preciso respeitar a visão do outro e sua contribuição para a construção de decisões para os problemas/situações levantados, entretanto, é uma importante estratégia de reconstrução das práticas de saúde.

Tem em sua lógica central a operacionalização de conceitos como a territorialização, vinculação, responsabilização e resolutividade com um olhar integral sobre o ambiente em suas dimensões físicas, socioculturais e biopsicossociais, nas quais estão inseridos os indivíduos e suas famílias.

Atualmente a intersetorialidade é considerada um componente central das políticas de saúde voltadas para a mudança de modelos de atenção. Essa dinâmica representa uma nova forma de gerenciamento para a superação da fragmentação das políticas, além de ser uma ferramenta de colaboração na reorientação das práticas de saúde, com uma gestão participativa.

Na mesma perspectiva, importa priorizar um modelo de atenção que atenda aos princípios do SUS, como assegurar universalidade de acesso, integralidade da atenção, descentralização da gestão, regionalização da atenção, alta resolutividade da rede, ações intersetoriais, controle social e educação permanente dos trabalhadores de saúde. Deve, também, estimular a autonomia dos usuários com garantia da equidade na atenção.<sup>7</sup>

O conceito de modelo de atenção pode ser entendido como:

um conceito que estabelece intermediações entre o técnico e o político. Como uma dada concretização de diretrizes de política sanitária em diálogo com um certo saber técnico. Uma tradução para um projeto de atenção à saúde de princípios éticos, jurídicos, organizacionais, clínicos, socioculturais e da leitura de uma determinada conjuntura epidemiológica e de um certo desenho de aspirações e de desejos sobre o viver saudável.<sup>8, p.1028</sup>

Outro conceito, nesta mesma lógica, é o de modelo tecnoassistencial que se relaciona, não só, à combinação de recursos tecnológicos à prática assistencial, mas também ao modo de gestão no sistema de saúde. Os processos de trabalho precisam estruturar-se para a prática de uma gestão sob comando único, descentralizado em parceria com o controle social, com estímulo à integralidade do cuidado e de atenção e incentivo aos seus trabalhadores para a prática de conceitos como acolhimento, responsabilização e resolutividade. A construção do processo de cogestão, onde se reconhece diversidade de valores e saberes, seria um espaço de poder compartilhado,

que por sua maneira, contribuiria para o fomento de compromisso e à responsabilização pelo processo de trabalho e seus resultados.<sup>9</sup>

Como alternativas ao modelo hegemônico, ainda hoje, devem-se avaliar a potencialidade das propostas e práticas elaboradas e implementadas de modelos de atenção, tais como os supracitados, capazes de darem respostas às necessidades de saúde e sociais (sofrimento, doença, agravos, riscos e ideais de saúde, vulnerabilidades sociais e outros) da população.

A identificação e análise dessas necessidades dependem da perspectiva dos sujeitos que as identificam, por causa disso, a identificação deve assumir uma visão policêntrica, individual e coletiva, ajustada aos sujeitos envolvidos. É buscar construir respostas sociais adequadas aos problemas: articular ações e estratégias de mudança na forma de organização, no conteúdo das práticas e nas relações dos profissionais e trabalhadores de saúde com a população e com as pessoas que necessitam cuidados.<sup>10</sup>

Respeitar as necessidades de saúde da população é ampliar o conceito de saúde-doença de todos os envolvidos e fortalecer o papel da equipe de saúde na comunidade. Ao incorporar a ação intersetorial, permite-se que os profissionais de vários setores realizem contribuição contínua de seus saberes, linguagens e práticas para a melhoria da intervenção na saúde.<sup>11</sup>

A implantação da Estratégia de Saúde da Família, a efetiva incorporação da vigilância da saúde no cotidiano das práticas das equipes, a busca da implementação da PNPS e a formulação de políticas intersetoriais têm representado novas oportunidades de investigação sobre acessibilidade, qualidade, equidade e efetividade do sistema de serviços de saúde.<sup>12</sup>

O trabalho em equipe surgiu como nova prática do processo de trabalho em saúde. Reconhece que os discursos dos atores sociais e suas práticas são essenciais para a construção da integralidade do cuidado e da atenção.<sup>13</sup> É uma prática que se configura no respeito às diferenças, pois o trabalhador de saúde reconhece que é na alteridade, na diferença do outro (equipe ou usuário), que se consegue construir um projeto comum, com diferentes olhares e não um único.

Mance<sup>14</sup> conceitua alteridade como um ser-para-o-outro, a tentativa de sair de uma condição de haver impessoal, sair da condição neutra da existência para a condição de fazer sentido em uma relação, ser para o outro, em uma relação social desinteressada.

Conclui-se então alteridade como a situação resultante do encontro com o outro e a capacidade de se colocar em seu lugar, enfim, o reconhecimento deste, complementando-o. É um espaço de subjetividade.

É importante o profissional ter um olhar ampliado, ser comprometido com a prática de trabalho em equipe e integrado com disponibilidade de tempo para exercer uma práxis coletiva, para assim, com responsabilização, aplicar a integralidade da atenção, com o fim de resolver as necessidades/situações de saúde da população.

O modo operacional dos serviços de saúde é definido como um processo de produção do cuidado, assumindo uma natureza dialógica e interdependente. Assim, a integralidade da atenção é alcançada nos processos de trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS), através da equipe de saúde; opera sob diretrizes como a do acolhimento, vinculação de clientela e longitudinalidade do cuidado.

Características do processo de trabalho da ESF, que contribuíram muito para renovação do modelo de atenção à saúde constituindo-se em novas práticas de saúde, são o trabalho em equipe e a interdisciplinaridade, através dos quais se exercita um olhar mais amplo e coletivo no cuidado à saúde. Propicia compartilhamento de tarefas e saberes, e assim a prática da cooperação e do respeito.<sup>15</sup> É uma permanente troca de conhecimentos com uma aprendizagem constante para operacionalizar o conceito ampliado de saúde. Também estimula a incorporação da participação comunitária no trabalho da equipe e inclui o planejamento de ações fundamentado no diagnóstico situacional da população.

A interdisciplinaridade pode então ser percebida como o princípio da máxima exploração das potencialidades de cada ciência, da compreensão e exploração de seus limites, mas, acima de tudo, é o princípio da diversidade e da criatividade.<sup>16</sup>

Hilton Japiassú e Ivani Fazenda são considerados os principais teóricos responsáveis pela propagação de estudos sobre interdisciplinaridade no Brasil, sendo o campo de trabalho de Japiassú epistemológico, e o de Fazenda pedagógico; entretanto, os dois objetivam a filosofia do sujeito.<sup>17</sup>

Estes autores compartilham o mesmo pensamento sobre a interdisciplinaridade. Para Japiassú, esta exige uma reflexão crítica, profunda e inovadora sobre o conhecimento, pois se evidencia a presença de um saber fragmentado, para integração das disciplinas. Fazenda afirma esta mesma concepção de interdisciplinaridade, quando a expressa como uma necessidade de tomada de atitude

diante do conhecimento, este também, para ela, fragmentado; a habilidade da atitude estaria relacionada com a capacidade de executar trocas intersubjetivas e de integração interdisciplinar. Desta maneira é destacada a relevância do trabalho interdisciplinar para a prática da promoção da saúde.

Japiassú (1976 apud Fortes 2009, p. 73-4)<sup>18</sup> descreve níveis crescentes de interação no trabalho interdisciplinar: multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade. A *multidisciplinaridade* engloba várias disciplinas em um mesmo nível, sem trabalho cooperativo. Na *pluridisciplinaridade* encontra-se também, a justaposição de diversas disciplinas, que congregam um mesmo tema, mas com relação técnico-científica entre si, assim se complementam. A *interdisciplinaridade* é compreendida como um processo contínuo, de complementaridade disciplinar entre os campos, com tendência à horizontalização das relações de poder; há cooperação e planejamento, o que introduz a noção de decisão. E finalizando, a *transdisciplinaridade*, onde ocorre coordenação e produção de interferências entre todos os sujeitos envolvidos, de cada interdisciplina em um campo disciplinar em particular, com a mesma relação (horizontal) de poder; é o trabalho dialógico, com respeito às diferenças, sem fronteiras disciplinares.

Japiassú, ainda entende que “A interdisciplinaridade caracteriza-se pela intensidade das trocas entre os especialistas e pelo grau de interação real das disciplinas no interior de um mesmo projeto de pesquisa.”

Na concepção de Siepierski (1998 apud Alves 2004, p.143)<sup>17</sup>, a característica<sup>19</sup> a característica principal da interdisciplinaridade é o conflito e não a harmonia; nesta dimensão, conflito, não entendido como falta de diálogo, mas sim, sucedido do encontro de posições antagônicas, mas articuladas diante do debate e reflexão crítica.

Dentro do contexto da saúde o axioma na interdisciplinaridade é o processo saúde-doença-cuidado; a prática de um profissional se reconstrói na prática do outro. Fica entendido que a interdisciplinaridade representa, então, a reivindicação de um ensino/gestão/atenção mais voltados às questões de ordem social, política e econômica, que não podem ser resolvidas por uma única disciplina ou área do saber.

É preciso haver interação entre os trabalhadores, com troca de conhecimentos e articulando um campo de produção do cuidado no cotidiano das práticas, para assim comprovar que há trabalho em equipe.<sup>19</sup> O aprisionamento de cada um em seu núcleo específico de saberes e práticas leva a um processo de trabalho estático, tornando-o

trabalho morto dependente.

O trabalho em equipe, forma eficiente de estruturação, organização e de aproveitamento das capacidades humanas, é pleno quando exercita um olhar mais global e coletivo do trabalho; constroi consensos quanto aos objetivos e resultados a serem alcançados, bem como quanto à maneira mais adequada de atingi-los. O trabalho em equipe ainda facilita a construção das redes que podem ser definidas como o trabalho coletivo, articulação de diversos sujeitos e serviços para produzir transformações.<sup>15</sup>

Além disso, é importante atuar na construção de um vínculo estruturado da equipe com a comunidade e a atenção integral longitudinal, pois permitem uma abordagem mais complexa a partir dos seus determinantes sociais.

Para que haja mudança no modelo de atenção, não podemos esquecer também da importância de formar um novo profissional, ou seja, a formação dos profissionais necessita de uma aproximação teoria-prática, serviço/escola, para que o modelo de atenção se desenvolva sobre a realidade do cotidiano da Estratégia Saúde da Família. Para tal, requer processo educacional no sentido do ensino orientado para a competência que, para além do cognitivo, desenvolva os atributos de habilidades e atitudes.

Desponta, então, uma nova forma de entendimento de produção de saúde, que engloba o contexto social, a partir de determinantes e condicionantes sociais, econômicos, ideológicos, cognitivos e outros. Este novo paradigma visa a ampliar os limites do setor saúde, incorporando, desta forma, a interdisciplinaridade como campo de conhecimento e a intersetorialidade como campo de prática.<sup>20</sup>

Dentro deste contexto colocam-se algumas questões:

- Como são desenvolvidas as ações intersetoriais pelas equipes Saúde da Família?
- Quais são os desafios que os profissionais de saúde se deparam quanto à prática intersetorial?
- De que forma o trabalho em equipe favorece as ações intersetoriais?
- Quais as dificuldades de integração entre equipe de saúde/comunidade objetivando a participação comunitária?

Esse estudo não buscará responder todas estas questões, ainda que consideradas fundamentais para o recorte do objeto e apresenta como indagação central, a seguinte questão:

Como o profissional da equipe de saúde percebe o trabalho intersetorial dentro do processo de trabalho na Saúde da Família?

Relacionam-se como *objetivos*.

*Objetivo geral:*

Analisar as estratégias das ações intersetoriais desenvolvidas pelas equipes de saúde da família do Centro Municipal de Saúde Carlos Figueiredo Filho da Área de Planejamento 2.2 da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

*Objetivos específicos:*

Identificar as práticas intersetoriais e sua articulação com o trabalho em equipe.

Descrever as dificuldades encontradas pelas equipes de saúde relacionadas à integração com a comunidade e sua mobilização e participação social

Analisar os fatores e mecanismos facilitadores e restritivos à implementação das ações intersetoriais e à sustentabilidade das iniciativas de promoção da saúde por parte da equipe de saúde da família.

Propor a reorientação das práticas do trabalho intersetorial considerando o contexto de saúde ampliada.

## 1.1 ORGANIZAÇÃO DO ESTUDO

Inicia-se o textual com a apresentação da pesquisadora. A seguir, no primeiro capítulo desenvolve-se a contextualização, o marco teórico, o objeto de estudo e os objetivos do estudo. No segundo capítulo a relevância do trabalho. O terceiro fundamenta o referencial teórico e divide-se em subcapítulos, trazendo uma discussão sobre a saúde e seus desdobramentos na organização do cuidado; a descrição do princípio da integralidade no contexto da saúde; e a abordagem do objeto do estudo em questão, a intersetorialidade, importante estratégia na prática de promoção da saúde e no trabalho em equipe. No quarto capítulo será descrito o desenho metodológico utilizado. O quinto expõe os resultados obtidos pela pesquisa e constroi a discussão vinculada aos

resultados alcançados. O sexto dedica-se à conclusão, enquanto que o último capítulo evidencia as proposições relatadas pelos pesquisados para reorientação das práticas de trabalho. Ao final, foram listadas as referências que subsidiam este estudo.



## 2 JUSTIFICATIVA E A RELEVÂNCIA DO ESTUDO

A experiência vivenciada como profissional de equipe de saúde da família, revelou a complexidade da realização de um trabalho intersetorial, que propõe considerar as necessidades de saúde de um território, por meio de um processo dinâmico e dialógico entre os setores envolvidos.

As ações intersetoriais ainda permanecem como um desafio a se conquistar; tanto no nível local comunitário quanto no nível das macropolíticas locais despontam entraves institucionais.

Pesquisa bibliográfica realizada sobre a temática evidenciou a sua relevância ao identificar na literatura experiências exitosas de trabalho intersetorial, demonstrando possibilidades de reorientação das práticas nos serviços, como: *o projeto Rotas Recriadas de Campinas, São Paulo; a experiência de Curitiba, Paraná e no Rio de Janeiro nas comunidades de Vila do João e Curicica.*

O *projeto Rotas Recriadas*: crianças e adolescentes livres da exploração sexual em Campinas-SP, de 2004, foi implementado para o estabelecimento de programas de ações intersetoriais, considerando as multicausalidades que envolvem a problemática da violência sexual infanto-juvenil, com a construção de redes de serviços.

<sup>21</sup> Na *experiência da cidade de Curitiba* foram avaliados o campo da promoção da saúde e da intersetorialidade. A partir de 2000, a cidade vem construindo uma experiência de gestão pública que centraliza esforços na organização do espaço urbano e valoriza a responsabilidade social na construção de uma cidade mais democrática. Foram estabelecidas alianças estratégicas com vários setores. O estudo mostrou que nas comunidades nas quais a participação social e a coordenação intersetorial propiciadas pelo poder público são consistentes, existe grande possibilidade de êxito. <sup>22</sup> O terceiro estudo analisou a prática nas equipes de saúde, das *comunidades da Vila do João e de Curicica* no município do Rio de Janeiro, o processo de trabalho transdisciplinar e as ações intersetoriais. O resultado revelou-se satisfatório às práticas intersetoriais, pois estas possibilitam uma maior integralidade das ações dos diferentes setores, que se complementam para uma abordagem mais completa dos problemas da saúde; e quando desenvolvidas com o objetivo de fortalecer a autonomia dos sujeitos e o exercício da contra-hegemonia política, contribuem para a melhora da qualidade de vida da sociedade. <sup>23</sup>

Esses estudos revelaram a importância de uma rede integrada intersetorial, como fomento ao cuidado à saúde, no processo de trabalho em equipe intervindo sobre situações de vulnerabilidade social. Trabalhou-se também o exercício da construção de vínculo, de uma escuta qualitativa.

Em tempo, redes interssetoriais podem ser conceituadas como:

aquelas que articulam o conjunto das organizações governamentais, não governamentais e informais, comunidades, profissionais, serviços, programas sociais, setor privado, bem como as redes setoriais, priorizando o atendimento integral às necessidades dos segmentos vulnerabilizados socialmente. <sup>24 p.6</sup>

A pesquisa de Campinas, a partir da realização de estudos acadêmicos, mostrou a articulação de ações interssetoriais e interdisciplinares na pesquisa do tema complexo e presente, violência sexual infanto-juvenil, com reunião de vários parceiros, visando à construção de redes de serviços.

Já o estudo de Curitiba, que fez uma avaliação do campo da promoção de saúde e da interssetorialidade, envolveu o comprometimento de vários atores em projetos interssetoriais, contribuindo como questão crucial para a sustentabilidade das políticas públicas de promoção de saúde, isto é, o planejamento das ações de acordo com as necessidades de saúde da população, apontando para a importância de formação de redes integradas colaborativas, através do incentivo à mobilização/participação social e de uma gestão participativa na prática de uma governança responsável. Estes são fatores importantes e determinantes para alcance de êxito no trabalho interssetorial.

A terceira pesquisa, que realizou uma análise das práticas das equipes de saúde em duas comunidades do município do Rio de Janeiro, evidenciou que o trabalho interssetorial focalizou um problema importante, a exclusão social, favorecendo maior integralidade da atenção à saúde, perpassados por diferentes setores; e em uma lógica ampliada da saúde estimula a cidadania, autonomia do sujeito, participação social e equidade em saúde, cujo resultado é a melhora da qualidade de vida.

Reportando à minha vivência em ações interssetoriais, como é uma prática coletiva dependente de articulação de diversos setores, torna-se uma atividade complexa, influenciada diretamente pelo processo de trabalho em equipe, ao inseri-la no espaço da ação social, educativa e da cultura. Constato a relevância do desenvolvimento de um trabalho em equipe integrado, que objetive fomentar com responsabilização a atenção integral à saúde, o vínculo e a resolutividade de ações sobre um indivíduo/família/grupo/população, que firmado por uma consistente prática trans e

interdisciplinar venha fortalecer a concepção da saúde em uma lógica ampliada e assim, legitimamente, poder incluir nesta ótica o trabalho intersetorial. A intervenção articulada no território propicia o acolhimento, a escuta e o encaminhamento das diferentes demandas/necessidades das famílias; favorece também a habilidade de negociação dos sujeitos envolvidos.

Na concepção de Starfield<sup>25</sup>, a prática da promoção da saúde requer a interação entre o serviço médico e os serviços sociais e ambientais. Nessa perspectiva, um dos maiores entraves que a equipe de saúde enfrenta está relacionado com a necessidade, em muitos casos, das ações intersetoriais, ações ainda não tão presentes no cotidiano do trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família, sendo essa possivelmente a principal dificuldade para a realização de ações caracterizadas pelo Ministério da Saúde (MS) como de mediação.

A ação intersetorial na esfera micropolítica suscita o fortalecimento do protagonismo local com fomento à autonomia do indivíduo e ao *empowerment* da coletividade para a tomada de decisões e a socialização, e na esfera macropolítica à construção de políticas públicas voltadas para a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida. Confirma-se, é um novo agir.

Fica evidente então o desafio de implementação da intersetorialidade, um dos princípios da ESF, associado a um trabalho em equipe com corresponsabilidade entre a saúde e os outros setores, possibilitando troca de saberes, planejamento de ações e tomada de decisões de forma compartilhada. Aqui se concretiza o princípio do Sistema Único de Saúde, a equidade.

Machado <sup>26</sup> conceitua equidade como distribuição justa de determinado atributo populacional, um dos objetivos mais almejados pelos sistemas de saúde modernos. Destaca ainda que Equidade em atenção à saúde implica em receber atenção, segundo as necessidades individual ou coletiva. Conclui-se então que Equidade em saúde é a ausência de diferenças sistemáticas em um ou mais aspectos da saúde (ou seus determinantes) em grupos definidos social, demográfico ou geograficamente.

Os princípios da equidade e da solidariedade são garantia de justiça social e do direito à saúde. No cumprimento destes princípios, os critérios que reúnem um consenso mais alargado são o da necessidade e o da igualdade.

As intervenções sobre os determinantes sociais da saúde com o objetivo de promover a Equidade, explicando, esquematicamente, as relações e mediações entre

os níveis de determinantes sociais da saúde e a gênese das iniquidades, foram contempladas no modelo de Dahlgren e Whitehead, ou seja, devem incidir sobre os determinantes proximais – vinculados aos comportamentos individuais; intermediários – relacionados às condições de vida e trabalho; e distais - referentes à macroestrutura econômica, social e cultural.<sup>27</sup>



**Figura 1 - Determinantes sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead**

O estudo evidencia também sua relevância ao nos remeter à dimensão do conceito ampliado de saúde. Engloba a questão da intersetorialidade, com a formulação e implementação de políticas integradas entre os distintos setores, para de fato, alcançar e desenvolver o seu fazer.

E ainda, a constatação da necessidade de uma formação de recursos humanos voltados a intervenções territoriais, à promoção da convivência e ao estabelecimento de equipamentos sociais que tenham a pertença e o suporte como estratégias e resultados, como aborda Lopes.<sup>21</sup>

A intersetorialidade incorre, portanto, em mudanças na organização, tanto dos sistemas e serviços de saúde, como em todos os outros setores da sociedade, exigindo assim uma revisão do processo de formação curricular dos profissionais que atuam nessas áreas.<sup>6</sup>

Partindo destes pressupostos evidenciou-se a relevância de considerar a abordagem do estudo como será desenvolvido a seguir.

### **3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

#### **3.1 APRESENTAÇÃO**

As bases conceituais que fundamentaram o desenvolvimento desse estudo foram delineadas nas discussões sobre *Saúde e Modelos de Atenção; Integralidade e o Conceito Ampliado de Saúde; e Ação Intersetorial e (O) Trabalho em Equipe*, percorridas a seguir.

#### **3.2 SAÚDE E MODELOS DE ATENÇÃO**

##### **3.2.1 CONCEITO DE SAÚDE E MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE**

A Saúde Coletiva surge como um campo científico com produção de saberes e conhecimentos acerca do “objeto” saúde, e veio vislumbrar o processo saúde-doença-cuidado através da intersubjetividade ao incorporar os determinantes sociais no atendimento das necessidades de saúde como fenômeno coletivo, sendo as necessidades individuais parte das necessidades sociais. Por ser um campo complexo e interdisciplinar, a Saúde Coletiva não cessa de oferecer desafios à viabilidade dos projetos.

Pensar na equivalência de saúde e doença como situação polar oposta de uma mesma natureza de fenômenos deve ser descartada, pois é reconhecida a estreita relação entre uma e outra na vida cotidiana. É preciso contrapor-se a essa tendência, a reconstrução chamada humanizadora das práticas de saúde, tornando todos os atores mais críticos e responsivos aos sucessos práticos embasados por meio de qualquer êxito técnico no cuidado em saúde.<sup>28</sup>

Evidencia-se a necessidade da ruptura paradigmática do modelo médico tradicional, e deslocar o direcionamento do olhar para a saúde, com reorientação das práticas em saúde, onde o que importa primordialmente é o sujeito que tem a doença.

A reconstrução visando à reorientação das práticas de saúde aponta não apenas para a necessidade de construir novas instrumentalidades. Além disso, também reclama a tarefa de resgatar o lugar da racionalidade prática, a busca prática da saúde, como origem e destino de qualquer instrumentalidade nessa área. Ayres<sup>28</sup> diz ser

fundamental uma aproximação entre saúde e doença, no modo de processos interpretativo-compreensivos que elucidem seus significados do adoecer para sujeitos e no contexto de intersubjetividade (usuário/profissional de saúde; população/serviço) *num* compartilhamento de decisões, na construção de um objeto de conhecimento/intervenção e na busca de ganho de saúde (de vida). Este diferencial se produz no encontro entre os sujeitos autênticos que buscam soluções convenientes, sob o ponto de vista de ambos, para a prevenção, superação e/ou recuperação do processo de adoecimento.

A prática do cuidado à saúde pode ser vista como uma inter-relação entre saberes instrumentais e saberes práticos, em duas esferas de racionalidade, que orientam os interesses que movem as ações de saúde: o alcance do êxito técnico (dimensão instrumental da ação) e do sucesso prático (implicações simbólicas e relacionais das ações). Ayres<sup>28 (p.54)</sup> considera que:

êxito técnico diz respeito a relações entre meios e fins para o controle do risco ou dos agravos à saúde, delimitados e conhecidos pela biomedicina. O sucesso prático diz respeito ao sentido assumido por meios e fins relativos às ações de saúde frente aos valores e interesses atribuídos ao adoecimento e à atenção à saúde por indivíduos e populações.

Saúde, então, que pode ser entendida como um processo dinâmico, tem relação com o que fazer frente uma necessidade, da decisão frente às possibilidades apresentadas, o que almejar, e através de que meios.

Ayres<sup>28(p.60)</sup> propõe a definição de saúde como:

a busca contínua e socialmente compartilhada de meios para evitar, manejar ou superar de modo conveniente os processos de adoecimento, na sua condição de indicadores de obstáculos encontrados por indivíduos e coletividades à realização de seus projetos de felicidade.

Notadamente há diferenças quando se fala de saúde e doença; a questão é compreender as diferenças no modo como os discursos da doença e da saúde se estabelecem, evidenciando-se o monopólio do discurso da doença, que Ayres<sup>28</sup> denominou de domínio instrumental da doença, sobre o enunciado dos juízos acerca da saúde, a ponto de obscurecer todos os discursos da saúde que não se estruturam pelo raciocínio causal-controlista.

No registro da racionalidade prática, a busca da saúde precisa de uma base normativa para sustentá-la, chamada por Ayres<sup>28</sup> *projeto de felicidade*, com problematização ativa e contínua, e flexibilidade e dinamicidade de acordo com cada

situação de prática, que se não praticada há o risco de desconstrução da intersubjetividade, por isto a necessidade do ato troca, que corrobora a autonomia dos sujeitos. O termo projeto, nesta dimensão, implica em uma própria temporalização plástica (temporalidade não-linear, não-cumulativa), isto é, uma compreensão de passado, futuro e presente como experiências coexistentes. E o termo felicidade pode ser colocado como a intenção de toda práxis; aqui, felicidade se relaciona com uma série de estados ou condições materiais e espirituais, mas não se confunde com eles e não pode ser garantida *a priori* por nenhum deles. Dispondo de outra forma, a felicidade é um valor construído com base em vivências concretas e fundamentais do ser humano, mas sua concretude está mais no seu poder de tornar consciente o valor daquilo que faz o bem. Esta busca existencial da felicidade remete às interações, à dialética individual-coletivo, pois o indivíduo vive em comunidade. Em síntese o projeto de felicidade é, da maneira como se exprime, uma totalidade compreensiva.

Saúde também se comportaria como consequência das condições de vida como: alimentação, moradia, renda, educação, paz e justiça social. É a concepção ampliada da saúde que considera o processo saúde-doença de modo crítico, procurando estabelecer um vínculo entre este processo e as condições de vida.

Neste contexto, saúde, pensada em uma dimensão ampliada, engloba a lógica da integralidade com articulação de práticas e saberes efetivos com responsabilização multiprofissional e interdisciplinar, e a alteridade com os usuários para a inovação das práticas em todos os cenários de atenção à saúde.<sup>29</sup>

O entendimento da palavra modelo remete à ideia de enquadramento, normatização ou padronização, o que não se enquadra na necessidade de racionalizar as ações de saúde dentro das motivações e fundamentos da realidade da saúde brasileira, a partir do ideário do SUS.<sup>30</sup>

Segundo Paim<sup>31</sup>, modelo de atenção à saúde é a forma de organização das relações entre sujeitos - profissionais de saúde e usuários -, mediadas por tecnologias materiais e não materiais, utilizadas no processo de trabalho em saúde, cujo propósito é intervir sobre problemas, danos e riscos; o perfil epidemiológico; e as necessidades sociais de saúde definidas de uma determinada população.

Na definição de Mendes,<sup>32</sup> modelo de atenção à saúde é um sistema para organização do funcionamento das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Articula, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os



focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definido em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade.

### 3.2.2 TRAJETÓRIA HISTÓRICA CONCEITUAL DOS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Ao final do século XIX, na Inglaterra, Dawson desenha princípios de uma rede de atenção à saúde onde o médico generalista assume uma posição de cuidado ampliado, com foco tanto no indivíduo como em questões de saúde coletiva, embasado num território delimitado, investindo na resolutividade desse profissional e de uma equipe de saúde.

Na história da Saúde no Brasil, a influência norte-americana com seu modelo liberal privatista foi notória. Identificamos dois modelos predominantes de atenção à saúde: o modelo médico hegemônico e o modelo sanitarista.

O primeiro, centrado na clínica, tem como objeto de trabalho a doença. Caracteriza-se pelo individualismo, pela medicalização dos problemas, pela valorização do ambiente hospitalar, privilegiando a medicina curativa, a participação passiva dos usuários e o foco nos especialistas. Esse modelo tem como referência a chamada Medicina Flexneriana, uma reforma na saúde que ocorreu nos Estados Unidos em 1911 a partir do relatório Flexner, de caráter predominantemente curativo, pouco comprometido com a integralidade da atenção e com o impacto sobre a saúde da população.<sup>30</sup> Este modelo estruturou a assistência previdenciária na década de 1940, expandindo-se na década de 1950, ao orientar a organização dos hospitais estaduais e universitários da época. Já o modelo sanitarista, busca atender às necessidades da população através de intervenções adotadas pela saúde pública convencional, mediante campanhas de vacinação, controle de epidemias, erradicação de endemias, bem como através de programas voltados para populações e/ou doenças específicas, com a oferta da atenção domiciliar até a atenção médica ambulatorial, serviços de urgência e de internação hospitalar organizados em uma rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde.

É válido complementar, com o estudo desenvolvido por Almeida Filho<sup>33</sup> sobre o Relatório Flexner, que no Brasil não parece haver dúvidas sobre os males causados por Abraham Flexner e seu Relatório, concebido e promovido por fundações privadas vinculadas ao complexo médico-industrial norte-americano, e a associação ao Modelo Biomédico Flexneriano (MBF); foi analisado sob o ponto de vista conceitual, pedagógico, da prática de saúde, da organização dos serviços de saúde e político; o estudo foi julgado como sexista, racista, elitista e mercantilista. E seu autor como um intelectual conservador e oportunista, representante da dominação econômica, política e ideológica do capitalismo imperialista, sobretudo nos campos da educação e da saúde. Propagou-se que Flexner implementou uma formação com base em conteúdos e não em métodos; que sua visão da saúde era exclusivamente biológica e reducionista, e não social e humanista; que a diretriz principal do seu modelo de prática é a da medicina curativa e individual; e que Flexner apoiava a prática privada da medicina e o controle da formação médica pelas corporações profissionais.

O entendimento do movimento anti-Flexner talvez estivesse no contexto ideológico-político de emergência da década de 1980, pós-ditadura, e o regime imaginário pretendido que lhe deu sustentação. Iniciava-se a redemocratização política e a reorganização das instituições educacionais, buscavam-se propostas de mudanças na reforma da educação médica e de formação de recursos humanos em saúde, supostamente herdadas do imperialismo americano. De positivo, o movimento resgatou a Saúde Comunitária, combinada com os então incipientes modelos pedagógicos de inspiração freireana, associadas aos elementos de planejamento estratégico regionalizado, pretendia-se um modelo de formação baseada na prática, nomeado Integração Docente-Assistencial. Mas negativamente, o uso do recurso acusatório ao Relatório foi útil para se reconstruir um suposto discurso antagônico, necessário para criar a imagem negativa da influência americana.

Refletindo sobre o Relatório, Flexner intencionava reorganizar e regulamentar o funcionamento das escolas médicas, buscar a excelência na preparação dos futuros médicos, enfim introduzir uma racionalidade científica. Afirmava que a boa educação médica determina a qualidade da prática médica, a distribuição da força de trabalho, o desempenho dos serviços de saúde e, eventualmente, o estado de saúde das pessoas, pois nesse propósito as necessidades de saúde das pessoas foram tomadas como finalidade, ponto de chegada, e não como ponto de partida da educação médica.

O relatório propunha uma reorganização do conhecimento com base numa abordagem disciplinar, que para a época era uma dianteira, implicando na consolidação ou formalização dos avanços da ciência e introdução de novas atividades institucionais e práticas sociais na vida social. A educação médica deveria envolver o aprendizado de como fazer fazendo. A pedagogia flexneriana antecipa, então, as principais teorizações e propostas do pragmatismo em relação à utilização da vivência e da práxis como modelo educacional.

As mudanças na organização das sociedades são movimentos esperados, e a saúde constituiu-se em um valor positivo das coletividades humanas, uma reivindicação social, um índice de civilização, de desenvolvimento econômico e social. Essas mudanças, alterando os conceitos de saúde e doença, atingiram inevitavelmente a prática médica.<sup>34</sup>

Ao ser analisada nesta ótica a Medicina Preventiva na década de 1940 veio representar um novo fenômeno no campo conceitual da área médica ao estabelecer uma nova articulação, e trouxe consigo uma série de ideias e propostas relativas à APS. Foi conceituada como “o conjunto de noções e técnicas visando ao conhecimento e manipulação dos processos sociais e psicossociais do comportamento humano que dizem respeito à implantação de padrões racionais de saúde.”<sup>34 p.11</sup>

A essência conceitual da Medicina Preventiva<sup>35</sup> define um campo teórico e parte das seguintes premissas:

- 1 – A Medicina Preventiva tem como foco o indivíduo e a família.
- 2 – A prática da Medicina Preventiva se dá ao nível da prática diária dos médicos, qualquer que seja sua especialidade.
- 3 – A Medicina Preventiva representa a transformação da prática médica refletindo em uma nova atitude por parte do médico.

Surgiu como novo formato de prática clínica profissional, prevenir doenças e promover a saúde da família e da comunidade sob seu cuidado. Propõe uma mudança de prática, baseada na transformação da atitude médica para com o paciente, sua família e a comunidade, uma atitude onde o médico trabalha, um estado de saúde, atuando como um trabalhador social no sentido mais amplo do termo.

Medicina Preventiva, para Peixoto (1938) citado por Arouca (1975 p. 9)<sup>35</sup>, aparece como parte da Higiene, “... trata dos meios de a defender (a saúde) quando em possibilidade de ser agredida ou já em perigo”. É mais eficaz. Ela é a regeneração, se

possível, dos agravos à saúde e os meios de evitar acidentes, intoxicações, infecções, doenças de carência e até doenças comuns. Becquerel (1883 apud Arouca 1975, p. 9)<sup>38</sup> conceitua Higiene como a ciência que trata da saúde, no duplo aspecto, tanto de sua conservação, quanto de seu aperfeiçoamento.

A Medicina Preventiva caracterizou-se como um movimento ideológico que procurava transformar as representações sobre a prática médica, que se identificava com o momento histórico norte-americano vivido à época, sem, contudo, procurar ser um movimento político que realmente transformasse esta prática; visava aprimorar a medicina individualista numa tentativa de corrigir as distorções da extrema fragmentação da atenção médica, resultante da tendência de especialização. Introduziu a Epidemiologia como método e, por conseguinte a Estatística, o que retoma a formalização no âmbito do conhecimento médico, e outras ciências como, as Ciências Sociais Aplicadas à Medicina que vinham para dar conta dos fatores sociais ligados aos hospedeiros e ao ambiente na História Natural.<sup>34</sup>

O profissional deveria assumir então, uma atitude preventiva, epidemiológica, social e educativa e de equipe. Deveria também trabalhar na busca de habilidades que incluíam a atenção à saúde considerando os fatores socioculturais e ambientais; a prática da promoção da saúde, de prevenção secundária e reabilitação, incluindo técnicas de educação em saúde; o trabalho em equipe; e a prestação de serviços médicos eficientes ao menor custo possível. A relação médico-paciente deixa de ser ocasional pontual e transforma-se em uma necessidade contínua da manutenção do equilíbrio.

Assim a Medicina Preventiva propôs a revalorização da relação entre o social e o coletivo, e o processo saúde doença, envolvendo assim uma prática consciente de educação para a saúde. Atua sobre dois níveis: um, pré-patogênico, das determinações múltiplas e da interdisciplinaridade e, outro, patogênico, exclusivo da clínica, onde se dá o processo da doença e o seu término.<sup>34</sup>

Citando Paim<sup>31</sup>, ocorre a difusão, a partir dos Estados Unidos nos anos sessenta/setenta, do movimento de reforma em saúde que buscava racionalizar as práticas de saúde para populações excluídas da medicina privada, e não contempladas integralmente pela Saúde Pública, a Medicina Preventiva. Envolveva experiências em medicina comunitária desenvolvidas em várias localidades do país, integrando programas de formação médica, associados às iniciativas voltadas para a interiorização da medicina.

Com efeito, o movimento da Medicina Comunitária pautava-se pelo princípio da integralidade da atenção, associado a propostas como regionalização e hierarquização de serviços, tecnologias simplificadas e participação da comunidade; essa proposta foi alvo de uma polarização de debates. Havia os que destacavam os aspectos de simplificação e racionalização, caracterizando a medicina comunitária como medicina pobre para os pobres, uma medicina simplificada ou APS seletiva, e havia aqueles que viam a proposta como uma estratégia racionalizadora, importando-se com o acesso de toda a população aos reais avanços tecnológicos na saúde.<sup>35</sup>

Despontou então a necessidade de construção de um modelo de atenção com maior visibilidade social, inclusivo, que fosse capaz de se responsabilizar pela saúde das pessoas. A atenção à saúde compreenderia todo processo saúde-doença e se expressaria através de uma relação direta com as condições de vida, o que exigiria uma intervenção muito mais abrangente. Tudo isso ocasionou críticas desfavoráveis à Medicina Preventiva e ao sistema de saúde corrente naquele momento, que tinha ação isolada sem coordenação do cuidado. Intencionava-se a organização de um sistema de saúde integrado e orientador da continuidade da assistência perpassando pelos diferentes níveis de atenção.<sup>36</sup>

Pode-se afirmar que a reorientação nas políticas públicas em saúde ocorreu com o movimento de Promoção da Saúde surgido no Canadá em 1974, sendo propagado para o mundo em 1986, com a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Ottawa. Dessa conferência, resultou a elaboração da Carta de Ottawa, que inclui como princípios para promoção da saúde o fortalecimento das ações comunitárias com garantia da participação popular na eleição de prioridades, tomada de decisões, definição e implementação de estratégias para melhorar a saúde, além da construção de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde.<sup>37</sup>

Em setembro de 1978, acontecia, em Alma-Ata, a I Conferência sobre Cuidados Primários de Saúde com a proposta de Atenção Primária à Saúde como estratégia para ampliação do acesso equânime até o ano 2000. O enfoque foi uma reorientação da organização dos serviços de saúde com priorização à promoção da saúde e prevenção de doenças, com equipes multidisciplinares que trabalhem com uma percepção epidemiológica e social valorando a relação com o indivíduo, a família e a sociedade, e fomento à participação comunitária e à intersectorialidade para a abordagem

dos determinantes sociais das doenças, sendo a saúde reconhecida como conceito positivo e de qualidade de vida. Consolida assim a saúde como um direito humano.

No ano seguinte à Conferência de Alma-Ata, realizou-se na Itália a Conferência de Bellagio, onde se disseminou a noção seletiva da APS, proposta surgida pela crítica feita à concepção de atenção primária integral, interpretada como uma concepção muito ampla com poucas chances de aplicabilidade. O panorama da crise econômica dos anos 80 serviu para assegurar a disseminação dos programas seletivos em atenção primária, propagando-se também pela década de 90.<sup>36</sup>

As críticas aos programas seletivos nas ações primárias seriam a verticalização; não serem relacionados às causas sociais dentro do processo saúde-doença; e compostos tipicamente por ações consideradas como tecnologias simples e de alto impacto, como vacinação, pré-natal, ações de promoção e prevenção da saúde, ou seja, o mesmo conjunto de ações que compõem a atenção primária desde sua origem.<sup>36</sup>

A partir do século XXI, a OMS busca o resgate dos princípios da APS formulada na Declaração de Alma-Ata, pelas evidências de que aquelas medidas não resultaram na redução da pobreza e no melhor acesso aos serviços públicos de saúde, devido ao desenvolvimento tecnológico no campo da saúde, à mudança do perfil demográfico da população, à detecção de novas doenças e ao cenário econômico. Evidenciaram que uma visão restrita de atenção primária é insuficiente na atenção à saúde. Confirma-se assim que a saúde na ótica ampliada, firmada na noção de direito de cidadania e na diversidade de recursos existentes para lidar com as necessidades/situações de saúde da população, não comporta ações restritas na APS.<sup>38</sup>

Por conta disso, a Carta de Ottawa (1986), cuja base é o Informe Lalonde, faz uma correlação entre saúde, desenvolvimento econômico e justiça social, ao discutir políticas públicas e ambientes saudáveis, a importância da participação comunitária e o desenvolvimento de habilidades pessoais como estratégias para alcançar saúde, além de reorientação das práticas de saúde. O documento intencionava também cumprir o papel de trazer esta pauta para a agenda política dos países.

A Política Nacional de Promoção da Saúde define Promoção da Saúde como uma estratégia que envolve um campo de conhecimentos e práticas transversais a todas as ações e níveis de atenção em saúde.<sup>2</sup>

Para o paradigma da promoção da saúde considera-se importante fomentar a autonomia do indivíduo e o *empowerment* coletivo visando à ampliação do poder político por parte de indivíduos e comunidades, para que capacitados possam atuar como atores de sua própria transformação social e perceber a saúde como um direito social, como está assegurado constitucionalmente. Assim, a promoção da saúde tem por base os determinantes sociais da saúde e por finalidade reduzir as desigualdades existentes no que diz respeito aos direitos em saúde, com vistas à equidade, facilitando o acesso ao direcionar recursos para as populações de baixa renda, recursos para a vida.

37

Importante a diferenciação de prevenção da promoção da saúde. Segundo Czeresnia<sup>39</sup> evidencia, prevenir significa se antecipar, influenciar, evitar, algo que exige uma atuação antecipada. As ações preventivas são específicas e têm como base o conhecimento epidemiológico moderno que visa ao controle da transmissão de doenças infecciosas e à redução de risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos. Já a promoção da saúde trata de medidas amplas, significa favorecer, fomentar, gerar. As estratégias enfatizam a transformação das condições de vida e de trabalho, através da articulação política de diferentes setores, quer dizer, possui uma base intersetorial visto que os determinantes do processo saúde-doença são externos ao setor saúde.

Alguns autores defendem que a educação na perspectiva da promoção da saúde deve ser estabelecida a partir da participação da população, com destaque para as suas necessidades, estilo de vida, crenças, valores, desejos, vivências e subjetividades, considerando-se o contexto sociocultural e político em que vive. Visa à promoção da qualidade de vida e da cidadania, com a conscientização individual e coletiva de responsabilidades e direitos que conduzam à transformação ampliando a capacidade de compreensão da complexidade dos determinantes de saúde.<sup>37</sup>

A concepção de promoção da saúde compreende, além de estimular comportamentos saudáveis, também uma perspectiva mais abrangente que engloba o contexto sócio-político-ambiental das pessoas assistidas; envolve ações estruturais na elaboração de políticas, na articulação das categorias ligadas ao setor saúde, no desenvolvimento das habilidades/competências/atitudes dos profissionais envolvidos no seu processo de formação profissional, e por fim na responsabilização de todos envolvidos neste processo.<sup>37</sup>

A promoção da saúde parte da concepção ampliada do processo saúde-doença e de seus determinantes e propõe a articulação de saberes técnicos e populares; é antes de tudo um movimento social e de profissionais de saúde, que é compreendido mais como um enfoque político e técnico em torno do processo saúde-doença-cuidado<sup>40</sup>

Associada à qualidade de vida, a concepção ampliada de saúde inclui valores não materiais – amor, liberdade, solidariedade, realização pessoal e felicidade – e incorpora as ideias de desenvolvimento sustentável e ecologia humana, além de relacionar-se ao campo da democracia e do desenvolvimento dos direitos humanos e sociais.<sup>41</sup>

Dentro desta lógica a OMS definiu promoção da saúde como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo. Desta forma a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, não se limita a um estilo de vida saudável, mas amplia a visão na direção do bem-estar geral.<sup>37</sup>

O discurso da promoção da saúde precisa valorizar a sua conceituação teórica, mas também se aprofundar em sua prática, com a inclusão da real participação social na tomada de decisões; propor um modelo de atenção visando não só o indivíduo, mas também o coletivo, enfatizando valores como a equidade, segurança, humanidade e compaixão; articular os determinantes sociais da saúde em ações intersetoriais para implementação de políticas públicas; aplicar indicadores para avaliação da promoção da saúde; incentivar a formação profissional orientada à promoção da saúde.<sup>30</sup>

No relato sobre a organização do movimento da Reforma Sanitária deve-se registrar que na III Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1963, diversos setores da sociedade brasileira já manifestavam insatisfação com a estrutura do sistema de saúde, ao apresentar temas como descentralização, além da dicotomia entre assistência médica e ações preventivas e a fragilidade da rede quanto ao enfrentamento das necessidades de saúde da população.<sup>36</sup>

A busca por novos modelos de atenção, no contexto nacional, decorreu de um momento histórico-social, o movimento da Reforma Sanitária nos anos 1970-80, constituído por “conjunto organizado de pessoas ou grupos partidários ou não articulados ao redor de um projeto”,<sup>42, p.8</sup> envolvendo a sociedade civil, principalmente o setor médico e o mundo acadêmico, para reformular o sistema de saúde, ofertar maior acesso, propor novas formas de financiamento e a participação social, foi uma relação



entre política e democracia na saúde. Esse movimento foi provocado em resposta ao modelo anterior, fragmentado/ biológico/ hospitalocêntrico; não atendia mais às necessidades de saúde das pessoas, o que ocasionou a reestruturação para um modelo integrado, usuário-centrado.<sup>42</sup>

A Reforma Sanitária teve por base os departamentos universitários de Medicina Preventiva, introduzidos do sistema de saúde dos Estados Unidos a partir dos anos sessenta. Englobavam programas de medicina comunitária que, na sua formulação inicial, preconizavam uma formação onde incluía um campo de prática numa ótica mais integral. Construída nos debates da VII Conferência Nacional de Saúde em 1980 e tendo seu marco histórico em 1986 na VIII Conferência Nacional de Saúde, a RS propôs saúde como um direito, universalidade de acesso e integralidade das ações. Foi produzido então um consolidado das propostas apresentadas, iniciando-se uma reforma administrativa, com a unificação das instituições e serviço de cuidados médicos em um único Ministério da Saúde, em final dos anos 80, responsável pela condução e gestão de toda a política de saúde.<sup>43</sup>

Em 1988, é então promulgada a nova Constituição Brasileira que estabelece o lema: "Saúde é direito de todos e dever do Estado"; o direito à saúde seria universal. E corroborando, é promulgada a Lei 8080 em 19/09/1990, reguladora do SUS que tem por base os princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade, ampliada e complementada na atualidade pelo Decreto 7508 de 29/6/2011; dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e ainda dispõe sobre o modelo assistencial do SUS, que deve ser centrado e coordenado pela Atenção Primária, principal porta de entrada do sistema de saúde, ponto essencial na organização do sistema.<sup>44 45</sup>

Segundo Starfield,<sup>25</sup> a APS deve abranger, então, o primeiro nível de atenção, tendo uma abordagem orientadora e base para toda rede de atenção; integrar a atenção continuada, pela gestão e articulação, atuando através da complementaridade dos níveis de atenção; e otimizar o uso de recursos direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde.

A intersetorialidade, tema da pesquisa, é percebida também como atributo da APS, pois a compreensão da saúde em uma concepção ampliada exige a combinação de ações de diversos setores da sociedade. Delas também fazem parte o autocuidado e os

cuidados coletivos, que de alguma forma promovem a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida.<sup>36</sup>

A atenção que se faz no primeiro contato e também mais próxima do cotidiano dos indivíduos e das famílias são questões essenciais que asseguram a base das práticas de Atenção Primária à Saúde. A APS considera a necessidade de atenção em caso de doença ou acompanhamento rotineiro, e assim facilita a formação de vínculos e de corresponsabilidade entre si e a população, e consequente coordenação dos cuidados. O indivíduo é inserido em um contexto familiar e comunitário, sendo enfatizada a importância do ambiente social na determinação do seu estado de saúde.

Na Reforma Sanitária no Brasil, a Atenção Primária à Saúde ao refletir os princípios do SUS a partir da Norma Operacional Básica (NOB) 01/96, leva o SUS a adotar, pela interpretação na época do termo APS como modelo seletivo, a designação Atenção Básica à Saúde (ABS) para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, com base em um sistema universal e integrado de atenção à saúde.<sup>40</sup>

A RS brasileira e a consequente implantação do SUS possibilitou a definição de um conceito ampliado de saúde, onde se entende que a saúde e a doença são situações dinâmicas. A saúde não está avaliada apenas pelo biológico, mas também perpassa pelos problemas de saúde e seus determinantes, ou seja, ratificando, implica na atenção à saúde voltada para as ações e serviços que incidem sobre os efeitos dos problemas (doença, incapacidade e morte), mas, sobretudo as que incidem sobre as causas (condições de vida, trabalho e lazer), ou seja, o estilo de vida do indivíduo/família/grupos sociais.<sup>10</sup>

Assim, em 1994 ocorre a formulação e implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) no sistema de saúde nacional com grande influência de modelos de assistência à família desenvolvidos no Canadá, Cuba, Suécia e Inglaterra, que serviram de referência para implantação do modelo brasileiro. Embora tendo sido rotulado como um programa, caracterizou-se como estratégia que possibilitaria a integração não somente do nível primário, mas, influenciando todo o sistema, também promoveria a organização das atividades em um território definido, tendo como unidade de ação programática de saúde a família, com o propósito de enfrentar e resolver os problemas identificados, com a prática de uma atenção continuada, integral e resolutiva, estimulando desse modo o fortalecimento da atenção primária na política de saúde.<sup>46</sup>

Nos anos 90 aumentou a preocupação com a construção de um modelo assistencial, que articulasse os conhecimentos e técnicas provindos da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais em saúde, que se expressou na utilização do termo vigilância da saúde; este contempla o processo saúde/doença na coletividade; fundamenta-se assim na epidemiologia e nas ciências sociais, ao contrário do modelo da história natural das doenças que privilegia o indivíduo e a fisiopatologia.<sup>47 48</sup>

### 3.2.3 MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Teixeira<sup>10</sup>, na 11ª Conferência Nacional de Saúde em 2000, denomina os seguintes modelos de atenção ou, como refere também, de intervenção, enumerados a seguir: Ações programáticas de saúde, Programa de Saúde da Família, Acolhimento, Cidades Saudáveis, Promoção da Saúde, Vigilância da Saúde/Sistemas Locais de Saúde (SILOS).

Ações programáticas de saúde - entendida como a programação do processo de trabalho em saúde, a partir da identificação das necessidades sociais de saúde da população que demanda os serviços das unidades básicas. Têm limitação em sua prática por utilizar apenas a epidemiologia para perceber os determinantes do processo saúde-doença, sem observar a subjetividade e a individualidade dos usuários como valores na percepção dos problemas de saúde.

Programa de Saúde da Família, atual Estratégia de Saúde da Família - modelo de atenção integral ao cuidado em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS e dirigidos aos indivíduos, à família e à comunidade; as ações realizadas pelas equipes de saúde da família incluídas ações territoriais que extrapolam os muros das unidades de saúde, com ênfase em atividades educativas e de prevenção de riscos e agravos específicos, acesso universal e igualitário aos serviços; resolutividade das ações; rede regionalizada e hierarquizada; descentralização; participação da comunidade.

Acolhimento - modelo onde ocorre estabelecimento de vínculos entre profissionais e clientela. Implica em uma redefinição da clínica e mudanças na porta de entrada da população aos serviços, relacionadas à recepção do usuário, ao agendamento das consultas e na programação da prestação de serviços, de modo a incluir atividades considerando as necessidades sociais de saúde da população. Tem como princípios norteadores a gestão democrática; a autonomia dos sujeitos; saúde como direito de

cidadania; serviço de saúde voltado para a defesa da vida individual e coletiva. Propõe a inclusão da percepção do usuário na significação da necessidade de saúde – oferta de serviços acordada com o usuário; humanização como garantia de acesso ao serviço; ampliação da consciência sanitária = relação pedagógica crítica dos trabalhadores com a população.<sup>10 49</sup>

Cidades Saudáveis - implica uma visão ampliada da gestão governamental, valorizando enormemente a educação em saúde; a necessidade de informações e conhecimentos para promoção da cidadania e o envolvimento criativo de organizações comunitárias, com produção de vínculo entre profissionais e equipes de saúde com os usuários; planejamento e execução de ações intersetoriais dirigidas à melhoria das condições de vida e saúde, principalmente em áreas territoriais das grandes cidades onde se concentra a população exposta a uma concentração de riscos vinculados à precariedade das condições de vida, incluindo fatores econômicos, ambientais e culturais.<sup>10 49</sup>

Promoção da saúde - as medidas de promoção se aplicam, essencialmente, à melhoria das condições e estilos de vida de indivíduos, famílias e grupos populacionais específicos, apoiando-se amplamente em atividades de Educação e Comunicação em saúde com o desenvolvimento da autonomia das pessoas e populações, e na formulação de políticas públicas saudáveis nas várias esferas de governo – federal, estadual e municipal.

Vigilância da Saúde / Sistemas Locais de Saúde (SILOS) – objetiva garantir maior acesso à atenção primária e atuar sobre problemas (danos, riscos e vulnerabilidades) e determinantes de saúde da população, que requerem a integralidade do cuidado e da rede e acompanhamento contínuo, mediante articulação entre ações promocionais, preventivas e curativas sobre o território, base do trabalho neste modelo, a partir de operações intersetoriais; também pode ser acionada para o enfrentamento de problemas e necessidades selecionados e para o levantamento do diagnóstico do estado de saúde da população, combinando saberes e tecnologias de diferentes campos de ação pautado no acolhimento e respeito pelo outro. É um modelo de atenção que valoriza a epidemiologia em detrimento da clínica, resultando em problemas no processo de trabalho, com priorização à produção de procedimentos e não à produção do cuidado.<sup>12</sup> Trabalha com a ideia de oferta organizada como forma de redução progressiva da

demanda espontânea; e esta oferta organizada deveria ser orientada por estudos epidemiológicos.<sup>49</sup>

Teixeira<sup>47</sup> destaca que a Vigilância da Saúde apresenta sete características básicas: intervenção sobre problemas de saúde - danos, riscos e/ ou determinantes; ênfase em problemas de maior risco e vulnerabilidade; operacionalização do conceito de risco; articulação entre ações promocionais, preventivas e curativas; trabalho intersetorial; ações sobre o território; intervenção sob a forma de operações.

Outra pesquisa<sup>50</sup> discorre sobre a operacionalização da vigilância da saúde que perpassa pela: microlocalização dos problemas de saúde; intervenção no âmbito populacional pautada no saber epidemiológico; apropriação de informações acerca do território-processo mediante “oficinas de territorialização”; e utilização da geografia crítica, do planejamento e programação local de saúde. O objetivo é alcançar a integralidade, a intersetorialidade, a efetividade e a equidade nas ações, e consequentemente a primazia das ações de promoção da saúde.

Para compreensão da proposta de vigilância da saúde, ela tem sido abordada em três níveis:<sup>12</sup>

- Determinantes do processo saúde-doença - relaciona-se ao movimento da promoção da saúde a partir da Carta de Ottawa.
- Riscos – na prevenção dos riscos de adoecimento, busca-se novas interfaces entre os programas de saúde e as áreas da vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental.
- Danos à saúde – na assistência propriamente dita, ressalta-se o vínculo das equipes de saúde às pessoas/famílias inseridas em um território e a aplicação da longitudinalidade. Desse modo, a ESF e as atribuições das suas equipes vão de encontro aos princípios da vigilância da saúde, cuja lógica deveria ultrapassar a Atenção Primária à Saúde e disseminar-se por todos os níveis de atenção.

Considera-se ainda o conceito de vigilância à saúde, cujo ponto de partida para o desencadeamento do processo de planejamento é a territorialização do sistema municipal de saúde, isto é, o reconhecimento e o esquadramento do território do município segundo a lógica das relações entre condições de vida, saúde e acesso às ações e serviços de saúde, com definição de grupos específicos e problemas, e intervenções pautadas no saber epidemiológico, visando à integralidade com equidade.<sup>47</sup>

A terminologia não é única vigilância da saúde e vigilância à saúde, mas o objetivo a alcançar é o mesmo. O modelo assistencial de vigilância da saúde, conforme formulado por Teixeira, Paim e Vilasboas,<sup>47</sup> talvez seja também um caminho para implementar um sistema de atenção integral, pois propõe-se a atuar sobre os danos, riscos, necessidades e determinantes dos modos de vida e saúde.

Na concepção de Giovanella<sup>51</sup>, modelos de sistemas de saúde integrais deveriam atender a algumas premissas básicas, quais sejam: a primazia das ações de promoção e prevenção; a garantia de atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica; a articulação entre as ações de promoção, prevenção, cura e recuperação; e a abordagem integral do indivíduo e famílias.

Almeja-se um modelo de atenção com propósitos de superar o modelo centrado na atenção à demanda espontânea, de atendimento a doentes, para incluir ações de prevenção de riscos e agravos e de promoção da saúde, que ultrapassem além dos muros das unidades de saúde, isto é, nos territórios onde vive a população da área de abrangência dos serviços. A prioridade se desloca do eixo recuperar a saúde de indivíduos doentes, para prevenir riscos e agravos, e promover a saúde das pessoas, famílias e grupos populacionais. Implica conhecer os problemas de saúde e seus determinantes, em organizar a atenção à saúde de modo a incluir, além das ações e serviços que incidem sobre os efeitos dos problemas, a doença, incapacidade e morte; também conhecer as ações e serviços que incidem sobre as causas, exemplificadas como as condições de vida, trabalho e lazer, ou seja, no modo de vida das pessoas e dos diversos grupos sociais.<sup>47</sup>

Visando a modificação do modelo de atenção hegemônico então, a ESF e a Vigilância da Saúde, reconhecidas como eixos estruturantes do SUS, podem ser propostas de modelos de reorientação das práticas de saúde. Entretanto, cabe ressaltar que muitos modelos propostos são complementares e convergentes, assim pode-se encontrar a ESF articulada à Vigilância da Saúde, à Promoção da Saúde e ao Acolhimento.<sup>12</sup>

O Acolhimento veio inverter a lógica da organização e do processo de trabalho nos serviços de saúde, e como já abordado engloba dentre seus princípios: acessibilidade universal com escuta qualificada; deslocamento do profissional para uma equipe de acolhimento resolutiva; deslocar o eixo central do médico para uma equipe multiprofissional (equipe de acolhimento), qualificando a relação profissional de

saúde/usuário pautada em parâmetros de solidariedade e cidadania, para construção de vínculo e estímulo à autonomia considerando as necessidades de saúde. O Acolhimento associado à Saúde da família são então desafios no processo de reorientação do modelo assistencial com um atendimento humanizado.<sup>52</sup>

O Pacto pela Vida, pactuação de gestão que tem como compromisso assumir prioridades que apresentem impacto sobre a situação de saúde da população brasileira, reiterou como prioridade a consolidação e a qualificação da Estratégia Saúde da Família como modelo da Atenção Primária e centro ordenador das redes de atenção à saúde.<sup>53</sup>

As RAS são definidas pela Portaria 4279/2010:

como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, propõem-se a garantir a integridade do cuidado.<sup>54</sup>

Experiências têm demonstrado que a organização da RAS tendo a Atenção Primária como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, se apresenta como um mecanismo de superação da fragmentação sistêmica; é comprovadamente mais eficaz, tanto em termos de organização interna, alocação de recursos, coordenação clínica, quanto em sua capacidade de fazer face aos atuais desafios do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário.<sup>32</sup>

Silva Jr. *et al.*<sup>49</sup> afirmam que a APS não pode ser a sua única porta de entrada, porque as necessidades das pessoas se manifestam de maneira variável e precisam ser acolhidas. Nem pode ser porta obrigatória porque isso burocratiza a relação das pessoas com o sistema. E também, não pode ser o único lugar de acolhimento, porque todas as partes do sistema precisam responsabilizar-se pelo resultado das ações de saúde e pela vida das pessoas.

Ressalta-se, no entanto, que mesmo com a implantação da ESF, fica evidente ainda a predominância do modelo biomédico. O modelo biomédico flexneriano, mesmo que perturbado em sua hegemonia, ainda orienta a prática do que, por aproximação, poderíamos chamar de ciência normal, ou paradigma dominante. A cultura das instituições setoriais e da sociedade, a formação dos profissionais e o processo de trabalho, entre outros, continuam mais reforçadas nas práticas do modelo biomédico flexneriano do que propriamente nas necessidades de saúde de territórios específicos.<sup>31</sup>

É necessária uma intermitência para definição de paradigmas que podem ser entendidos como "realizações científicas universalmente reconhecidas que, durante

algum tempo, fornecem problemas e soluções modelares para uma comunidade de praticantes de uma ciência".<sup>31 p.61</sup> O paradigma seria, neste sentido, uma concepção de mundo que, pressupondo um modo de ver e de praticar, compreende um conjunto de teorias, instrumentos, conceitos e métodos de investigação.

Constata-se que a prática da ciência normal é obtida por meio da ampliação do "conhecimento daqueles fatos que o paradigma apresenta como particularmente relevantes, aumentando-se a correlação entre esses fatos e as predições do paradigma".<sup>31 p.61-2</sup> O paradigma, resolução dos problemas, é no que consiste a ciência normal. Nesta, os cientistas sabem de antemão os objetivos e que estes podem ser alcançados segundo determinadas regras, o que faz com que a ciência normal seja comparada como solução de problemas.

Mesmo assim, a Saúde da Família na Atenção Primária, paulatinamente, vem buscando solidificar-se, e objetiva fortalecer-se como proposta de reorientação do modelo de atenção pautada nos princípios do SUS, buscando a responsabilização pelas necessidades de saúde das pessoas; a garantia de maior resolutividade das ações e a prática da promoção da saúde no plano individual e da coletividade, além de fomentar o *empowerment* da pessoa e o controle social; ademais, contribui para alcançar a verdadeira concepção do conceito ampliado da saúde. É uma alternativa de superação do paradigma dominante, ao propor mudança na concepção do processo saúde-doença, distanciado do modelo tradicional centrado na doença e direcionado para prática de ações que articulam a saúde com condições de vida e qualidade de vida, importando os determinantes sociais da saúde.

Pretende-se então, priorizar uma nova cultura da saúde baseada na promoção de fatores protetores de riscos individuais e coletivos acessíveis a todos os cidadãos. Estas ações requererão, no mínimo, uma estreita aliança intersetorial, a promoção e avaliação de políticas públicas em saúde e a reorientação dos serviços com enfoques de promoção da saúde.<sup>55</sup>

### **3.3 INTEGRALIDADE E O CONCEITO AMPLIADO DE SAÚDE**

A integralidade na atenção à saúde é uma estratégia desenvolvida nas práticas, e deve responder às demandas e necessidades da população no acesso à rede, considerando a complexidade e as especificidades de diferentes abordagens do processo



saúde-doença em suas distintas dimensões, biológica, cultural e social do ser cuidado.

A Lei Orgânica da Saúde<sup>44</sup> que regulamenta o SUS, já no seu artigo 7ºII explicita, no seu conjunto de princípios, o caráter integral da assistência.

A integralidade, como dito anteriormente, compreende a articulação de saberes e fazeres de diferentes atores e a alteridade com os usuários para a inovação das práticas dentro dos espaços de atenção à saúde e também da formação profissional.<sup>56</sup>

Então, a integralidade das ações é entendida como um dos princípios norteadores das mudanças nos modelos de atenção à saúde. A Reforma Sanitária Brasileira concebeu quatro perspectivas para a definição de integralidade: a articulação das ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde; a garantia da continuidade da atenção nos três níveis de complexidade dos sistemas de saúde; a abordagem integral do indivíduo e das famílias; e a articulação de políticas públicas que atuem sobre os determinantes sociais da saúde mediante ação intersetorial.<sup>30</sup>

Pode-se considerar uma definição ampliada de integralidade a partir de uma classificação de necessidades de saúde, traduzidas a partir de fatores determinantes da saúde, centradas em quatro conjuntos: a) “boas condições de vida”, decorrentes dos fatores do ambiente ou dos lugares ocupados no processo produtivo; b) acesso a toda tecnologia capaz de melhorar e prolongar a vida; c) “vínculos (a)efetivos” entre cada usuário e equipe/profissional de saúde; d) graus crescentes de autonomia no modo de levar a vida.<sup>57</sup>

Para o desenvolvimento de políticas intersetoriais há necessidade de uma gestão pública que vincule aquelas à interdisciplinaridade de saberes e à integralidade de ações, trabalhando a integração das políticas públicas, através da articulação de ações, o que impõe transformações no planejamento e gestão.<sup>58</sup>

Dentro deste contexto compreende-se que a interdisciplinaridade e a integralidade são princípios complementares e convergentes na construção dos modos de pensar e fazer da educação e da atenção à saúde, visando a um agir humanizado, abrangente e que compreenda o sujeito, como um todo, e o processo saúde-doença.<sup>29</sup>

Assim, para o alcance da integralidade do cuidado é importante considerar o trabalho em equipe multiprofissional composto por sujeitos que retêm especificidades próprias de gênero, condição social, tempo e vínculo de trabalho, experiências profissionais e de vida, formação e qualificação, diferenças salariais e, por fim,

interesses próprios, ao articular saberes através da prática interdisciplinar, e centralizado no usuário e suas necessidades.<sup>59</sup>

Há a necessidade urgente de estimular alternativas na perspectiva de integralizar a atenção e o atendimento aos problemas sociais objetivando resoluções, e nesta direção aparece a intersetorialidade, ainda um grande desafio, o que dificulta o atendimento às necessidades da população em sua integralidade.

A LOS,<sup>44</sup> nos artigos 12 e 13, regulamentou a necessidade de ações intersetoriais que serviriam, posteriormente, como um dos meios para a construção da integralidade. Assim, se reconhece que a saúde e a doença são produzidas socialmente e que a integralidade, com subsídio da intersetorialidade, se compromete com a necessidade de “ações concomitantes sobre todos os determinantes da saúde-doença”.

A atenção à saúde oferecida à população visa à lógica do conceito positivo de saúde ampliada e se fundamenta nos princípios e diretrizes do SUS, como participação comunitária, integralidade e descentralização, que direcionam para a intersetorialidade; é o reforço à reorientação das práticas de promoção da saúde. Além de pensar o indivíduo como um todo, é preciso pensá-lo também inserido na comunidade. Neste raciocínio, o SUS atua então como facilitador do trabalho intra e intersetorial para desenvolvimento de ações e melhoria das condições de saúde/necessidades das pessoas.

O termo intrasetorialidade, que tem a mesma proposta de integração e articulação, refere-se a ações dentro de um mesmo setor, aqui considerado o contexto da Saúde. Segundo a PNPS<sup>2</sup>, perpassa além da articulação e sintonia entre as estratégias produtivas de saúde dentro do setor saúde, alcançando a valorização dos usuários, com ampliação da escuta pelos trabalhadores e serviços de saúde, tendo em evidência suas necessidades e condições de vida.

A compreensão ampliada de saúde envolve pensar em condições de vida como importante elemento dentro da relação dinâmica do processo saúde-doença.

A vida cotidiana é o espaço de articulações com processos biológicos e sociais que determinam a situação de saúde, de modo que esses três níveis de interação – modo de vida, condições de vida e estilos de vida – não devem ser entendidos como a influência de processos externos à biologia humana. Pelo contrário, trata-se de interações biológico-sociais (saúde e condições de vida) que se manifestam em

diferentes níveis e processos de âmbito individual, de grupo ou de toda a sociedade com sólida relação com o desenvolvimento social.<sup>60</sup>

A partir destes aspectos, almeja-se a construção de uma política de promoção da saúde que tenha como objetivos: alcance de determinantes de saúde favoráveis à saúde dos indivíduos e comunidades no pressuposto da defesa da vida; redução das desigualdades de acesso às oportunidades para reforço da saúde; qualificação do SUS com ênfase em ações de promoção da saúde solidificadas.<sup>1</sup>

Para o alcance do objetivo final da promoção da saúde, a transformação da realidade social, é fundamental a liberdade de escolha dos sujeitos envolvidos com uma participação consciente, em nível individual tendo como instrumento a tomada de decisão e em nível coletivo o uso do controle social.

Na abordagem socioambiental, a promoção à saúde é entendida como o processo de capacitação (*enabling*) de indivíduos e coletivos (*communities*), para que tenham controle sobre os determinantes de saúde com o objetivo de terem uma melhor qualidade de vida. Esta categoria constitui um conceito que sintetiza dois elementos-chave para a promoção: a necessidade de mudanças no modo e nas condições de vida; e também uma estratégia de mediação entre as pessoas e o meio ambiente, combinando escolhas pessoais com responsabilidade social na saúde com o objetivo de criar um futuro mais saudável.<sup>37</sup>

A promoção da saúde então, partindo do conceito positivo e ampliado de saúde, tem como foco o processo social de sua produção, através da intervenção com a prática da interdisciplinaridade, da integralidade e da mobilização de práticas intersetoriais; visa à expansão do modelo de atenção para além do enfoque biomédico e da crescente medicalização dos problemas sociais, e elege como finalidade a defesa da qualidade de vida e o desenvolvimento humano.

Assim, a intersetorialidade – e a perspectiva de integralidade nela implícita – busca o estabelecimento de articulações entre diferentes instituições no sentido da prática compartilhada. Consiste na obtenção de certa unidade, apesar das diferentes áreas de atuação dos setores envolvidos; tenta estabelecer vínculos intencionais que superem a fragmentação e a especialização, firmando a integralidade.<sup>61</sup>

Na promoção da saúde a dimensão social passa a ser o aspecto dominante do modelo proposto onde envolve e controla a dimensão biológica. É importante existir uma valoração à intersubjetividade e à alteridade. A garantia do exercício dos princípios

pactuados pelo SUS e o seguimento de suas diretrizes englobam a atenção à saúde com a integralidade do cuidado; pratica o conceito ampliado de saúde; e considera a complexidade e as diferentes abordagens do processo saúde-doença em todas as suas dimensões.

Na atualidade, a ação intersetorial vem sendo alçada como estratégia privilegiada para a promoção da integralidade do cuidado por diferentes políticas públicas.

### **3.4 AÇÃO INTERSETORIAL E (O) TRABALHO EM EQUIPE**

A Constituição Brasileira<sup>62</sup> em seu artigo 196 diz que

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

O SUS integrou novos atores na ação de tomada de decisão e de negociação – Conselhos e Comissões –, ao incorporar inúmeros centros de poder à arena política. Diferentes atores passam a tomar parte nas definições da política, tendo em vista o processo de descentralização da área, envolvendo mudanças na articulação entre estado e sociedade, entre o poder público e a realidade social.

É importante a responsabilização de todos, Estado, instituições privadas, organizações não estatais e sociedade civil, quanto à questão saúde, o que colabora na potencialização dos resultados no desenvolvimento da prática intersetorial. O Estado atua na conscientização da população, como disseminador de uma informação entendível sobre saúde, para, assim, o indivíduo poder tomar decisões sobre sua saúde.

As políticas interssetoriais se apresentam como uma estratégia voltada e fundamentada na proposta da promoção da saúde e enfatizam a necessidade de articulações interssetoriais. São ações políticas globais com alto grau de generalidade.

Válido afirmar que é uma estratégia que não apenas o setor saúde deve estar envolvido, já que muitas questões estão imbricadas nos determinantes sociais da saúde e precisam da atuação de outras instâncias do governo. A articulação do setor saúde com outros, como a educação, segurança pública, cultura, trabalho e emprego, assistência social, habitação, obras e meio ambiente e outros são fundamentais para que qualquer estratégia, que vise à melhoria da qualidade de vida da população, seja fundamentada.

Intersetorialidade representa um dos pilares da Vigilância em Saúde, principalmente quando esta orienta intervenções no nível de controle de causas (condicionantes e determinantes socioambientais), cooperando na análise contínua da situação de saúde de uma determinada população. Inclui-se dentre as estratégias do Pacto de Gestão, uma das dimensões do Pacto pela Saúde publicado pela Portaria GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006,<sup>63</sup> que apresentou mudanças significativas para execução do SUS, com o fim de superar a fragmentação das políticas e programas de saúde e visando à organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços e à qualificação da gestão. Para uma construção estruturada da política pública de saúde, a intersetorialidade deve ter vinculação direta com as demais políticas sociais. Por conseguinte a intersetorialidade constitui um pilar seguro da integralidade. O Pacto de Gestão foi firmado para estabelecer as responsabilidades dos gestores, contribuindo para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS.

De acordo com Inojosa,<sup>64</sup> duas características são fundamentais sobre a formulação, a realização e a avaliação de políticas, programas e projetos intersetoriais ou transetoriais:

- a focalização, com base regional, em segmentos da população; e
- a preocupação com resultados e impactos das ações.

Para a prática da promoção da saúde os atores sociais devem ter uma atitude proativa e reflexiva, para poderem assim: desenvolver uma política de equidade trabalhando com responsabilidade nas escolhas e decisões; objetivar a redução das iniquidades e desigualdades sociais, aqui expressas como necessidades; e alcançar a qualidade em saúde. Desta forma, com promoção de mudanças na cultura organizacional, os estímulos à autonomia individual e ao *empowerment* coletivo contribuirão para que estes sejam protagonistas na sua transformação e nas tomadas de decisões.

As necessidades de saúde são direcionadas sob múltiplas questões que influenciam nos determinantes sociais, por causa disso, constata-se o relevo na integração das políticas públicas abrangendo a estratégia da intersetorialidade através da articulação de setores.

Tanto para o exercício do controle social ou para um planejamento de ações pelas equipes de saúde é essencial identificar e focar as necessidades de saúde da população. É trabalhar através de um processo educativo, cujo objetivo é interferir na

realidade de dada situação social. Esse processo educativo se expressa através da organização e *empowerment* contínuo da população ante a realidade concreta. Pode ser estimulado pelos profissionais de saúde, levando a população, em geral, a identificar um novo conceito sobre o processo saúde/doença. É preciso sempre reafirmar a necessidade de políticas públicas inter e multisetoriais e de modelos de atenção que assegurem a universalidade, a integralidade e a equidade para garantir o direito à saúde.

A essência da promoção de saúde, aliada às práticas educativas, está associada ao enfrentamento das iniquidades, a fim de promover saúde visando à organização popular e ao trabalho político, o que possibilita a conquista dos direitos sociais.

Educação permanente é a prática de ações educativas embasadas na problematização do processo de trabalho em saúde e que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais face as necessidades de saúde das pessoas e das populações.<sup>65</sup>

A Educação Permanente em Saúde se relaciona com a concepção de integralidade na articulação de práticas de promoção, prevenção e recuperação da saúde, na concepção ampliada de saúde contextualizada às necessidades de saúde, envolvendo interdisciplinaridade, multidisciplinaridade e intersetorialidade.<sup>66</sup>

Nesta mesma diretriz, a Educação Popular em Saúde é definida como um conjunto de ações educativas que têm como objetivo promover, na sociedade civil, a educação em saúde, mediante inclusão social e promoção da autonomia das populações na participação em saúde.<sup>7</sup> As equipes de saúde da família têm usado essa técnica tanto para melhor se apropriar da situação de vida e de saúde da população, quanto como um instrumento de construção de parcerias e de conscientização da população para reivindicar intervenções intersetoriais.<sup>67</sup> Assim, a Educação Popular em saúde é um dispositivo importante para a promoção da saúde de maneira sustentável.

Há algum tempo, Capra (1998 apud Junqueira 2000, p. 36)<sup>6</sup> vislumbrou a mudança do paradigma biomédico para o social. Tal paradigma envolve uma nova concepção de mundo, que valoriza o pensamento intuitivo e não linear e os valores de cooperação e parceria. O processo de trabalho na ESF, ao mesmo tempo em que dá ênfase à subjetividade, fortalecendo a autonomia e respeito, também favorece o coletivo, ao trabalhar em rede e privilegiar a interdisciplinaridade. Essa ótica caracteriza o pensamento sistêmico. Nessa linha os critérios do pensamento sistêmico são

interdependentes, é organizado como uma teia interconexa de relações, descrito por meio de uma rede de conceitos e modelos, todos igualmente em um mesmo nível. Essa concepção desfocaliza o saber e valoriza a ideia de processo e de contexto.

O trabalho em equipe reforça a horizontalização das relações, por isso respeito aos saberes de cada sujeito, cooperação e colaboração são bases para constituição de uma equipe. É uma relação de mão-dupla experimentando a interação democrática. Também presente e necessário é o conflito no trabalho em equipe, pois nos leva a transformação e ao crescimento coletivo, ao mesmo tempo em que revela a potência da equipe.<sup>7</sup> O apoio fornecido pelos gestores aos profissionais de saúde tem grande interferência no desempenho da prática pela equipe.

Trabalho em saúde é um trabalho coletivo, e trabalho em equipe é uma prática que contribui para uma atenção ao cuidado mais integral à população, onde importa o grau de comprometimento, responsabilização, e conseqüentemente a criação de vínculo entre os profissionais de saúde e entre os profissionais e os usuários, contribuindo para maior integração da equipe.<sup>68</sup> O processo de trabalho em saúde é também entendido quando um trabalhador de saúde encontra-se com um usuário e estabelece-se entre eles um espaço intercessor, de comunicação, que é o veículo dessa interação.

Prioriza-se que os profissionais da equipe tenham um perfil voltado à prática da promoção da saúde, e comprometidos com o seu trabalho, estimulando o diálogo e a participação, o que leva a maior motivação, relação/interação e potencializa a autonomia.<sup>69</sup> As reuniões de equipe na Estratégia de Saúde da Família são espaços dialógicos que expressam opiniões, construção de acordos coletivos para aplicação no trabalho da equipe.

Trabalho em equipe consiste em um conjunto de sujeitos, com habilidades e conhecimentos complementares, interligados para atingir um objetivo comum, definido entre os sujeitos envolvidos. São pactuações e negociações para se atingir as necessidades de saúde de um indivíduo/família/grupo, cada profissional com competências e capacidades específicas. Nesta dimensão encontram-se os conceitos de campo e núcleo. O núcleo é o conjunto de saberes e responsabilidades específicos de cada profissão e o campo são os saberes e responsabilidades de várias profissões ou especialidades.<sup>66</sup>

No processo de trabalho desenvolvido na ESF, as relações de poder se enfraquecem quando se prioriza a escuta, pois se experimentam diálogo, negociação e respeito entre as diferentes disciplinas conforme teoria de Habermas (1989) citada por Araujo; Rocha (2007, p.461-2).<sup>15</sup> Desse modo, reforça a legitimação da intersubjetividade.

O trabalho em equipe é uma modalidade do trabalho coletivo, com uma relação de complementaridade entre o trabalho e a interação; interação, neste contexto, segundo Habermas (1989,1994 apud Peduzzi 2001, p. 105)<sup>70</sup>, refere-se ao agir comunicativo, interações de pessoas envolvidas em comum acordo para coordenar seus planos de ação, e fundamenta-se na intersubjetividade do entendimento e do reconhecimento mútuo, livre de coação interna ou externa.

Esta modalidade de trabalho envolve desenvolver uma ação comunicativa como base para a produção de informações e conhecimento em saúde que pode ser observada na proposta de vários modelos, e vem ao encontro da proposta do agir comunicativo de Habermas, onde a linguagem teria a função da integração social ou da coordenação dos planos de ação de diferentes atores na interação social. O autor destaca que “compreender o que é dito” exige a *participação*, e não a mera *observação*. O agir comunicativo baseia-se no diálogo permanente, na intersubjetividade do entendimento e do reconhecimento mútuo, levando a processos amplos de argumentação de onde serão construídas as ações.

Peduzzi<sup>70</sup> propôs uma tipologia com duas modalidades de equipes, a equipe integração, que atua com o conceito de articulação, visando à integralidade das ações de saúde, onde se encontram critérios como: comunicação intrínseca ao trabalho; elaboração de um projeto assistencial comum coletivo, sempre consideradas as necessidades de saúde dos usuários, utilizando o planejamento, monitoramento e avaliação das ações; partilhamento de decisões; argumentação e participação entre os distintos trabalhos; flexibilidade de divisão do trabalho, realização de ações próprias das respectivas áreas profissionais, mas também de ações comuns aos diferentes campos de atuação, cada um com o seu saber; e autonomia técnica interdependente.

Foucault (1979 apud Pinheiro et al. 2007, p. 89) <sup>56</sup> propõe perceber a equipe como um dispositivo de coletivos organizado composto de variadas disciplinas articuladas, mas com aplicação da alteridade, valorização do processual na prática do trabalho em vez do produto, estímulo às autonomias e reconstrução.



Em contraposição, a outra modalidade proposta por Peduzzi, a equipe agrupamento, cursa com uma comunicação externa ao trabalho, isto é, não ocorre ou, se ocorre, reporta-se a um recurso de otimização da técnica, e também a comunicação é pessoal; lida com a ausência de autonomia técnica ou esta é plena, de caráter independente.

Trabalhar em equipe também apresenta limitações. Estudos apontados por Silva e al.<sup>71</sup> sobre o trabalho da equipe multiprofissional na ESF revelaram: ausência de responsabilidade coletiva do trabalho e baixo grau de interação entre as categorias profissionais, onde, apesar do discurso de teor igualitário, os membros das equipes de saúde da família mantêm representações sobre hierarquia entre profissionais e não profissionais, nível superior e nível médio de educação, médico e enfermeiro.

Focando na percepção de intersetorialidade, busca-se a construção de redes descentralizadas e heterogêneas, para estabelecer o “sentido da unidade na diversidade”, como sugere Luck (1995) citado por Mendes (2007, p. 58)<sup>72</sup>; e além da afinidade com o conceito de rede, a intersetorialidade revela a ideia de rizoma “um sistema aberto, acentrado, não-hierárquico, de ligações intercambiáveis que se opõe a sistemas centrados, de comunicação hierárquica e ligações pré-estabelecidas que não se rompem”, segundo Deleuze. (1995 apud Azevedo et al. 2012, p. 1335-6).<sup>61</sup>

A intersetorialidade é um trabalho em rede onde se opera com a constituição de laços sustentados em torno de um objetivo comum, articulando diferentes níveis de complexidade e de recursos, e que necessita de incentivo, motivação e mobilização da equipe de saúde para realização dessa prática. O cerne da ação intersetorial localiza-se na gestão pública de um território bem definido.

Nesse debate destaca-se a compreensão da prática do trabalho em saúde dentro da rede de serviços na Atenção Primária à Saúde, entendida como estruturante de um sistema hierarquizado e regionalizado, orientadora dessa rede de atenção, com integração e coordenação de um cuidado contínuo, com vinculação. Nessa perspectiva garantir-se-á acesso igualitário, integralidade da atenção, participação social e essencialmente articulação intersetorial, objetivando a promoção da saúde para melhoria da qualidade de vida e do meio ambiente.<sup>73</sup>

O processo de trabalho em saúde deve dar ênfase a práticas que utilizem tecnologias leves, valorizando a subjetividade das pessoas em momentos de diálogos e de cumplicidade, na busca da corresponsabilização dos problemas a serem enfrentados;

ocorrem também momentos de confiabilidade com a produção de relações de acolhimento, vínculo, responsabilização, autonomia, aceitação e qualidade da atenção, que conformam a integralidade do cuidado do sujeito sobre sua saúde.<sup>29</sup>

Os processos de trabalho em saúde podem ser expressos em dois significados: um ao responder a finalidades relacionadas à produção do lucro, saúde então compreendida como um bem de mercado; e outro, quando relacionados à defesa da vida e da cidadania, desse modo, saúde compreendida como direito.<sup>74</sup>

O trabalho intersetorial é a construção de um projeto social que se delinea. É nesse sentido, que a prática intersetorial que privilegia a negociação pode alcançar uma dimensão transetorial, pois cria um novo olhar e instaura novos valores, mediante o respeito das diferenças e a incorporação das contribuições de cada política social no entendimento e na superação dos problemas sociais. A transetorialidade integra saberes e experiências, estabelecendo um conjunto de relações e a constituição de uma rede centrada na identidade do projeto.<sup>6</sup> A intersetorialidade então mobiliza sujeitos, setores e conhecimentos.

A intersetorialidade incorpora a ideia de integração, de território, de equidade, enfim, dos direitos sociais. Tratar os cidadãos de um mesmo território e seus problemas de maneira integrada exige um planejamento articulado das ações e serviços. Esse novo fazer demanda mudanças de valores da cultura para um agir coletivo.

A cidadania, nesta ótica, implica não somente acesso à satisfação das necessidades dos cidadãos evocadas como direitos, mas, ainda mais, proteção jurídica que garanta que aos mesmos cidadãos usufruí-los legalmente. Segundo Rabello,<sup>5</sup> cidadania é entendida então como o espaço jurídico da igualdade e dos direitos humanos.

Como assinalam Junqueira et al.,<sup>75</sup> a cidadania é um processo de aprendizado, que se atualiza na medida em que as pessoas vão experimentando relações e percebem que seu saber e sua experiência têm importância e são respeitados.

Os determinantes de saúde são mediados pelo sistema social, mas também determinados pelas relações sociais que operam o sistema, daí o controle e a autonomia dos indivíduos pela sua própria vida são determinantes decisivos à saúde. E as iniquidades, mais do que a pobreza em si, têm influência maior sobre a morbidade e a mortalidade por doenças. Por este motivo para resolução das distorções e desigualdades existentes nos padrões de saúde, exigem-se ações que ultrapassem o limite setor saúde,

construindo-se as articulações intersetoriais para a operação da nova prática sanitária, vigilância à saúde, com ampliação do conceito de processo saúde-doença, em sua totalidade, para orientar a reformulação de novas práticas de atenção à saúde. As estratégias de intervenção dessa prática correspondem ao controle de danos de riscos e de causas, ou seja, o controle de condicionantes e determinantes envolvidos no processo saúde-doença.<sup>76</sup>

Assumir as desigualdades sociais como principal entrave à saúde e à vida com qualidade para todos e estabelecer como meta a equidade impõem: ação estatal direcionada a objetivos que transcendem os interesses particulares e se ocupe de problemas que têm uma natureza coletiva, com determinantes inter-relacionados, demandando uma visão integrada e ampliada dos problemas sociais.

Existem alguns dispositivos para utilização no manejo técnico na reorientação das ações em saúde, como o diálogo, desenvolvido entre sujeitos e em um contexto mais amplo entre profissional-gestor/população, que seria como denomina Gadamer (2004) citado por Ayres (2007, p. 58)<sup>27</sup> uma fusão de horizontes, isto é, produção de compartilhamentos e apropriação mútua de toda informação naquela relação intercessora. Traduz-se em um perguntar interessado e em uma escuta atenta. O diálogo pode ser potencializado com utilização de formas de comunicação não verbal, como o olhar atento, o modo do tato, a postura corporal, o gestual, as atitudes de responsabilidade, de acolhimento e compromisso, a ambiência.

O envolvimento, a escuta e a participação ativa dos diversos segmentos populacionais envolvidos em um determinado contexto socioepidemiológico em questão, são condições decisivas para transformação do cenário. Alguns processos dialógicos que podem ser encontrados: a organização comunitária; a construção de espaços de reflexão; a abertura de canais de troca com participação e controle social de serviços e políticas de saúde; a prática de discussão de casos; educação permanente e avaliação de serviços pelas equipes multiprofissionais.

#### 4 REFERENCIAL METODOLÓGICO

O objetivo deste capítulo é mostrar o percurso metodológico adotado no estudo. O estudo foi desenvolvido em três fases, a primeira referente ao levantamento bibliográfico, a segunda ocupou-se com a pesquisa de campo propriamente dita, etapa essencial para a pesquisa, construída a partir dos referenciais teóricos e de aspectos conceituais, e a última fase deteve-se na avaliação e análise dos dados qualitativos, que serão detalhadas mais à frente no estudo.<sup>77</sup>

Este estudo se desenvolveu em um processo de investigação organizado e sistemático, de abordagem qualitativa e de caráter exploratório, configurando-se como um estudo etnográfico. A pesquisa científica é um procedimento racional e sistemático que tem como objetivo responder aos problemas propostos.<sup>78</sup>

Entende-se por pesquisa, então, o explorar do tema. Objetiva a aproximação com o objeto do estudo, através de leituras de informações teóricas já disponíveis do assunto, e até mesmo de novas fontes de informações, através de instrumentos de coleta de dados como entrevistas, que aproxima o pesquisador à realidade dos atores sociais envolvidos.<sup>79</sup>

Na concepção de Minayo,<sup>77</sup> pesquisa social é compreendida como vários tipos de investigação que tratam do ser humano em sociedade, de suas relações e instituições, de sua história e de sua produção simbólica. Relacionam-se a interesses e circunstâncias socialmente concatenadas.

A pesquisa social lida com representações dependentes, com as quais o pesquisador se aproxima dos fenômenos sociais e que direcionam sempre as nossas indagações, por isso, todo o conhecimento produzido deve ser verificado e comprovado.<sup>80</sup>

Neste contexto o pesquisador social interpreta e analisa as informações e as apresenta por meio de narrativas, com linguagens apoiadas nas teorias e nos métodos desenvolvidos no interior dos paradigmas em que atua.<sup>80</sup>

A orientação para escolha do método referiu-se à avaliação de seu potencial para permitir a aproximação ao objeto de estudo, tendo por base a natureza do problema dessa investigação, relacionado aos fatores envolvidos na análise das estratégias das ações intersetoriais desenvolvidas pelas equipes de saúde da família do CMSCFF°.

Decidiu-se pela pesquisa qualitativa, visando a buscar um universo de significados, motivações, valores e atitudes, correspondentes a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não poderiam ser operacionalizados quantitativamente.<sup>77</sup>

Uma pesquisa qualitativa tem a intenção de descrever em sua complexidade um fato social a ser investigado através de métodos e técnicas produzidos para se aprofundar no objeto de estudo.<sup>81</sup> Ela também, além da natureza subjetiva dos fenômenos que estuda, estabelece formas de pensamento mais rigorosas e complexas que se aproximam dos campos das ciências sociais e humanas, afastando-se de outros campos do saber, como a Física ou Biologia.<sup>80</sup> A pesquisa qualitativa se ocupa de um nível de realidade que não pode ser quantificado. Nesse mesmo raciocínio o universo da produção humana é resumido pelas relações, representações e intencionalidade, que são o objeto da pesquisa qualitativa. Ela se aprofunda no universo dos significados.<sup>82</sup> A pesquisa qualitativa, procura analisar as percepções dos sujeitos pesquisados sobre o mundo que os rodeia, tendo como principais características a análise de palavras (narrativas), a análise indutiva (sem preocupação com as totalidades) e a análise subjetiva, onde o pesquisador envolve-se com o processo e geração de categorias para analisar os fenômenos.<sup>83</sup>

As afirmações de Bogdan<sup>84</sup> sobre as características de uma pesquisa qualitativa sintetizam o que foi descrito acima. A pesquisa qualitativa tem o ambiente natural como fonte direta dos dados e o pesquisador como instrumento-chave; o processo é tão considerado pelos pesquisadores quanto o resultado e o produto; seus pesquisadores tendem a analisar seus dados indutivamente; e o significado tem grande importância quanto à sua abordagem.

O processo de trabalho científico em pesquisa qualitativa foi construído pelas três etapas: **Fase exploratória** onde planejou-se o projeto, cujos elementos constitutivos de um projeto de pesquisa foram: escolha do tema, delimitação do problema e do objeto, definição da natureza e do propósito do estudo com seus objetivos geral (intenção) e específicos (ação), construção do marco teórico-conceitual onde foram discutidos e analisados os temas Intersetorialidade, Promoção da Saúde, Conceito ampliado de Saúde, Integralidade, Determinantes Sociais da Saúde, Trabalho em Equipe e Estratégia de Saúde da Família, inerentes ao objeto de estudo, construção da metodologia com seus instrumentos de coleta de dados, definição do tempo de pesquisa

e dos recursos, e citadas as fontes pesquisadas. A segunda etapa foi a **Fase de trabalho do campo**, execução da pesquisa, fase que permitiu a aproximação da pesquisadora à realidade do seu questionamento e a interação dos diferentes atores que representam esta realidade. Os instrumentos aplicados foram entrevistas semiestruturadas e observação direta às equipes de saúde de família. E a última etapa foi a **Fase da análise e tratamento do material empírico e documental** onde ocorreu a elaboração e análise dos documentos, ordenação e classificação dos dados e a análise propriamente dita.<sup>84</sup>

Com estudos exploratórios consegue-se obter informações contextuais para esclarecer o(s) problema(s), ajudando a formular e responder a(s) questão(ões) do estudo, desenvolver hipóteses, quando pertinente, e estabelecer prioridades.<sup>85</sup>

A pesquisa exploratória visa prover o pesquisador de um maior conhecimento sobre o tema ou problema da pesquisa em perspectiva; é elaborada visando à busca de subsídios para formulação mais precisa do problema e elucidação dos conceitos.<sup>85</sup>

Helder (2006) citado por Sá-Silva (2009, p. 3)<sup>86</sup> diz “A técnica documental vale-se de documentos originais, que ainda não receberam tratamento analítico por nenhum autor. [...] é uma das técnicas decisivas para a pesquisa em ciências sociais e humanas”.

Nesta técnica utilizam-se também documentos já analisados, que podem ser incluídos para uma nova interpretação. Na pesquisa documental, a fonte de coleta de dados está restrita a documentos, escritos ou não. São fontes de dados primários. Crítica levantada à pesquisa documental refere-se à subjetividade no conteúdo registrado, na procedência e a não representatividade. Para evitar a falsidade documental, o pesquisador deve usar do recurso da crítica interna e externa para avaliar a autenticidade e veracidade dos documentos.

Um estudo etnometodológico descreve minuciosamente os objetos investigados e, por causa disso, é conhecido também como pesquisa situada. É a observação direta e a investigação detalhada dos fatos, no lugar onde eles ocorrem. A finalidade é construir uma descrição minuciosa e densa das pessoas, de suas relações e de sua cultura. Deve existir um agir tanto passivo quanto ativo.<sup>77</sup> É um espaço intersubjetivo que permite a compreensão, a descrição e a comunicação com o outro.

As críticas ao estudo etnográfico se concentram na relevância dada ao empírico e com a interpretação construída a partir dele, e por isso surge uma valorização do conhecimento aos significados subjetivos que os sujeitos criam de seu mundo. Há

uma separação entre pensamento e ação.<sup>77</sup>

A escolha e levantamento da amostragem de uma pesquisa é uma etapa importante e minuciosa, justificando a delimitação das pessoas entrevistadas e do espaço escolhido, para que o pesquisador consiga responder a questão que o inquietou e alcançar os objetivos de sua pesquisa.

No estudo, os dados primários foram provenientes de pesquisa documental, de entrevistas semiestruturadas e observação direta; e os secundários da pesquisa bibliográfica.

A pesquisa documental teve por objetivo fornecer subsídios para compreender o desenvolvimento da estratégia da intersetorialidade no contexto da Promoção da Saúde no trabalho em equipe dos atores investigados. O propósito foi de confrontar o discurso dos profissionais das equipes de saúde de família com sua prática, no sentido de analisar as estratégias das ações intersetoriais desenvolvidas pelas equipes de saúde da família do CMSCFF<sup>o</sup>.

A utilização desta técnica foi para analisar os documentos referentes a políticas públicas de saúde como a da Promoção da Saúde, da RAS e da Atenção Primária conforme mostrado na tabela abaixo, no sentido de examinar diretrizes, linhas de ação, objetivos, dentre outros aspectos relevantes para a temática em discussão.

Fontes documentais consultadas	
Política Nacional de Promoção da Saúde – documento para discussão 2002	
Política Nacional de Promoção da Saúde – 2010	
Lei Orgânica da Saúde nº 8080 – 1990	
Decreto 7508 – regulamenta a Lei 8080 – 2011	
Portaria nº 4279 – Diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – 2010	
Constituição da República Federativa do Brasil – 1988	
Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão – 2006	
Portaria nº 2488 - Política Nacional de Atenção Básica – 2011	
Portaria GM/MS nº 1996 - Diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - 2007	

A pesquisa bibliográfica ou de fontes secundárias abrangeu bibliografia já publicada em relação ao tema de estudo. Foram pesquisadas as bases de dados Lilacs e Scielo, no período de outubro de 2011 a julho de 2013 usando como descritores: ação intersetorial, promoção da saúde, Saúde da Família, saúde integral e equipe interdisciplinar de saúde.<sup>87</sup> Pelo cronograma inicial era previsto o término da construção do referencial teórico em junho, mas, para organização da pesquisa, prorrogou-se por mais um mês.

Como já revelado, o objeto de pesquisa é o processo de trabalho intersetorial na Estratégia de Saúde da Família. Assim a pesquisa teve como sujeitos, os atores que desenvolvem as práticas de trabalho, tais como, o gestor, os profissionais das três equipes de saúde da família e das duas de saúde bucal que são de referência do Centro Municipal de Saúde Carlos Figueiredo Filho, um total de 37 sujeitos. Cada equipe de saúde da família é composta por profissional médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agente de vigilância em saúde (AVS) e seis agentes comunitários de saúde (ACS) com carga horária de 40 horas. No período das entrevistas, as equipes estavam incompletas, compostas por dois médicos com carga horária de 40 horas, um médico de 20 horas e com quatorze ACS. Além disso, existem duas equipes de Saúde Bucal, compostas cada uma com um cirurgião-dentista (CD) e um auxiliar de saúde bucal (ASB) e uma das equipes também composta por um técnico de saúde bucal (TSB). Todos os profissionais aceitaram participar da pesquisa. Optou-se pela escolha desses profissionais partindo do pressuposto da importância em identificar a percepção dos trabalhadores sobre o desenvolvimento das ações intersetoriais dentro do seu processo de trabalho, com classificação e análise dos dados posteriormente. O critério de exclusão visualizado envolve a não aceitação desses sujeitos em participar da pesquisa.

#### **4.1 INSTRUMENTOS METODOLÓGICOS**

Interessa ao contexto a apresentação do território da comunidade em estudo:

O Morro do Borel é uma comunidade localizada no bairro da Tijuca, na Zona Norte da cidade do Rio de Janeiro. Tem uma área de 330.239 m<sup>2</sup>, segundo dados do Instituto Pereira Passos. Localiza-se na Área de Planejamento 2.2 da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.



A sua ocupação teve início em 1921, quando ocorreu a remoção dos Morros do Castelo e de Santo Antonio. O nome do morro deriva de Irmãos Borel, dois irmãos franceses que tinham uma fábrica de rapé e tabaco no local, praticamente em frente ao antigo local da fábrica de cigarros Souza Cruz.

Em 31 de dezembro de 1931, foi fundada a escola de samba da comunidade Grêmio Recreativo Escola de Samba Unidos da Tijuca. Em abril de 1954 foi fundada a União dos Trabalhadores Favelados que, posteriormente, se constituiria na associação de moradores que teve o nome de União de Moradores do Morro do Borel, e em 2002 passou para Associação Comunitária dos Moradores do Morro do Borel.

Uma unidade de saúde em seu território sempre foi um sonho dos moradores da comunidade do Borel. Após anos de lutas e reivindicações, em 1999 chega o Projeto Favela Bairro e com ele a tão esperada unidade de saúde. Em agosto de 1999 a unidade já tinha seu endereço e começou a ser construída no anexo do CIEP Antoine Magarino Torres Filho. O cadastramento dos moradores também já estava sendo feito. Em 2 de fevereiro de 2000 foi inaugurado pelo prefeito da época o Posto de Saúde Carlos Figueiredo Filho, em homenagem ao primeiro médico que prestava assistência aos moradores do Borel, em 1968, e que faleceu enquanto se dirigia a um atendimento na comunidade. Apesar da unidade de saúde ter sido nomeada de Posto de Saúde, sempre trabalhou como Estratégia de Saúde da Família, inicialmente constituída por duas equipes de saúde.

Segundo o Censo 2010<sup>88</sup> do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) foram revelados os seguintes dados populacionais do morro do Borel: 7548 habitantes, 3597 homens e 3951 mulheres; 2166 domicílios com uma média de 3,5 morador/domicílio; renda per capita: 444.00; anos de estudo (maiores de 25 anos): 6,6; taxa de desemprego: 13.6%; taxa de emprego com carteira assinada: 65.7%; taxa de jovens que trabalham ou estudam: 47.6%. A área adstrita do morro coberta pela Saúde da Família do CMS Carlos Figueiredo Filho com três equipes de Saúde da Família e duas equipes de Saúde Bucal, tem 9898 pessoas cadastradas, informações levantadas pelos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

A comunidade foi introduzida em diversos programas governamentais de desenvolvimento social, o primeiro foi em 1999, o Programa Favela Bairro; em 2007, o Programa de Aceleração do Crescimento; em 2010 foi contemplada com uma Unidade de Polícia Pacificadora; em 2011 com o Sistema de Alerta e Alarme Comunitário; e em

2012 entrou no Programa Morar Carioca. Por ter sido incluída nesses programas, a partir de 2010 foi designada como comunidade urbanizada dentro da nova classificação dos assentamentos de baixa renda.<sup>89</sup>

Para executar o trabalho de campo, o projeto da pesquisa, cujo objeto/sujeito foram profissionais de saúde, foi encaminhado e submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ); e para entrada no campo, a pesquisadora apresentou uma carta de anuência (Apêndice D) ao gestor da unidade de saúde, solicitando autorização para a pesquisa. Ao iniciar o trabalho de campo a pesquisadora, respeitando as normas éticas atuais, elaborou os termos de consentimento livre e esclarecido (Anexos A e B).

Na aplicação dos instrumentos de pesquisa foi utilizada a abordagem da triangulação de técnicas que integram a análise das estruturas, dos processos e dos resultados, incluindo a compreensão das relações envolvidas nas ações e a perspectiva construída pelos atores sobre o projeto trabalhado. Os atores, aqui, comportaram-se como objetos de análise, mas também sujeitos de auto-avaliação. Na triangulação, a integração aconteceu ao se ter processado e analisado os dados produzidos pelos vários instrumentos; foi um olhar sob várias dimensões.<sup>77</sup>

Na triangulação, então, durante o processo de produção do conhecimento, rompem-se barreiras epistemológicas, teóricas e práticas.<sup>77</sup> A triangulação possibilita um escopo maior em fontes de dados e mantém uma retroalimentação constante entre as fases da coleta e da análise dos dados.

A pesquisa de campo foi realizada com a finalidade de obter informações e/ou conhecimentos sobre o problema que se procurava resposta e buscar alcançar os objetivos preestabelecidos que direcionavam os dados a coletar, como subsídio no incremento de dados para trabalhar o objeto da pesquisa e construção de estratégias na reorientação das práticas de promoção da saúde, e assim, a pesquisa fornecer maior nitidez teórica, o que permitiu um aprofundamento intersubjetivo de forma interativa.<sup>77</sup>

Além disso, o trabalho de campo aproxima o pesquisador da realidade sobre a qual investiga, e estabelece uma interação entre os atores e a realidade problematizada; o estudo do campo exige, necessariamente, o envolvimento qualitativo do pesquisador no contexto da realidade pesquisada, característica fundamental para o bom desempenho de uma pesquisa. Trabalha-se a imersão de uma realidade específica.<sup>80</sup>

O objeto de estudo não era estranho nem exterior à pesquisadora, tornando impropriedade qualquer pretensão de neutralidade. Ao contexto do objeto da pesquisa pertence também o sujeito, que comporta uma interpretação da realidade e o interesse na pesquisa. Para Demo (1980 apud Barros 2009, p. 78), <sup>27</sup> o conhecimento tem sempre uma situação inicial que o condiciona, e a partir dessa situação inicial constroi-se o seu sentido, entendido como a maneira de um objeto envolver-se com um sujeito. Mesmo com o envolvimento da pesquisadora com o objeto, o processo de pesquisa foi uma forma de interação social que compreende a realidade, posicionando-se dentro do contexto.

Os instrumentos utilizados para coleta dos dados foram: entrevistas semiestruturadas acompanhadas e complementadas com informações oriundas da observação direta.

#### 4.2 A TÉCNICA DA ENTREVISTA COMO ESSÊNCIA DE DADOS

O instrumento entrevista tem como objetivo construir informações pertinentes consistindo numa comunicação e interação verbal entre o pesquisador e o pesquisado. <sup>82</sup>

A entrevista semiestruturada combina perguntas abertas e fechadas, onde o entrevistado fica mais livre na sua resposta em relação à questão formulada, e ainda facilita a abordagem e assegura que os pressupostos levantados pelo pesquisador sejam cobertos na conversa. É importante analisar o tema previamente estabelecido, mas também explorar todos os elementos de relevância apontados pelos interrogados na pesquisa de campo. <sup>77</sup> Comprovadamente este instrumento pode propiciar situações de contato, ao mesmo tempo formais e informais, de forma a estimular falas mais ou menos livres, que respondam ao problema e atendam aos objetivos da pesquisa no contexto investigado e, assim, é uma tarefa bem mais complexa do que parece ao primeiro instante.

O dimensionamento de entrevistas seria orientado pelo critério de saturação de Bertaux (1980), que é entendido a partir do conhecimento percebido pelo pesquisador, no campo, de que compreendeu e alcançou a lógica de funcionamento do grupo ou coletividade estudada, construindo a representatividade para o seu objeto de estudo. <sup>77</sup> Tal instrumento não pôde ser aplicado, devido à percepção pela pesquisadora do desejo que todos os profissionais tinham de deixar suas falas registradas. A

pesquisadora tinha composto uma equipe de saúde da unidade durante oito anos, ficou muito difícil não entrevistar todos os sujeitos participantes da pesquisa. Essa decisão, no entanto, não comprometeu os resultados alcançados.

O roteiro para entrevista semiestruturada é um guia para o pesquisador e permite flexibilidade nas conversas e introdução de novos temas. O objetivo é que cada pergunta dê forma e conteúdo ao objeto de estudo, ao demonstrar a inter-relação entre o objeto e os objetivos da pesquisa, contribuindo com os significados do pesquisador e dos entrevistados.<sup>77</sup> Constitui-se no elemento facilitador da abertura, ampliação e aprofundamento da comunicação.

O estudo obedeceu três roteiros de entrevista semiestruturada (Apêndices A, B e C), um modelo é destinado ao gestor, outro aos profissionais das equipes de nível superior e o último para profissionais das equipes de nível técnico, roteiros, estes flexibilizados, deixando os entrevistados mais livres em suas colocações e com garantia de informações mais precisas. Constou também de questões com indicadores suficientes para abranger as informações esperadas, conforme destaca Minayo.<sup>77</sup> A diferença entre os roteiros consiste, basicamente, em duas questões: uma no roteiro do gestor sobre educação popular em saúde, pois ele representa a figura do presidente do colegiado gestor local e a outra no roteiro dos profissionais de nível superior sobre educação permanente em saúde no contexto da promoção da saúde para o trabalho em equipe. Todas as entrevistas foram gravadas, após comunicação e obtenção da autorização pelo entrevistado, e transcritas. A condução do roteiro ficou assim disposta: a) levantamento da competência técnica da população-alvo; b) concepção de promoção da saúde; c) processo do trabalho em equipe; d) participação e representação comunitária; e) percepção e concepção sobre ação intersetorial.

Uma entrevista consiste numa interação verbal entre o pesquisador e o pesquisado. Pode-se dizer, então, que na entrevista o respondente fala. Esta etapa da pesquisa foi muito recompensadora, onde se extraíram dados muito importantes e profundos para o estudo.

A entrevista capta a fala de determinado tema e, quando analisada, precisa incorporar o contexto de sua produção e sempre que possível, ser complementada por informações advindas da observação direta. Assim, o pesquisador obterá também elementos como relações, práticas, cumplicidades, omissões que perpassam o cotidiano.

Na realização de um trabalho interacional almeja-se usufruir de um instrumento privilegiado de coleta de dados - a fala. Esta é reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos e ao mesmo tempo tem a habilidade de transmitir representações grupais, em condições socioeconômicas e culturais específicas.<sup>77</sup>

Habermas (1987 apud Minayo 2010, p. 205)<sup>77</sup> afirma que a fala é um mecanismo de intransferência, pois assim como aproxima também acumula contradições. A comunicação verbal, neste contexto, foi relevante quando refletiu sobre os conflitos e contradições próprias dos sistemas sociais.

Bourdieu (1973 apud Minayo 2010, p. 205-6)<sup>77</sup> mostra com maestria o questionamento de como a fala de um pode ser representativa da fala de muitos, quando argumenta que as condições de existência reproduzem sistemas de disposições semelhantes por meio da harmonização de práticas que se repercutem em usos e costumes:

Todos os membros do mesmo grupo ou da mesma classe são produtos de condições objetivas idênticas. Daí a possibilidade de se exercer na análise da prática social, o efeito de universalização e de particularização, na medida em que eles se homogeneízam, distinguindo-se dos outros.

O principal testemunho centrou-se na figura de um informante (interlocutor) privilegiado, por sua situação de destaque ao estar, em alguns momentos, fora do grupo social entrevistado. Sua existência teve como fim, completar e enriquecer a informação recolhida nas variadas fontes, pois em sua fala pode-se constatar um maior afastamento sobre o controle de impressões definido por Goffman (1959; 1975 apud Minayo 2010, p. 213-6).<sup>77</sup>

Importa mencionar as ideias de Bourdieu, loc. cit sobre a questão da representatividade em pesquisa qualitativa e o esquema teórico criado por ele conceituado “habitus”.

O “habitus” torna possível o cumprimento de tarefas infinitamente diferenciadas, graças às transferências analógicas de esquemas que permitem resolver os problemas.....constitui uma mediação universalizante que proporciona às práticas de um agente singular, sem razões explícitas e sem intenção significante, seu sentido, sua razão e sua organicidade.

O autor ainda concluiu:

As relações interpessoais numa pesquisa nunca são apenas relações de indivíduos e a verdade da interação não reside apenas na interação. É a posição presente e passada na estrutura social que os indivíduos trazem consigo em forma de “habitus” em todo o tempo e lugar, que marca a relação.

Então, a representatividade do grupo na fala de um indivíduo acontece, porque tanto o comportamento coletivo como o individual obedecem a modelos culturais interiorizados, ainda que hajam variações contradizendo as tradições.<sup>77</sup>

Estudiosos como Goffman (1959; 1975 apud Minayo 2010, p. 213-6)<sup>77</sup> e Berreman (1975 apud Minayo 2010, p. 213)<sup>77</sup> compreendem todo o processo de contato do grupo social pesquisado e o investigador, entendendo como um intercâmbio ativo.

No trabalho em campo existe um interlúdio entre o pesquisador, que entra em contato, e a fala e os comportamentos de seus entrevistados, que buscam manter em sigilo a sua “região interior” conforme colocação de Berreman, ou ter “controle de impressões” expressão usada por Goffman. Este momento é um aspecto básico e inerente à interação, o que comprova que nem sempre o grupo falará totalmente a verdade sobre sua realidade social.

### 4.3 OBSERVANDO DIRETAMENTE

A observação consiste no processo de contemplar sistemática e detidamente o desenvolvimento da vida social, sem manipulá-la, nem modificá-la, o que viabilizará seguir seu curso de ação.<sup>81</sup>

Esse estudo utilizou também a técnica da observação direta, cujo grau de estruturação foi classificado como não estruturada, assistemática, pois foi aplicada de maneira espontânea, informal e ocasional, não havendo planejamento quanto a quais aspectos observar, quais dados coletar, a formação de categorias, considerando o mínimo de interferência na pesquisa, ao valer-se de situações significativas inesperadas e oportunas para o objetivo do estudo.

Quanto ao grau de envolvimento grande parte foi aplicada a técnica não participante, até mesmo, para manter a espontaneidade do estudo, já que a pesquisadora tinha composto a equipe se saúde. Mas pôde-se também reconhecer a técnica participante, segundo tipologia de Gold, observador como participante, um modo de observação quase formal, através de contato superficial, em momentos considerados

importantes para a pesquisa, inclusive nas complementações das entrevistas.<sup>87, 1</sup>

A observação implica num encontro entre o observador e os sujeitos observados, mediado pela percepção de quem observa e por seu desejo de obter informação sobre um tema em particular. Desenvolve também um processo sistemático de registro, descrição detalhada e interpretação de um acontecimento de interesse.

O cenário foi o interior da unidade de saúde em local disponibilizado. O período de observação ocorreu durante a realização das entrevistas, que ocorreram em dez turnos, algumas agendadas e outras não. Foram observados, então, comportamentos e percebido sentimentos dos profissionais das equipes, durante os depoimentos a partir das entrevistas, em relação ao processo de trabalho. Em três desses turnos a pesquisadora aproveitou sua ida para o matriciamento quando estendia um pouco sua carga horária na unidade de saúde para pesquisa de campo.

Na observação, o registro é colocado no instrumento diário de campo, local de anotações das informações de entrevistas informais, como comportamentos, valores, hábitos, tradições, costumes, convivência inter-relacional, expressões, celebrações e instituições que tenham relação com o tema em estudo. São as representações sociais.<sup>77</sup>

Mediante notas e a manutenção do diário de campo, o pesquisador se autodisciplina a observar e anotar para obter o seu relato etnográfico. São descritas as impressões pessoais, resultados de conversas informais, comportamentos contraditórios com as falas e as manifestações dos interlocutores quanto aos pontos investigados. Os dados foram registrados, logo que possível, após o momento da observação para evitar constrangimentos e assim, poder estudar uma ampla variedade de fatos ou fenômenos. Ao final demonstraram-se os resultados obtidos da pesquisa. O registro do trabalho de campo foi processual onde cada passo estava relacionado com os dados que seriam obtidos posteriormente, a fim de melhorar a teoria, a metodologia e clarificar o problema central.<sup>77</sup>

No diário de campo foram anotadas as observações feitas durante as entrevistas, conjugadas com a descrição dos cenários. Não houve fatores impeditivos para a coleta de dados. Valorizaram-se situações significativas, oportunas e inesperadas, descrevendo-se então, deduções e sentimentos. Levantaram-se também impressões

---

<sup>1</sup> Na tipologia de Gold (1958) citado por Minayo (2010 p. 280-2)<sup>77</sup> a observação participante pode assumir diversas formas, dependendo do envolvimento do investigador no campo: participante total participante como observador, observador como participante, observador total.

personais, pela entrevistadora, resultantes de conversas informais. Quando necessário, retornava-se às anotações que eram reescritas, faziam-se associações e, se preciso, eram efetuadas mudanças visando ao aprofundamento mais teórico. Brandão<sup>90</sup> denomina essa transcrição de articulação dos dados.

O observador deve estar sujeito a mudanças de ponto de vista, de acordo com novas evidências surgidas, evitando ideias preconcebidas. O pesquisador deve vivenciar a realidade, ser interativo e se fazer compreensível.<sup>77</sup>

Na concepção de Popper (1975) citado por Lakatos; Marconi(1991, p. 68-70)<sup>91</sup> a observação é um teste do problema apresentado pela pesquisa, que poderá ter um resultado falseado ou não.

Constata-se então que na observação direta implica saber ouvir, escutar, ver, fazer uso de todos os sentidos. É preciso aprender quando perguntar, assim como quando não perguntar.

#### 4.4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE DADOS

A análise e a interpretação dos dados consistem na “exploração do conjunto de opiniões e representações sociais sobre o tema que pretende investigar”.<sup>82 p.79</sup>

A análise dos dados constituiu-se do tratamento do material empírico, que conduziu à teorização sobre os dados, a partir de questões e hipóteses de interesse ao estudo, motivando o confronto entre a abordagem teórica anterior e o material produzido no estudo do campo apontado como contribuição singular, através da decomposição dos dados, tendo por parâmetro responder ao problema e alcançar os objetivos da pesquisa.<sup>77</sup> Foi um processo dinâmico, reflexivo e iterativo. Nessa etapa ocorreu a correlação do referencial teórico com a prática da pesquisa.

A fase da interpretação tem por finalidade buscar o sentido das falas e observações e estabelecer uma compreensão dos dados analisados, iniciando-se com as próprias interpretações dos atores; é a interpretação das interpretações.<sup>82</sup>

O estudo trabalhou com a técnica de análise de dados qualitativos - análise narrativa de conteúdo – “que se concentra no conteúdo manifesto, quer dizer consiste em analisar os conteúdos expressados de forma direta e interpretar seu significado.”<sup>81</sup>

O conceito de Berelson (1971), nome marco na técnica de análise de conteúdo, foi citado por Bardin (2011, p.42)<sup>92</sup> que a definiu assim: “É uma técnica de



pesquisa que através de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, tem por fim interpretá-los.”

Segundo Bardin<sup>92 p.48</sup> a análise de conteúdo pode ser entendida como:

um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

A análise de conteúdo se propõe desvendar os sentidos subjetivos, já que o discurso aparente é simbólico e polissêmico; caracteriza-se como um método de investigação do conteúdo simbólico de mensagens de diferentes abordagens. Interpreta o conteúdo de um texto, seguindo normas sistemáticas a partir da reprodução de significados, e consiste em relacionar a frequência da citação de palavras ou ideias de um texto, para medir o peso relativo atribuído a um determinado assunto.

A modalidade de unidade de análise dos dados escolhida foi a análise categorial ou temática, pois teve como conceito central um determinado assunto.

Sintetizando, a análise de conteúdo constituiu-se das seguintes etapas:<sup>92</sup>

- Pré-análise - escolha do material de campo a ser trabalhado através da leitura fluente, exaustiva do material, ocorreu a decomposição do conteúdo do material empírico para encontrar sentidos e significados em unidades de registro (fragmentos mais simples), que revelassem certas sutilezas talvez ali contidas, e em unidades do contexto que delimitaram o conjunto para compreensão da significação dos itens obtidos; os fragmentos poderiam ser palavras, termos ou frases expressivas de uma mensagem. Nesta fase incluiu-se a transcrição das gravações das entrevistas.

- Ordenação – período de rearranjo dos dados das entrevistas, do material da observação e de outros documentos. Incluiu releitura do material e disposição dos relatos e dos dados de observação.

- Categorização – é a fase de classificação. É definida como:

uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com critérios previamente definidos.

Essa etapa consistiu na exploração do material com leituras horizontais para busca de coerência interna das informações, e leituras transversais onde se realizou o recorte, processo de refinamento da categorização através de reflexões e interpretações dos dados representativos levantados.

As categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de unidades de registro, constituem-se em conceitos relevantes e carregados de significação, em função dos quais o conteúdo de uma fala será organizado.<sup>92</sup>

Assim, foram então definidas as unidades de análise que poderiam dar conta dos objetivos propostos nesse estudo. Utilizaram-se categorias analíticas e categorias empíricas assim conceituadas. As analíticas retêm as relações sociais fundamentais que servem de guias teóricos para o objeto do estudo em questão; surgem após o estabelecimento das ideias centrais com a realização de leituras horizontais, atravessando as respostas de cada participante, e transversais; confrontam os diferentes participantes por ideias centrais em cada subgrupo. As empíricas que são construídas posteriormente, a partir da aproximação das ideias centrais semelhantes que originaram os temas, e da junção dos temas recorrentes, da compreensão dos dados advindos dos atores sociais envolvidos; delineiam relações específicas. São expressões classificatórias elaboradas pela pesquisadora que emanam da realidade.

- Descrição - exposição das informações o mais fiel possível; enumeração das características do texto.

- Inferência - evidencia a real finalidade da análise. Construiu deduções lógicas a partir dos dados identificados que dialogaram com as proposições já feitas.

- Interpretação - forneceu significação às características do texto com subsídio da fundamentação teórica desenhada inicialmente ou advinda do material de campo.

Na pesquisa documental foram analisados então o conteúdo de documentos institucionais ou não, como Leis, Portarias, Decretos, Relatórios, Pactos, Cartas, Manuais e outros, e do material extraído do campo por meio de leituras verticais e horizontais, para construção das categorias empíricas, e conseqüente cruzamento destas com as teorias obtidas das referências.<sup>77</sup> Característica usual dessa etapa foi o surgimento e a preservação de um conteúdo que, depois de analisado, pôde contribuir com aspectos e fenômenos da vida social que de outro modo não seriam acessíveis.

Quivy & Campenhoudt<sup>79</sup> consideram que a análise do conteúdo pelo método qualitativo tem como informação de base a presença ou ausência de uma característica ou modo de como os elementos do discurso se articulam uns com os outros.

Os instrumentos que serviram de guia para o estudo buscaram atender aos objetivos desse estudo, fundamentando-se no arcabouço teórico da Promoção da Saúde, considerado o marco teórico desenvolvido.

A etapa da análise visa a estabelecer uma reflexão sobre os dados coletados, responder às questões formuladas, e ampliar o conhecimento sobre o tema pesquisado, articulando-o ao contexto social em que se insere.

Estas duas técnicas, entrevista e observação direta, mais a análise documental, como estratégias de campo, construíram informações de variadas opiniões sobre o assunto pesquisado, ao subsidiar em muito o estudo do objeto da pesquisa, aproximando-o do cotidiano.

#### 4.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Foram respeitados os cuidados éticos referentes aos princípios legais da pesquisa com seres humanos. Tal Resolução do Conselho Nacional de Saúde<sup>93</sup> define, ainda, que todo e qualquer projeto de pesquisa que envolva seres humanos, direta ou indiretamente, deve ser submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa. Dessa maneira, esse projeto foi submetido à CEP da ENSP/FIOCRUZ, através da Plataforma Brasil, tendo sido aprovado pelo Parecer nº 178.294 de 21 de dezembro de 2012. Tratou-se de uma pesquisa com profissionais de equipes de saúde da família, cujo campo de pesquisa é o processo de trabalho das equipes no desenvolvimento de ações intersetoriais.

Como parte do processo ético constituinte da pesquisa para entrada no campo, a pesquisadora apresentou a carta de anuência (Apêndice D) ao gestor da unidade de saúde, com pedido de autorização da pesquisa. A declaração revelava o nome do projeto, o objetivo geral de analisar as estratégias das ações intersetoriais desenvolvidas pelas equipes de saúde da família do CMSCFF<sup>o</sup>, os critérios para escolha da população em estudo e como seriam realizadas as técnicas de coletas de dados, através de entrevistas e da observação direta.

As disposições éticas atuais enfatizam a relevância do consentimento livre e esclarecido, “a obrigatoriedade de todos os esclarecimentos ao sujeito da pesquisa (em linguagem acessível), resguardando-se o direito à recusa e o direito de ter cópia do termo assinado”.<sup>94 p.197</sup> Seguindo estas recomendações, foram elaborados os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexos A e B), apresentado aos atores envolvidos no projeto, que discorria sobre a finalidade do estudo, a importância da contribuição dos profissionais das equipes de saúde, a comunicação do uso de gravações durante as

entrevistas e a garantia do sigilo dos dados.

Como já trabalhara em uma das equipes, não houve necessidade de apresentação da pesquisadora à população entrevistada. Os profissionais foram contatados para agendamento das entrevistas na primeira quinzena de janeiro. Assim, com o objetivo de garantir o anonimato dos sujeitos envolvidos no estudo, os nomes dos entrevistados foram substituídos por códigos alfanuméricos compostos pelas letras iniciais da categoria de ator-chave – informante privilegiado (IP), profissional de nível superior (PNS) e profissional de nível técnico (PNT) seguidos do número de ordem da entrevista. Para distinguir a fala dos sujeitos de outras citações textuais, será adotada ao longo do texto a grafia em itálico.

Na pesquisa de campo poderiam ocorrer situações constrangedoras ou alterações emocionais relacionadas a um determinado assunto surgido durante a entrevista. Caso acontecesse, a continuidade da pesquisa ficaria dependente da anuência do entrevistado. Na referida pesquisa não foram constatadas situações constrangedoras.

## **5 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **5.1 INTRODUÇÃO**

Abordar o tema da intersetorialidade implica pensar em saúde ampliada e nos determinantes sociais da saúde. Neste trabalho procurou-se como objeto da pesquisa demonstrar a articulação das equipes do CMS CFF<sup>o</sup> no desenvolvimento das ações intersetoriais com ênfase no fato de que essas práticas são um processo em construção.

No momento em que os determinantes sociais da saúde ganham um papel de destaque na explicação do processo saúde-doença, não há mais como não se visualizar saúde de uma maneira ampliada. É importante buscar a prática da estratégia da promoção da saúde no trabalho intersetorial face à perspectiva de diferentes dimensões do cuidar.

Durante a pré-análise do material, que reporta ao objeto e objetivos do estudo, puderam-se identificar estruturas de análise com construção teórica das seguintes categorias analíticas: Formação Profissional, Saúde no conceito ampliado, Trabalho em Equipe e Intersetorialidade.

A partir da exploração do material surgiram as categorias empíricas trazidas pelos profissionais entrevistados, que visam alcançar os núcleos de sentido dos dados originados. A ordenação e classificação dos dados possibilitaram apresentar os resultados encontrados nos subcapítulos que se seguem:

5.2 - Modo de admissão na Estratégia de Saúde da Família

5.3 - Formação Acadêmica dos sujeitos do estudo

5.4 - O conceito de Promoção da Saúde

5.5 - O processo de Trabalho em Equipe

5.6 - Fatores mediadores para implementação do Trabalho Intersetorial

5.7 - Estratégias apontadas para reorientação das práticas na Articulação Intersetorial

## 5.2 MODO DE ADMISSÃO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

### 5.2.1 Retrato dos sujeitos da pesquisa

Os atores escolhidos para o estudo foram o gestor, três equipes de saúde da família e duas equipes de saúde bucal, num total de 37 sujeitos. Duas equipes trabalhavam com inserção integral de todos profissionais de saúde com carga horária de 40 horas semanais e uma equipe, no momento, com dois profissionais médicos com carga horária de 20 horas semanais, de acordo com a Portaria nº 2.488/2011,<sup>95</sup> que revisou a implantação e operacionalização da Política Nacional de Atenção Básica. No entanto, na época da pesquisa de campo, por ausência de um profissional médico e dois agentes comunitários de saúde, resultaram em 34 sujeitos.

Nos dados de identificação quatorze profissionais têm formação no ensino superior: três médicos; dois cirurgiões dentistas; quatro enfermeiros, um no exercício do cargo de gestor da unidade; uma técnica de enfermagem formada em Enfermagem; três agentes comunitários de saúde, dois em Pedagogia e um em Teologia; e uma agente de vigilância em saúde graduada em Engenharia Elétrica. Observam-se contribuições significativas dentro das equipes, quando são encontrados profissionais graduados em categorias que não exigem graduação de nível superior.

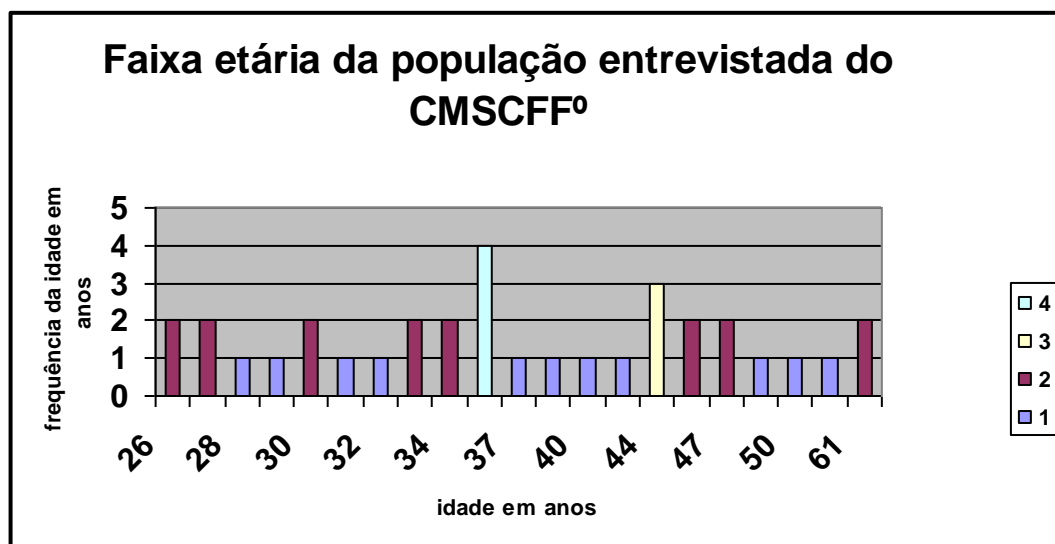
Dos quatorzes agentes comunitários de saúde, três profissionais encontravam-se cursando o ensino superior, dois graduandos em Enfermagem e um graduando em Direito; quatro se formaram em Técnico de Enfermagem e um estava cursando; em relação ao Curso Técnico para agente comunitário de saúde, quatro o completaram e seis realizaram a primeira etapa do curso. Uma auxiliar de saúde bucal fez também curso de Técnico em Saúde Bucal e um agente de vigilância em saúde encontra-se também cursando o ensino superior na graduação de Direito.

Quanto à forma de vínculo de trabalho dos 34 entrevistados, somente quatro eram estatutários, um cirurgião-dentista, dois técnicos de enfermagem e um agente de vigilância em saúde, enquanto os trinta restantes estavam em regime de trabalho celetista.

Com relação à idade dos profissionais, os dados revelaram faixa etária entre 26 e 61 anos, com média de 38,7 anos de idade. Quando separamos por nível de escolaridade, no nível superior a média fica entre 35,2 anos, e no nível médio entre 39,9

anos de idade. As informações são mostradas no gráfico adiante.

Gráfico 1



Fonte: elaborado pela pesquisadora

A feminização do trabalho na saúde entre os profissionais das equipes é comprovada na pesquisa. O termo feminização em relação ao mercado de trabalho é descrito quando se identifica o crescimento da população feminina em algumas profissões, que historicamente eram desempenhadas pelos homens.<sup>96</sup> A pesquisa em questão registrou 73.52%.

Um estudo mostrou, através de dados censitários, que são quase 70% de participação feminina no setor saúde, trabalho considerado uma “atividade feminina”, sendo 61,7% em categorias profissionais de nível superior e, um número maior ainda, 73,7% nos estratos de nível médio e elementar.<sup>97</sup>

Dentre as categorias profissionais de nível superior que compõem as equipes de saúde da unidade, as diferentes categorias de Enfermagem (enfermeiro, técnico e auxiliar) contribuíam para a predominância feminina, mais presente no nível de escolaridade superior o que pôde ser constatado na literatura.<sup>98</sup>

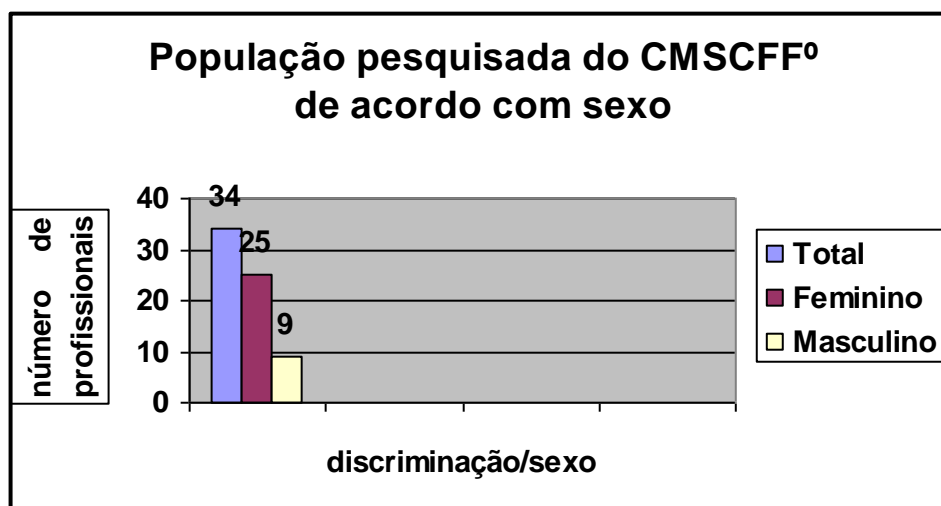
Constata-se um crescendo em determinadas profissões no setor da saúde quanto ao processo de feminização, como é o caso da Medicina, que na década de 1970 as mulheres somavam 11%, nos anos 1980 já eram 22% e, na década seguinte, 33%. Em 2007, 54.7% de mulheres concluíram o curso de Medicina.<sup>96</sup>

Na Odontologia, que se caracterizava como uma profissão tipicamente masculina, atualmente observa-se um processo crescente de feminização do perfil da profissão representando 56% do total de profissionais no setor. <sup>96</sup> Na unidade de saúde um dos dois cirurgiões-dentistas é do sexo feminino.

Na classe dos agentes comunitários, agentes de vigilância em saúde e dos auxiliares de saúde bucal, a população do gênero feminino também prevaleceu.

A seguir foi construído um gráfico desenhando estes dados.

Gráfico 2



Fonte: elaborado pela pesquisadora

Dados levantados do relatório geral do Censo de 2010<sup>99</sup> revelaram que a distribuição de pessoas ocupadas por atividade econômica, a seção Saúde humana e serviços sociais mostrava-se como atividade de trabalho principal e concentrava 3,8% das pessoas ocupadas, gerando em torno de 10% da massa salarial do setor formal de trabalho.

### 5.2.2 Perfil dos Profissionais de saúde

O modo de escolha para ingresso na ESF dos profissionais das equipes teve uma variedade grande de critérios. Dois motivos se igualaram como primeira opção de respostas dos entrevistados com 17,64% cada, um deles precisar de trabalho, e o outro, desejar trabalhar com o social, com a comunidade. Foram seguidos por, também



coincidentes com 11,76% cada, poder praticar o cuidado em saúde e trabalhar na lógica da ESF; e também o critério “outros” com respostas indefinidas. E por fim com uma resposta cada com 2,94%, oportunidade de desenvolvimento profissional e a remuneração salarial. Não responderam 23,52% dos entrevistados.

Os resultados mostraram que o perfil da população entrevistada compreende profissionais comprometidos com o trabalho social, com o “cuidar” da comunidade.

No levantamento de dados colhidos nas entrevistas entre todos os profissionais, o tempo de trabalho na ESF e nas equipes compreendeu entre o período de dois meses a doze anos, com média de 5,1 anos. As categorias profissionais de maior tempo na Estratégia e nas equipes foram os técnicos de enfermagem e os agentes comunitários de saúde; média de 7,3 anos entre os agentes comunitários; e entre os técnicos, dois profissionais com nove anos de trajetória na ESF e nas mesmas equipes inclusive. Há dois anos as equipes de saúde da família agregaram a sua composição os três agentes de vigilância em saúde, que se somaram ao processo de territorialização e atenção à saúde da população.

Na categoria médica foi comprovada a alta rotatividade profissional na ESF, ao verificar-se que o tempo de trabalho na ESF bem maior que a fixação em uma equipe no período. Foi encontrado tempo de ESF de quatro a seis anos e permanência na equipe de dez meses a dois anos. O comprometimento no processo de trabalho e a qualificação do profissional foram expostos, conforme percebe-se nas palavras a seguir.

*Profissional que não é comprometido, [...], com a gente de alguma forma, chega uma situação contínua, que ele tem que estar ali, acompanhando, junto com o agente, e sinceramente, ele não tem aquela atenção, [...], não se atenta ou não quer; aí entra uma questão chamada perfil também, tem profissional que só quer saber de dinheiro na conta e acabou [...] aí complica. PNT13*

Dentre as reivindicações para a área de recursos humanos em saúde, que envolvem problemas de interesses múltiplos e diversificados, uma exigência sempre exposta é a isonomia salarial, motivo de insatisfação na prática de trabalho, que a pesquisa não deixou de revelar.<sup>98</sup>

*[...] eu não sinto muita interação [...] por parte disso, por mais que a gente busque sempre vai ter alguém que vai achar que está sendo prejudicado, que está sendo injustiçado. A interação eu acho que é muito importante. Seria bom que todo mundo tivesse recursos, que todo mundo estivesse ganhando relativamente igual dentro da sua atribuição, tivesse ganhando não com tanta diferença como a gente tem aqui. PNT19*

Um dos principais nós críticos da saúde da família, corroborando queixas e questionamentos, diferenças de postura no trabalho em diferentes segmentos, é a preocupação com a estabilidade, com o vínculo de trabalho, como relatado na seguinte fala:

*Existe sim uma dificuldade, existia, de comunicação, hoje em dia eu estou superando isso, buscando lidar melhor com os colegas, não só os meus colegas da prefeitura, mas os meus colegas aqui do posto, que a gente sente que existe certa [...] eles tem as problemáticas, por eles não serem funcionários públicos estatutários aí tem as dificuldades, desvantagens deles, e aí a gente também sente que de alguma forma está ali incomodando.*  
PNT19

### 5.3 FORMAÇÃO ACADÊMICA DOS SUJEITOS DO ESTUDO

Discriminando a formação/qualificação dos atores envolvidos na pesquisa, constatou-se que a unidade ainda não tinha profissional com especialização em Atenção em Saúde da Família; mas uma enfermeira e um cirurgião dentista estavam realizando o curso no momento. Dentre os profissionais enfermeiros encontrou-se especialização em Saúde da Mulher, Saúde do Trabalho, Oncologia, Centro Cirúrgico, Neonatologia e Obstetrícia; o gestor da unidade estava se especializando em Gestão em Saúde da Família; o outro cirurgião-dentista cursava a especialização em Saúde Pública. A pesquisa sinalizou que os médicos das equipes não tinham titulação em Medicina de Família e Comunidade, mas um profissional trabalha na ESF desde a graduação quando do exercício de monitoria. No nível médio os três agentes de vigilância em saúde realizaram curso de Vigilância em saúde.

Quanto ao curso Introdutório na ESF, instrumento valoroso em informações sobre os princípios da ESF, as características do processo de trabalho, as atribuições fundamentais comuns e específicas dos profissionais, dos trinta e quatro pesquisados, vinte e seis realizaram o curso. A importância do curso é percebida na fala a seguir.

*[...] a gente sempre teve um trabalho de equipe, no geral, muito bom, só que veio se perdendo com relação aos profissionais da equipe técnica de nível superior, porque quem chega não entende o que é a Estratégia de Saúde da Família, [...], não que eles não queiram entender, mas porque, vêm de outro tipo de serviço e a forma como eles são introduzidos no serviço hoje, e o que é passado pra eles com relação a indicadores, é aquilo que eles acabam absorvendo.* PNT10

Como destacado, o curso Introdutório foi percebido como um acréscimo importante na prática de trabalho e afirmado como uma condição primordial para o entendimento dos princípios da ESF e reconhecimento da qualidade na articulação do

processo de trabalho desenvolvido.

Pontuações importantes: a única categoria em que todos os profissionais realizaram o curso foi a de agentes comunitários; dos nove profissionais de nível superior, cinco realizaram o curso, sendo dois médicos, dois enfermeiros e um cirurgião-dentista; os agentes de vigilância, embora façam parte das equipes há dois anos, não realizaram o curso introdutório.

Uma fala apontou a mudança de metodologia aplicada na didática do curso realizado há oito anos, com relação ao ministrado atualmente, como possível fator de influência sobre a qualificação profissional.

*[..]hoje eu percebo muita diferença, pra quem teve um introdutório e pra quem tem o introdutório que hoje existe, [...]. A diferença é que naquela época a gente passava um mês no introdutório, eram abordados todos os assuntos [...] cada categoria tinha a sua especificidade contemplada ali, hoje não, é feito mais ou menos uma semana ou quinze dias, e é toda a equipe, é com todos os profissionais. PNT10*

Nas elocuições produzidas e pela observação dos pesquisados, detectou-se a diferença da prática de trabalho desenvolvida pelos profissionais devido aos conhecimentos assimilados do curso, mesmo aqueles que participaram mais de uma vez já que, segundo os próprios, sempre acrescenta.

*Quatro. Em 1999, 2001, 2003, 2009. Acrescentou, não, só foi melhorar, assim, de um pra outro [...], a explicação do curso foi melhorando, [...], o padrão subiu. PNT9*

*Em 2002 eu fiz um, e depois conforme foi mudando as gestões, eu fui fazendo os introdutórios. Sempre acrescenta. PNT13*

A convocação para o curso, talvez pela logística do trabalho da época, foi imediata para alguns e para outros após um tempo de sua contratação, quando já estavam desenvolvendo seu trabalho no território, mas mesmo assim, a compreensão para o processo de trabalho teve um acréscimo importante.

*Fiz depois, depois de um ano trabalhando. Sim, mudou a minha prática, porque a gente passa a entender mais, a gente vê os pontos que precisam ser mais trabalhados, melhora o trabalho. PNT15*

Despontaram-se dificuldades para aplicação do que é trocado no curso; eram queixas como: grande demanda espontânea, critério de indicador de desempenho de produtividade. Ao observar os entrevistados foi percebido sentimento de impotência.

*O introdutório valeu a pena “né”, o problema é que toda a teoria que a gente aprende em sala de aula, na prática é diferente, o dia a dia, muito diferente. Por exemplo, agora esta gestão que nós estamos vivendo, este novo*

*modelo de gestão que o Rio de Janeiro tem, de prontuário eletrônico, modelo de clínica da família, que ele diz que é todo modelo europeu, que veio de Portugal, [...] desconstro tudo que o Ministério tem na cartilha, porque se você quiser hoje conhecer a verdadeira essência da Estratégia de Saúde da Família é melhor ir pro interior, então você vê realmente a realidade[...] Hoje a gente está trabalhando com número, é o tempo todo número[.]* PNT6

*Quando eu entrei aqui, a demanda era muito grande, então não tinha como desenvolver o trabalho direito, aquilo que era passado no curso, muita das vezes, não tinha como passar aqui para a comunidade [..], a gente tenta fazer o que aprendeu no curso, mas muitas das vezes não dá.* PNT16

Também a constatação pelos profissionais, quando se deparam com a realidade do território e a alteração do processo de trabalho em relação ao que é apresentado no curso.

*O curso em si foi bom, porque eu não tinha nenhuma experiência ainda na área de saúde, mas quando eu entrei neste trabalho, na parte mesmo braçal, pra saber como é que era, quando eu vi, algumas coisas eram fora da realidade do curso.* PNT16

*Sim, me auxiliou por muito tempo, hoje eu acho que não muito mais, porque a Estratégia da Família mudou muito, eu acho, do que eu vi no introdutório, do que a gente aprendeu como realizar.* PNT14

#### 5.4 O CONCEITO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

A promoção da saúde é considerada uma estratégia mediadora entre pessoas e ambiente, visando a aumentar a participação dos sujeitos e da coletividade na modificação dos determinantes do processo saúde-doença, como emprego, renda, educação, cultura, lazer e hábitos de vida. No âmbito individual educa e promove a saúde estimulando o autocuidado, e no âmbito coletivo coordena diferentes setores para implementar atividades básicas e primordiais de prevenção.<sup>101</sup>

A percepção do conceito pode ser entendida como mostrado a seguir.

*E quando você informa da situação de saúde de um cidadão, [...] ou da situação de saúde que cerca um cidadão e você começa a informar ao cidadão o que é a saúde pra ele, como a saúde se completa, como a saúde se faz ou se tem para ele.* PNT13

Existem dois conceitos de grande utilidade quando se quer dimensionar problemas de saúde, definir prioridades de intervenção e reduzir desigualdades: estado de saúde e demanda. O conceito de estado de saúde tem um significado mais objetivo por representar uma situação instalada. Já demanda pressupõe a ação do indivíduo a partir de sua necessidade. Esse movimento também pode ser dimensionado.<sup>102</sup>

Pôde-se detectar diante de alguns depoimentos, devido a sobrecarga de demanda espontânea na porta de entrada da unidade, que as necessidades e problemas de saúde da população do território sob a responsabilidade das equipes eram muitos. Como consequência para as equipes, destacam-se rotatividade profissional que interfere na continuidade do vínculo; não desenvolvimento da prática da promoção de saúde de fato; e interferência na oferta de qualidade da atenção à saúde.

*[...] não há mais a questão do vínculo, tanto que a gente tem uma rotatividade de profissionais na equipe, médico, enfermeiro [...]. A demanda também é uma coisa que tem sido muito difícil. Como é que o profissional vai ter vínculo com a pessoa que ele consegue conversar 10 minutinhos? PNT14*

*O médico, aqui, e o enfermeiro ficam direto atendendo, a demanda é muito grande, aí ficam direto atendendo e não há promoção, não conseguem fazer uma boa promoção da saúde. A promoção da saúde tem importância no trabalho em equipe, porque se a equipe está livre pra fazer uma boa promoção e prevenção para a saúde, eu acho que vai melhorar para a população, do que ficar direto dentro do consultório atendendo. PNT21*

A promoção da saúde é uma estratégia mediadora entre pessoas e ambiente que visa a aumentar a participação dos sujeitos e da coletividade no seu autocuidado, e é muito importante para o trabalho em equipe na ESF.

Refletindo sobre a intervenção oportuna da promoção da saúde nos problemas de saúde identificados, a intersetorialidade surgiu como uma estratégia que compreende a saúde como produção social; desta forma, engloba um espaço de atuação que extrapassa o setor saúde, perpassando articulações entre vários setores, governamentais ou não, e a sociedade.<sup>103</sup>

Conforme o Relatório Final da Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde, intersetorialidade é compreendida como ações e/ou intervenções sobre os determinantes sociais em um movimento de corresponsabilização por parte das organizações públicas e parceiros com construção de uma rede de relações.<sup>104</sup> Configurando-se como estratégia da promoção da saúde, a intersetorialidade surge como estruturante para o alcance dos objetivos em saúde.

As intervenções sobre os determinantes sociais da saúde têm como objetivo promover a saúde, a equidade em saúde e combater as iniquidades, atuando nos determinantes sociais que a geraram através de práticas de saúde efetivas.

Inferiu-se então, pelos dados primários produzidos a partir das entrevistas, que a concepção da saúde ampliada relacionada com os determinantes sociais da saúde é muito bem entendida pela equipe.

*[...] eu quando entro na casa deste morador eu tenho que ver o todo dele, eu tenho que ver como é que está o sistema de esgoto, a água, tenho que ver até como está a questão financeira [...], como está o psicológico dele, [...], porque tudo isto envolve a saúde "né", porque se ele estiver desempregado, o psicológico dele não "tá" bom, aí ali ele começa a desenvolver [...], algumas patologias até psicológicas e psiquiátricas, aí vai entrando na saúde. PNT6*

*É todo um contexto, toda aquela questão da saúde, da educação, da moradia, do trabalho, são as condições que levam o indivíduo a se sentir bem, a se sentir bem de uma forma que ele venha a se perceber e se entender, como um indivíduo que tem direito a usufruir destes direitos mínimos e básicos, que é a saúde, educação, lazer, trabalho [...]. PNT8*

Alguns depoimentos privilegiam a Saúde da Família, estratégia implantada para reorganização da Atenção Primária à Saúde, confirmando um dos seus atributos definido por Starfield,<sup>25</sup> primeiro contato da rede de atenção para as necessidades de saúde da população.

*Vamos fazer o que? Tem que estar preparado pra tudo. Igual na chuva, se cair um temporal forte, de repente, como é que está a situação lá em cima? [...] Como é que está a questão da água? Porque todo mundo desce, e vem pra cá, a primeira porta de entrada é a nossa. PNT4*

*[...] quem mais está cuidando desta questão da água, quem mais está cuidando não, o único setor que está de frente, que começou porque foi quem sentiu, porque óbvio, as pessoas chegam aqui com os mesmos sintomas, de 80 atendimentos num dia, 72 eram os mesmos sintomas, então é óbvio que a gente vai ser o primeiro, e aí a gente sinalizou "né", mas aí cadê os outros órgãos? Será que ninguém sabe mais [...]. PNT2*

## 5.5 O PROCESSO DE TRABALHO EM EQUIPE

É preciso compreender as práticas de trabalho, também educadoras, que se manifestam com relações de trocas e de conflitos de posições e de poder. Este novo modelo de trabalho em saúde, construído na metodologia educação permanente em saúde, primado por uma *práxis* pedagógica "libertadora", ao problematizar a realidade; vem desafiar o SUS a transformar suas estratégias e práticas, em especial, no que se refere à promoção da saúde, com atitudes crítica-reflexiva e empoderadora.<sup>105, 106</sup>

A educação permanente em saúde preocupa-se com as situações-problemas e necessidades de saúde rotineiras nas práticas de trabalho das equipes e objetiva a transformação e a qualificação das práticas de saúde. É uma aprendizagem no trabalho em equipe, entendida como aprendizagem-trabalho, e assim, contribui para a estimulação da estratégia da intersectorialidade no contexto da promoção da saúde.

*Educação permanente [...] é a gente dar continuidade ao trabalho, [...] em cima de uma demanda surgida, tipo aquele programa, de saúde mental [...] dos alcoólatras, PET que eles chamavam. Eu tenho uma microárea que tem um grupo de alcoólatras. Então trabalhamos pelo projeto. PNS4*

Mas a conceitualização de educação permanente em saúde ainda necessita ser melhor compreendida pelas equipes. Alguns equívocos ocorreram em relação à educação continuada, como exposto a seguir.

*A gente acaba que fica estacionado no tempo e no espaço, você dificilmente tem tempo para se atualizar, acaba que você fica [...], já com a atualização, a gente passa a ter as informações mais recentes, os protocolos novos, as novidades, o que estão fazendo, o que deve ser feito[...] PNS1*

E outros, com a prática de promoção e educação em saúde.

*Educação são os grupos de saúde que são muito importantes. Tem o grupo de tabagismo, grupo de gestantes, do adolescente [...] Ah! o dos idosos também, que é muito importante. Lembrando de esporte, tem a academia carioca, então, a educação permanente tem relevância para o trabalho em equipe através dos grupos educativos, que têm que ser bastante valorizados. PNS3*

Para Singer (1999) citado por Maia (2005, p. 10)<sup>107</sup>, gestão social diz respeito

a:

*ações que intervêm nas diferentes áreas da vida social para a satisfação das necessidades da população, que se colocam desde a questão do ‘abandono de crianças’ até a questão da crise do trabalho.*

No exercício da gestão social em saúde, o gestor deve apropriar-se das necessidades de saúde do território sob sua responsabilidade. O gestor social de saúde, então, deverá articular e integrar ações em rede, o que significa ampliar os campos de prática, intersetoriais e interdisciplinares, com estímulo à participação do coletivo.<sup>103</sup>

As ações intersetoriais realizadas pelas equipes de saúde da família se alinham de acordo com o referido por Inojosa.<sup>108 p.43</sup>

*O modelo que tem como paradigma de organização a intersetorialidade visa a propiciar a introdução de práticas de planejamento e avaliação participativas e integradas, na perspectiva situacional, de compartilhamento de informações e de permeabilização ao controle social.*

O estudo registrou ações de promoção da saúde realizadas pelas equipes no território.

*Sim, já participei de ações educativas na área com a Jocum, as vacinações domiciliares e nas creches; a própria arrecadação de mantimentos com comerciantes parceiros da comunidade, quando houve, em momentos de dificuldades. PNT2*

*Existem também, assim, ações que não são tão frequentes, mas que acontecem, caminhadas da dengue, até outros parceiros que convidam a*

*gente pra participar como a Fundação Leão XIII. Há um tempo, numa pracinha aqui perto, teve uma atividade, aos sábados, uma atividade voltada para a população idosa, pra quem não tinha documentos, aí eles convidaram a unidade a participar; alguns profissionais se disponibilizaram [...]; a questão do lixo também. Mas o que eu vejo mais diretamente ligado ao meu trabalho é com a educação nas escolas. PNS8*

É intenção da equipe que seus componentes tenham um perfil voltado à prática da promoção da saúde e sejam comprometidos com o seu trabalho, estimulando o diálogo e a participação, características ainda pouco presentes, o que leva a maior motivação, relação/interação e potencialização da autonomia dos sujeitos.

A avaliação de ações de promoção da saúde deve estar associada às diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde na Política Nacional de Promoção da Saúde: integralidade, equidade, responsabilidade sanitária, mobilização e participação social, intersetorialidade, informação, educação e comunicação e sustentabilidade.

O Relatório do Grupo de Trabalho promovido pela Organização Mundial da Saúde <sup>109</sup> estabeleceu quatro aspectos para avaliação de iniciativas de promoção da saúde:

- Participação social – envolvimento de todos aqueles que têm interesse legítimo na iniciativa avaliada;
- Múltiplos métodos - utilizar elementos de vários campos disciplinares;
- Capacitação - de indivíduos, organizações e governos na solução de problemas;
- Adequação - entre planejamento da intervenção e o seu impacto.

Com a participação social, a avaliação surge como um instrumento de construção de capacidades de atores diversos, bem como o fortalecimento de grupos populacionais envolvidos. A participação da comunidade na formulação e avaliação dos programas é central para que estes possam incentivar o desenvolvimento e a transformação social.

A avaliação em promoção da saúde é uma ação permanente. Neste sentido deve ser descentralizada, sendo suas indagações originadas no espaço da própria intervenção em seu contexto. Ou seja, deve contribuir para a democratização institucional e para o enfrentamento dos problemas com tomada de decisões – a maior expressão da promoção da saúde.

Esta perspectiva vai ao encontro com opiniões de entrevistados:

*Para a equipe, o processo de trabalho completo, fluindo bem, eu vejo que os profissionais têm que [...], desempenhar as suas autonomias. O ACS tem suas autonomias, suas diretrizes, a técnica de enfermagem, o enfermeiro, o*



*médico, todos ali desempenhando suas funções, fazendo seus relatórios, suas reuniões de equipe, avaliando os seus trabalhos. Os trabalhos têm que ser avaliados com certeza. Avaliação, o pessoal tem um medo de avaliação, eu já vejo por outro lado, estatística, [...], de como foi, como não foi, o que perdeu, o que ganhou, você tem uma ideia de como está o trabalho daquela equipe ali, de como está funcionando aquela unidade como um todo. PNT13*

*[...] nós questionamos os outros trabalhos, então tem que questionar o nosso trabalho também, quando questionam o nosso trabalho, a gente pode ver alguma coisa, porque a gente trabalha, está nesta rotina, e não consegue ver o que está errado. IP*

A pesquisa de campo revelou que a avaliação das ações, proposta para obtenção de aprendizados, mostrou-se incipiente por parte dos profissionais das equipes, mas ainda não tem a participação da comunidade.

No município do Rio de Janeiro, a Secretaria Municipal de Saúde adotou o prontuário eletrônico clínico para homogeneização, monitoramento e avaliação do processo de trabalho; foi atribuído o gerenciamento do sistema de informação à Organização social (OS) da área de planejamento. Foram apontadas declarações discordantes quanto à funcionalidade do instrumento em relação à coerência dos dados reais aos registrados, como a seguinte.

*Agora você tem um sistema de computador que não ajuda, tem as facilidades dele, mas por outro lado, ele não informa a minha situação mesmo[...] E aí é uma burocracia do sistema que atrapalha. Nós também trazemos a informação, porque você tem nesta unidade aqui, hipertensos, diabéticos que não se tratam aqui, existem os planos de saúde,[...]. Então a gente traz esta informação e esta informação precisa entrar no sistema,[...], mas eu não vou deixar de acompanhar este cara porque, de alguma forma, este cara um dia ele vai vir aqui. [...], e aí entra a minha informação, mas a minha informação não se encontra com a da enfermeira, que por sua vez não se encontra com a do médico. PNT13*

A OMS vincula o processo avaliativo ao planejamento, já que a avaliação deveria ser utilizada para absorver aprendizados.

O planejamento das ações deve focar as necessidades de saúde da população, embasado na avaliação de indicadores, na organização de eventos, no fortalecimento e capacitação das equipes de saúde para trabalharem com as ações de promoção da saúde, incorporando o trabalho intersetorial, que acabam por permitir que profissionais de vários setores contribuam com seus saberes, linguagens e práticas para a melhoria da intervenção na saúde, utilizando metodologias apropriadas.<sup>110</sup> Nas elocuições das equipes de saúde da família, foi mostrado dificuldade na realização de planejamento de ações.

*[...] hoje pela questão da demanda e tudo o que acontece fica difícil, e disso eu sinto falta, porque no começo havia isso um planejamento, uma estratégia do que você vai fazer, hoje em dia até [ ..] coloca no papel mas na hora de efetivamente atuar[...] fica muito difícil, muito difícil. PNT14*

*Não consegue, não consegue porque toda a vez que a gente tenta fazer, acontece alguma coisa.. Tudo assim dificultava para fazer com o médico e com a enfermeira, porque eles tinham que atender, aí assim, fica difícil, a gente começa, mas nunca termina, nunca termina. PNT15*

*Ah! Eu acho que não, ultimamente não. Ação na minha equipe? É, planejar, a gente planeja, a gente só não consegue botar em prática, entendeu? E isso é uma frustração enorme. PNT2*

No processo de trabalho defrontado pelo estudo, a prática do planejamento é limitada e descontínua.

Em divergência, as equipes de Saúde Bucal revelaram que conseguem planejar suas ações, conforme descrito a partir de um depoimento.

*[...] a gente faz sim ações planejadas, por exemplo, as escolas, o CIEP, sempre tem uma ação já planejada, tem também o que a gente faz no decorrer do ano todo nas escolas, a gente vai fazer os exames, tem a escovação, e aqueles que realmente têm necessidade a gente encaminha para cá e já começam o tratamento. Tem o planejamento das visitas domiciliares também se a gente vê necessidade. PNT25*

Mostrou-se também que com a utilização do sistema de registro eletrônico adotado na Atenção Primária, o SIAB não estava sendo aplicável ao processo de trabalho, no levantamento das situações de risco e necessidades de saúde da população, e no planejamento e avaliação das ações pelas equipes.

*Hoje, eu acho que equipe nenhuma de saúde da família neste município do Rio, pode ter até um município do Brasil que exista, faz a leitura rotineira e correta do SIAB. O SIAB pra mim é o maior instrumento pra uma equipe fazer o seu planejamento, e hoje você não tem conseguido mais aplicar o SIAB [...] PNT6*

*Eu fazia a cada SIAB, eu avaliava meu trabalho a cada SIAB, quando era de papel porque o papel, de alguma forma te obriga a você pegar seus cadernos, fichas, e você vai fazendo o seu balanço. Agora, você tem um sistema de computador que não ajuda [...] tem as facilidades dele, mas por outro lado, ele não informa a minha situação mesmo pra quem tem que mostrar.PNT13*

O trabalho em equipe é uma prática complexa, tem variáveis de comportamentos, opiniões, percepções, hábitos e impressões. Por isso foram evidenciadas facilidades e dificuldades no processo de trabalho.

A articulação de saberes e práticas multiprofissionais e alteridade entre profissionais e profissionais/usuários são fatores relevantes para a inovação das práticas

em todos os cenários de atenção à saúde e de gestão setorial.<sup>111</sup>

Guareschi (2002) citado por Santos; Barbosa (2007, p. 30)<sup>112</sup> assinala a necessidade de se encarar o outro como distinto, com identidade, e não diferente, e que esta é a verdadeira alteridade, e a partir daí ser possível estabelecer um diálogo, e construir um relacionamento de respeito.

O estudo conseguiu evidenciar em algumas respostas o conceito de alteridade:

*[...] e na nossa equipe a gente consegue discutir de uma forma mais aberta, e eu posso acrescentar um pouco mais nesse processo de discussão, nesse processo de formação do nosso modo de trabalhar, então, por isso na nossa equipe fica mais tranquilo o trabalho em equipe, pois cada um ajuda o outro. PNT12*

*A gente hoje está com uma proposta de fazer mudanças, tanto que a ideia pra nossa equipe, principalmente hoje, é [...] cada semana um ACS traz um tema para discussão e a gente tenta trabalhar, reconhecer aquilo que está gritante, aquilo que está acontecendo muito [...]. PNT8*

A construção da alteridade entre os sujeitos envolvidos na pesquisa também foi um fator facilitador para o trabalho em equipe; o reconhecimento e o respeito ao outro foi um estímulo ao trabalho partilhado.

Mas também percebemos relações não articuladas, fragilizadas entre profissionais como colocadas nas falas a seguir.

*[...] acho que esta troca aqui, não tem tido muito não, são poucos. E esta dificuldade é com todos. Eu aqui, eu tenho relação só mesmo com os ACS, com os médicos, enfermeiro, isso aí praticamente [...] Participo das reuniões de equipe, às vezes, nem sempre, mas mesmo quando eu venho, eu vou te dizer, ali na reunião, é difícil ter uma certa troca. PNT18*

*[...] eu acho que primeiro tem que ter diálogo, se a gente fica todo mundo só [...] uma colega fala, todo mundo dentro da sua caixinha, a gente acaba não enxergando possibilidade de se articular, de se ajudar, mas não sei, especificamente nesta realidade daqui, eu senti muita diferença quando eu vim da outra unidade de saúde da família que eu trabalhei pra cá. PNS8*

A equipe de Saúde Bucal não desenvolvia o trabalho em equipe articulado com as equipes de Saúde da Família, o que pôde ser observado durante a realização do campo pela pesquisadora e identificado no seguinte depoimento.

*Olha, especificamente na Saúde Bucal, acho que a gente tem muita dificuldade de se integrar com os outros profissionais, isto aí não sei exatamente de onde isso vem, das equipes de Saúde Bucal terem chegado depois na Estratégia de Saúde da Família e não fazerem parte da equipe básica, mas de um modo geral, não só aqui. [?] É a equipe e a “Odonto”, [...], então eu não consigo ver muito a facilidade e a integração. É como se fosse assim, o que é da “Odonto” diz respeito só a “Odonto”. Uma coisa que me incomoda, eu preciso estar integrada ao trabalho de toda a equipe, eu tenho que saber um pouco de pré-natal, tenho que entender de tuberculose, tenho que entender das outras coisas, mas os outros*

*profissionais não precisam entender nada de Saúde Bucal. [...] Eu não vejo nada que facilita esta integração da saúde bucal com a equipe, acho difícil pra caramba. Até na cabeça da gestão, na cabeça dos outros profissionais, a Saúde Bucal não está no topo das prioridades. PNS8*

Vários fatores exercem influência na relação ao trabalho em equipe, e um deles descrito pelos profissionais foi o critério de produtividade exigido para alcance no cumprimento das metas e indicadores na obtenção de resultados. Algumas entrevistas mostraram a interferência desta atividade no processo de trabalho das equipes na lógica da Saúde da Família.

*Eu percebo hoje que de alguma maneira, o trabalho todo de Estratégia de Saúde da Família, [...] no dia a dia, ele vai perdendo um pouco da sua característica, [...], porque hoje o sistema cobra da gente produção, e assim, [...], nós deixamos de ver aquelas famílias pelo seu nome, nós deixamos de ter [...] aquele olhar holístico, e passamos a ter um olhar voltado em números, e perdemos muito na qualidade do trabalho, então isto é uma cobrança do próprio sistema, [...] e acaba sendo um fator bem negativo mesmo. PNT8*

*[...] Hoje, a gente não tem mais promoção da saúde dentro da Estratégia, a gente está reduzido a número, infelizmente esta é uma realidade nossa. Quando eu entrei aqui no PSF, a gente conseguia ter uma atenção com o paciente, a gente conseguia sentar com ele, conversar com ele, hoje eu já não posso fazer isto, porque senão eu não consigo dar o número que eles querem e eu vou ser punida de alguma forma por baixa produção. PNT3*

Assim, constatou-se redução das ações de promoção da saúde, interferindo no processo de trabalho das equipes, para cumprimento das cláusulas desse novo modelo de contrato de gestão, estabelecido entre a SMSRJ e a OS responsável pela AP 2.2 em 2011, e seguimento dos critérios de produção adotados para trabalhar sob indicadores de acompanhamento, avaliação e metas para os serviços de saúde.<sup>113</sup>

Com essa organização de gestão percebe-se uma gestão em contraposto à gestão social, esta, norteadas pelas necessidades de saúde da população, e evidencia-se o modelo do gerencialismo com retomada de ações verticalizadas, centradas no assistencialismo, e ainda corroborado que a implementação das atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças não ser mais atribuição das equipes. Assim, demanda em ações não integradas ao processo de trabalho, diminuição do grau de autonomia profissional, reflexo em um fator estressor - diminuição da satisfação no trabalho. Percebe-se, com isso, fragilização de um dos fundamentos da APS, a vinculação e responsabilização equipe/população adscrita com influência direta sobre a continuidade das ações em saúde e a longitudinalidade do cuidado.

O gerencialismo surgiu no Brasil nos anos noventa, com o debate da reforma gerencial do Estado embasado nos modelos inglês e norte-americano. É um tipo de abordagem de gestão com estrutura organizacional em uma dimensão administrativa e econômica, de comportamento hierárquico centralizado quanto aos processos de tomadas de decisão.<sup>114</sup>

Relações interpessoais frágeis são consideradas como condição estressora dentro do processo de trabalho em equipe. As relações interpessoais devem ser valorizadas de forma positiva, confirmando que ambientes de trabalho que promovem o contato entre as pessoas são mais benéficos e estimuladores.<sup>115</sup> A oportunidade da relação positiva com outros é uma variável considerada, quando se reporta à satisfação no trabalho e sua relação com a motivação, identificação e produtividade no trabalho e/ou qualidade de vida. Nas relações de grupo um dos estressores percebido é a falta de coesão.<sup>115, 116</sup> Algumas situações foram experimentadas pelos entrevistados.

*Não, as equipes não estão unidas, as equipes tinham que se [...] não só uma equipe só, todas as equipes, são 3 equipes, as 3 equipes tinham que se unir, conversar [...] PNT21*

*Eu acho importante começar a rede a se entender primeiro dentro do próprio setor, porque não adianta eu buscar parcerias lá fora, se o serviço dentro da unidade não se entende, [...]. Então a gente precisa, primeiro, começar a falar a mesma língua, pra depois começar a buscar parcerias, pra que, aí siga um fluxo, porque senão o trabalho não funciona. PNT10*

Essas relações interpessoais desarticuladas e não coesas entre as equipes contribuíram como fatores estressores quanto à satisfação no trabalho e, conseqüentemente, influenciava na qualidade do trabalho executado, o que ocasionou abstenção, rotatividade e queda da produção do trabalho.<sup>116</sup>

Esses fatores limitantes foram confirmados no comentário.

*[...] rotatividade profissional, não está bom, está tirando este vínculo da comunidade com a própria unidade de saúde, é questão de saúde mesmo, idosos, hipertensos severos, diabéticos, alguns problemas que precisam de laudos médicos, precisam da visita do médico, do profissional de saúde. PNT11*

A equipe de saúde enquadrou-se na tipologia - equipe agrupamento.

A forma de vínculo de trabalho da maioria dos profissionais é celetista, e este fato influencia na alta rotatividade das equipes e, conseqüentemente, o comprometimento de uma característica essencial do processo de trabalho da estratégia, a formação de vínculos.<sup>100</sup>

*E o vínculo profissional que não se tem na unidade, hoje você tem um profissional, amanhã você tem outro, ou você trabalha já sabendo que aquele profissional não vai ficar ali, ou você trabalha criando caminho, uma expectativa, e aquele profissional vai embora, ou não vem mais. PNT13*

*[...] hoje eu acho que mudou muito. Hoje eu não vejo a Estratégia da Família como há oito anos quando eu entrei. Nessa questão dos números hoje passei a ser vista como número, não há mais a questão do vínculo, tanto que a gente tem uma rotatividade de profissionais na equipe. PNT14*

## 5.6 FATORES MEDIADORES PARA IMPLEMENTAÇÃO DO TRABALHO INTERSETORIAL

No encontro da Associação Brasileira Rede Unida de 2000,<sup>117</sup> o conceito de intersetorialidade foi construído como:

*articulação entre sujeitos de setores sociais diversos e, portanto, de saberes, poderes e vontades diversos, para enfrentar problemas complexos. É uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas [...]*

Comprova-se a prática na fala a seguir.

*Então, eu fiz parte de um grupo aqui dentro da comunidade que se chama Grupo Articulador Local, que foi o Unicef junto com a prefeitura que se organizaram em prol da criança e adolescente, a partir dali eu vi que a intersetorialidade, ela funciona e funciona bem quando a gente tem objetivos em comum. A gente tem objetivo em comum aqui dentro da comunidade, com todos os setores da comunidade [...] quando a gente consegue se juntar, em busca de um mesmo objetivo, a gente consegue desenvolver trabalhos bacanas. PNT10*

Um depoimento deixou relatado que é preciso maior homogeneidade das ações dos atores envolvidos para desenvolvimento do trabalho intersetorial:

*Ah! Eu acho que [...] é cada um puxando para si sabe, infelizmente assim, cada órgão, cada instituição governamental ou não, eles puxam muito pra si mesmos [...] acho que podia deixar de ser uma batata, para se transformar em um purê de batata, porque só assim, talvez, nós conseguíssemos êxito, porque do jeito que "tá" [...]. PNT2*

Concepções equivocadas da prática interdisciplinar e da integralidade da atenção em saúde foram evidenciadas na pesquisa, quando construíram o conceito de intersetorialidade como ações envolvendo variados campos profissionais e especialidades do próprio setor saúde no trabalho em equipe ou como integração dos diferentes níveis de atenção ou de outros setores governamentais, por mais que saibamos da relação direta entre os três princípios.

*Ação intersetorial, acho que é uma ação conjunta, multidisciplinar, [...]. Seria por exemplo, a parte técnica, o enfermeiro, o médico, o dentista.. O importante para uma ação intersetorial é a informação que por*

*consequência vai gerar uma demanda, e ali, a gente analisar, debater a intersectorialidade. Eu tenho esta visão, posso estar até errado. [?] Você se cercar do problema em si, e onde eu não puder alcançar, o meu colega venha a ser coadjuvante, ou o próprio protagonista da resolução da ação. PNS7*

*Intersetorialidade? Seriam diferentes [...] não sei bem em relação a que seria esta intersectorialidade. Seria a que? Relacionada ao município? É a integração entre setores, de saúde, provavelmente. Agora, não sei, se isso quer dizer em diferentes níveis de atenção. [?]. PNS5*

Para efetivação da integralidade da atenção é importante uma estruturação e articulação das equipes da unidade, bem como destas com agentes de outros setores. A pesquisa mostrou depoimento que declarava que a integralidade das ações carecia de continuidade e comprometimento junto à comunidade para trabalhar sua autonomia e conscientização.

*E às vezes você precisa ter um pouco de paciência com aquele paciente, ou com aquela situação, de repente não é uma situação tão rápida de ser resolvida, então você tem que ter um pouco mais de paciência para esperar acontecer [...], não desistir. Acho que aqui, falta um pouco disso, não só aqui no posto, mas em muitas coisas aqui na comunidade. As coisas começam a dar certo, demora muito e as pessoas largam de mão. PNT 25*

A intersectorialidade corrobora a equidade, ao fortalecer o acesso igualitário para iguais necessidades de saúde, quando coordena, vincula e articula distintos setores para melhoria da qualidade de vida de um sujeito, família, grupo ou comunidade.

E em contrapartida, o trabalho intersectorial é vivenciado pelas equipes. Na percepção das equipes de saúde da família sobre seu processo de trabalho intersectorial, observou-se sensação de insatisfação e impotência, pois consideram seu trabalho ineficiente, apesar das tentativas de iniciativas de ações intersectoriais. As equipes não conseguem apropriar-se de seu papel na ação intersectorial pelo processo de trabalho em equipe desenvolvido. Esta constatação vem confirmar o já previsto por Mendes <sup>118</sup>, ou seja, as equipes não executam ação intersectorial e teriam seus esforços integrativos limitados também, pois estes estariam na dependência das capacidades de condução da gestão.

O trabalho intersectorial é uma diretriz para o fortalecimento de um processo de conscientização e de enfrentamento dos problemas vividos na realidade cotidiana pela comunidade. É indispensável que, além da capacidade científica, do domínio técnico e da ação política, tenhamos o compromisso com o desenvolvimento de autonomia da comunidade, fundamentado em atitudes como amor, escuta, afetividade, respeito, tolerância, humildade, alegria, abertura ao novo, disponibilidade à mudança, esperança,

abertura à justiça.<sup>21</sup>

A atitude da escuta foi evidenciada nos entrevistados.

*Então eu entendo hoje a necessidade de escutar, [...], porque às vezes na fala dela, ela vai sinalizar pra mim, que a questão da saúde mental que ela precisa é só uma questão de desabafo. A vida é muito dinâmica, e as pessoas não param pra se ouvir, porque se você para pra ouvir, você já consegue resolver 50% do problema ali, [...], às vezes tem pessoas que estão passando necessidades por conta de desemprego, mas elas não relatam, mas você percebe, porque o filho já não tem mais o biscoito que tinha., e aí, é uma questão de observação também, não é só da parte daquilo que o usuário fala, mas da observação também. PNT10*

Algumas percepções de profissionais das equipes de saúde sobre a intersectorialidade não se distanciam dos conceitos adotados por diversos autores pesquisados, pois priorizam a integração, parceria, ação conjunta e união de todos os setores para a realização de um objetivo. Aquelas são expostas nas seguintes opiniões.

*Acho que teriam que haver, periodicamente, reuniões com os órgãos, todos juntos que compõem a comunidade, e aí nestas reuniões serem traçadas ações. É a saúde, são outros lugares que compõem a saúde também, os órgãos que têm na comunidade, as ONGs que atuam, lideranças, a UPP, os órgãos públicos, Cedae, Comlurb. PNT14*

*A Promoção da Saúde, ela está ligada a você conseguir juntar parcerias, porque a promoção, ela se dá no momento em que você está falando de qualquer assunto, porque tudo hoje tem relação com a saúde. Quando você chega na casa de um usuário, de uma família, e esta família "tá" com um problema, e você vai ter que achar junto com esta família, e juntamente com outros parceiros, porque aí já pode não ser só da minha governabilidade. PNT10*

A Carta de Ottawa<sup>119</sup>, documento final da I Conferência Internacional de Promoção da Saúde de 1986, define promoção de saúde como:

o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo.

Esta capacitação visa ao *empowerment*, garantindo acesso à informação em saúde, desenvolvimento de habilidades e tomadas de decisão.

A participação e o controle social são considerados elementos fundamentais nas ações sanitárias, entendendo-se que a realidade social exige a construção de poder coletivo de necessidades originadas de um indivíduo, grupo, ou de uma população, construídas a partir de diferentes saberes, setores e interesses que permeiam a saúde e outros protagonistas envolvidos. Constrói-se assim, o desenvolvimento de habilidades individuais e coletivas.



Como controle social entende-se a capacidade e possibilidade que a sociedade organizada tem de intervir efetivamente na definição e implementação do modelo de gestão do SUS e do modelo atenção em saúde para execução de políticas públicas.<sup>120</sup>

Na gestão da promoção da saúde, o gestor se comporta como um gestor social em saúde, na ótica da gestão social, isto é, acumula competências de planejamento e de gestão administrativa às dimensões sociais do processo saúde-doença, mediante a busca das alianças intersetoriais e a garantia da participação social.<sup>121</sup>

A Carta de Ottawa<sup>119 p.19</sup> configura muito bem um dos conceitos chave da reformulação política e social, a governança, processo interativo que envolve capacidade de governo do conjunto dos atores sociais, públicos e privados na gestão das políticas públicas.

As noções de capital social e dos sistemas de participação cívica servem para discutir as possibilidades de cooperação social, quando se pensa na gestão da articulação intersetorial no contexto da promoção da saúde. O capital social, importante fator para estímulo à participação social, refere-se a algumas características relevantes da organização social que convergiram de relações de solidariedade e confiança, motivando a coesão social. Já os sistemas de participação cívica referem-se às organizações institucionais da sociedade, incluindo associações comunitárias, igrejas, escolas, cooperativas, clubes, sindicatos e partidos políticos de massa. Assim, uma sociedade cooperativa depende do grau de desenvolvimento dos sistemas de participação.<sup>122</sup>

O estudo demonstrou envolvimento de equipamentos do território adscrito em ações de promoção da saúde.

*A Jocum é uma ONG atuante dentro da comunidade, que está sempre fazendo mutirões. O CIEP costuma fazer alguns eventos que também fazem ação com todos os setores, então a gente está sempre fazendo alguma atividade. PNT1*

*Eu já participei de uma ação da tuberculose, ação em Odontologia. A tuberculose foi pra montar uma feira de saúde. Na Odontologia, aqui nas creches, no CIEP, nas escolas da comunidade, é você fazer educação, você fazer a fluoretação, fazer escovação, orientar, conversar, até com os professores. PNT 13*

*[...] por causa do atendimento, não dá tempo de juntar todo mundo. Aí fazemos ações separadas, eu vou para escola mostrar as ações sobre a dengue, como é a transmissão, estas coisas [...] PNT17*

É importante valorizar as redes sociais, potencializando processos participativos que ampliem a perspectiva intersetorial, esta constituindo um fator de inovação na gestão das políticas públicas, bem como estimular a ativação do sujeito nos processos decisórios. Nas redes sociais, cada sujeito tem sua função e identidade cultural, que, quando no coletivo, se relacionam para responder demandas e necessidades da população de maneira integrada. Esta relação com outros vai formando um todo coeso, uma teia de relações, que representa a rede.<sup>103</sup>

Segundo Capra (2002 apud Gondim et al. 2011, p. 332)<sup>103</sup>, “redes sociais são redes de comunicação que envolvem a linguagem simbólica, os limites culturais e as relações de poder”.

Uma rede é uma forma mais eficiente e segura de articulação entre as diferentes organizações sociais. Cury (1999) citado por Comerlatto et al. (2007, p. 269)<sup>123</sup> explana muito bem a diferença entre redes e parcerias.

Através das redes, as organizações estão conseguindo multiplicar iniciativas, trabalhar sua diversidade e segmentação. [...] Diferentemente das parcerias, que se constroem para o enfrentamento de um problema objetivo, pontual, as redes costumam se articular em torno de temas específicos (culturais, educacionais, políticos, etc.).

A participação social é um requerimento essencial para desenvolvimento e organização local, integrados e sustentáveis. Para tal finalidade, importa empoderar a população através da disponibilização de informações técnicas, fomentando a mobilização por sua parte, para trabalhar as reivindicações, determinar as necessidades e os problemas prioritários, e também escolher alternativas para enfrentamento e tomada de decisões.<sup>67</sup>

A pesquisa revelou depoimentos favoráveis e outros não, com relação à utilização do instrumento colegiado gestor. Observou-se que entrevistados envolvidos no controle social tinham uma atitude positiva, como estes depoimentos reunidos.

*A parte da comunidade do colegiado traz pra gente mesmo, pra gente ficar a volta do morro, acompanhar o que está acontecendo no morro, o que a gente pode fazer, o que a gente pode melhorar, o que a gente não pode sinalizar ou não. PNT23*

*Um ano e alguns meses depois do colegiado, hoje a gente está conseguindo trabalhar melhor, antes, era uma acusação dali, outra daqui,[...], hoje a gente sabe o nosso papel melhor, eles sabem o papel como usuário melhor. [...]. A gente já consegue trabalhar mais dentro da comunidade, não só na presença física, mas com as informações em saúde. IP*

Porém observou-se também atitude negativa de outros que não percebiam visibilidade do colegiado, demonstrando sensação de desapontamento e impotência em relação à má utilização desta ferramenta.

*Também não vejo quase nada, vejo as pessoas com as suas queixas com relação ao serviço, mas uma coisa que não tem mobilização, não vejo as pessoas se unirem ou reclamar com quem de direito ou usar este veículo do colegiado para expor as suas reivindicações, não vejo. PNS8*

*Não é atuante. São reuniões muito longas, tem representações que não aparecem, eu não estou conseguindo ver a visibilidade do colegiado, eu não estou enxergando este trabalho ainda. PNT6*

Junqueira<sup>6</sup> considera que a intersectorialidade se propague a partir de problemas da população, que procura de forma integrada, soluções que remetam à articulação de ações e aos saberes próprios de cada política.

Como fator restritivo ao desenvolvimento de ações, a prática intersectorial ainda não se encontra estabelecida ou suficientemente experimentada em meio aos conselhos municipais gestores de políticas públicas.<sup>123</sup>

Falas que mostram a importância do fortalecimento da autonomia do coletivo para a tomada das decisões, são aqui apresentadas.

*[...] mas ninguém trabalha sozinho, a comunidade tem que se ver dentro daquele papel também, porque não é só cobrar, é participar, e a participação não é só você jogando lixo para o gari pegar não, é você trabalhar junto com o gari, saber que aquele trabalho ali não é só do gari, de colher, mas que você em casa tem que ter a responsabilidade de separar o seu lixo. PNT8*

*É ajuda, é a ajuda da comunidade, da gerência do posto, ajuda da saúde bucal, ajuda dos enfermeiros, do médico, dos ACS, do agente de endemias, eu acho que todos nós temos [...] Nós somos uma pedra, tipo um quebra-cabeças, que vai se encaixando, acho que cada um de nós somos essenciais. PNT25*

Os resultados da pesquisa também mostraram que as próprias equipes, do mesmo modo que a comunidade, encontram dificuldades em exercer sua cidadania no que diz respeito à participação no controle social. A fala do informante privilegiado descreveu nitidamente este sentimento de impotência quando se refere ao fomento à mobilização social.

O papel da gestão nesta lógica é de suma importância, sustenta o equilíbrio neste processo de trabalho. Neste contexto inserem-se os espaços de negociação e pactuação, onde são enfrentadas inúmeras dificuldades em função da diversidade de interesses. O gestor deve ser capaz de analisar e interpretar o contexto social, político e institucional em curso. A negociação é o processo de interação entre os atores

envolvidos tornando-se um instrumento gerador de consensos e de disputas.<sup>122</sup>

*[...] uma educação popular mesmo em saúde, estas pessoas tornam-se multiplicadores nossos na comunidade; mas, a gente não consegue fazer hoje um trabalho em conjunto com a comunidade, uma educação em conjunto com a comunidade, eu acho que isto também parte da unidade. A gente aqui não tem esta qualificação, ou então não estamos conseguindo manejar isto de maneira correta. IP*

Estes espaços políticos são vistos equivocadamente pelos profissionais, fazendo separação entre política e sua atuação técnica.

*Tem? Não sei, parte política eu particularmente não suporto, estou sempre fora, sou apolítico, gosto de trabalhar, ver a paciente, o resto, o que está por trás da cortina, a sujeira, não me interessa. PNS1*

*Tem. Não participo. Porque eu também não tenho tempo, [...], então eu procuro não me envolver muito com as coisas que não estão diretamente ligadas assim, que não são necessárias no meu trabalho do dia a dia entendeu? Eu me dedico ao máximo em meu horário de trabalho, e até fora dele, [...]. Agora, o que não tem muito peso, eu não me envolvo muito e como eu não tenho muito envolvimento, eu acredito que não deve ser tão positivo e tão perfeito. Eu acho que tem algumas coisas que podiam ser resolvidas e estão pendentes. [...]. PNT4*

Em outras respostas, foi observado também expressão de desconhecimento do desempenho do instrumento e da sua representatividade.

*O colegiado é mais participativo na parcela dos moradores do que da própria unidade. A unidade ainda vê o colegiado como uma supervisão, gente de fora que quer se meter no nosso trabalho, então, os profissionais vão um pouco armados pra reunião, vão questionar nosso trabalho [...]. IP*

*Tem e eu não participo, por desinteresse mesmo. Não percebo se é atuante não, até por isso, talvez se fosse mais atuante, eu até me interessaria mais em estar por dentro, mas como não vejo muita atuação, não me dá ânimo. PNT16*

Jacobi<sup>124 p.450</sup> esclarece bem o sentimento de descrença da população, talvez um dos motivos da inefetiva participação comunitária.

as complexidades da participação também são avaliadas, como resultado de um desestímulo da população usuária face aos poucos resultados positivos e à lentidão na resposta da administração frente às demandas dos setores mais carentes (...).

Esta colocação foi confirmada, como nas expressões a seguir:

*Eu acho que o que falta é fazerem as pessoas comprarem a ideia, e não é só fazer por fazer, fazer porque é um protocolo,[...], mas fazer porque vai trazer um retorno bacana pra população. Porque todo mundo diz assim: a população não participa, não participa porque a gente ainda não tem credibilidade, [...]. PNT10*

*A participação da comunidade também não é boa, talvez porque já está descredida, a população, então eles já não confiam mais no serviço de saúde por vários motivos, por isso que eu acho que não há mobilização da comunidade. PNT15*

A articulação intersetorial deveria ser igualitária em relação aos vários atores envolvidos, mas na maioria das vezes isto não ocorre conforme Moysés et al. <sup>22</sup> p.631 constataram.

[...] ao rompimento de relações tradicionais de trabalho, em que o segmento que detém o poder acaba prevalecendo nos processos de decisão, aliado à dificuldade de profissionais de saúde em olhar para além do objeto específico de sua atuação, muitas vezes em situações contaminadas pelo corporativismo profissional, caracterizam aspectos da cultura institucional geral do setor público. Além disso, as rubricas dos orçamentos públicos são predominantemente setorializadas, o que reforça a dificuldade de compartilhamento de poder entre os atores envolvidos e dificulta a agilização e resolutividade das ações.

Houve uma mostra maior da priorização de problemas vinculados ao desenvolvimento sustentável (água tratada, lixo, situações de risco). Os setores da educação, meio ambiente, defesa civil, desenvolvimento social e outras parcerias, como com a Comlurb, parecem ser os parceiros mais comuns nas ações intersetoriais das práticas de promoção da saúde, porém nota-se, confirmado pela literatura, a evidente centralização no setor saúde. <sup>125</sup>

Apareceram depoimentos apontando que o controle social, ferramenta de intervenção da comunidade, não era corretamente exercido ou era desconhecido:

*[...] eu sei como funciona o colegiado gestor, só que o colegiado gestor daqui não funciona como deveria funcionar [...], porque num colegiado, todos da comunidade, todos os profissionais que não estivessem em atividade naquele momento, deveriam participar das reuniões, só que as reuniões são convocatórias só para os membros do colegiado,[!] então às vezes, nem a população participa porque não é convidada, então é assim que funcionam as reuniões do colegiado daqui. Não é atuante. PNT10*

*O colegiado é uma ferramenta que a população ainda não sabe manusear, ela não conhece o poder que ela tem [...], pra se impor dentro da unidade, [...], pra trazer estas cobranças, isto vai mudar, eu acredito, mas quando houver, assim, este conhecimento e o empoderamento daquilo que eu tenho de ferramenta para mudar aquele contexto. PNT8*

Entre os objetivos específicos da Estratégia de Saúde da Família está o de “estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social” <sup>126</sup>

<sup>p.10</sup> Além de fomentar a mobilização social, também se responsabilizar por ela.

É importante o fomento à participação cidadã no processo de implementação, decisão, planejamento, monitoramento e avaliação das ações intersetoriais, que visem à

sustentabilidade, foi posto como condição *sine qua non* para uma efetiva articulação intersetorial.

Na observação direta do contexto reconheceram-se depoimentos de desesperança quanto à mobilização e vocalização comunitária na defesa de suas necessidades, como referidos a seguir:

*Eu acho que tem que ter maior participação popular, num todo “né”, não só das pessoas que possuem os maiores contatos. Todo mundo pode solicitar um conserto de vazamento de esgoto, não só a presidente da Associação, falta um pouco desta consciência social cívica, [...], e fica um [...] a responsabilização sempre para o outro, pra instituição também, e em contrapartida, as instituições põem a culpa na comunidade. Acho que falta educação popular num todo, [...] então, eu acho que falta maior participação das pessoas. IP*

*A comunidade, pelo contrário, não tem voz, acho que a comunidade tem que participar mais, e não ficar só esperando que as pessoas tragam as soluções. Até porque, nem sempre as soluções que são trazidas são suficientes, ou são satisfatória,s para o que realmente a comunidade está precisando. PNT12*

*A comunidade, durante muito tempo, viveu um histórico de comodismo tremendo, como se a Associação dos Moradores fosse a única com responsabilidade de fazer, de fazer acontecer, e a cobrança em cima da instituição acontecia, mas a própria Associação, [...], ela não cobrava da população uma contrapartida. Temos sim uma outra parcela que se mobiliza, mas esta parcela é bem pequena, porque a responsabilidade é de todos, então falta mais esta motivação, trabalhar esta corresponsabilidade de cada um, para que a coisa aconteça. “Tá” mudando, mas ainda está muito tímida. PNT8*

A comunidade de responsabilidade dos pesquisados não é organizada e necessita empoderamento. A participação social e o exercício do controle social foram considerados elementos fundamentais para as ações de saúde.

A pesquisa também mostrou que é precária a estrutura da unidade de saúde quanto às formas de comunicação, tidas pelas equipes de saúde como instrumentos importantes para desencadear as ações intersetoriais, cuja prática prioriza a integralidade, parceria, ação conjunta e união de todos os setores como fim para realização de um objetivo.

A ESF veio atestar que a dimensão diferenciada das relações humanas é fundamental nas políticas sociais. Para poder manter a sustentabilidade de uma comunidade organizada, é preciso poder adequar as ações às condições extremamente diferenciadas que as populações enfrentam. A comunicação implica na busca de consenso no trabalho em equipe e reflete a qualidade na atenção integral às necessidades sociais de saúde.<sup>15</sup>

Este assunto pode ser sintetizado nas falas seguintes.

*Eu acho que comunicação, tem que ter a comunicação, é difícil ter contato com qualquer um, é difícil as pessoas se falarem, com relação a tudo, mesmo dentro da própria comunidade, não há comunicação, eu não consigo falar com a Vigilância Sanitária quando tem necessidade, eu não consigo falar com o sistema de transporte quando tem necessidade [...] IP*

*Uma boa rede comunicante entre si, dos participantes ali da rede. PNT13*

A gestão é considerada pelas equipes de saúde um elo entre elas e os demais níveis de atenção, e a pesquisa detectou que a gestão lida com poucos recursos para desempenhar este trabalho. É necessário proporcionar meios adequados às equipes e à gestão para executarem suas ações, com influência direta sobre a produção e qualidade do trabalho em saúde. Dificuldades burocráticas foram detectadas, como ausência ou desconhecimento de como estimular financiamento de ações intersetoriais para concretizá-las. O trabalho do profissional de saúde esbarra nos limites das políticas públicas, na falta de estratégias de articulação do trabalho em rede, além de outros empecilhos como dificuldade de acesso a outros níveis de atenção.

Percebe-se um sentimento de angústia no desenvolvimento do processo de trabalho, no geral, por parte dos profissionais das equipes.

*é muito difícil trabalhar dentro da unidade, e dentro da unidade eu tenho que trabalhar com a equipe, [...], observar acolhimento, classificação e tudo [...] levar para as reuniões as coisas que a gente tira da unidade. Eu acho muito sobrecarregado e com pouco poder de decisão. Hoje eu solicito muito a ajuda do DAPS, de alguns profissionais e da assessoria da OSS, mas ainda sinto muita falha, eu me sinto sozinho em alguns momentos. A equipe se sente sozinha, e eu também me sinto impotente em muitos momentos. IP*

*O que facilita é a interação entre a equipe, é a união, é o coleguismo, é a interação da chefia, [...], e às vezes a gente vê até que a chefia quer sim, tira dinheiro do bolso dela para poder dar uma palestra aqui no CIEP, fazer um panfleto, dar um brinde ali “praquelas” crianças, e a gente vê que nem ele tem condições, não tem aquele respaldo das autoridades, [...]. PNT19*

*[...] aí vem esta palavra intersetorialidade. O Ministério da Saúde diz que a Saúde da Família tem que trabalhar com a intersetorialidade, isto só está no papel, na prática só vai acontecer quando acontece uma catástrofe, aí todo mundo quer vir pra ser o pai, [...], mas no dia a dia, esta intersetorialidade, ela não existe, a saúde fica sozinha, [...]. PNT6*

## 5.7 ESTRATÉGIAS APONTADAS PARA REORIENTAÇÃO DAS PRÁTICAS NA ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL

Segundo Junqueira<sup>6 p.42</sup> para exercer a intersectorialidade não basta somente um planejamento articulado das ações e serviços; além disso, são necessárias “mudanças de valores, da cultura que é refletida nas normas sociais e regras que pautam o agir de grupos e organizações sociais”. Foi demonstrada relativa dificuldade em atingir este objetivo através de falas.

*Primeiro como ninguém sabe o trabalho de ninguém, precisaria um conhecer o trabalho do outro pra pensar em algo mais. IP*

*É só o pessoal [...] se juntar, deixar uns de quererem ser melhores que outros. Pra mim é isto, não adianta eu falar "Ah, porque eu faço melhor!" Não é fazer melhor; só faz diferente, então senta, vamos ver. Oh! Fulano pensa que isto aqui é branco, aquilo ali é azul, junta tudo, faz de um jeito só, [...], e vai sair uma proposta boa. PNT9*

Reforçando o documento, a Carta de Ottawa<sup>19</sup> aborda os determinantes sociais como recursos para a saúde, ao indicar a interdependência entre condições e modos de vida. Em seus cinco campos de ação, ela destaca o reforço da ação comunitária e o desenvolvimento de habilidades pessoais, enfatizando a participação social e o *empowerment* como conceitos chaves. Outra estratégia levantada foi a utilização da ferramenta colegiado gestor. Percebe-se o chamado de socorro no incremento da ação por parte do colegiado na fala dos profissionais:

*Então eu acho que a grande proposta é esta [...] a gente tem um instrumento muito bom, mal utilizado, que é o colegiado, se o colegiado funciona direito a gente consegue as parcerias adequadamente porque a gente chama, não somente as lideranças, mas convoca a população, [...] e a gente sabendo o que a população quer, as lideranças podem trabalhar em cima do que a população quer, porque a gente não está fazendo um trabalho pra gente, a gente está fazendo um trabalho pra população, então não é o que eu quero. PNT10*

*Eu não sou membro do colegiado, mas eu participo, eu gosto. Não é atuante, porque se dá início, mas não prossegue, as pessoas faltam, os membros, sabe, aí não dá seguimento, tudo começa e não termina. PNT15*

Trabalhar com práticas educativas de promoção da saúde tem por objetivo interferir na realidade de determinada situação social, que se expressa através da organização e empoderamento contínuo da população ante a realidade concreta. Estas práticas de trabalho podem ser estimuladas pelos profissionais de saúde, levando a população, em geral, a identificar um novo conceito sobre o processo



saúde/doença/cuidado.

O fomento à educação em saúde incita também a busca do exercício de direitos pela população.

*[...] que faça ali um movimento, e que chame a população para aquele evento, e que realmente haja “né”, que esteja sempre fazendo alguma coisa para levantar aquela população, pra que eles também se sintam respeitados e busquem esta consciência de se respeitar, [...], de reivindicar os seus direitos, se unirem [...], pedir água, pedir a Light que coloque ali uma luz, se sentir realmente cidadão,” né”?* PNT19

*A minha proposta na verdade seria de hoje, realmente, a comunidade estar colocando o que é melhor para ela, e não esperar que estas propostas venham de fora.* PNT12

As demandas para educação em serviço se definiram a partir dos problemas da organização do trabalho, considerando a necessidade de prestar atenção relevante e de qualidade, com integralidade e humanização e, ainda, a necessidade de conduzir ações e serviços em rede intersetorial.

Evidenciou-se também, o dilema do profissional de saúde para a prática do cuidado em saúde da população sob sua responsabilidade, que vai de encontro aos costumes, hábitos de vida da população, que se utiliza de medidas escapatórias para alcance da felicidade no enfrentamento do seu estilo de vida, nem sempre ditadas para o bem estar individual/coletivo.

A qualificação profissional também foi exposta, como estratégia de reorientação de práticas, nos dados levantados das entrevistas. No marco da Promoção da Saúde, a educação em saúde se revela como um componente com potencial estratégico para reorganização dos serviços; capacitação dos profissionais em um processo de integração de saberes e recursos, para dar respostas mais eficazes à população de um território. Assim, contribuir na gestão social da saúde e para uma vida com qualidade.<sup>27</sup>

*Acho que primeiramente a gente precisa ter introdutórios da unidade, fazer uma capacitação dentro da própria unidade, para que os próprios funcionários que estão aqui tenham consciência de como é importante fazer atividade lá fora, e aí a partir disso a gente conseguir mobilizar os outros setores.* PNT1

*A proposta seria a capacitação, constante capacitação. Acho que fazendo uma reciclagem, [...], porque às vezes pessoas que têm mais experiência [...] teria um constante crescimento, [...], então, eu acho que a capacitação, esta reciclagem, seria de muita importância, a prática, a praticidade também, acho muito legal.* PNS7

Incentivos à reestruturação das grades curriculares nos cursos de graduação e pós-graduação das instituições de ensino e pesquisa da área de saúde, com formação diretiva à interdisciplinaridade e com o objetivo de desestimular relações de poder entre disciplinas, são essenciais; é um processo de capacitação de gestores e de profissionais de saúde para, assim, abordar o processo saúde-doença-cuidado de maneira ampliada. Existe dificuldade de se encontrar profissionais e docentes com perfil interdisciplinar e interdependente, devido à formação de profissionais não qualificados para o exercício da prática intersetorial e práticas pedagógicas para o exercício de atividades que resolvam as necessidades do sistema de saúde.<sup>61</sup>

O processo de formação de recursos humanos em saúde deve estimular a reflexão crítica e produtiva; estar em consonância com o serviço; ser baseado nas necessidades de saúde e no perfil da população do território, aplicando a humanização e objetivando a transformação da realidade.<sup>127</sup>

Algumas opiniões dos entrevistados refletiam esta situação.

*Eu acho que os profissionais teriam que ser melhores capacitados, a gente tinha que ter tempo realmente para gente montar mesmo um plano de ação, de estudar. Que a gente aqui [...] eu não tenho tempo, eu não consigo, pra melhorar, porque a demanda é muito grande, [...] A rotatividade de profissionais é muito grande. Acaba que, às vezes, você está sozinha, atende sozinha, e você também não consegue fazer a sua VD porque você está em atendimento, e aí, complica um pouco. PNS4*

*Ah! Agora tem que fazer uma reciclagem com todo mundo, todos os profissionais de saúde, principalmente com os gestores, sobre o que é vínculo, o que é comprometimento, o que é o introdutório, o que são as capacitações, quais são os perfis pra trabalhar em determinadas áreas. PNT13*

A estratégia da humanização supõe troca de saberes e diálogo interprofissional, entre os agentes envolvidos, e entre os processos de trabalho das equipes. É um espaço para garantia de direitos, de transformação de realidades e alcance da qualificação da atenção e da gestão em saúde, com responsabilização e vínculo. É importante também reforçar o conceito de clínica ampliada promovendo a intra/intersetorialidade.

Encontram-se dificuldades em relação à própria formação dos sujeitos envolvidos no processo, o que conduz a uma imprecisão conceitual sobre intersetorialidade, pois atribui responsabilização maior aos trabalhadores da saúde no empenho para a efetivação da mesma na perspectiva de rede.<sup>128</sup> As falas a seguir refletiram a percepção pelos profissionais da construção de uma rede.

*Acho que teria que haver, periodicamente, reuniões com os órgãos [...], que compõem a comunidade, [...]; é a saúde, são outros lugares que compõem a saúde também, os órgãos que têm na comunidade, as ONGs que atuam, lideranças, a UPP, os órgãos públicos, Cedae, Comlurb, pra que? [...]. E aí cada um trazer o que dificulta o trabalho na comunidade e o que você pode fazer, e, diante disso, traçar metas e objetivos pra que, então? Pra melhoria da comunidade, eu acho que é muito importante, e esta rede não se tem. PNT14*

*As informações têm que ser divididas sempre, nós temos um espaço, que hoje é o espaço da rede, onde tem presença de vários atores, várias secretarias, e assim, outras frentes de trabalho social que estão ali pra somarem forças e assim [...]. a interação e integração com todos é importante, porque se a gente não tem acesso a estas informações ou não tem espaço dentro destas reuniões, a gente acaba perdendo este contato, e acaba não fazendo um trabalho que na realidade venha dar resultado. PNT8*

Estudos<sup>129</sup> confirmados mostraram que, apesar da evolução na integração da rede de serviços de saúde, a insuficiência de uma adequada formação profissional contribui para a incipiência da ação intersetorial pelos profissionais e esta é tanto mais abrangente quando integrada a uma política pública com atuação governamental.

Os instrumentos metodológicos utilizados, entrevistas e a observação, não alteraram o ponto de vista inicial da pesquisadora em relação à questão original do estudo, quanto ao desenvolvimento de ações intersetoriais pelas equipes.

As equipes do CMSCFF<sup>9</sup> ainda têm um longo desafio quanto à prática desenvolvida na articulação do trabalho intersetorial, pois as ações ainda ocorrem em situações pontuais, não assegurando sustentabilidade.

## 6. CONCLUSÃO

Esta pesquisa buscou contribuir para a reflexão sobre as articulações desenvolvidas para o trabalho intersetorial praticado pelas equipes de saúde da família do CMS Carlos Figueiredo Filho no município do Rio de Janeiro. Alcançou seu propósito ao responder as questões construídas, fundamentadas no objeto da pesquisa, sobre desenvolvimento e desafios do trabalho intersetorial, o processo de trabalho em equipe desempenhado pelas equipes e como se apresentava a integração equipe de saúde/comunidade; como também ao atingir os objetivos propostos, ao analisar as estratégias, identificar as ações intersetoriais articuladas pelas equipes de saúde e, além disso, conseguir obter propostas de reorientação das práticas de trabalho pelos pesquisados como relatado nas informações coletadas na pesquisa de campo. A pesquisadora pretende *a posteriori* retornar as proposições produzidas aos maiores interessados, os profissionais das equipes, na busca por, a partir da reflexão, estímulo à intervenção nas práticas desenvolvidas.

Percebe-se que a intersetorialidade, apesar de não ocorrer de forma efetiva, foi apontada pela pesquisa como o reconhecimento de uma prática de trabalho de equipe integrado, considerando-se que o setor saúde, sozinho, não é capaz de implementar práticas de promoção da saúde, uma vez que envolvem o lazer, a cultura, o trabalho, a habitação e a educação, entre outros.

O desenvolvimento das ações intersetoriais perpassa tanto pela decisão política, como pela decisão técnica. A política através da articulação e interlocução das gestões, e a técnica assegurando infraestrutura e comprometimento das relações intersetoriais. É essencial estarem em consonância para alcance de efetividade nas ações.

Embora seja fundamental o estabelecimento da intersetorialidade como diretriz de gestão e da atenção em saúde, isto não foi suficiente para implantar mudanças no *modus operandi* do trabalho em equipe das equipes de saúde do estudo, já que as ações intersetoriais desenvolvidas não são sustentáveis.

Deve-se pontuar, no entanto, que o foco para qualificar formação e trabalho, e assim também poder desenvolver a ação intersetorial, deve ser o da reunião entre ensino, serviço e gestão do sistema de saúde, buscando compor também uma aliança com o controle social em saúde.

Pôde-se argumentar que a ESF, em suas diretrizes e princípios, apresenta uma concepção restrita de intersetorialidade, pois a subentende quase totalmente como responsabilidade de iniciativa das equipes, que são incumbidas de promover ações intersetoriais e a buscar parcerias. É claro que a equipe deve estar capacitada para desenvolver as ações, mas estas se tornam limitadas, pois mostrou-se que os problemas identificados, externos ao setor saúde, somente serão solucionados com uma política intersetorial de governo, que vá além dos esforços da esfera micro.

Fatores mediadores e desafiadores para implementação do trabalho intersetorial: integração entre os diversos atores envolvidos revelou-se fragilizada; incentivo e estratégias para subsidiar mecanismos de comunicação entre todos os atores locais, tanto em nível micro como macro; foco no desenvolvimento de propostas vinculadas aos sujeitos e contextos locais, valorizando a descentralização das ações e o fomento à participação comunitária, com conseqüente fortalecimento da autonomia das equipes para viabilizar a mudança da realidade.

Trabalhar em equipe pressupõe uma relação recíproca articulada por distintos profissionais, visando a um objeto de intervenção em comum; é revelar um saber-fazer mútuo, ir além do “fazer para” e exercitar um “fazer com”.

O estudo sinalizou também que um trabalho em equipe integrado constroi consensos, a partir do planejamento das ações, quanto aos objetivos e resultados a serem alcançados pelas equipes, bem como quanto à maneira mais adequada de atingi-los.

Percebeu-se que as ações desenvolvidas no território ainda são pontuais, dirigidas e assistenciais, sem articulação e planejamento conjunto e, por isso não se configura como um trabalho, de fato, coletivo.

Os pesquisados reconheceram que é imprescindível que haja percepção e participação da comunidade na identificação de seus problemas, no encaminhamento e acompanhamento da resolução dos mesmos, e na participação integrada e articulada das equipes de saúde, dos conselhos e representações sociais locais, bem como outros setores/órgãos governamentais e não governamentais.

Ainda hoje se encontra um grande vácuo entre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde dispostas na Portaria GM/MS 1.996 de 20 de agosto de 2007 e o que ocorre na prática, confirmado e observado do mesmo modo no estudo, fomentado pela dificuldade de estímulo pelas equipes à mobilização comunitária, tendo como conseqüência a incipiente participação

desta. É premente o exercício do poder local na contribuição para gerar mudanças significativas nos trabalhadores, nos espaços de trabalho e nos usuários, refletindo positivamente em práticas de trabalho mais sustentáveis e na qualidade de vida e da atenção à saúde.

Torna-se indispensável o fortalecimento das ações de educação permanente no trabalho em equipe desenvolvido junto às equipes de saúde, já que estas ações fomentam a construção de coletivos de trabalho com levantamento dos problemas e situações da realidade local e planejamento de ações.

Dessa forma, as reflexões em torno da prevenção dos agravos e da promoção da saúde levaram ao questionamento da viabilidade de ampliar a efetiva participação social no modelo de gestão e de atenção praticados.

Por sua vez, para o desenvolvimento de práticas intersetoriais se requer o estabelecimento de novos valores e novas posturas; requer, portanto, uma transformação social, cultural nos atores envolvidos, que se expressa em uma nova lógica de gestão e cidadania, onde se (re)constrói reflexão-ação.

Importa impulsionar no contexto local um processo educativo interdisciplinar para formação de gestores e profissionais da saúde, sob a ótica intersetorial, e corroborar o diálogo entre as diretrizes das políticas públicas de promoção da saúde e as necessidades de saúde locais.

O estudo constatou que a intersetorialidade visualizada como um modelo de gestão de políticas públicas, estratégia importante para a implementação de políticas de promoção da saúde, ainda enfrenta muitos desafios.

Também foi coincidente com a literatura quando revelou que, embora muitos gerentes e trabalhadores do SUS advoguem uma visão ampliada de saúde, valorizem a importância de ações intersetoriais para a promoção da saúde da população, e reconheçam que os saberes e atuações exclusivas do setor saúde são insuficientes para promovê-las, no cotidiano do serviço, ainda não se têm concretizadas efetivas articulações intersetoriais.

A integralidade da atenção, dentro desta perspectiva, envolve compreender a noção de ampliação da clínica, o conhecimento sobre a realidade, o trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar e a ação intersetorial.

Comprovadamente o regime de trabalho dos profissionais da ESF, dedicação exclusiva com carga horária de 40 horas semanais, favorece o estabelecimento de

vínculos e atuação sobre os fatores de risco e os determinantes sociais, aos quais a população adscrita está exposta, garantindo atenção integral, entretanto ainda sem uma rede intersetorial articulada por parte das equipes de saúde.

Os objetivos da pesquisa foram alcançados e as proposições à reorientação das práticas foram apresentadas pelos entrevistados, articulam-se, evidentemente, com a aplicação do conceito ampliado de saúde, de modo a acolher e apoiar indivíduos e grupos na construção da autonomia e do *empowerment*, para o planejamento e desenvolvimento de ações específicas de promoção da saúde nas práticas de trabalho.

A intersetorialidade, que ainda se estabelece para a equipe como um processo desafiante a ser exercido, desponta como garantia de superação da fragmentação e fragilidade, e de execução de políticas sociais que respondam às desigualdades sociais, em geral, e às iniquidades nas políticas públicas.

No contexto da saúde ampliada então, a intersetorialidade deve ser entendida como estratégia de gestão e de intervenção das práticas em saúde. Assim, incorpora, além da resolução de necessidades individualizadas, ideias de integração, de território, de equidade, ou seja, a noção de cidadania, direitos sociais. Portanto, constitui-se uma concepção ampliada de planejamento, execução e controle da prestação de serviços, com o objetivo de garantir acesso igual aos desiguais, pressupondo alterar todas as formas de articulação nos diversos pontos de organização governamental e da sociedade civil.

O estudo pretendeu contribuir para o norteamento de ações intersetoriais no processo de trabalho das equipes de saúde da família do CMS Carlos Figueiredo Filho. Assim, as proposições produzidas poderão subsidiar estratégias para a reorientação de suas práticas de trabalho.

## 7. PROPOSIÇÕES

O desafio do estudo foi propor ações de reorientação das práticas do trabalho intersetorial com o direcionamento do profissional para o exercício de atitudes com iniciativa e criatividade. Assim, de acordo com a análise dos dados levantados as proposições foram agrupadas nos cinco temas a seguir:

### I - QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL

\_ Capacitação das equipes / qualificação profissional - apontou-se a carência de periódicas atualizações de acordo com a lógica da ESF e com as necessidades de saúde encontradas no exercício do trabalho em equipe para os profissionais da atenção e da gestão, o que forneceria assim, subsídios para a articulação com outros setores.

\_ Participação no curso Introdutório - evidenciado como metodologia de geração de conhecimentos.

### II – PROCESSO DE TRABALHO EM EQUIPE

\_ Processo de trabalho da equipe com foco na prática de promoção da saúde; no acolhimento estruturado; na oferta de atenção e escuta qualificada à família; e no reforço à ação comunitária; e conseqüentemente minimizar a sobrecarga de trabalho e reorganizar a demanda espontânea na porta de entrada da unidade de saúde, e poder assim desenvolver ações de promoção e educação em saúde envolvendo agentes da unidade de saúde integrados ou não com outros parceiros.

\_ Compromisso com o processo de trabalho com garantia de continuidade das ações. O comprometimento demanda responsabilização, empoderamento e participação em determinada situação ou necessidade de saúde da realidade vivenciada, facilitando a tomada de decisão e resolutividade da ação.

\_ Melhoria de acesso às situações provenientes da comunidade, de responsabilidades das equipes, tanto por estas, quanto pela rede de atenção à saúde, o que proporcionaria maior resolutividade com uma articulação intra e intersetorial bem mais eficaz e efetiva, refletindo na construção de um sistema de referenciamento organizado.



- \_ Exercício da prática de fato, fundamentada na política de humanização, uma política transversal que aposta na construção coletiva para mudar uma realidade.

- \_ Estímulo à interação gestão/atenção; e busca, desse modo, da equidade e solidariedade, reconhecidos eixos estruturantes de sistemas de saúde fundamentados na Atenção Primária à Saúde.

### III – FERRAMENTAS DE PRÁTICAS DE TRABALHO

- \_ Utilização de mecanismos de monitoramento e avaliação como estímulo de tomada de decisão, e a aferição de resultados visando à sustentabilidade das ações.

- \_ Exercício da prática e educação permanente em saúde.

- \_ Fortalecimento do vínculo equipe/família. A partir desse encontro, promover trocas de experiências e saberes valorosos entre todos os sujeitos; é o exercício da escuta ativa.

### IV – PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA

- \_ Participação proativa e contributiva da população apropriando-se do seu papel, como responsável, em um trabalho conjunto com as equipes de saúde, e assim potencializar sua autonomia e exercer seus direitos como cidadã, corroborado pela percepção do trabalho em saúde desenvolvido com seriedade por todos e com todos; fomento também ao desempenho do controle social.

### V – CONSTRUÇÃO DA REDE

- \_ Incentivo à valorização na construção de redes, potencializando processos participativos que ampliem a perspectiva intersetorial, fundamentados nas necessidades de saúde apontadas, estimulando o sujeito. A interação e integração dessa rede articulada e atuante, um espaço consciente de participação de vários atores, setores da saúde e outros, foram solicitações constantes. As redes articuladas são espaços institucionalizados de reflexão criados para discussão e pactuação de prioridades.

- \_ Presença periódica de um representante das diversas secretarias que permanecesse na coordenação de planejamento local.

\_ Reuniões regulares com parceiros foram sugeridas também como momento de trocas de saberes e práticas, que demandam planejamento, monitoramento e avaliação das ações coletivas.

\_ Rede de comunicação conectada, dialógica com os sujeitos envolvidos, originando um trabalho em equipe coeso e integrado, todos visando ao mesmo objetivo.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Coordenação de Promoção da Saúde da OPAS/OMS **Política Nacional de Promoção da Saúde (Documento para Discussão)**. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde. 2010.
3. Becker D, Edmundo K, Nunes NR, Bonatto D, Souza R. Empowerment e avaliação participativa em um programa de desenvolvimento local e promoção da saúde **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro: 2004 jul-set; 9 (3): 657.
4. Brasil. Secretaria de Políticas de Saúde. **Declarações das Conferências de Promoção da Saúde**. Brasília: 2001.
5. Rabello LS. **Promoção da Saúde: a construção social de um conceito em perspectiva comparada**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 22. ed. 2010; 228p.
6. Junqueira LAP. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. **Rev. adm. pública**. Rio de Janeiro: 2000 nov/dez; 34(6): 35-45.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem-trabalho e relações na produção do cuidado**. / Brasil. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde/ FIOCRUZ; 2005; 104p.
8. Rosa WAG; Labate RC. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. latinoam. enferm.** 2005; 13(6): 1028.
9. Takemoto MLS; Silva EM. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo: Brasil. **Cad. saúde pública**. Rio de Janeiro. 2007 fev; 23(2).
10. Paim JS. **Modelos Assistenciais: Reformulando o pensamento e incorporando a Proteção e a Promoção da Saúde**. Notas para discussão nos Seminários Temáticos Permanentes. ANVISA/ ISC-UFBA, Brasília; 2001; p.6.
11. Oliveira CM, Casanova AO. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. **Ciênc. saúde coletiva**. 2009; 14 (3): 929-936.
12. Paim JS. Atenção à Saúde no Brasil. In: Brasil. Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil - Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa**; Ministério da Saúde. - Brasília: Ministério da Saúde. 2004; 15-44.

13. Santana J P. (org.). **Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para atuação da equipe de saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana de saúde/Representação no Brasil. 2000; p.12.
14. Mance EA. Emmanuel Lévinas e a Alteridade. **Revista Filosofia**. PUC - Pr, Curitiba: 1994 abr; 7(8): 23-30.
15. Araujo MBS; Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**. 2007; 12(2): 455-64.
16. On, MLR.(org.).O uno e o múltiplo nas relações entre as áreas do saber. 2. ed. São Paulo: Editora Cortez/ EDUC; 1998; p.157.
17. Alves RF; Brasileiro MCE; Brito SMO. Interdisciplinaridade: um conceito em construção. **Episteme**. Porto Alegre: 2004 jul/dez; (19): 139-48.
18. Fortes CC. Interdisciplinaridade: origem, conceito e valor. **Revista Acadêmica Senac online**. 2009 set-nov; Nº6. Disponível: <http://www3.mg.senac.br/Revistasenac/edicoes/Edicao6.htm>. Acesso em 16 jul. 2012.
19. Franco T; Merhy E. PSF: Contradições e novos desafios. **Conferência Nacional de Saúde On-Line**. Belo Horizonte. Campinas: 1999 março.
20. Tanaka OY; Ribeiro EL. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro: 2009 Mar/Abr; 14(2).
21. Lopes RE, Malfitano APS. Ação social e intersetorialidade: relato de uma experiência na interface entre saúde, educação e cultura. **Interface comun. saúde educ**. 2008 jul/dez; 10(20): 505-15.
22. Moysés SJ. Moysés ST, Krempel MC. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro: 2004 Jul/Set; 9(3).
23. Wimmer GF; Figueiredo GO. Ação coletiva para qualidade de vida: autonomia, transdisciplinaridade e intersetorialidade. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro: 2006 Jan/Mar; 11(1).
24. Bourguignon JA. **Concepção de rede intersetorial**. 2001. Disponível em: <http://www.uepg.br/nupes/intersetor.htm>. Acesso em: 17 julho 2013.
25. Starfield B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde; 2004.
26. Machado CB, Silva MGC. **Glossário de gestão em saúde: terminologia para uso na gestão**. Fortaleza: Editora da UECE; 2009; 144p.

27. Barros CMS. **Mediação intersetorial para a promoção da saúde – o projeto Transando Saúde do SESC.** / Cláudia Márcia Santos Barros. Rio de Janeiro : s.n., 2009; 223 f.
28. Ayres JRMC. Uma Concepção Hermenêutica de Saúde. **Physis: revista de saúde coletiva.** Rio de Janeiro: 2007; 17(1): 43-62.
29. Silva KL, Sena RR. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Rev. Esc. Enferm. USP.** São Paulo. 2008 mar; 42(1).
30. Paim JS. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato, LVC, Noronha J C, Carvalho AI. **Políticas e sistema de saúde no Brasil.** 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012; 459-91.
31. Scherer MDA; Marino SRA; Ramos FRS. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. **Interface (Botucatu).** 2005 set/fev; 9(16): 54.
32. Mendes EV. **As redes de atenção à saúde.** / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2011; 549 p.
33. Almeida Filho N. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. **Cad. saúde pública,** Rio de Janeiro: 2010 dec; 26(12).
34. Arouca ASS. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva.** Tese [Doutorado em Saúde Pública]. Campinas, São Paulo. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 1975.
35. Corbo AD'A, Morosini MVGC, Pontes ALM. **Modelos de atenção e a saúde da família.** Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz;. 2007; p.70.
36. Fausto MCR, Matta GC. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: Morosini, Márcia Valéria G.C. **Modelos de atenção e a saúde da família** / Organizado por Márcia Valéria G.C. Morosini e Anamaria D. Andrea Corbo. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007; 43-67.
37. Ferreira RV, Albuquerque PC, Lages I. A educação como instrumento de promoção da saúde no enfrentamento da violência estrutural: uma revisão de literatura **Revista Cad. saúde pública.** 2011.
38. OMS/OPAS. Organização Mundial da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Atenção Primária de Saúde nas Américas: as lições aprendidas ao longo de 25 anos e os desafios futuros.** Washington D.C., EUA: OMS, Opas; 2003 jul.
39. Czeresnia D. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões tendências.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2009; 43-57.

40. Fonseca, AF (org.) **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007; 266 p.
41. Buss PM. Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. **Ciênc. saúde coletiva** 2000; 5(1): 163-77.
42. Merhy EE, Malta DC, Santos FP. **Desafios para os gestores do SUS hoje: compreender os modelos de assistência á saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira e a potência transformadora da gestão**. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-30.pdf>. Acesso em: 01/04/2012.
43. Escorel S. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2012; 323-63.
44. Brasil. Presidência da República Casa Civil. **Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União – 20 set. 1990. Seção I. p. 18055-59.
45. Brasil. Presidência da República Casa Civil. **Decreto 7508 de 29/6/2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União – 29 jun. 2011. Seção 1. página 1.
46. Viana ALD; Poz MRD. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis: revista de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: 2005; 15 Suplemento: 225-64.
47. Teixeira CF; Paim JS; Vilasbôas AL. SUS, Modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Inf. epidemiol. SUS**. 1998 abr/jun; VII(2).
48. Paim JS; Almeida Filho N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Rev. saúde pública**. 1998; 32 (4): 299-316.
49. Silva Junior AG. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; 1998.
50. Teixeira C F; Paim, JS; Vilasboas ALQ. **Promoção e Vigilância da Saúde**. Salvador: CEPS-ISC. 2002; 128p
51. Giovanella L; Lobato LVC; Carvalho AI; Conill EM, Cunha EM. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde debate**. Rio de Janeiro: 2002 jan/abr; 26(60): 37-61.
52. Costa GD, et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial **Rev Bras Enferm**. Brasília: 2009 jan-fev; 62(1): 113-8.

53. Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. saúde pública**. Rio de Janeiro: 2008; 24 Suplemento.1: S7-S27.
54. Imprensa Nacional. **PORTARIA GM/MS Nº 4.279**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União – DOU publicação de 31/12/2010 nº 251 seção1, p.88-93. Disponível: <http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=31/12/2010&jornal=1&pagina=88&totalArquivos=168>. Acesso 07 abr. 2012.
55. Mercadante OA. ( coordenador) et al. Evolução das Políticas e do Sistema de Saúde no Brasil. In: Finkelman J. (org.) **Caminhos da saúde pública no Brasil**. / organizado por Jacobo Finkelman. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002; p.235-313.
56. Pinheiro R, Mattos RA, Barros MEB (org.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO; 2007; p.56.
57. Cecílio LC de O. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. Universidade Federal Fluminense. Instituto de Saúde da Comunidade. Planejamento e Gerência em Saúde II. Rio de Janeiro: UFF; 2001; p.3-4. Disponível: [www.uff.br/pgs2/textos.php](http://www.uff.br/pgs2/textos.php). Acesso: 15/11/2012.
58. Galindo EF, Furtado MFR. A intersetorialidade como requisito para construção de uma cidade saudável: política de Saneamento e de Saúde no Recife (gestão 2001/2004) - Estudo de Caso. **Anais Encontros Nacionais da ANPUR**. 2005; 11.
59. Pires FH. **O Ensino de Psicologia na Educação Profissional: (des) compromissos docentes com a saúde**. Dissertação [Mestrado em Educação]. Porto Alegre - RS. Universidade Federal Rio Grande do Sul- Faculdade de Educação. Programa de Pós-graduação em Educação; 2009; 214f..
60. Marcondes WB. A convergência de referências na Promoção da Saúde. **Saúde soc**. 2004; jan-abr; 13(1): p. 5-13.
61. Azevedo E, Pelicioni MCF, Westphal MF. Práticas intersetoriais nas políticas públicas de promoção de saúde. **Physis: revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2012; 22 (4): 1333-56.
62. Brasil. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Promulgada em 05 de outubro de 1988, Brasília, Diário Oficial da União – Poder Legislativo, DF: Senado Federal; 1988.
63. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão** / Ministério da

Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação Geral de Apoio à Gestão Descentralizada – Brasília: 2006; 76 p.

64. Inojosa, RM. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersectorialidade. **Cad. FUNDAP**. 2001; (22): p. 102-10.

65. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009; 56 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

66. Mendonça FF. **Formação de facilitadores de educação permanente em saúde: Percepções de tutores e facilitadores**. Dissertação [Mestrado em Saúde Coletiva]. Londrina, Paraná. Universidade Estadual de Londrina, Programa de Mestrado em Saúde Coletiva; 2007; 124f.

67. Albuquerque PC, Stotz EN. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface comunic. saúde educ**. 2004 mar/ago; 8(15): p.259-74.

68. Athayde ES, Gil CRR. Possibilidades do uso do genograma no trabalho cotidiano dos médicos das equipes de saúde da família de londrina. **Espaç. saúde**. Londrina: 2005 jun; 6(2): p.13-22.

69. Campos L, Wendhausen A. Participação em saúde: concepções e prática de trabalhadores de uma equipe da Estratégia de Saúde da Família. **Texto & Contexto Enferm**. Florianópolis: 2007 abr-jun;16(2):271-9.

70. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. saúde pública [online]**. 2001; 35(1): p.105.

71. Silva IZQJ, Trad LAB. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface comun. saúde educ**. 2005; 9(16): 28.

72. Fernandes JCA, Mendes R. (Org.). **Promoção da saúde e gestão local**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2007; p. 58.

73. O'Dwyer G, Tavares MFL, De Seta MH. O desafio de operacionalizar as ações de vigilância sanitária no âmbito da promoção da saúde e no locus saúde da família. **Interface comunic. saúde educ**. 2007 set/dez; 11(23): p.467-84.

74. Reis MAS; Fortuna CM; Oliveira CT; Durante MC. A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. **Interface (Botucatu)** Botucatu: 2007 set/dez;11(23).

75. Junqueira LAP; Inojosa RM; Komatsu S. Descentralização e intersectorialidade na gestão pública municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza. United Nations Public



Administration Network. UNPAN Portal Guide. United States: 1997. Disponível: <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/CLAD/UNPAN003743.pdf>. Acesso 13/10/2013.

76. Santos JLF, Westphal MF. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. **Estud. av. <online>**. São Paulo: 1999 jan-abr; 13(35).

77. Minayo MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec; 2010; 407p.

78. Gil AC. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4.ed. São Paulo: Atlas; 2002.

79. Quivy R. & Campenhoudt LV. **Manual de Investigação em Ciências Sociais**. Tradução: João Marques, Maria Amália Mendes e Maria Carvalho. Revisão científica: Rui Santos, 2. ed. Gradiva Publicações; Lisboa, Portugal: 1998.

80. Hortale VA (org.) **Pesquisa em saúde coletiva fronteiras, objetos e métodos**. Rio de Janeiro, RJ: Editora FIOCRUZ; 2012; 151-71.

81. Navarrete MLV. et al. **Introdução às técnicas qualitativas de pesquisa aplicadas em saúde**. Tradução Silva MRF, Primeira Revisão de texto Brito ESV, Revisão final de texto Lima MA. Recife: Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira, IMIP; 2009.

82. Minayo MCS (ORG.).et al. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 31. ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2012.

83. Máttar Neto JA. **Metodologia científica na era da informática**. São Paulo: Saraiva; 2002.

84. Triviños ANS. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação: o positivismo, a fenomenologia e o Marxismo**. São Paulo: Atlas; 1987; p.128-30.

85. Leonel V. **Ciência e Pesquisa**: livro didático. 2. ed. rev. atualizada. – Palhoça: Unisul Virtual; 2007; 230 p.

86. Sá-Silva JR, Almeida CD, Guindani JF. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**. 2009 jul.; Ano I - Número I:p.3.

87. Marconi MA, Lakatos EM. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados**. 7. ed. São Paulo: Atlas; 2012.

88. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Instituto Pereira Passos. **Armazém de Dados**. Disponível: [www.armazemdedados.rio.rj.gov.br](http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br). Acesso: 23/11/2012

89. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Censo Demográfico 2010 Aglomerados subnormais Primeiros resultados**. Rio de Janeiro: 2010.
90. Brandão CR. Reflexões sobre como fazer trabalho de campo. Sociedade e Cultura. 2007 jan/jun; v.10. n.1: p.11-27..
91. Lakatos EM, Marconi MA. **Metodologia Científica** 2. ed. São Paulo: Atlas; 1991; p.68-70.
92. Bardin L. **Análise de conteúdo**. tradução Luis Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70; 2011.
93. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, 16 out. 1996. Seção 1 n. 201, p. 21082.
94. Freitas CBD, Hossne WS. Pesquisa em Seres Humanos. In: Costa SIF; Garrafa V; Oselka G. (orgs.) **Iniciação à bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina. 1998; p. 193-204.
95. Brasil. Imprensa Nacional. **Portaria GM Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União - DOU 24 out. 2011 nº. 204, seção 1. Disponível: <http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=24/10/2011&jornal=1&pagina=48&totalArquivos=128> p.48-55. Acesso 09/10/2012.
96. Matos IB, Toassi RFC, Oliveira MC. **Profissões e Ocupações de Saúde e o Processo de Feminização: Tendências e Implicações**. Athenea Digital; 2013 jul; 13(2): 239-44.
97. Machado MH, Wermelinger M, Tavares MFL, Moysés NMN, Teixeira M, Oliveira ES. Análise da Força de Trabalho do Setor Saúde no Brasil: focalizando a feminização. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde Estação de Trabalho**. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde. Rio de Janeiro: 2006.
98. Lopes MJM, Leal SMC. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. Cadernos Pagu; 2005 janeiro-junho; (24); p.105-125.
99. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Censo Demográfico 2010 Resultados gerais** . Rio de Janeiro: 2010; p.1-239.
100. Gil CRR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cad. saúde pública**. Rio de Janeiro: 2005 mar-abr; 21(2): p.492.

101. Aerts D, Alves GG, La Salvia MW, Abegg C. Promoção de saúde: a convergência entre as propostas da vigilância em saúde e da escola cidadã. **Cad. saúde pública**. Rio de Janeiro: 2004 jul-ago; 20(4): 1020-28.
102. Ribeiro P. Distribuição de recursos financeiros e equidade: uma relação delicada na saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro: 2005 abr/jun; 10(2) .
103. Rocha RM, Zancan L, Tavares MFL, Carvalho AI. Territórios da promoção da saúde e do desenvolvimento local. In: Gondim R, Grabois V, Mendes W.(org.) **Qualificação de Gestores do SUS**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro. RJ: EAD/ENSP; 2011; 325-43.
104. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (Brasil). **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil: relatório final da Comissão**. Rio de Janeiro: 2008. Disponível em: <<http://www.cndss.fiocruz.br/pdf/home/relatorio.pdf>>. Acesso em: 5 maio 2009.
105. Freire P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 43. ed. São Paulo: Paz e Terra; 2011.
106. Freire P. **Pedagogia do oprimido**. 50. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2011; 256p.
107. Maia, M. Gestão social: reconhecendo e construindo referenciais. Revista Virtual Textos & Contextos. 2005 dez; n.4, ano IV.
108. Inojosa RM. Intersetorialidade e a Configuração de um novo paradigma organizacional. Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro: 1998 mar/abr; 32(2): 35-48.
109. Moysés SJ, Moysés ST, Krempel MC. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro: 2004 jul/set; 9(3): p.629.
110. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária - **Seminário do Conass para construção de consensos** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília: CONASS; 2004; 44 p.
111. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. saúde pública [online]**. 2004; 20(5): p. 1400-10.
112. Santos, F. M. F. & Barbosa, R. M. Reflexões psicossociológicas sobre a falta de limites: tematizando a alteridade. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**. São João del Rei: 2007 fev/ago; 2(1): p.30.
113. **Gestão entre município do Rio de Janeiro e o Instituto Social Fibra**. Referente ao apoio ao gerenciamento e execução das atividades e serviços de saúde a serem desenvolvidos no âmbito da Área de Planejamento 2.2 (Praça da Bandeira, Tijuca, Alto da Boa Vista, Maracanã, Vila Isabel, Andaraí e Grajaú) localizada no município do Rio

de Janeiro no Estado do Rio de Janeiro  
<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/2274083/DLFE-236323.pdf/ContratodeGestaoFibra2..2..pdf>

114. Paula, APP. Administração pública brasileira entre o gerencialismo e a gestão social. **Rev. adm. empres.** 2005 mar; vol.45, no.1, p.36-49.

115. Martins, MCA. **Situações indutoras de stress no trabalho dos enfermeiros em ambiente hospitalar.** Millenium; 2003; 28.

116. Martinez MC, Paraguay AIBB. Satisfação e saúde no trabalho - aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. psicol. soc. trab.** São Paulo: 2003 dez; 6.

117. Fernandez JCA, Mendes R. (org.). **Promoção da Saúde e Gestão Local.** 2007 set; p.60.

118. Mendes EV. **Uma Agenda para a Saúde.** São Paulo: Hucitec; 1996; 300p.

119. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde /** Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

120. Brasil. **A prática do controle social: Conselhos de Saúde e financiamento do SUS** Brasília: Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde; 2003 jun; 60 p.

121. Tavares MFL, Zancan L, Carvalho AI, Rocha RM. Promoção da saúde como política e a Política Nacional da Promoção da Saúde. In: Gondim R, Grabois V, Mendes W.(org.) **Qualificação de Gestores do SUS.** 2. ed. rev. ampl..Rio de Janeiro. RJ: EAD/ENSP; 2011; p.303.

122. Tavares MFL, Zancan L, Carvalho AI, Rocha RM. Articulação intersetorial na gestão para a promoção da saúde. In: Gondim R, Grabois V, Mendes W.(org.) **Qualificação de Gestores do SUS.** 2. ed. rev. ampl..Rio de Janeiro. RJ: EAD/ENSP; 2011; p.309-324.

123. Comerlatto D, Colliselli L, Kleba ME. Gestão de políticas públicas e intersetorialidade: diálogo e construções essenciais para os conselhos municipais. **Rev. Katálisis.** Florianópolis: 2007 jul/dez; 10(2): p.269.

124. Jacobi PR. Políticas sociais locais e os desafios da participação cidadina. **Ciênc. saúde coletiva.** 2002 7(3): 443-54.

125. Mendes R. **Cidades saudáveis no Brasil e os processos participativos: os casos de Jundiá e Maceió.** Tese [Doutorado em Saúde Pública]. São Paulo. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2000; 229f.

126. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília: MS; 1997.

127. Erdmann AL, Rodrigues ACRL, Koerich MS, Backes DS, Drago LC, Klock P. O olhar dos estudantes sobre sua formação profissional para o Sistema Único de Saúde. **Acta paul. enferm.** 2009; 22(3): 288-94

128. Paula KA, Palha PF, Protti ST. Intersetorialidade: uma vivência prática ou um desafio a ser conquistado? O Discurso do Sujeito Coletivo dos enfermeiros nos núcleos de Saúde da Família do Distrito Oeste - Ribeirão Preto. **Interface comunic. saúde educ.** 2004 mar-ago; 8(15): 331-48.

129. 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; 14(3): p. 783-94.

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE A – Roteiro de entrevista para o gestor de saúde da família**

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**

**ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

**Título do Projeto: AÇÃO INTERSETORIAL - POTENCIALIDADES E DIFICULDADES DO PROCESSO DE TRABALHO EM EQUIPE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Mestranda: Denise Alves José da Silva

Orientadora: Maria de Fátima Lobato Tavares

**ROTEIRO DE ENTREVISTA ( gestor em saúde da família)**

**Dados de identificação do entrevistado:**

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

Idade:

Graduação:

Tempo de formado:

Instituição de graduação:

Pós-graduação:

Cargo:

Tempo de trabalho na instituição:

Tempo de trabalho ESF:

Tempo de trabalho na gestão:

**Eixo Temático 1: Competência Técnica**

1. Por que você escolheu trabalhar na Atenção Primária (AP) e no modelo da Estratégia de Saúde da Família (ESF)? Fale de sua trajetória profissional.

2. Se frequentou um curso de qualificação em Gestão em Saúde, o que representou para você realizar o curso para o seu processo de trabalho?

**Eixo Temático 2: Promoção da Saúde**

3. Fale sobre promoção da saúde e qual a sua importância para a ESF?

4. O que você pode falar sobre Educação Popular em Saúde no contexto da promoção da saúde e do trabalho intersetorial?

**Eixo Temático 3: Processo de Trabalho em Equipe**

5. Como é o seu cotidiano de trabalho? Fale-me sobre suas atividades como gestor.

6. Como você faz para resolver as limitações encontradas no trabalho em equipe?

7. O que você pode falar sobre o trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS) no levantamento das necessidades da população na área?

8. Como você percebe o planejamento das equipes nas ações de território de acordo com as situações de risco/vulnerabilidade e as necessidades de saúde demandadas do território?

#### **Eixo Temático 4: Participação Social**

9. Na sua unidade existe colegiado gestor local? Você é membro do colegiado? Pode citar sua composição? Como você percebe a atuação do colegiado?

10. Você fomenta a mobilização e participação social na sua população adstrita? Cite práticas de saúde de controle social realizadas no seu território.

#### **Eixo Temático 5: Percepções e Concepções dos atores sobre Intersetorialidade**

11. O que você entende por ação intersetorial? Tem algum aspecto que você considere fundamental para sua implementação?

12. Como a Estratégia de Saúde da Família tem como um de seus princípios o trabalho intersetorial, cite alguns exemplos de articulações para o desenvolvimento deste trabalho.

13. Quais são os fatores que facilitam e os que dificultam o desenvolvimento do trabalho intersetorial dentro do trabalho em equipe, considerando os espaços da micro e macropolíticas locais?

14. Você teria uma proposta de reorientação das práticas de trabalho que possibilite/potencialize ações intersetoriais na lógica do conceito mais ampliado de saúde?



**APÊNDICE B – Roteiro de entrevista para o profissional de saúde da família de nível superior**

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**

**ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

**Título do Projeto: AÇÃO INTERSETORIAL - POTENCIALIDADES E DIFICULDADES DO PROCESSO DE TRABALHO EM EQUIPE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Mestranda: Denise Alves José da Silva

Orientadora: Maria de Fátima Lobato Tavares

**ROTEIRO DE ENTREVISTA (profissional em saúde da família, nível superior)**

**Dados de identificação do entrevistado:**

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

Idade:

Graduação:

Tempo de formado:

Instituição de graduação:

Pós-Graduação

Cargo:

Tempo de trabalho na instituição:

Tempo de trabalho na ESF:

Tempo de trabalho na equipe:

**Eixo Temático 1: Competência Técnica**

1. Por que você escolheu trabalhar na Atenção Primária (AP) e no modelo da Estratégia de Saúde da Família (ESF)? Fale sobre sua trajetória profissional.

2. Você já fez algum curso introdutório na lógica da Estratégia de Saúde da Família ou de Saúde Pública? Fale sobre.

**Eixo Temático 2: Promoção da Saúde**

3. Para você, o que é promoção da saúde e qual a sua importância no planejamento do trabalho em equipe?

### **Eixo Temático 3: Processo de Trabalho em Equipe**

4. Fale sobre determinantes sociais da saúde e sua influência no trabalho com as famílias?
5. Na sua prática, quais fatores facilitam e dificultam o trabalho em equipe?
6. Na sua forma de pensar, qual a relevância da educação permanente em saúde no contexto da promoção da saúde para o trabalho em equipe?
7. Na sua concepção em que medida o processo de trabalho em equipe potencializa as ações intersetoriais?
8. Com que frequência os agentes comunitários de saúde (ACS) realizam levantamento das necessidades da população na área?

### **Eixo Temático 4: Participação Social**

9. Na sua unidade existe colegiado gestor local? Você participa das reuniões, e qual a periodicidade? Como você percebe a atuação do colegiado?
10. O que você entende de participação social dentro do contexto da Saúde? Pode citar ações de mobilização comunitária no seu território?

### **Eixo Temático 5: Percepções e Concepções dos atores sobre Intersetorialidade**

11. O que você entende por ação intersetorial?
12. Você pode citar alguns exemplos de ações intersetoriais realizadas por sua equipe?
13. Qual(Quais) o(s) aspecto(s) que considera de fundamental importância para a implementação do trabalho intersetorial?
14. Você teria uma proposta de reorientação das práticas de trabalho que possibilite/potencialize articulação de ações intersetoriais na lógica do conceito mais ampliado de saúde?

**APÊNDICE C – Roteiro de entrevista para o profissional de saúde da família de nível técnico**

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**

**ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

**Título do Projeto: AÇÃO INTERSETORIAL - POTENCIALIDADES E DIFICULDADES DO PROCESSO DE TRABALHO EM EQUIPE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Mestranda: Denise Alves José da Silva

Orientadora: Maria de Fátima Lobato Tavares

**ROTEIRO DE ENTREVISTA (profissional em saúde da família, nível técnico)**

**Dados de identificação do entrevistado:**

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

Idade:

Formação:

Tempo de formado:

Instituição de graduação:

Cursos na área de saúde:

Cargo:

Tempo de trabalho na instituição:

Tempo de trabalho na ESF:

Tempo de trabalho na equipe:

**Eixo Temático 1: Competência Técnica**

1. Por que você escolheu trabalhar na Atenção Primária (AP) e no modelo da Estratégia de Saúde da Família (ESF)? Fale sobre sua trajetória profissional.

2. Você já fez algum curso introdutório sobre a lógica da Estratégia de Saúde da Família ou de Saúde Pública? Há quanto tempo, e auxiliou na sua prática?

**Eixo Temático 2: Promoção da Saúde**

3. Para você, o que é promoção da saúde e qual a sua importância no planejamento do trabalho em equipe?

### **Eixo Temático 3: Processo de Trabalho em Equipe**

4. Fale sobre determinantes sociais da saúde, e qual sua influência no seu trabalho com as famílias no território?
5. Na sua prática, quais os fatores que facilitam e dificultam o desenvolvimento do trabalho em equipe?
6. Com que frequência você realiza levantamento das necessidades da população na sua microárea ou área?
7. A equipe de saúde consegue planejar suas ações de território de acordo com as situações de risco/vulnerabilidade e as necessidades de saúde demandadas do território? Fale sobre uma ação planejada de sua equipe.

### **Eixo Temático 4: Participação Social**

8. Na sua unidade existe colegiado gestor local? Você participa das reuniões, e qual a periodicidade? Como você percebe a atuação do colegiado?
9. Fale sobre a participação social da sua comunidade. Você percebe mobilização comunitária em ações intersetoriais?

### **Eixo Temático 5: Percepções e Concepções dos atores sobre Intersetorialidade**

10. O que você entende por ação intersetorial?
11. Você pode citar ações em que você tenha participado?
12. Qual(Quais) o(s) aspecto(s) que considera de fundamental importância para a implementação do trabalho intersetorial?
13. Você teria uma proposta de reorientação das práticas de trabalho que possibilite/potencialize ações intersetoriais na lógica do conceito ampliado de saúde?

**APÊNDICE D – DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA****FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ****ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA****PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA****Título do Projeto: AÇÃO INTERSETORIAL - POTENCIALIDADES E DIFICULDADES DO PROCESSO DE TRABALHO EM EQUIPE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Mestranda: Denise Alves José da Silva

Orientadora: Maria de Fátima Lobato Tavares

**DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA**

Declaro que estou ciente da realização da pesquisa intitulada **AÇÃO INTERSETORIAL - POTENCIALIDADES E DIFICULDADES DO PROCESSO DE TRABALHO EM EQUIPE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA** de autoria da funcionária dessa instituição **Denise Alves José da Silva** sob orientação da Profa. Dra. Maria de Fátima Lobato Tavares, constituindo-se requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/ FIOCRUZ).

Comprometo-me a cumprir os requisitos da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e regulamentações complementares sobre cuidados éticos referentes aos princípios legais da pesquisa com seres humanos no Brasil, ao disponibilizar o material e dados previstos no protocolo da pesquisa acima referida, cujo objetivo central é Analisar as estratégias das ações intersetoriais desenvolvidas pelas equipes de saúde da família do Centro Municipal de Saúde Carlos Figueiredo Filho da Área de Planejamento 2.2 da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Reitero estar ciente da realização dessa pesquisa e de sua forma de operacionalização mediante a utilização de entrevistas semi-estruturadas, observação direta e pesquisa documental interna à unidade de saúde, autorizando sua execução.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Assinatura do funcionário responsável

## **ANEXOS**

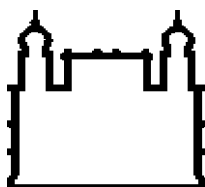
**ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  
**- gestor**

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**  
**ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

**Título do Projeto: AÇÃO INTERSETORIAL - POTENCIALIDADES E DIFICULDADES DO PROCESSO DE TRABALHO EM EQUIPE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Mestranda: Denise Alves José da Silva

Orientadora: Maria de Fátima Lobato Tavares



**Ministério da Saúde**

**FIOCRUZ**

**Fundação Oswaldo Cruz**  
**Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca**  
**Comitê de Ética em Pesquisa**



**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**Título do Projeto: AÇÃO INTERSETORIAL - POTENCIALIDADES E DIFICULDADES DO PROCESSO DE TRABALHO EM EQUIPE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Você está sendo convidado a participar da pesquisa de dissertação de mestrado profissional de Atenção Primária com ênfase na Estratégia de Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, com título de Ação Intersetorial – Potencialidades e Dificuldades do Processo de Trabalho em Equipe na Estratégia de Saúde da Família, desenvolvida por Denise Alves José da

Silva sob orientação da Professora Dra. Maria de Fátima Lobato Tavares.

O objetivo geral da pesquisa: Analisar as estratégias das ações intersetoriais desenvolvidas pelas equipes de saúde da família do Centro Municipal de Saúde Carlos Figueiredo Filho da Área de Planejamento 2.2 da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Você foi selecionado para participar da pesquisa, uma vez que, como gestor do Centro Municipal de Saúde Carlos Figueiredo Filho (CMSCFF<sup>o</sup>) da Área de Planejamento (AP) 2.2 da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMSRJ), faz-se importante avaliar o planejamento da ação intersetorial sob a lógica da gestão. Sua participação não é obrigatória e a recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. É preciso entender a natureza da sua participação e dar o seu consentimento livre e esclarecido por escrito.

Se concordar em participar deste estudo, você será solicitado a responder a uma entrevista semiestruturada. Como gestor do CMSCFF<sup>o</sup> você pode ser indiretamente identificado, mas terá seu nome omitido na divulgação dos resultados da pesquisa. O material será armazenado em local seguro. Pode ser necessário o uso de recurso audiovisual. Os dados serão utilizados unicamente para fins científicos.

A qualquer momento, durante a pesquisa ou posteriormente, você poderá solicitar da pesquisadora informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

O tempo de duração da entrevista será aproximadamente de uma hora.

As entrevistas serão transcritas e armazenadas em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e sua orientadora. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 196/96 e orientações do CEP/ENSP.

Observação:

Sua participação é muito importante, pois é compreendendo como são enfrentados os problemas levantados pela equipe, e quais as potencialidades e dificuldades em relação ao trabalho intersetorial, é que pode-se descobrir novos caminhos que permitam uma atuação mais eficaz e uma participação mais efetiva, para que se consiga uma vida com equidade e mais qualidade em saúde.

Pode haver ocorrência de situações constrangedoras ou de alterações emocionais relacionadas a um assunto surgido em uma pergunta. A entrevista terá continuidade



somente com a anuência do entrevistado.

Os resultados serão divulgados na dissertação e podem também ser divulgados em artigos científicos e em apresentações expositivas dirigidas ao público participante.

Declaro que as informações serão usadas apenas com finalidade científica, sendo garantido o sigilo sobre a autoria das mesmas.

Este termo é redigido em duas vias, um para o participante e outro para a pesquisadora.

Declaração de consentimento

Li e entendi o objetivo e as condições de minha participação na pesquisa acima e dou meu consentimento de livre e espontânea vontade e sem reservas para participar deste estudo.

Nome do participante (em letra de forma):

---

Assinatura do participante ou representante legal:

---

Data:

Atesto que expliquei cuidadosamente a natureza e o objetivo deste estudo, as implicações e benefícios da participação no mesmo. Acredito que o participante recebeu todas as informações necessárias.

Assinatura da pesquisadora:

---

Denise Alves José da Silva

Endereço institucional: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/  
FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Andar Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro  
– RJ - CEP: 21041-210.

Telefone de contato: 021 99614741

Email: [denisealvesjs@gmail.com](mailto:denisealvesjs@gmail.com)

Orientadora do Projeto: Prof. Dra. Maria de Fátima Lobato Tavares –  
DAPS/ENSP/FIOCRUZ

Telefone de contato: 021 25982898

*Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o  
Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP:*

Tel. e Fax - (0XX) 21- 25982863

E-Mail: [cep@ensp.fiocruz.br](mailto:cep@ensp.fiocruz.br)

<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

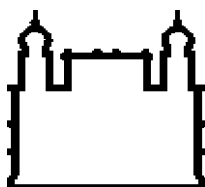
**ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
– equipe de saúde**

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

**Título do Projeto: AÇÃO INTERSETORIAL - POTENCIALIDADES E  
DIFICULDADES DO PROCESSO DE TRABALHO EM EQUIPE NA  
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Mestranda: Denise Alves José da Silva

Orientadora: Maria de Fátima Lobato Tavares



**Ministério da Saúde**

**FIOCRUZ**

**Fundação Oswaldo Cruz  
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca  
Comitê de Ética em Pesquisa**



**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**Título do Projeto: AÇÃO INTERSETORIAL - POTENCIALIDADES E  
DIFICULDADES DO PROCESSO DE TRABALHO EM EQUIPE NA  
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa de dissertação de mestrado profissional de Atenção Primária com ênfase na Estratégia de Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, com título de Ação Intersetorial – Potencialidades e Dificuldades do Processo de Trabalho em Equipe na Estratégia de Saúde da Família, desenvolvida por Denise Alves

José da Silva sob orientação da Professora Dra. Maria de Fátima Lobato Tavares.

O objetivo geral: Analisar as estratégias das ações intersetoriais desenvolvidas pelas equipes de saúde da família do Centro Municipal de Saúde Carlos Figueiredo Filho da Área de Planejamento 2.2 da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Você foi selecionado para participar da pesquisa, uma vez que você como integrante de uma das equipes do Centro Municipal de Saúde Carlos Figueiredo Filho (CMSCFF<sup>o</sup>) da Área de Planejamento (AP) 2.2 da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMSRJ), o seu posicionamento sobre o objeto de estudo será de grande valia. Sua participação não é obrigatória e a recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. É preciso entender a natureza da sua participação e dar o seu consentimento livre e esclarecido por escrito.

Se concordar em participar deste estudo, você será solicitado a responder a uma entrevista semiestruturada, onde será omitido seu nome e o da sua equipe na divulgação dos resultados da pesquisa e o material será armazenado em local seguro. Pode ser preciso o uso de recurso audiovisual. Os dados serão utilizados unicamente para fins científicos.

A qualquer momento, durante a pesquisa ou posteriormente, você poderá solicitar da pesquisadora informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente de uma hora.

As entrevistas serão transcritas e armazenadas em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e sua orientadora. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 196/96 e orientações do CEP/ENSP.

Observação:

Sua participação é muito importante, pois é compreendendo como são enfrentados os problemas levantados pela equipe, e quais as potencialidades e dificuldades em relação ao trabalho intersetorial, é que pode-se descobrir novos caminhos que permitam uma atuação mais eficaz e uma participação mais efetiva, para que se consiga uma vida com equidade e mais qualidade em saúde.

Pode haver ocorrência de situações constrangedoras e alterações emocionais relacionadas a um assunto surgido a partir de uma pergunta. A entrevista será continuada somente com a anuência do entrevistado.

Os resultados serão divulgados na dissertação, podendo também ser através de artigos científicos e palestras expositivas ao público participante.

Declaro que as informações serão usadas apenas com finalidade científica, sendo garantido o sigilo sobre a autoria das mesmas.

Este termo é redigido em duas vias, uma para o participante e outra para a pesquisadora.

Declaração de consentimento

Li e entendi o objetivo e as condições de minha participação na pesquisa acima e dou meu consentimento de livre e espontânea vontade e sem reservas para participar deste estudo.

Nome do participante (em letra de forma):

---

Assinatura do participante ou representante legal:

---

Data:

Atesto que expliquei cuidadosamente a natureza e o objetivo deste estudo, as implicações e benefícios da participação no mesmo. Acredito que o participante recebeu todas as informações necessárias.

Assinatura da pesquisadora:

---

Denise Alves José da Silva

Endereço institucional: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/  
FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Andar Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro  
– RJ - CEP: 21041-210.

Telefone de contato: 021 99614741

Email: denisealvesjs@gmail.com

Orientadora do Projeto: Prof. Dra. Maria de Fátima Lobato Tavares –  
DAPS/ENSP/FIOCRUZ

**Telefone de contato: 021 25982898**

*Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o  
Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP:*

Tel. e Fax - (0XX) 21- 25982863

E-Mail: [cep@ensp.fiocruz.br](mailto:cep@ensp.fiocruz.br)

<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>