

AVALIAÇÃO DA INTERSETORIALIDADE NAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE: A PERCEPÇÃO DE GESTORES E TÉCNICOS DA SECRETARIA SAÚDE DE OLINDA.

Ana Paula de Melo¹

Elza Machado de Melo²

¹Mestre em Saúde Coletiva e Especialista em Metodologias de Avaliação em Serviço de Saúde

²Profª do Departamento de Medicina Social da UFMG.

RESUMO

Na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), publicada em 2006, a Promoção da Saúde (PS) é vista como uma estratégia de articulação transversal, que impõe o desafio de construir ações intersetoriais. Este estudo avaliou a Intersetorialidade nas ações de PS desenvolvidas no período de 2007 a 2008, na visão de gestores e técnicos da Secretaria de Saúde de Olinda em PE. Pesquisa qualitativa onde os dados foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas e submetidos à análise de Conteúdo do tipo Temática. A PS foi vista como uma estratégia que envolve mudanças do modelo de desenvolvimento e a Intersetorialidade como uma forma de interligação e/ou integração entre os setores, importante para a efetividade de propostas dessa natureza, à medida que articula atores sociais e os diferentes recursos de que eles dispõem, evita o desperdício e reduz a superposição de ações municipais. Apesar do reconhecimento de que a PNPS representa um avanço na luta pelos ideais que norteiam uma concepção ampliada de saúde, traz alguns limites e ambigüidades e as ações colocadas em prática parecem caminhar ainda sob a ótica do campo da prevenção que restringe a PS ao conceito de risco e seu campo de atuação a pontuações em estilos de vida e cuidados com o corpo, entre outros.

Palavras-Chaves: Promoção da Saúde, Intersetorialidade, Política Nacional de Promoção da Saúde.

ABSTRACT

In the National Policy of Health Promotion (PNPS), published in 2006, the Health Promotion (HP) is seen as a strategy of articulation that pass by for many sectors that demands the challenge to construct Intersectorial. This study was to evaluate the Intersectorial Action in the actions of (HP) developed in the period of 2007 to 2008 in the vision of managers and technician of the Secretariat of Health of Olinda. A qualitative research was carried through where the data had been collected through half-structuralized interviews and the answers submitted to the analysis of Content of the Thematic type. The HP, while concept, as an instrument for change in the development model and the Intersectorial Action was seen as a form of interconnection between the sectors, important for effectiveness of the results preventing the wastefulness of resources and reducing the overlapping of municipal actions. Although this politics to represent an advance in the fight for the ideals of the field of the HP, it brings some limits and ambiguities and the actions placed in practical seem to still walk under the optical of the field of the prevention, restricting the promotion of the health to the risk concept and its field of performance the actions in life styles, among others.

Key Words: Health Promotion, Intersectorial Action, National Policy of Health Promotion

INTRODUÇÃO

Um breve sobrevôo histórico sobre as bases da Promoção da Saúde:

No final da década de 70, a Organização Mundial da Saúde (OMS) realiza a I Conferência Internacional da Saúde, na cidade de Alma-Ata, nome pelo qual ficaria conhecida. Neste evento, é definida a meta “Saúde para todos no ano 2000”, reforçando a proposta da atenção primária e orientando algumas recomendações essenciais para o alcance de uma “saúde plena”¹. Essa conferência desdobrou-se na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1986) que teve como resultado outro marco importante, a “*Carta de Ottawa*”. A priori, foi uma resposta às expectativas de uma “*nova saúde pública*” focalizada nos países industrializados².

Nesta perspectiva, a Promoção da Saúde (PS) trouxe consigo uma nova definição da saúde onde esta passa a ser vista como um “*recurso para a vida e não como objetivo de viver*”, um conceito positivo que enfatiza os meios sociais e pessoais, bem como, as capacidades físicas. As várias faces de desenvolvimento - social, econômico e pessoal – são dimensões essenciais na produção da saúde – e agir sobre elas seria promover saúde e melhorar qualidade de vida².

A PS teria por fim tornar estas condições cada vez mais favoráveis e para isso orienta o desenvolvimento da Intersetorialidade como uma ação coordenada entre os vários setores envolvidos no processo, chamando a atenção dos dirigentes para as conseqüências de suas decisões e incentivando a colocação da saúde na *agenda de prioridades* de todos os setores, o que, por sua vez, requeria a identificação e a remoção de obstáculos para a adoção de políticas públicas saudáveis em setores além da saúde¹.

Posteriormente, seguiram-se a realização de novas conferências internacionais que produziram documentos importantes para a conformação e construção dos pilares que regem o campo de atuação da PS como a Declaração de Adelaide (1988), a Declaração de Sundsvall

(1991), a Declaração de Bogotá (1992), a Declaração de Jacarta (1997), Carta de Bangkok (2005), entre outros. Todos estes documentos representaram “cartas de intenções” e mencionam o grande desafio de mudanças no olhar sobre o processo saúde/doença e a reorientação dos serviços de saúde.

A Promoção da Saúde e o SUS

No Brasil, a necessidade de se pensar outras estratégias para garantir a saúde da população surgiu junto com o processo de redemocratização do país e de constituição de um novo sistema de saúde. Muitos foram os passos na história de construção dos direitos de saúde, mas, destacaram-se dois eventos neste estudo, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), por sua incontestável importância, tanto material como simbólica, para todos os brasileiros e a criação Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)¹, devido a sua importância e por se relacionar diretamente com o objeto do presente trabalho.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi um marco fundamental para a Reforma Sanitária Brasileira e representa espaço onde se desembocam e se articulam as lutas da sociedade brasileira pela garantia da saúde como direito social e de cidadania. A partir dela, foram lançadas as bases para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que trouxe junto com o conceito ampliado de saúde, a necessidade de políticas públicas para garanti-la, bem como o incentivo à participação social e a ênfase à Intersetorialidade, pelo reconhecimento da incapacidade do setor sanitário em responder sozinho aos fatores determinantes e condicionantes do processo saúde/ adoecimento^{3, 4, 5}.

Tradicionalmente, os serviços de saúde se organizavam para priorizar a assistência, trabalhando basicamente sobre sintomas e ações curativas. Entretanto, nestes 20 anos de SUS, muda essa orientação para uma abordagem mais ampla e integral e, conseqüentemente, o reconhecimento do papel dos determinantes sociais na condução das necessidades de saúde e da PS como uma proposta de resposta a estes desafios⁶. Em outras palavras, para se falar em

PS no Brasil, deve-se levar em conta a reflexão sobre a criação do SUS e o enfrentamento de uma realidade de iniquidades históricas que colocam grandes desafios ao setor saúde.

Em Março de 2006, o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) como um modo de enfrentamento dos desafios postos pela produção de saúde num cenário sócio histórico cada vez mais complexo e que exige a reflexão das práticas sanitárias atuais. Nos termos dessa Política, a PS é destacada como *“um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro que pode contribuir na construção de ações que possibilitem responder às necessidades sociais em saúde”*¹.

A PNPS enfatiza alguns pontos de comunicação entre a PS e as bases do SUS. Primeiro, o conceito ampliado de saúde a exigir que o Estado assuma a responsabilidade por uma política de saúde integrada às demais políticas sociais e econômicas e garanta a sua efetivação. Além disso, os desafios contemporâneos trazidos para a saúde pública, como por exemplo, as doenças crônicas não transmissíveis, as causas externas como os acidentes de trânsito e violências, enfatizam a importância de se construir políticas que envolvam outros setores⁶.

Na tentativa de garantir os princípios do SUS, a melhoria dos serviços de saúde, a qualidade de vida dos sujeitos e da coletividades e a urgente necessidade de superar a cultura de fragmentação do saber, a responsabilidade pela implantação da PNPS e a adoção de estratégias são definidas em cada nível de gestão, municipal, estadual e federal.

A PNPS tem como diretrizes a Integralidade, a Equidade, a Responsabilidade Sanitária, a Mobilização e Participação Social, a Intersetorialidade, a Informação, bem como a Educação, Comunicação e a Sustentabilidade. Enfatizou-se, neste trabalho, a Intersetorialidade, como um importante pilar do campo da PS, tratado aqui enquanto um processo de construção compartilhada onde os vários saberes e práticas estabelecem um grau de abertura para dialogar em benefício da melhoria da qualidade de vida da população¹.

Claro está que, com essa definição, a abordagem da Intersetorialidade remete, direta e indiretamente, às demais diretrizes da PS e, necessariamente, as inclui: não é possível pensar processos compartilhados, sem participação, sem democracia, sem responsabilidade, enfim, sem o reconhecimento do outro como sujeito portador de competências, direitos, deveres e vontade ^{7,8}.

No próprio texto da PNPS, reitera-se essa afirmação, pois, ao adotar o conceito ampliado de saúde, destaca a sua determinação por múltiplos fatores, logo, a necessidade da Intersetorialidade e da participação de todos os atores envolvidos não só no processo de sua produção, mas também na análise e na formulação de ações que visem à melhoria da qualidade de vida. Tampouco é possível pensar qualquer possibilidade de equidade, sem pressupor o reconhecimento recíproco dos envolvidos⁹.

Associado a esse elemento participativo e mobilizador que lhe é inerente e decorrente, a Intersetorialidade inclui outro aspecto substantivo no desenvolvimento das ações de saúde, a saber, a articulação de recursos diversos e sinérgicos, mais capazes, no conjunto, de promover o enfrentamento dos problemas complexos que surgem nas sociedades modernas, no Brasil e no mundo, superando a ótica fragmentada que orientou a formação do setor saúde ^{3,7}.

Dessa forma, se a Intersetorialidade é pensada segundo seus dois aspectos centrais – a participação efetiva e a articulação de saberes e práticas, pode-se entender a própria PNPS como uma grande estratégia intersetorial, que prevê o fortalecimento e a implantação de ações transversais e integradas – *intersetoriais* - que se funda no diálogo entre as diversas áreas do setor sanitário, do governo, do setor privado e não governamental e da sociedade em geral, propiciando o agir sanitário pelo estabelecimento de uma rede de compromissos e co-responsabilidades construída a partir de uma gestão compartilhada⁷.

Inevitável é reconhecer que, atualmente, o SUS tem como grande desafio operacionalizar políticas intersetoriais em um ambiente que tradicionalmente assume um

paradigma setorial. O dilema do gestor, sobretudo na esfera municipal, de operar uma política intersetorial, explicita a necessidade de se introduzir mudanças no ambiente para que se viabilize uma determinada política⁴.

De acordo com Inojosa¹⁰, o campo da saúde envolve uma grande discussão e por isso, a implementação da Intersetorialidade é um grande desafio por envolver necessidades de mudanças nas formas de atuação, operação política e gestão das instituições e das pessoas que as integram. Assim é que, apesar de tão ampla, a estratégia parece ter se limitado à reunião de diferentes profissionais e setores num mesmo lugar ou com um mesmo objetivo, sem haver um diálogo entre eles¹¹.

Diante do que foi exposto, destaca-se a necessidade de estudos de Avaliação das ações de Promoção da Saúde e da Intersetorialidade, por este ser um campo que faz parte de uma temática bastante recente de atuação e por ser portador de grande complexidade, havendo a necessidade de registro de experiências, principalmente, em países da América Latina. Outro desafio, a exemplo do que ocorre no processo de efetivação, é a organização de estudos e pesquisas que avaliem promoção de saúde e da Intersetorialidade, e que estejam associados às diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde na PNPS e pelas várias conferências mundiais que lhe deram origem.

Desde a criação da PNPS, os municípios vêm tentando se adequar às suas diretrizes na tentativa de fortalecer e implantar uma política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário e os outros setores do governo. A Secretaria de Saúde de Olinda, vem implementando a PNPS a partir de algumas ações desenvolvidas no intuito de melhorar a qualidade de vida de sua população. Essas ações são guiadas pelas diretrizes da política e foram colocadas na agenda como prioridades a serem executadas desde 2006.

O objetivo geral deste trabalho foi avaliar a partir da percepção dos gestores e técnicos, a Intersetorialidade nas ações municipais de Promoção da Saúde desenvolvidas pela Secretaria de Saúde de Olinda. Como objetivos específicos do estudo destacou-se a necessidade de compreender a concepção de acerca da Promoção da Saúde e da Intersetorialidade destes atores, bem como descrever as mudanças observadas desde a implementação da PNPS e qual seria a importância e limites da Intersetorialidade no município.

METODOLOGIA

Para facilitar o entendimento, optou-se por apresentar a metodologia qualitativa através de um quadro detalhado demonstrando todas as etapas de realização deste estudo.

Quadro 1: Descrição da Metodologia adotada no estudo

Objetivo do Estudo	Avaliar COMO funciona a Intersetorialidade nas ações da Política Municipal de Promoção da Saúde, a partir do olhar dos gestores e técnicos da Secretaria de Saúde de Olinda
Perspectiva de Estudo	Pesquisa Qualitativa ^{12,13} : <i>Como</i>
Estratégia de pesquisa	Estudo de Caso ¹⁴ – para <i>descrição do contexto</i> . Triangulação de dados: Análise de documentos (leitura das cartas das Conferências Internacionais e da PNPS) Observação (experiência do pesquisador inserido na realidade) e Entrevistas ¹⁴
Métodos de coleta de dados	Foco da análise: Entrevistas semi-estruturadas ¹⁵ .
Sujeitos da Pesquisa	Gestores e profissionais da Secretaria de Saúde de Olinda-PE, informantes-chave na construção da agenda de prioridades, na formulação e implantação das ações que são guiadas pelas diretrizes da PNPS.
Período de Estudo	2007 a 2008
Diário de Campo	Roteiro-guia pré-estabelecido: Eixos - Entendimento sobre o campo da Promoção da Saúde, visão sobre a implantação da PNPS no município, a Intersetorialidade enquanto conceito e prática nas ações; sua importância e limites, bem como ações municipais desenvolvidas de PS. Crterios de Inclusão e Exclusão: estar no cargo a mais de 12 meses; Critério de exclusão: estar no cargo a menos de 12 meses.

	Entrevistas agendadas de acordo com a disponibilidade dos sujeitos e gravadas
Dados coletados - Entrevistas	11 profissionais e gestores entrevistados (diretores, coordenadores e técnicos , estes últimos responsáveis, por executarem as ações de PS junto à população).
Análise dos dados	Análise de Conteúdo Temática ^{15,16,17}
Etapas de Análise dos dados	<p>a) Pré-análise: escolha dos documentos (entrevistas) de acordo com critérios estabelecidos, a retomada dos objetivos e das questões iniciais da pesquisa¹⁸.</p> <p>b) Exploração do material: codificação dos dados brutos; realização de recortes de falas em unidades de registros ou rubricas^{17, 16} e de classificação e a agregação destas rubricas, escolhendo as categorias empíricas / teóricas que guiaram a especificação dos temas¹⁸.</p> <p>c) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: programa NVivo 2,0¹⁹ para codificação e categorização dos temas e categorias.</p>
Aspectos Éticos	Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) número 1279 .

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As categorias a seguir foram criadas a partir da emergência dos resultados, baseando-se na articulação dos critérios empíricos, ou seja, segundo as informações obtidas na pesquisa, com os critérios teóricos tomados da literatura. Assim, definiram-se três categorias a partir das quais se organizou a apresentação e a discussão dos resultados: 1) a Política Nacional de Promoção de Saúde; 2) A Concepção de Promoção de Saúde; 3) A Intersetorialidade: Concepção e Ação.

1) A Política Nacional de Promoção de Saúde

Na categoria PNPS, foram encontradas duas subcategorias: a) Visão sobre a PNPS e b) Mudanças observadas a partir da implantação da PNPS.

Na subcategoria “visão sobre a PNPS”, a maioria dos gestores e técnicos relatou que a política seria um guia que orientar a realização de determinadas ações em prol da melhoria da qualidade de vida dos usuários. Entretanto, mesmo sendo uma iniciativa importante do Ministério da Saúde, ainda é desenvolvida de forma incipiente, pois as ações realizadas focalizam muito mais a assistência e prevenção do que a promoção da saúde e estão limitadas à disponibilidade de recursos e escolha de prioridades por parte da gestão, como observado a seguir:

“A PNPS está no caminho certo, mas as ações ainda são muito voltadas pra assistência, tanto os profissionais como gestores (...) ela não é feita se não houver ações intersetoriais e isso é muito claro pra os gestores porque a gente tem que fazer uma coisa que dê impacto e pra isso precisa dialogar com as outras áreas”. (E1)

“(...) Eu vejo que atividades são feitas, mas infelizmente eu acho que tá difícil e tá longe de se trabalhar nesse caminho. Eu acho que a gente ainda não conseguiu sair ainda da questão preventiva se quer, não conseguiu sair ainda da questão curativa porque a gente sempre trabalha enfocando a doença”. (E10)

De acordo com o discurso dos sujeitos acima, apesar da política ter sido um avanço na forma de ver o processo saúde-doença e seus determinantes, de reforçar a necessidade de se considerar a saúde como resultado dos modos de organização da produção, do trabalho e da sociedade em um determinado contexto histórico⁶, os próprios gestores e profissionais reconhecem a dificuldade de mudar a visão de um modelo biomédico tradicionalista que foi construído ao longo da história da saúde pública no Brasil.

A PNPS, ao mesmo tempo em que faz a crítica desse modelo e o considera incapaz de modificar os condicionantes e os determinantes mais amplos do processo, como no trecho:

“Tradicionalmente, os modos de viver têm sido abordados numa perspectiva individualizante e fragmentária, colocam os sujeitos e as comunidades como responsáveis únicos pelas várias mudanças ocorridas no processo saúde-doença¹”, ela própria ainda propõe ações específicas que operam num modelo de atenção marcado pela centralidade dos sintomas e na prevenção

de riscos e vulnerabilidades, enfocando atividades que necessitam e dependem de mudança de comportamento dos indivíduos ao invés de mudanças nas condições de vida da população.

Outro ponto apontado pelos entrevistados refere-se à afirmação de que a política em si não funcionará se não houver a realização de ações intersetoriais (E1). O que corrobora a visão trazida na PNPS¹, segundo a qual, a Intersetorialidade provoca mudanças na forma de planejar, gerir e executar as políticas municipais propicia a valorização e a ampliação do cooperativismo entre o setor saúde e outras áreas do governo, setores e atores sociais e representa uma forma de garantir resposta à complexidade do processo saúde-adoecimento.

No que diz respeito à segunda categoria, quando questionados sobre as mudanças observadas a partir da implantação da PNPS, os entrevistados destacaram algumas transformações que ocorreram na relação entre os vários setores da prefeitura de Olinda, ou seja, a PNPS trouxe um estímulo ao desenvolvimento de ações intersetoriais. Além disso, ampliou também a visão sobre a Integralidade e a participação dos usuários, como observado abaixo nas falas:

“(...) o olhar pra PS esta muito mais acentuado, os municípios vêm pondo em pratica essa política (...). Com essa política de PS a gente tem uma boa articulação (...) Nós temos excelentes parcerias com políticas sociais, com a educação por conta da execução das atividades que estão dentro da política de PS”. (E1)

“(...) é uma política mais humanizada (...) vendo este sujeito como um todo, na sua integralidade. Essa política trouxe o olhar pra integralidade”. (E5)

“Acho que sim, facilitou muito a participação da população. Nada como você ta escutando a comunidade pra poder dar o retorno (...). Ajudou a trabalhar em conjunto com as comunidades, as pessoas se articulam, procuram, (...) existe uma articulação dos vários setores, das varias caixinhas”. (E10)

Estas falas exemplificam os avanços observados desde a implementação da política no município. O primeiro ponto a ser destacado se refere à melhoria da comunicação e articulação entre a saúde e os vários setores, atribuída à realização das ações de PS. Na política nacional, estimula um modelo de atuação integrado às dimensões ambiental, social,

política, econômica, comportamental, cultural, muito além daquela específica à biologia humana. Para tanto, as ações devem estar articuladas a outros setores e a outras políticas governamentais, levando-se em consideração que a Intersetorialidade é um campo que demarca uma tensão entre competências específicas na área da saúde e uma abertura exigida a integração com outras práticas²⁰.

Outro avanço referido e que se harmoniza com as diretrizes propostas na política diz respeito à mudança de olhar em relação à Integralidade. Os entrevistados reconhecem que apesar dos limites impostos na realização das ações municipais, com poucos recursos e pouca influência na seleção de prioridades, a PNPS trouxe o olhar para integralidade não só no sentido da atenção à saúde, mas principalmente no trato com o usuário, ou seja, com a qualidade da atenção e do cuidado. Isso se explicaria, por um lado, pelo fato de que a integralidade tanto exija a articulação e a sintonia entre as estratégias de produção de saúde como o deslocamento da atenção de uma perspectiva restrita do adoecimento e dos sintomas, para o acolhimento da história do usuário, de suas condições de vida e de suas necessidades em saúde, respeitando as suas especificidades¹.

Por outro lado, porque, pensar a qualidade de vida com enfoque no cuidado integral favorece a identificação de interfaces e a construção de uma agenda de trabalho comum a diversos atores e setores governamentais e não-governamentais. Retomando o campo da promoção da saúde pode-se dizer que oferecer qualidade de vida significa desenvolver estratégias de incentivo a práticas integrais, nas quais tanto a oferta de serviços como a formulação de políticas públicas, a construção e o fortalecimento das ações intersetoriais assumem um importante papel⁴.

Na visão dos gestores e técnicos, a realização de ações de promoção de saúde ampliou o processo de participação dos usuários e a escuta de suas necessidades, o que se identifica com umas das principais diretrizes da PNPS: *“fortalecer a participação social como*

fundamental na consecução de resultados de Promoção da Saúde, em especial, (...) o empoderamento dos usuários e da comunidade”. A estratégia de promoção de saúde é claramente social, política, visto que a saúde é tida como positiva e multidimensional e que deve ter como protagonistas não só comunidades, movimentos sociais, mas também, governos locais, organizações num modelo mais participativo e mediador, combinando escolhas individuais e responsabilidade social com estratégias mais integradas e intersetoriais²¹.

Por fim, os entrevistados sugeriram melhorias para o desenvolvimento da PNPS e de suas ações. De acordo com o relato dos gestores e técnicos existiria uma grande necessidade de maior divulgação e discussão acerca da política e seus resultados efetivos, melhor avaliação de suas ações, revisão nas formas de repasse de recurso e mais investimento na estratégia de Alimentação Saudável, pouco incentivada no município, considerado um movimento também observado dentro do próprio Ministério da Saúde.

Os entrevistados foram também solicitados a relatar as ações de Promoção da Saúde desenvolvidas no município de Olinda, no período de 2007 a 2008 e a partir disso foi possível construir um quadro que apresenta o resumo das principais ações executadas citadas por eles (Quadro 3). Destacaram-se, de acordo com as falas, os projetos, suas atividades, os setores envolvidos na sua realização bem como os responsáveis por executá-las.

Ao se comparar as ações relatadas pelos entrevistados com as ações específicas que estão propostas na PNPS, observou-se que apesar de ser uma política municipal ainda incipiente, nova e pouco divulgada e do fato de se tratar de um município pequeno com poucos recursos disponíveis, percebeu-se que há uma tentativa da gestão de implementá-la de acordo com as principais diretrizes propostas. O quadro 3 abaixo apresenta as ações de Promoção da Saúde destacadas pelos entrevistados:

Quadro 3: Ações de Promoção da Saúde identificadas no Município de Olinda, PE no período de 2007-2008.

PROJETO /AÇÃO	ATIVIDADES	SETORES	RESPONSÁVEIS
---------------	------------	---------	--------------

DE PROMOÇÃO DA SAÚDE		ENVOLVIDOS	
NUPAV Prevenção de Violência e Cultura de Paz	Notificação da Violência Domestica Capacitação com PSFs e outras Unidades de Saúde Integração AVAs, ACS (integração das atividades de vigilância e assistência) CINE SAÚDE REDEARTE - Agentes Redutores de Danos Cuidando do Cuidador	Saúde, Educação, Políticas Sociais, Conselho Tutelar Vigilância ambiental, Direção de Limpeza Urbana,	Secretaria Municipal de Saúde, DVS, Coordenação DANTs, NEPS, Diretoria de Atenção a Saúde, Coordenação do VIGISUS II
Núcleo de Geoprocessamento (NUGEO)	Mapeamento de pontos críticos de atropelamento e acidentes de carro	Saúde, Planejamento e Transporte e Meio Ambiente	Secretaria Municipal de Saúde, DVS, Coordenação DANTs, SEPLAMA, NUPAV
Se Bole oh! Linda	Atividade Física Prática Corporal - Pedala Olinda Alimentação Saudável Hiperdia – prevenção de Diabetes e Hipertensão	Secretarias Municipal e Estadual de Saúde, Transporte e Meio Ambiente, Educação, Segurança Pública Igreja Católica, Evangélica, Associação de Moradores, Idosos	Secretaria Municipal de Saúde, DVS, Coordenação DANTs, NASF
Ambientes Livres do Fumo	Prevenção e Combate ao Tabagismo	Vigilância Sanitária, Saúde	Secretaria Municipal de Saúde, DVS, Coordenação DANTs
CAPs AD	Redução da Morbimortalidade por Álcool e outras Drogas Atividade Física para usuários		Secretaria Municipal de Saúde, DVS, NEPS, NASF
Desenvolvimento Sustentável	-----	-----	-----

Finalmente, resta tecer alguns comentários sobre alguns limites e ambigüidades da PNPS que precisam ser destacadas para efeito de reflexão.

Inicialmente, as ações estratégicas para colocar este ideário em prática e relatadas anteriormente, não só no município, mas na própria PNPS, parecem caminhar ainda sob a ótica do campo da prevenção e da epidemiologia, restringindo a promoção da saúde ao conceito de risco e seu campo de atuação a pontuações em estilos de vida, cuidados com o corpo (como o Se Bole Oh! Linda), controle de tabagismo, entre outros.

Outro ponto a ser questionado diz respeito a estas mesmas ações serem norteadas por uma política de mínimos, numa perspectiva ainda individualizante, ou seja, a ênfase maior é na qualidade e nas mudanças de comportamento e dos estilos de vida (modelo este de países

desenvolvidos), sem abarcar transformações profundas nas estruturas sociais, políticas, econômicas, ou seja, nas condições de vida dos usuários que são urgentes e necessárias, em municípios brasileiros a exemplo de Olinda.

Por ter sido uma política formulada de forma verticalizada, no sentido de ter sido pensada e construída por atores que estão no nível federal, as estratégias propostas ainda são muito específicas do setor saúde e têm, dentro desse, forte ênfase na Atenção Básica, o que acaba por tornar o papel da promoção restrito a esse espaço, em lugar de perpassar, como deveria, todos os setores e níveis de atuação.

A recente PNPS consegue trazer para dentro da saúde a discussão sobre Desenvolvimento Sustentável, importante pilar que orienta este campo, mas durante as entrevistas não foram citadas nenhuma ação em Olinda que envolvesse esta temática.

2) A Concepção de Promoção de Saúde

Nesta categoria, foram incluídas duas sub-categorias, a) Promoção da Saúde como conceito amplo que envolve mudança *no modelo de desenvolvimento* e b) Promoção de Saúde como prevenção de doenças

No que diz respeito à categoria Promoção da Saúde como mudança no modelo de desenvolvimento, de uma maneira geral, ficou evidente que a maioria dos gestores e técnicos o compreendiam como uma forma de melhoria das condições de vida e conseqüente melhoria da saúde da população envolvendo questões como qualidade de vida, mudança de comportamentos e adoção de hábitos saudáveis, equidade, integralidade, intersetorialidade, empoderamento, como observado nas falas a seguir:

*“O principal é que ela é o **empoderamento da população**, pra que a partir do conhecimento que essa população obtém ela venha a ter uma **mudança de habito e de comportamento pra melhorar a sua qualidade de vida**. (...) é melhorar o atendimento integral, pra que a gente possa ta vendo o indivíduo como um todo, num coletivo, não como a gente vê em muitas praticas de saúde hoje em dia, infelizmente é aquele processo saúde-doença...”.* (E4)

*“(...) Promoção da Saúde a gente fala de **condição de vida, de trabalho, de habitação, são outros fatores que tem uma relação pra que a saúde aconteça e de fato tenha uma qualidade.** (...) O objetivo da Promoção da Saúde é você trabalhar além da questão curativa, preventiva, também a qualidade de vida”. (E10)*

As falas destacadas acima demonstram uma aproximação maior destes sujeitos ao conceito de Promoção da Saúde defendido pela PNPS, que envolve uma compreensão mais ampla e abrangente deste campo e que leva em conta a necessidade de mudança nos determinantes gerais de vida, condicionantes de uma melhor ou pior saúde. Como afirma Malta⁶, na PNPS, a estratégia de Promoção da Saúde é retomada como uma possibilidade de enfocar os aspectos determinantes do processo saúde-doença no Brasil, a exemplo da violência, falta de saneamento básico, habitação inadequada, falta de acesso a educação, entre outros fatores importantes para a melhoria da qualidade de vida dos usuários.

Do mesmo modo, como afirmam outros autores como Buss²¹, Czeresnia²⁰, Lefevre & Lefevre²², a saúde, na nova concepção de promoção, é um produto de vários fatores relacionados com a qualidade de vida e do bem estar. Suas atividades estariam mais voltadas para o coletivo e para o ambiente que seriam desenvolvidas a partir de políticas públicas e de ambientes favoráveis ao desenvolvimento da saúde e do empoderamento das comunidades.

Entretanto, alguns dos entrevistados identificaram a Promoção da Saúde como uma forma de Prevenção de doenças, demonstrando uma visão ainda tradicional e dominante no entendimento acerca do campo como relatado nas seguintes falas:

*“**Eu acho que a prevenção é a promoção, é dar subsídios pra que o individuo não adoça.**” (E5)*

*“(...) **ensinar as pessoas a evitar doenças, orientando pra não contrair as doenças. Tem a ver com prevenção, elas estão juntas.**” (E8)*

Segundo Lefevre & Lefevre²², ao longo dos anos este campo vem sendo entendido e praticado pela maioria dos profissionais de saúde como um nível básico, abrangente e inespecífico da prevenção, guiado por um modelo clássico de História Natural das Doenças

criado por Leavell e Clark (1965), protagonistas na disseminação desta visão restrita. Esta forma de ver a Promoção da Saúde seria inadequada e insuficiente na medida em que revela uma visão ainda fragmentada e reducionista, baseada no modelo biomédico vigente. A simples retirada ou ausência da doença através da prevenção focalizada no indivíduo, atuaria em efeitos mais imediatos e não implicaria necessariamente a presença de saúde, pois a interferência não atingiu a causa básica do problema, ou seja, os determinantes reais do processo.

Obviamente, com esta afirmação não se pretende negar que a intervenção sobre indivíduos tenha vantagens em termos de reduzir o surgimento de complicações e de melhorar a mortalidade e o tempo de sobrevivência²⁰; o que se quer, de fato, é o reconhecimento da promoção de saúde como um campo de atuação, com identidade própria, distinto de outros, pela abrangência e, por que não dizer, por certa radicalidade que lhe seria inerente, caso seja respeitada sua premissa de transformar a realidade.

3) Intersetorialidade: Concepção e Ação

Sobre o conceito de Intersetorialidade, quando questionados, os entrevistados destacaram dois aspectos (ou características): *a interligação e a integração* entre os setores.

A grande maioria dos gestores e técnicos compreende a Intersetorialidade como uma forma de *interligação*, ou seja, uma forma de buscar apoio e articulação entre setores na realização das ações de PS, o que demonstra a tentativa de mudanças da visão dominante de setorização. As várias falas abaixo demonstram isso.

“(...) é buscar além do setor saúde parceria pra desenvolver determinado projeto ou resolver um determinado problema”. (E2)

“Intersetorialidade acredito que seja a comunicação entre os diversos setores para atingir um objetivo em comum (...) Os problemas de saúde geralmente não são resolvidos apenas com o setor saúde e ele precisará do envolvimento de outros setores para ter ações realmente efetivas”. (E3)

É clara a tentativa de articular ou ligar as Secretarias com o intuito de atingir um determinado objetivo comum e de articular o conjunto de políticas públicas, não apenas a assistência à saúde, *stricto-sensu*, mas os vários aspectos a ela relacionados como o meio ambiente, saneamento básico, transporte, educação, etc.³. Costa, Pontes & Rocha⁴ afirmam que a Intersetorialidade é um caminho para alcançar esses objetivos, logo, para desenvolver a promoção da saúde - e vice-versa - uma vez que a promoção tem suas ações e políticas dirigidas aos determinantes da saúde, requer a cooperação entre os diferentes setores envolvidos e a junção de suas ações.

Pode-se notar, no entanto, que a concepção inerente a essas falas que enfatizam a interligação de setores estão aquém do conceito utilizado neste estudo, de construção compartilhada^{6,7} cuja perspectiva adotada para o trabalho intersetorial implica mais do que justapor ou compor projetos formulados e realizados setorialmente, mas promover um verdadeiro diálogo entre os setores durante a formulação, realização e avaliação das políticas públicas e entre esses e a sociedade civil, usuários e cidadãos⁷.

Não por acaso, alguns entrevistados já visualizam a Intersetorialidade como uma forma de *Integração* entre os diversos setores, organizações, instituições e sociedade onde se percebia a importância deste campo e do planejamento conjunto das políticas públicas, o que demonstra um avanço na mudança de cultura e pensamento.

“Hoje a gente trabalha com uma integração muito forte entre as vigilâncias e a assistência. Hoje não se faz nenhuma ação na comunidade sem a presença do distrito, sem antes planejar com o distrito e a vigilância”. (E6)

“Conseguir conversar, planejar e executar de forma que a gente tenha trânsito nestes lugares, de ter um acesso e de fazer uma ou outra ação junta, no sentido coletivo mesmo. Fazer um planejamento todo mundo junto (...) Você sentar e discutir com todo mundo junto e cada um tendo sua visão, e cada um tendo a sua lógica, e a gente conseguir casar e estudar isso direitinho e fazer com que a cidade caminhe neste sentido”. (E10)

A Intersetorialidade foi vista pelos entrevistados como uma importante estratégia para colocar em prática a PS, na medida em que se volta para a questão da qualidade de vida e

possibilita o avanço na área da saúde. Segundo eles, o fato de tomar a saúde de forma complexa, em todas as suas dimensões reconhecendo a necessidade de se estabelecer uma articulação e troca entre os vários saberes, remete-a necessariamente à integralidade. Sendo assim, promover saúde, significa desenvolver estratégias que incentivem práticas integrais, nas quais as ações intersetoriais assumem importante papel na formulação e gestão de políticas públicas. Tais práticas devem intervir nos diversos estágios e dimensões do processo saúde-doença e serem capazes de satisfazer demandas individuais e coletivas⁴. A partir de uma ação conjunta, tem-se a possibilidade de superar a visão reducionista e ampliar os horizontes de compreensão acerca dos problemas de saúde e seus diversos determinantes¹⁰.

De forma análoga aos vários autores para os quais superar o modo de fazer setorizado vigente na maioria das instâncias governamentais poderá evitar sobreposições de ações e um decorrente dispêndio de recursos^{11,4}, os sujeitos entrevistados comentaram que a prática intersetorial é um importante pilar da PS e gera uma maior condição de aumentar sua resolutividade, na medida em que busca criar mecanismos que atuem de forma definitiva e eficiente sobre os problemas. Enquanto uma ação conjunta, a Intersetorialidade resulta numa maior agilidade no planejamento, implantação e andamento das ações, projetos, avançando-se na melhoria da saúde o que tem a ver com a questão da complexidade.

“Quando a gente tem essa articulação consegue resolver um problema que de repente sozinhos a gente não conseguiria, (...) com a Intersetorialidade a gente economiza tempo e dinheiro. E ainda tem o resultado esperado, mas rápido e com menos recurso (...).”(E1)

“A gente consegue dar uma melhor resposta pra população, do ponto de vista do resultado, a gente tem um resultado mais fiel às necessidades da população”. (E10).

É evidente o grau de identidade existente tanto nas falas que trazem a idéia de integração como na formulação de vários autores com os postulados da PNPS, especialmente que a saúde enquanto uma determinação social exige a mobilização de recursos que extrapolam o âmbito da saúde, portanto, a Intersetorialidade, que por sua vez implica troca de saberes, linguagem e praticas dos diversos setores envolvidos¹.

Como dificuldades para colocar em prática a Intersetorialidade, foram identificadas falas que destacam o despreparo dos profissionais e a gestão política tradicional. No primeiro caso, a dificuldade em se trabalhar com ações intersetoriais seria devido a falta de formação e sensibilização dos profissionais para se trabalhar nesta perspectiva e por isso preservam uma visão tradicionalista setorializada. Como demonstrado abaixo:

“A questão da falta de profissionais, não vou dizer capacitados, mas que tenham essa visão, que não tenham uma leitura acadêmica da coisa. O serviço ele é muito serviço. A academia é muito academia. E aí fica esse hiato: academia-serviço e não dialogam. (...) Existe muita gente que ou por tá longe da academia, ou por já ter uma prática de trabalho já engessada, não tem essa visão da importância do outro, do outro enquanto parceiro, do outro enquanto secretaria”. (E1)

“(...) as pessoas ainda não estão acostumados com essa troca e ainda se trabalha muito sozinho, esse trabalho é meu, esse é seu eu faço a minha parte e você faz a sua parte, infelizmente a gente ainda tem, mas eu acho que depende muito do gestor” (E4).

As disciplinas constituíram-se de modo bastante isolado ao longo dos tempos e com a pretensão de esgotar as questões específicas a suas áreas. Em campos complexos, deve-se superar essa fragmentação do conhecimento, pois estas clausuras setoriais, principalmente em áreas como a saúde, isoladamente, seriam incapazes de dar conta de sua complexidade. Sabe-se, pois, que abordagens separadas, enclausuradas, não podem dar conta da qualidade de vida, de promover saúde, de fomentar o desenvolvimento da saúde²³.

No segundo caso, encontram-se aquelas falas que consideram as dificuldades com a gestão.

“(...) tem a questão das prioridades, não é nem falta de interesse no tema, mas muito mais por não ser naquele momento a prioridade da gestão”. (E2)

“A questão dos limites em se trabalhar com outras secretarias, na prática, é de se entender a proposta. Pra gente aquilo pode ser uma coisa muito importante, mas pra outra secretaria pode não ser. A questão da prioridade e vai muito do poder técnico que a gente tem, do poder de argumentação, da gente mostrar o que é prioridade pra prefeita, pro governo, pro secretário”. (E6)

Para a PS, é fundamental estabelecer parcerias com todos os setores da administração pública, para induzir mudanças sociais, econômicas e ambientais que favoreçam a garantia da

saúde com qualidade⁶. Porém, na maioria das vezes, os governos municipais têm formulado e implementado políticas de forma segmentada de acordo com setores estanques como, por exemplo, secretarias, diretorias, entre outros, por intermédio dos quais realizam a prestação de serviços à sociedade. Ou seja, boa parte destas estruturas organizacionais dos municípios tem reforçado a fragmentação de políticas públicas e dificultado o exercício de controle social, o que torna difícil a cobrança de soluções de um único setor para problemas tão complexos vivenciados pela sociedade como a questão da saúde^{4,5}.

Sendo assim, o gestor municipal tem um papel central na implementação do SUS, não apenas enquanto coordenador da estrutura de prestação de serviços, mas também na ampliação do espectro de atuação da política de saúde, abrangendo questões intersetoriais, como o emprego, habitação, o transporte [...]⁵ (p. 192).

CONCLUSOES

As conclusões a seguir não pretendem exaurir os temas aqui discutidos, mas apresentar algumas reflexões realizadas sobre a percepção destes atores que foram escolhidos para o estudo.

De uma maneira geral, os gestores e técnicos apresentaram uma visão bastante crítica acerca da PNPS, apresentando o olhar que tinham em seu município, as dificuldades na sua implementação e no desenvolvimento de suas ações, bem como algumas sugestões para o melhor andamento da política em todos os níveis de governo.

O conceito de PS, apesar de entendido como algo amplo que envolve mudanças no modelo de desenvolvimento de países como o Brasil, foi tratado como um campo complexo e de difícil efetivação que envolve mudanças na cultura organizacional, construída com base em um modelo preventivo e curativista com foco na doença.

A Intersetorialidade foi concebida como uma forma de Interligação e apesar de ser um tema preconizado como transversal a todas as políticas, a responsabilidade e iniciativa para

articular os vários setores, instituições e níveis de governo, ainda permanece no escopo da saúde, o que demonstra a necessidade de uma maior divulgação, discussão e sensibilização acerca da PNPS, do campo da PS e deste importante pilar de sustentabilidade das ações.

Apesar de representar um avanço para a institucionalização do campo da PS no país, a PNPS traz algumas ambigüidades. Ao mesmo tempo em que critica o modelo biomédico e preventista como incapaz de dar conta dos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença e recrimina os modelos de atenção a saúde que abordam modos de viver em uma perspectiva individualizante e fragmentada, propõe objetivos e ações que enfatizam a prevenção de riscos e vulnerabilidades e atividades que dependem da mudança de hábito dos indivíduos, deixando de lado a necessidade das transformações nas condições de vida da população.

Sendo assim, a incorporação das propostas da PS na agenda política dos gestores do SUS (no Plano Municipal de Saúde), além de apontar possíveis mudanças no processo de formulação de políticas públicas, aponta também para o desafio na área de planejamento de ações intersetoriais nos vários níveis de governo. Neste sentido, ela deve ser reconhecida como uma estratégia de produção de saúde articulada a outras políticas que são desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

¹Portaria n. 687, de 30 de Março de 2006. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasil, 2006. <Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bvs>> Acesso em Abril de 2007.

²BRASIL. Ministério da Saúde. **As cartas da Promoção da Saúde**. Brasil, 2002. <Disponível em: http://www.saude.gov.br/bvs/conf_tratados.html>. Acesso em Março de 2007.

³ANDRADE, LOM. A saúde e o dilema da Intersetorialidade. São Paulo: HUCITEC, 2006.

⁴COSTA AM, PONTES ACR, ROCHA DG. Intersetorialidade na Produção e Promoção da Saúde. In: CASTRO A, MALO M. SUS: Ressignificando a Promoção da Saúde. São Paulo: HUCITEC: OPAS, 2006.

⁵KLEBA ME Descentralização do sistema de saúde no Brasil: limites e possibilidades de uma estratégia para o empoderamento. Chapecó: ARGOS, 2005.

⁶MALTA DC et al. A Política Nacional de Promoção da Saúde e a Agenda da Atividade Física no contexto do SUS. Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde 2009; 18 (1): 79-86.

- ⁷MAGALHÃES, AMR; MELO, E M. Reflexões sobre a relação entre Intersetorialidade e o Programa de Saúde de Família. *Revista Médica de Minas Gerais* 2007; 17: S278-287.
- ⁸MELO, EM et al. A organização da Atenção Básica em municípios integrantes do projeto de expansão e consolidação do saúde da família em Mato Grosso, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 2008; 24(Sup11): 2941.
- ⁹HABERMAS J. *Between Facts and Norms. Contributions to a discourse Theory of Law and Democracy.* The MIT Press, Cambridge, Massachussets; 1996.
- ¹⁰INOJOSA RM. Sinergia em Políticas e Serviços Públicos: desenvolvimento social com Intersetorialidade. *Cadernos FUNDAP* 2001; n. (22): 102-110.
- ¹¹MENDES R, FERNANDEZ JCA. Práticas Intersetoriais para a Qualidade de vida na cidade. In: CEPEDOC Cidades Saudáveis, São Paulo, 2003.
- ¹²DENZIN NK **O Planejamento da Pesquisa Qualitativa: teorias e abordagens**/Norman K. Denzin, Yvonna S. Lincoln; trad. Netz SR. Porto Alegre: ARTMED, 2006.
- ¹³MORIN E. **O Pensamento Complexo, um pensamento que pensa.** In: MORIN E, MAIGNE L. *A Inteligência da Complexidade.* São Paulo: Peirópolis, 2000.
- ¹⁴YIN RK. *Estudo de Caso: planejamento e métodos/ Robert K. Yin; trad. GRASSI D.* 3ª ed. Porto Alegre: BOOKMAN, 2005.
- ¹⁵FLICK U. *Uma introdução à Pesquisa Qualitativa.* trad. Netz S. 2ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.
- ¹⁶MINAYO, MCS. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* 8ª ed. São Paulo: HUCITEC, Rio de Janeiro: ABRASCO, 2004.
- ¹⁷BARDIN L. *Análise de Conteúdo.* Edições 70, 2004.
- ¹⁸POPE C, MAYS N. *Analisando Dados Qualitativos.* In: *Pesquisa Qualitativa na Atenção à Saúde.* Trad. FARJADO AP. 2ª ed. Porto Alegre: ARTMED, 2005.
- ¹⁹RICHARDS, T.J. & RICHARDS, L. *Using Computers in Qualitative Research* In: Denzin N, LINCOLN Y.s. (eds.) *Collecting and Interpreting Qualitative Materials.* London, Sage. 1998.
- ²⁰CZERESNIA D. (org). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.
- ²¹BUSS P. *Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde.* In CZERESNIA, DE FREITAS, CM. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências.* Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. 2003.
- ²²LEFEVRE F, LEFEVRE AMC. *Promoção de Saúde: a negação da negação.* Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2004.

