ANA MARIA RIBEIRO DE ALMEIDA

A INTERSETORIALIDADE E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: DESAFIOS DA RELAÇÃO ENTRE O DISCURSO E A PRÁTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
BELO HORIZONTE – MG
2008

ANA MARIA RIBEIRO DE ALMEIDA

A INTERSETORIALIDADE E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: DESAFIOS DA RELAÇÃO ENTRE O DISCURSO E A PRÁTICA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública (área de concentração em Políticas de Saúde e Planejamento)

Orientadora: Prof. Dra. Elza Machado de Melo

Belo Horizonte
2008

Almeida, Ana Maria Ribeiro de.
A447i A intersetorialidade e a estratégia saúde da família [manuscrito]: desafios da relação entre o discurso e a prática. / Ana Maria Ribeiro de Almeida. - - Belo Horizonte: 2008.
107f.
Orientadora: Elza Machado de Melo.
Área de concentração: Políticas de Saúde e Planejamento.
Linha de pesquisa: Política de Saúde, Economia e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.
1. Programa Saúde da Família. 2. Ação Intersetorial. 3. Promoção da Saúde. 4. Dissertações acadêmicas. I. Melo, Elza Machado de. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título.

NLM: WA 308

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor

Prof. Ronaldo Tadêu Pena

Vice-Reitor

Profª Heloisa Maria Murgel Starling

Pró-Reitor de Pós-Graduação

Prof. Mauro Mendes Braga

Pró-Reitor de Pesquisa

Prof. Carlos Alberto Pereira Tavares

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor

Prof. Francisco José Penna

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social

Profª Maria da Conceição Juste Werneck

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Coordenadora

Profª Sandhi Maria Barreto

Sub-Coordenador

Profª Mariângela Leal Cherchiglia

Colegiado

Profª Ada Ávila Assunção

Profª Elizabeth Barboza França

Prof. Fernando Augusto Proietti

Prof. Francisco de Assis Acurcio.

Profª Maria Fernanda F.L. Costa

Profª Soraya Almeida Belisário

Prof. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Profª Waleska Teixeira Caiaffa

Cristiane Amorim Andrade

Aline Dayrell Ferreira

Agradecimentos:

A Deus, pelo amor e apoio incondicional a cada segundo desta etapa e da minha vida.

Aos meus pais, Dalva e Luis (in memorian) por sempre terem me incentivado a procurar fazer o meu melhor, através de seus exemplos, dedicação e amor.

A minha mãe pelo suporte, pelo carinho, por ter facilitado tudo para mim.

Às minhas irmãs Jackie e Jô, ao meu irmão Juninho, a toda minha família e aos meus amigos, pela compreensão, devido a falta de tempo que tantas vezes me impediu de compartilhar momentos de lazer e descontração.

A minha orientadora, Profª. Elza Machado de Melo, pela preciosa orientação, pelo incentivo, paciência e amizade, sempre me trazendo palavras de otimismo e carinho, tão necessárias nos momentos difíceis.

Aos meus colegas de mestrado, em especial à Raquel Regina de Freitas Gomes, Janaína Caldeira Pereira, Sarah de Araújo Carvalho e ao José Roberto Maggi Fernandes pelo companheirismo, por estarem sempre dispostos a ajudar, a apoiar quando precisei, e por tornarem a jornada bem mais leve e interessante.

A todos os meus professores pela contribuição para meu aprimoramento profissional.

Ao Paulo Tomaz Fleury Teixeira, Francisco Carlos Cardoso de Campos, Vinicius Araújo Oliveira e Juliana Álvares do Nescon, pela colaboração e estímulo.

A todos os funcionários da UFMG com quem convivi, pela simpatia e presteza.

À Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, ao Dr. Augusto, diretor e Conceição, coordenadora da Atenção Básica da GRS Divinópolis, pelo apoio e colaboração.

Aos meus colegas de trabalho pela amizade e compreensão.

À Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis, a Coordenação Municipal do PSF , aos profissionais das equipes de PSF, usuários dos Conselhos Locais de Saúde e demais entrevistados pela colaboração e boa vontade.

SUMÁRIO

1	LISTA DE ABREVIATURAS	7
2	RESUMO DA DISSERTAÇÃO	8
3	ABSTRACT	9
4	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	10
5	OBJETIVOS DA DISSERTAÇÃO	13
6	ARTIGO I	14
6.1	**RESUMO**	**15**
6.2	**ABSTRACT**	**16**
6.3	**INTRODUÇÃO**	**17**
6.4	**METODOLOGIA**	**17**
6.5	**DISCUSSÃO**	**18**
6.6	**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**	**25**
7	ARTIGO II	29
7.1	**RESUMO**	**30**
7.2	**ABSTRACT**	**31**
7.3	**INTRODUÇÃO**	**32**
7.4	**ESTRATÉGIA METODOLÓGICA**	**33**
7.5	**RESULTADOS E DISCUSSÃO**	**34**
7.6	**CONCLUSÃO**	**49**
7.7	**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**	**51**
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO	55
9	APÊNDICES	
9.1	**APÊNDICE A - PROJETO DE PESQUISA**	**60**
9.2	**APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO**	**78**
9.3	**APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO USUÁRIO**	**80**
9.4	**APÊNDICE D - QUESTIONÁRIO NÍVEL MÉDIO**	**86**
9.5	**APÊNDICE E - QUESTIONÁRIO NÍVEL SUPERIOR**	**93**
9.6	**APÊNDICE F - ROTEIROS**	**101**

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

BIREME – Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde

CE – Ceará

CIMF – Centro Internacional para Medicina Familiar

CLS – Conselho Local de Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

GM – Gabinete Ministerial

GRS – Gerência Regional de Saúde

MG – Minas Gerais

MS – Ministério da Saúde

NESCON – Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da UFMG

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Panamericana de Saúde

PACS – Programa Agentes Comunitários da Família

PROF. N.M. – Profissional de Nível Médio

PROF. N.S. – Profissional de Nível Superior

SUS – Sistema Único de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

RESUMO

Introdução: A Saúde da Família, instituída pelo Ministério da Saúde como estratégia reorganizadora da Atenção Básica e de reorientação do modelo assistencial a partir do paradigma da Promoção de Saúde, tem como um dos seus principais pilares para a atuação de forma resolutiva nos determinantes do processo saúde-doença, a intersetorialidade. Este pressuposto, embora consolidado no discurso, ainda não conseguiu se consolidar na prática.
Objetivos: Buscou-se discutir o tema da intersetorialidade e sua relação com o discurso e prática da Saúde da Família. Investigou-se a Estratégia Saúde da Família do município de Divinópolis, MG, em relação às questões intersetoriais, procurando detectar os fatores dificultadores e facilitadores desse processo, desde a sua implantação no município, a partir da percepção dos atores envolvidos. **Estratégia Metodológica:** Primeiramente realizou-se uma revisão de literatura sobre o tema intersetorialidade e suas interfaces com o campo da saúde e com o discurso e prática da Estratégia Saúde da Família. Posteriormente foi realizado um estudo de caso com abordagem qualitativa e a associação de múltiplos procedimentos metodológicos e fontes de evidência: questionários auto-aplicáveis, grupos focais, entrevistas e análise documental. Para a análise dos dados foi utilizado o método hermenêutico-dialético.
Resultados: A revisão de literatura aponta a sinergia entre a estrutura da Saúde da Família e a promoção de saúde. Revela também a relação íntima entre atenção primária, promoção de saúde e a intersetorialidade, além de sua importância para o desenvolvimento da democracia e para a construção da cidadania. Os resultados do estudo de caso revelam vários problemas que interferem na efetivação da intersetorialidade, em relação aos recursos humanos, à gestão e à participação social.
Conclusão: A intersetorialidade tanto depende como influencia a mudança do modelo de atenção, sendo que a educação permanente é um fator ímpar no processo. A gestão municipal e a atuação dos profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família podem ser considerados itens-chave para efetivar o controle social e a intersetorialidade, os dois últimos são questões-chave para a reorientação do modelo de atenção à saúde, para o aprimoramento do processo democrático e para a abordagem da desigualdade social.

Palavras-chave: intersetorialidade, Estratégia Saúde da Família, promoção de saúde.

ABSTRACT

Introduction: The Family Health Estrategy – ESF, established by the Ministry of Health as a strategy for reorganizing Primary Health Care and reorienting the health care model is based on the Health Promotion paradigm; and intersectorality is a tool used to enable resolutive action against determinants in the health/illness process. This presupposition, though consolidated in discourse, has still not been consolidated in practice. **Objectives:** The aim of this research is to address the intersectorality theme and its relation to Family Health discourse and practice. We examined Family Health performance in the municipality of Divinópolis, MG, regarding intersectoral issues, based on actors' perception, in an attempt to identify challenging or facilitating factors throughout the strategy implementation process. **Methodological Strategy:** First, we reviewed the literature on the theme of intersectorality and its interfaces with the health field and Family Health practice; then, we carried out a case study, adopting a qualitative approach and multiple methodological procedures and sources of evidence: self-reporting questionnaires, focus groups, interviews, and document analysis. Data was analyzed according to the hermeneutic-dialectic method. **Results:** A review of the literature points to synergy between the Family Health framework and health promotion. It also reveals a close relation between primary health care, health promotion and intersectorality, in addition to the latter's importance to the development of democracy and enhanced citizenship awareness. The results of the case study highlight several problems constituting obstacles to the effective practice of intersectorality and these are related to human resources, municipal management and social participation. **Conclusion:** Intersectorality both depends on and influences change of the health care model, permanent education being an indispensable factor in the process. Municipal management and Family Health professionals' performance may be considered key items for effective social empowerment and intersectorality, the last two being key issues in re-orienting the health care model, enhancing the democratic process and fostering greater social equity.

Key words: Intersectorality, Family Health Estrategy, Primary Health Care.

1 Considerações Iniciais

Esta dissertação tem como foco central a relação da intersetorialidade com o discurso e a prática da Estratégia Saúde da Família – ESF , assim como a investigação dos fatores que interferem na sua efetivação.

A intersetorialidade, embora presente a mais de 4 décadas no discurso internacional de planos e projetos de saúde[1] e na Estratégia Saúde da Família constituindo-se num dos principais pressupostos para a efetivação da mudança do modelo assistencial a partir do paradigma da promoção de saúde[2,3], ainda não se encontra consolidada ou mesmo suficientemente experimentada[4,5]. Por se constituir em espaços de compartilhamento de saber e poder, de construção de novas linguagens[4], de democratização das relações e de uma intensificação da ação comunicativa entre gestores, técnicos e usuários dos serviços[6], a intersetorialidade, assim como a interdisciplinaridade, é um processo complexo, que envolve o enfrentamento de contradições, restrições e resistências[7]. Mas mesmo assim, vem sendo proposta e construída ao sul e ao norte do Equador. Em países em que há um avanço no processo democrático e em que existe profunda desigualdade social, a construção da intersetorialidade como novo arranjo para intervenção tem o potencial de se converter em estratégia democratizadora, que possibilita a abertura de novos espaços de participação, a constituição de novos sujeitos, o investimento de poder (empoderamento) e a inclusão de novos atores sociais no processo de decisão política e de gestão dos espaços públicos[4].

Se se considerar com Habermas[8], que os direitos sociais são desdobramentos lógicos dos direitos democráticos de participação, e ainda, se se levar em consideração a articulação e

---

[1] Ferreira,V.S.C. e Silva, L.M.V. 2005. Intersetorialidade em Saúde : um estudo de caso. In : Hartz, Z. M..Avaliação em Saúde. Dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 275 p.

[2] Paim JS. Reforma sanitária e modelos assistenciais. In: Rouquayrol MZ. Epidemiologia e Saúde. 4 ed. Rio de Janeiro: MESAI, 1994

[3] Mendes,E.V. Uma agenda para a saúde. São Paulo, Ed. HUCITEC,1996, 300 p.

[4] Feuerwerker LCM, Costa H. Intersetorialidade na Rede UNIDA. Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n. 22, P.25-35, dezembro 2000.

[5] Comerlatto D, Matiello A, Colliselli L, Renk EC, Kleba ME. Gestão de políticas públicas e intersetorialidade: diálogo e construções essenciais para os conselhos municipais. Rev. Katálysis, 2007; v. 10, n.2, jul./dez.

[6] Teixeira CF, Paim JS. Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. RAP, 2000; 34(6): 63-80, Nov./Dez.

[7] Westphal MF, Mendes R. Cidade saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersetorialidade. RAP Rio de Janeiro 34(6): 47-61, Nov./Dez. 2000.

[8] Habermas, J. Between Facts and Norms. Contributions to a discourse Theory of Law and Democracy. Cambridge, Massachussets: The MIT Press;1996

potencialização dos recursos disponíveis para o enfrentamento dos problemas, então, torna-se necessário reconhecer o papel da intersetorialidade na abordagem e enfrentamento das desigualdades sociais.

A Estratégia Saúde da Família tem em seus pressupostos práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, orientada pelos princípios do vínculo, a equidade e a participação social, entre outros. E todos os membros da equipe têm entre suas atribuições, estimular a participação popular e o controle social, realizar diagnóstico situacional com a participação da comunidade, promover e desenvolver ações intersetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção de saúde, de acordo com prioridades e sob a coordenação da gestão municipal[9].

Entretanto, inúmeros são os estudos de avaliação da Saúde da Família, nos quais a intersetorialidade é considerada um dos aspectos críticos do programa, seja pelo despreparo dos profissionais[10], ou pela dificuldade de colaboração dos outros setores,[11] ou pela baixa capacidade da gestão municipal[12], ou mesmo pela não incorporação pelos atores do conceito ampliado de saúde e toda a complexidade envolvida[13].

Portanto, uma vez que a intersetorialidade se constitui em item-chave para a efetivação do modelo assistencial centrado no paradigma da promoção de saúde, e por ser considerada um instrumento em potencial para o aperfeiçoamento do processo democrático e abordagem da desigualdade social em nosso país, torna-se necessário o estudo dos aspectos que interferem na sua consolidação.

---

[9] Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica.

[10] Canesqui AM, Spinelli MAS. Saúde da Família no Estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. Cad.Saúde Pública, 2006; vol.22 nº 9, p.1881-1892.

[11] Carneiro AO, Costa I, Possídio L M A, Campos M E, Silva TP. A Vigilância à Saúde como Proposta de Modelo Assistencial que reorientou as ações de saúde no Município de Juazeiro-BA, 2001-2004. Divulgação em Saúde para Debate, Série Conasems – Saberes e práticas da gestão municipal, 2005; n.32, p. 46-52.

[12] Teixeira CF. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, 2003; v. 27, n.65, p. 257-277, set./dez.

[13] Copque HLF, Trad LAB. Programa Saúde da Família: a experiência de implantação em dois Municípios da Bahia. Epidemiologia e Serviços de Saúde 2005; 14(4): 223-233.

Para avançar no conhecimento dos fatores que influenciam o desenvolvimento da intersetorialidade, foi realizada uma investigação sobre a prática da Estratégia Saúde da Família - ESF desde sua implantação no município de Divinópolis, situado no centro-oeste de Minas Gerais, com 209.921 habitantes, no qual a maioria dos profissionais são concursados, havendo, portanto, menor rotatividade e onde o contexto da implantação foi favorável à estratégia e ao controle social, segundo documentos do município. Inicialmente, foram implantadas 2 equipes Saúde da Família em 1996; atualmente são 12 equipes. Para área de abrangência das equipes foram priorizadas as áreas rurais e urbanas periféricas. O projeto inicial previa a implantação de 20 equipes até o ano de 2000, fazendo um cinturão na periferia urbana. Como parte da proposta e coerentemente com os princípios do SUS e potencialidades da ESF, foram implantados Conselhos Locais de Saúde em todas as áreas de abrangência das equipes. Como o desenvolvimento da intersetorialidade depende de vontade política[14], o contexto político é um aspecto importante, que deve ser considerado; daí a necessidade de acompanhar o processo durante todo o percurso, em todas as gestões a partir da que implantou a estratégia no município.

A dissertação está apresentada na forma de dois artigos:

- Artigo 1, intitulado Reflexões sobre a Intersetorialidade e sua relação com o Programa Saúde da Família apresenta uma revisão de literatura sobre o tema intersetorialidade e suas interfaces com o campo da saúde e com o discurso e prática da Saúde da Família, face a sua importância para a reorientação do modelo assistencial a partir do paradigma da promoção de saúde. Este artigo foi publicado na Revista Médica de Minas Gerais[15].
- Artigo 2, intitulado " A intersetorialidade e a Estratégia Saúde da Família: desafios da relação entre o discurso e a prática no município de Divinópolis, Minas Gerais, apresenta os resultados do estudo de caso com abordagem quantiqualitativa, que visou investigar os fatores que interferem na efetivação do processo de intersetorialidade, positivamente ou negativamente, a partir da prática da Saúde da Família do município de Divinópolis, MG , desde a sua implantação.

[14] Junqueira LAP, Inojosa RM. Desenvolvimento social e intersetorialidade na gestão pública municipal. In: *Conferência Nacional de Saúde Online:* uma proposta em construção. 1997. [acessado 21 Julho 2006]. Disponível em: http://www.datasus.gov.br/cns/inovador/FORTALEZA.htm

[15] Almeida AMR, Melo EM. Reflexões sobre a Intersetorialidade e sua relação com o Programa Saúde da Família. Rev Med Minas Gerais 2007; 17(1/2 Supl 4):p 310-316

2 Objetivos

Objetivo geral

Avaliar a efetivação da intersetorialidade pela Estratégia Saúde da Família - ESF do município de Divinópolis, MG, e detectar os fatores dificultadores e facilitadores desse processo durante a trajetória da Saúde da Família desde a sua implantação, a partir da percepção dos atores envolvidos: profissionais de saúde, gestores e usuários.

Objetivos específicos

1. Discutir o tema da intersetorialidade e sua relação com o discurso e prática da Estratégia Saúde da Família (Artigo I).
2. Avaliar a percepção dos atores sociais envolvidos, acerca da intersetorialidade (Artigo II).
3. Avaliar a influência das mudanças de gestão na evolução do processo (Artigo II).
4. Identificar as barreiras e os elementos facilitadores do processo de construção da intersetorialidade na Estratégia Saúde da Família (Artigo II).

Reflexões sobre a Intersetorialidade e Sua Relação com o Programa Saúde da Família

Ana Maria Ribeiro de Almeida

Cirurgiã-dentista, mestranda em Saúde Pública

Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública

anapiloto@ig.com.br

Elza Machado de Melo

Professora do Departamento de Medicina Preventiva e Social.

Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública

Faculdade de Medicina. UFMG

elzamelo@medicina.ufmg.br

REFLEXÕES SOBRE A INTERSETORIALIDADE E SUA RELAÇÃO COM O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

RESUMO

O Programa Saúde da Família (PSF) é uma estratégia incentivada pelo governo brasileiro de construção da Atenção Básica de Saúde, em caráter substitutivo e, consequentemente de construção de um novo modelo de atenção, baseado nos pressupostos do Sistema Único de Saúde (SUS). Este artigo tem por objetivo discutir o tema da intersetorialidade e sua relação com o PSF - como ela é/deveria ser inserida no discurso e na prática desse programa - face a sua importância no processo de mudança do modelo de atenção, centrado na promoção e no conceito ampliado de saúde: a intersetorialidade é considerada, atualmente, uma questão crucial, principalmente no Brasil, por ser um dos países de maior desigualdade social do mundo, enfrentando, por isso, inúmeros problemas sociais, econômicos, ambientais, educacionais, de infra-estrutura urbana, pobreza e de aumento alarmante da violência, gerando enormes desafios para a Saúde Pública. A intersetorialidade representaria, portanto, um mecanismo participativo essencial para se alcançar melhores condições de vida para os brasileiros e assim conseguir atingir melhores níveis de saúde da população.

Palavras-chave: Intersetorialidade, Programa Saúde da Família e Atenção Básica

REFLECTIONS ON INTERSECTORALITY AND ITS RELATION TO THE FAMILY HEALTH PROGRAM DISCOURSE

ABSTRACT

The Family Health Program (PSF) is a strategy encouraged by the Brazilian Government to build Primary Health Care, based on the presuppositions of the Unified Health System (SUS), replacing the current health care model. This article aims to discuss the intersectorality theme and its relation to PSF – how it is/should be inserted in the discourse and practice of the program – in view of its importance to the ongoing process of change in the health care model, centered upon a broader concept of health and health promotion. Today intersectorality is considered a crucial issue, especially in Brazil, since the country ranks among those where social inequity is highest, resulting in its facing innumerable environmental, social, economic, and educational problems; troubles with urban infrastructure, poverty, and a sharp rise in violence, creating huge challenges to Public Health. Intersectorality would therefore constitute an essential participatory mechanism to achieve enhanced living conditions for Brazilians and consequently, better health.
Key words: Intersectorality, Family Health Program, Primary Health Care

Key words: intersectorality, Health Family Program, Primary Care

Introdução

Países que fortaleceram os serviços de atenção primária estão conseguindo avanços significativos em matéria de saúde, tanto no âmbito do próprio sistema como na qualidade de vida da população[1]. No Brasil, sob a denominação de Atenção Básica, prevê-se, nesse nível de atenção, uma abordagem que "considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e o tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável"[2].

O Programa Saúde da Família (PSF) é a estratégia priorizada pelo governo brasileiro para reorientar o modelo de atenção em conformidade com os princípios do SUS e organizar, em caráter substitutivo, a Atenção Básica de Saúde. Em janeiro de 2000, a cobertura populacional do PSF era de 9,20%; em janeiro de 2007, a cobertura é de 46,42%, segundo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

A intersetorialidade representa, hoje, questão chave para a consolidação do PSF como uma estratégia que de fato leve a uma mudança no modelo de Atenção à Saúde. Entendida como um processo de construção compartilhada por um amplo leque de atores sociais do Estado e da Sociedade Civil, portanto, participativo e democrático, visando responder às necessidades de uma coletividade, mobilizando os setores necessários para isso e, principalmente, envolvendo a população em todo o percurso de produção da saúde, do diagnóstico da situação à avaliação das ações implantadas[3], ela é decisiva no enfrentamento dos desafios de toda ordem colocados para a saúde pública: a violência, as doenças crônicas não transmissíveis, as doenças infecto-contagiosas, o envelhecimento da população, enfim, as questões de saúde próprias das sociedades modernas.[3] A expansão do PSF em áreas de aglomerados urbanos e a urgência do enfrentamento dos problemas característicos desses espaços, tais como violência, drogas, alcoolismo, saúde mental, etc. pouco dados à abordagem exclusivamente individual e biológica, reforçam e priorizam esse enfoque.

Metodologia

Foi realizado levantamento de artigos científicos relativos à relação entre intersetorialidade e PSF, em bancos de dados da BIREME e consultados livros de referência no assunto, sites de interesse, como o da OPAS e do governo federal, a Revista do Conselho Nacional de Saúde e documentos oficiais. As palavras-chave utilizadas na pesquisa em banco de dados foram: atenção primária, promoção de saúde, intersetorialidade, interdisciplinaridade e Programa Saúde da Família. Foram selecionados, dentre vários, aqueles que melhor se adequavam ao objetivo desse trabalho. A leitura e análise desses textos foram balizadas por teorias mais amplas, em especial a Teoria da Ação Comunicativa[4,5,6] que tem se mostrado como terreno bastante fecundo para o desenvolvimento do pensamento em saúde.

Intersetorialidade e Atenção Primária

Em 1978, a 1ª Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde em Alma-Ata[7] reconhece a saúde como direito de todos e que seus determinantes são intersetoriais. Esse evento impulsionou a Atenção Primária em escala mundial - mais de 140 países aceitaram a Declaração de Alma Ata e sua postulação de que Atenção Primária de Saúde constitui o alicerce para se alcançar níveis adequados de saúde para as populações e esse papel cada vez mais se consolida, com o crescente reconhecimento da interação entre a biologia e o ambiente social e físico. O desafio da atenção primária é entender e interpretar esta interação e compartilhar com os indivíduos, famílias e comunidade o esforço de mudança das suas circunstâncias de vida para maximizar seu potencial de saúde e de realização pessoal e social. Porém, na falta de apoio para habitação, educação, trabalho e outros programas sociais esse objetivos não poderiam ser cumpridos e a saúde permaneceria ameaçada por esses seus determinantes[1] - é íntima, pois, a relação entre atenção primária, promoção de saúde e intersetorialidade[8,9]

Segundo Rouquayrol[10], estudos epidemiológicos de promoção da saúde, em desenvolvimento, mostram que os sistemas de saúde, *sensu stricto*, devem estar articulados com outros setores de atendimento social e áreas de estudo que se preocupam com o bem-estar coletivo, levando-se em consideração que tarefas tão diversificadas exigem ações intersetoriais, com a efetiva participação comunitária, num esforço coletivo para a melhoria das condições de vida.

Essa proposição de que o enfoque intersetorial seja imprescindível para assegurar a sustentabilidade dos serviços de saúde aparece nos principais planos e programas de organismos internacionais, como a OMS, desde 1961. Recomendações relacionadas à sua adoção têm sido feitas em diversos documentos e eventos oficiais: o Encontro sobre Ações Intersetoriais em Saúde, em 1986, a Carta de Ottawa, em 1986; a Declaração de Adelaide, em 1988; a Conferência de Sundsvall, em 1991 e de Santa Fé de Bogotá, em 1992 a Declaração de Jacarta sobre Promoção da Saúde no Século XXI, em 1997 e a Conferência Internacional sobre Ações Intersetoriais para Saúde, em 1997[11].

Atualmente esta temática tem lugar de destaque em encontros nacionais e internacionais de Promoção de Saúde, Cidades Saudáveis, Desenvolvimento local e Gestão Pública. Na Região das Américas, as estratégias nacionais de atenção primária colocadas em marcha pelos diferentes países incluem o desenvolvimento de articulação intersetorial entre os componentes prioritários[12]. Mesmo quando se trata do planejamento dos currículos para escolas médicas, a intersetorialidade está presente como elemento necessário[13].

Como campo em construção e em constante desenvolvimento, a Promoção de Saúde e, por conseqüência, a intersetorialidade têm-se consolidado como ponto de convergência para um conjunto de reflexões e práticas comprometidas com a superação do modelo biomédico e da medicalização dos problemas sociais e com a reorientação das práticas e serviços de saúde. Ambas envolvem necessariamente abordagens comunitárias e participativas, visando à consolidação do assim chamado "capital social" e do empoderamento dos sujeitos sociais.[14]

Intersetorialidade e SUS

A VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 e posteriormente a Constituição Brasileira de 1988, definem a saúde como direito do cidadão e dever do Estado e institui um novo paradigma para a sua garantia: a múltipla determinação do processo saúde/doença e a inter-relação da política de saúde com as políticas de outras áreas sociais e com as políticas econômicas[15]. A saúde passa então a ser definida como resultado dos modos de organização social da produção e efeito da composição de múltiplos fatores[9,16]; exige que o Estado assuma a responsabilidade por uma política de saúde integrada às demais políticas sociais e econômicas e ratifica, também, o engajamento do setor saúde por condições de vida mais

dignas e pelo exercício pleno da cidadania [3] . Reconhecida essa complexidade dos problemas coletivos da saúde, do ambiente e da qualidade de vida, somos levados a construir um outro modelo de compreensão e de atuação, necessariamente pautado pela interdisciplinaridade e intersetorialidade.[17]

Intersetorialidade e Programa Saúde da Família

O PSF consiste de ações direcionadas aos indivíduos, às famílias e à comunidade, de forma contínua, personalizada e ativa. Enfatiza a promoção e a prevenção, sem prejuízo da reabilitação, e privilegia a intersetorialidade[18]. 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.[19] As ações de saúde devem ser centradas na qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente, assim como na relação da equipe de saúde com as famílias, enfim, com a comunidade; para isso, a participação social e a ação intersetorial são duas categorias-chave.

Para a melhoria da qualidade de vida da população, é necessária a articulação de saberes técnicos e populares, a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados.[20] E para o desenvolvimento de uma cultura de trabalho intersetorial é preciso romper as barreiras que impedem a comunicação entre diferentes setores, o que exige vontade política e método.[21] Para tanto, os profissionais devem seguir determinadas orientações:

- conhecer os fatores (sociais, políticos, econômicos, ambientais, culturais, individuais) que determinam a qualidade de vida da comunidade adstrita;
- entrar em articulação com outros setores da sociedade e movimentos sociais organizados, integrando ações para a qualidade de vida da comunidade;
- estimular a participação da comunidade no planejamento e execução e avaliação das ações das Unidades de Saúde;
- articular com a rede institucional local, ações integradas para a melhoria constante da qualidade de saúde da população;
- promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas identificados.[16] Estas atribuições são reafirmadas na Portaria n° 648/GM de 28 de março de 2006 [2], que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a

> revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A portaria preconiza, como atribuições da equipe, o desenvolvimento de ações intersetoriais voltadas para a promoção de saúde, o apoio de estratégias de fortalecimento da gestão local, do controle social e a construção de cidadania. Além disso, as políticas federais e estaduais têm procurado estimular as ações intersetoriais na atenção básica através de programas e políticas específicas, por exemplo, na área de nutrição, saúde do idoso, saúde na escola, a Política de Promoção de Saúde, a Política Nacional de Redução de Acidentes e Violências.

No que diz respeito à sua realização concreta, embora não seja um processo fácil, a intersetorialidade, vinculada ao setor de saúde, em particular ao PSF, é uma forma de gestão possível e muito eficiente em termos da promoção do desenvolvimento econômico e social[22] que tem alcançado êxitos em vários Municípios, por exemplo, Campo Grande no estado de Mato Grosso do Sul,[23] Camaragibe no estado de Pernambuco[24], Belo Horizonte, no Estado de Minas Gerais[25] e Curitiba, no Paraná,[26] dentre outros, em termos de avanços da qualidade de vida de suas respectivas populações. Ao que tudo indica, novas experiências se multiplicarão, pois, a julgar pela fala do Ministro da Saúde, a intersetorialidade dará o tom das políticas públicas de saúde: "A saúde é, antes que biológica, uma produção social. Para que se alcancem melhores níveis de saúde é imprescindível que o Estado e a sociedade cada vez mais implementem ações intersetoriais."[27]

Não se pode esquecer, contudo, que o contexto dentro do qual o PSF emerge no país - ou reemerge, para utilizar termo mais exato - é de restrição e racionalização dos gastos em saúde e implementação de medidas de ajuste estrutural da economia e de reforma do Estado, que seguem a doutrina neoliberal, fortemente presente, na década de 90, em todo o mundo.[28] Se por um lado, o Programa incorpora as diretrizes do SUS, por exemplo, intersetorialidade, descentralização e co-responsabilização que, segundo nosso entendimento, traduzem mecanismos viabilizadores do compromisso com a saúde de todos, por outro, é pertinente reconhecer que outras diretrizes, como territorialização e priorização de grupos populacionais com maior risco de adoecer ou morrer[29], muito se aproximam dos referenciais de origem da medicina de família, ligados à necessidade de controle ideológico ou, em termos mais recentes, das políticas focalizadoras, contrastantes com o princípio de universalização. A participação real dos atores sociais nos processos de tomada de decisão desenrolados nesse espaço será o divisor de águas entre as duas orientações, antes mencionadas[30] e, sendo assim,

tanto mais se reforça a exigência de indissociabilidade entre PSF, promoção de saúde e intersetorialidade.

Se tomamos o modelo de democracia deliberativa proposto por Habermas,[5,6] constituído necessariamente pela associação de dois complexos, a saber, o sistema representativo e a esfera publica, então poderemos entender o alcance dessas formulações: são as experiências cotidianas dos atores sociais com os diferentes sistemas, desenroladas no nível local, de dentro do seu mundo da vida, e tematizadas em interações cada vez mais amplas, que constituem o debate público acerca do objeto correspondente, capaz de dramatizar os problemas e necessidades até o ponto em que têm de ser tratados pelas instâncias institucionalizadas do complexo representativo e traduzidos em leis, políticas, programas e/ou projetos. Evidencia-se, assim, com clareza, a articulação, inerente ao processo democrático, entre micro e macro espaços e daí, sua condição de divisor de águas entre as possíveis orientações do PSF.

Se a intersetorialidade, como foi dito antes, permite o enfrentamento de problemas complexos pela ampliação, organização e sinergia dos recursos disponíveis, é ela mesma que, enquanto processo compartilhado - a exigir permanente participação, diálogo e soluções negociadas, quesitos fundamentais para desempenhar o seu papel articulador de recursos - fortalece o processo democrático e por ambas as razões, obviamente indissociáveis entre si, torna-se imprescindível ao Programa Saúde da Família.

Por isso, mesmo quando se reconhece, com Mendes [9] que, por ser espaço de hierarquia inferior, as possibilidades do esforço integrativo em nível local serão sempre limitadas e estarão na dependência das capacidades de condução de níveis superiores, é preciso lembrar, no mesmo instante, que essas são faces de uma mesma moeda: se o desafio da intersetorialidade ocorre, sem dúvida, em nível de gestão, sua operação se faz no território e na prática de atuação[31]. Ela fortalece uma "cultura do local" – que implica compreender em profundidade as várias dimensões de um microcontexto. A conquista de resultados através desse tipo de ação revela às pessoas e coletivos, sua possibilidade de intervenção na realidade e contribui para que se constituam como sujeitos sociais,[32] participantes do processo de formulação de programas e políticas, enfim, autores de direitos.[33] Reitera-se o raciocínio anterior: lidando com essas duas dimensões, gestão coletiva e cultura local, a intersetorialidade constitui-se como estratégia potencialmente capaz de unificar micro e

macro espaços e de propiciar a formulação de propostas de saúde que sejam, a um só tempo, participativas e eficazes.

Muitos estudos corroboram essas análises. O Relatório do Nescon/Faculdade de Medicina/UFMG, intitulado Promoção de Saúde no PSF[34], confirma haver uma sinergia entre a estrutura do PSF e a promoção de Saúde. Para Ayres[35], o Programa Saúde da Família dá nova base para articulações intersetoriais e promove a entrada de novos cenários, sujeitos e linguagens na cena da atenção. Outros estudos falam das potencialidades do PSF para acompanhar as políticas e ações na área habitacional, ambiental, de saneamento básico, intersetoriais, portanto, uma vez que "o espaço pode ser concebido como produtor de diferenciações sociais e epidemiológicas"[36].

Assim, a situação de saúde não seria um atributo dos grupos sociais nem das unidades espaciais em si, mas sim, o resultado da relação de grupos sociais com seu território.[36] O espaço local representa muito mais que uma superfície geográfica, tendo um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político e social que o caracteriza e se expressa num território em permanente construção - o estabelecimento de uma base territorial é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como o dimensionamento do impacto do sistema sobre os níveis de saúde dessa população e, também, para a criação de uma relação de responsabilidade entre os serviços de saúde e sua população.[37]

Por fim, ressalte-se que PSF e políticas intersetoriais, juntos, são capazes de produzir saúde individual e coletiva e por isso, exercem um papel central junto às políticas de combate à pobreza e à exclusão social, o que não é pouco, principalmente quando se sabe que a universalização da atenção básica - estratégia legítima e efetiva de descentralização da promoção e da assistência médico-sanitária e de ampliação do direito à saúde - ainda não está inteiramente garantida pelo poder público.[38]

Entende-se por todo o dito que a tarefa do setor saúde, além da construção de um sistema de boa qualidade, com acesso universal e com integralidade, amplia-se na direção de um papel articulador e integrador com outros setores, também determinantes das condições de vida e de saúde[39]. E claro, essa articulação deve se dar em toda cadeia da formulação e gestão das políticas públicas e há muito para se fazer nesse sentido, mas não há dúvida de que, no setor de saúde, ganha-se, a cada dia, consciência das limitações da ação setorial. A compreensão da

determinação social do processo saúde-doença, a percepção muito clara do impacto de ações não especificamente setoriais sobre a saúde – tais como saneamento básico e urbanização – e da impotência setorial diante de problemas como a morbidade e mortalidade por causas externas, fazem com que ele esteja mais mobilizado para propor a ação e a articulação intersetoriais.[32]

Esse não é um processo fácil. A articulação intersetorial requer decisão política, o que implica romper com o antigo padrão de prestação de serviços que reflete determinada estrutura de poder onde imperam a fragmentação, setorialização e centralização.[40] A sua consolidação envolve novas tecnologias de gestão, possibilita a otimização de recursos municipais para o melhoramento da qualidade de vida dos cidadãos e impõe alterações nas relações de poder tanto no nível individual quanto das instituições. [11] Envolve, pois, a difícil tarefa de superar a tensão entre interesse individual e interesse coletivo, entre participação e complexidade, enfim, a delicada questão da democracia, que em síntese é pedra fundamental do SUS e de qualquer sistema de saúde que se vincule à idéia de cidadania.

Pensar, pois, a prática da intersetorialidade implica perguntar pelas possibilidades reais do exercício da democracia, na nossa sociedade, discussão que, como é óbvio, esse texto não comporta agora. A esse respeito, queremos apenas lembrar das palavras de Habermas:[5] nunca desistimos da democracia, prova disso é que continuamos, incessantemente, a discuti-la, desejá-la e tê-la como objeto permanente de estudo. Ela é, pois, questão da "ordem do dia".

Referências Bibliográficas

1. Starfield, B.. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Ed.UNESCO,DIFID, Ministério da Saúde,2002; p.666 e 675.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica.

3. Campos, G.W. et al.. Avaliação de política nacional de promoção de saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 2004; 9(3):745-749.

4. Habermas, J. Teoria de la Acción Comunicativa, Madrid: Taurus,1987.

5. Habermas, J Between Facts and Norms. Contributions to a discourse Theory of Law and Democracy. Cambridge, Massachussets: The MIT Press;1996.

6. Habermas, J. A Inclusão do outro. Estudos de teoria política. (2ª ed.). Edições Loyola, São Paulo; 2004.

7. World Health Organization. Primary Health Care. Geneva: WHO, 1978.

8. Paim JS. Políticas de Descentralização e Atenção Primária de Saúde. In: . Rouquayrol, MZ e Almeida Filho, N. Epidemiologia e Saúde. 5 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. P 489-503.

9. Mendes,E.V. Uma agenda para a saúde. São Paulo, Ed. HUCITEC,1996, 300 p.

10. Rouquayrol,M.Z. Contribuição da Epidemiologia. In: Campos,G.W.S;Minayo,M.C.S; Akerman,M.; Drumond Júnior,M. e Carvalho,Y.M. Organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

11. Ferreira,V.S.C. e Silva, L.M.V.. Intersetorialidade em Saúde : um estudo de caso. In: Hartz, Z. M..Avaliação em Saúde. Dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005;275p.

12. OPS OMS ,2003. Atenção Primária de Saúde nas Américas: as lições aprendidas ao longo de 25 anos e os desafios futuros, disponível em http://www.paho.org/portuguese/gov/ce/ce 132-13-p.pdf <acessado em 04/03/07>

13. Refaat,A.; Noomab,Z.; Richards,R., fonte: Annals of Community-Oriented Education, 1989, 7-18, In:Educação de Profissionais de Saúde Orientada para a comunidade. Uma Seleção de Publicações da Network.Copyright, 1999, p.55-64.

14. Carvalho,A.I.,Bodstein,R.C.,Hartz.Z.,Matida,A.H..Concepts and approaches in the evaluation of health promotion. Ciência & Saúde Coletiva , 2004; 9(3): 521-529.

15. Brasil, Constituição Federal, 1988

16. Brasil. Ministério da Saúde .Gestão Municipal de Saúde, Textos Básicos. Brasília: MS, 2001.

17. Augusto,L.G.S. . A intersetorialidade das ações e a complexidade das causas –Revista da Saúde : Conselho Nacional de Saúde (CNS) 2003; ano IV n° 4 – abril , p.19-20.

18. Reis,C.C.L.,Hortale,V.A.. Programa Saúde da Família: Supervisão ou "convisão" ? Estudo de caso em município de médio porte. Cad.Saúde Pública, 2004; 20(2): 492-501.

19. Cohen,S.C. e colab.. Habitação saudável no Programa Saúde da Família (PSF): uma estratégia para as políticas públicas de saúde e ambiente. Ciência & Saúde Coletiva, 2004; 9(3):807-813.

20. Aerts,D.,Abegg,C.,Cesa,K.. O papel do Cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 2004; 9 (1):131-138.

21. Mendes,E.V.. Os Grandes dilemas do SUS. Tomo II – Coleção Saúde Coletiva . Editora Casa da Saúde,2001; 167 p.

22. Westphal,M.F. e Mendes,R. Cidade Saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersetorialidade. RAP.Rio de Janeiro, 34(6):47-61. Nov/Dez. 2000.

23. Dobashi, B.F e colab. 'Viva seu Bairro': em Campo Grande/MS a promoção de saúde percorre os caminhos da intersetorialidade. Divulgação em Saúde para Debate, Série Conasems – Saberes e práticas da gestão municipal, Rio de Janeiro, n.32, p. 28-35, maio,2005.

24. Santana,P.,Morais,F.,Sousa,M.F. Dez anos do Programa Saúde da Família em Camaragibe: ajudando a integrar as ações de governo.Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n.31, p. 19-27, dezembro,2004.

25. Júnior Magalhães, H.M., e Oliveira, R.C.. A violência urbana em Belo Horizonte: o olhar da Saúde e as possibilidades de intervenção intersetorial. Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n.35, p. 92-99, maio, 2006.

26. Moysés, S J; Moysés, S T, Krempel, M C. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde:a experiência de Curitiba. Ciência & Saúde Coletiva, 2004, 9(3):627-641.

27. Radis Comunicação em Saúde, Rio de Janeiro, n° 56, capa, abril , 2007.

28. Vasconcelos,E.M. A priorização da família nas políticas de saúde.Saúde em Debate, Rio de Janeiro,v.23,n.53, p.6-19;set/dez.1999.

29. Trad, L.A.B. e Bastos, A.C.S. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. Cadernos de Saúde Pública, 1998; vol.14 n° 2 Rio de Janeiro.

30. Melo, EM, Faria, HP, Cury, GC, Pinheiro, TM e Radicchi, ALA. Programa de Saúde da Família. Autonomia ou Dominação. Revista Médica de Minas Gerais. Suplemento de Saúde Coletiva, 2006.

31. Campos, G.W. et al. . Entrevista. Revista da Saúde: Conselho Nacional de Saúde (CNS), 2003; ano IV n° 4 – abril , p.14-16.

32. Rede Unida. Intersetorialidade na Rede UNIDA. Saúde em Debate 2000; 24(55).

33. Melo EM.Ação Comunicativa, Democracia e Saúde.*Rev C S Col* 2005; 10(Supl):167-178.

34. Campos, F.C.,Teixeira,P.F. e colab. Relatório Final de Pesquisa "Promoção de Saúde na Atenção Básica no Brasil". Nescon – Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina/UFMG, 2005. Disponível em www.medicina.ufmg.br/nescon <acessado em 04/03/07>

35. Ayres,J.R.C.M. Cuidado e Reconstrução das Práticas de Saúde.In: Minayo,M.C.S. e Coimbra Jr.C.E.A.Críticas e Atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina.Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005; p. 91-108.

36. Barcellos,C.C. e colab. Organização Espacial, Saúde e Qualidade de Vida: Análise Espacial e Uso de Indicadores na Avaliação de Situações de Saúde.Informe Epidemiológico do SUS, 2002; Volume 11 – n° 3 Jul/Set. Brasília: Ministério da Saúde:Fundação Nacional de Saúde, p.129-138.

37. Unglert,C.V.S..Territorialização em sistemas de saúde. In:Mendes,E.V. Distrito Sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec, 4ª edição, 1999; p.221-236.

38. Bodstein, R.. Atenção básica na agenda da saúde . Ciência & Saúde Coletiva, 2002; v.7 n.3. São Paulo.

39. Bógus,C.M. A Promoção da Saúde e a pesquisa avaliativa,2002. In: Investigar para o SUS: construindo linhas de pesquisa. São Paulo: Instituto de Saúde, 2002.p.49-54.

40. Junqueira LAP, Inojosa RM. Desenvolvimento social e intersetorialidade na gestão pública municipal. In: *Conferência Nacional de Saúde Online:* uma proposta em construção.

1997. [acessado 21 Julho 2006]. Disponível em: http://www.datasus.gov.br/cns/inovador/FORTALEZA.htm

A INTERSETORIALIDADE E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE DIVINÓPOLIS, MINAS GERAIS: DESAFIOS DA RELAÇÃO ENTRE O DISCURSO E A PRÁTICA

Ana Maria Ribeiro de Almeida

Cirurgiã-dentista, mestranda em Saúde Pública

Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública

Faculdade de Medicina. UFMG

anapiloto@ig.com.br

Elza Machado de Melo

Professora do Departamento de Medicina Preventiva e Social.

Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública

Faculdade de Medicina. UFMG

elzamelo@medicina.ufmg.br

A INTERSETORIALIDADE E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE DIVINÓPOLIS, MINAS GERAIS: DESAFIOS DA RELAÇÃO ENTRE O DISCURSO E A PRÁTICA

RESUMO

A intersetorialidade – integração de atores e setores voltada para enfrentamento de problemas complexos, através de processo participativo e democrático – apresenta-se como um dos principais desafios para a reorientação do modelo assistencial a partir do paradigma da promoção de saúde na Estratégia Saúde da Família - ESF. Este estudo tem por objetivo investigar os aspectos que interferem no processo de construção da intersetorialidade, a partir da avaliação da atuação da Saúde da Família do município de Divinópolis, MG, em relação à esta questão, desde a implantação da estratégia, procurando detectar os fatores dificultadores e facilitadores do processo, através da percepção dos atores envolvidos. Foi utilizado como estratégia metodológica o estudo de caso com abordagem quantiqualitativa. Os resultados da pesquisa apontam problemas que obstaculizam a efetivação da intersetorialidade, relacionados aos recursos humanos, à gestão e à participação social. A gestão municipal e a atuação das equipes da Saúde da Família são consideradas questões-chave para efetivar o controle social e a intersetorialidade, e esses últimos o são para a reorientação do modelo de atenção à saúde, para o aprimoramento do processo democrático e para a abordagem da desigualdade social .

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

INTERSECTORALITY AND THE FAMILY HEALTH STRATEGY IN THE MUNICIPALITY OF DIVINÓPOLIS, MINAS GERAIS: CHALLENGES FACED IN RELATING DISCOURSE TO PRACTICE

ABSTRACT

Intersectorality – integration of actors and sectors for managing complex problems through a process of collaboration and social participation – constitutes one of the major challenges in reorienting health care provision based on the health promotion paradigm of the Family Health Strategy - ESF. This study aims to explore points that hinder the construction of intersectorality by examining Family Health team performance in the municipality of Divinópolis, MG, regarding intersectoral issues and based on actors' perceptions, in an attempt to identify challenging or facilitating factors throughout the strategy implementation process. The case study was the methodological strategy used and a quantiqualitative approach adopted. Data was analyzed according to the hermeneutic-dialectic method. Results of the study pinpointed a number of problems as obstacles to its implementation and these were related to human resources, management and popular participation. The study highlights municipal management and Family Health team performance as key items to social empowerment and intersectorality, the last two being key issues in reorienting health care, enhancing the democratization process and fostering greater social equity.

Key words: Intersectorality, Family Health Strategy, Primary Health Care.

Introdução

A intersetorialidade, processo de construção compartilhada que visa responder necessidades de saúde de uma coletividade, mobilizar os setores necessários para isso e, principalmente, envolver a população em todo o percurso de produção da saúde, do diagnóstico da situação à avaliação das ações implantadas[1], apresenta-se como uma questão chave para a consolidação da Saúde da Família como uma estratégia que de fato leve a uma mudança no modelo de Atenção à Saúde. No entanto, esse processo não é isento de conflitos, contradições e problemas[2] e requer decisão política, envolvendo, portanto, relações de poder. Segundo estudo do Ministério da Saúde em parceria com a Fiocruz[3], a intensificação da atuação intersetorial da Equipe de Saúde da Família - ESF parece estar condicionada a uma nova postura governamental de articulação das intervenções dos diversos setores para solução coordenada dos problemas e a modificações nas estruturas de poder. A postura governamental tradicional limita o desencadeamento de ação intersetorial por iniciativa/empenho das ESF. Feuerwerker[4] apresenta opinião semelhante; para ela, se, por um lado, multiplicam-se iniciativas criativas nos espaços locais, a potência política que o trabalho intersetorial exige – tanto no controle de recursos como no estabelecimento de prioridades de ação – escapa da governabilidade das equipes e está ausente da agenda da maior parte dos gestores da saúde e dos prefeitos .

Assim, torna-se questão crucial para a consolidação da Saúde da Família como estratégia de reorientação do modelo assistencial, o estudo dos aspectos que interferem no processo de construção da intersetorialidade. O presente estudo tem como objetivo avaliar a efetivação da intersetorialidade pela Saúde da Família no município de Divinópolis, MG, desde a sua implantação e identificar os fatores limitantes e facilitadores desse processo, a partir da percepção dos atores envolvidos, profissionais de saúde, gestores e usuários.

Divinópolis, cidade do centro-oeste de Minas Gerais, com 209.921 habitantes, está situada a 112 Km de Belo Horizonte,. Seu quadro de pessoal é formado por profissionais, na sua maioria concursados, havendo, portanto, menor rotatividade profissional. Segundo relatório de gestão[5] e dados do Siab, a Saúde da Família foi implantada no município em 1996, inicialmente com 2 equipes; em 1999 já contava com 4 equipes. Atualmente são 12 equipes de Saúde da Família e 11 equipes de Saúde Bucal, com 9.209 famílias cadastradas, num total

de 33.066 pessoas, o que corresponde a uma cobertura de 15,23% da população total, destinada prioritariamente às áreas rurais e urbanas periféricas.
Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais.

Estratégia Metodológica

Trata-se de estudo avaliativo da Estratégia Saúde da Família - ESF do município de Divinópolis, Minas Gerais, utilizando-se como metodologia o estudo de caso, definido como a investigação empírica de um fenômeno que pode dificilmente ser isolado ou dissociado do seu contexto[6]. Optou-se pela abordagem quantiqualitativa e pela associação de múltiplos procedimentos metodológicos e fontes de evidências para estabelecer a validade do construto[7,8] (Quadro 1).

Primeiramente foi realizado o mapeamento das equipes, utilizando-se questionários auto-aplicáveis, respondidos pelos membros das 12 equipes implantadas e conselheiros usuários dos Conselhos Locais de Saúde – CLS das respectivas equipes, num total de 129 questionários. Foram excluídos do questionário, os profissionais que trabalhavam há menos de dois anos na ESF. Para validação do questionário, foi realizado pré-teste, com sua aplicação a integrantes de duas equipes, escolhidas aleatoriamente e membros de seus respectivos CLS. Foi utilizado o software estatístico SPSS para analisar as questões fechadas dos questionários auto-aplicáveis.

Depois, foram realizadas as entrevistas com os gestores e com as coordenadoras da Saúde da Família das três gestões de governo, desde a implantação da estratégia em Divinópolis. Além disso, foram entrevistadas duas enfermeiras, que trabalharam nas primeiras equipes implantadas e que atualmente são docentes do curso superior de enfermagem no município. Por fim, foram realizados três grupos focais com: a) com profissionais de nível superior, b) profissionais de nível médio e c) usuários dos CLS. Esses procedimentos - tipo de entrevista ou conversa planejada em grupos pequenos, homogêneos – foram utilizados porque propiciam a obtenção de informações aprofundadas sobre o objeto de estudo.[8] Foram constituídos por profissionais de cinco equipes, selecionadas de modo a incluir equipes da zona urbana e rural, implantadas em diferentes gestões, com características diferenciadas existentes e detectadas pelo questionário, tais como, boa atuação da equipe ou boa

participação da comunidade e que, no conjunto, somassem pelo menos 40% do total de equipes do Município.

Para a análise qualitativa, o método hermenêutico-dialético se mostrou mais adequado por colocar a fala em seu contexto, para entendê-la a partir do seu interior e no campo da especificidade histórica e totalizante em que é produzida[9]. A síntese entre o conhecimento teórico e os achados empíricos deu origem às seguintes categorias de análise: a percepção do processo da intersetorialidade, os processos relativos aos recursos humanos, a gestão e a participação social.

Para análise documental foram utilizados relatórios de gestão, relatórios de diagnóstico social de área, dados do SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica e atas dos Conselhos Locais de Saúde.

Quadro 1. Síntese da Estratégia Metodológica

Procedimento	Sujeitos da Pesquisa	Instrumento
Mapeamento da ESF/Divinópolis	Todas equipes de Saúde da Família	Questionário auto-aplicável
Entrevistas abertas com informantes-chave	Gestores e Coordenadores de ESF	Roteiro de entrevistas abertas
Grupos focais com profissionais de nível superior	Profissionais das 5 equipes selecionadas	Roteiro de grupos focais – nível superior
Grupos focais com profissionais de nível médio	Profissionais das 5 equipes selecionadas	Roteiro de grupos focais – nível médio
Grupos focais com usuários	Usuários participantes dos CLS	Roteiro de grupos focais - usuário
Pesquisa Documental		
Oficina de Transferência de Tecnologia para os sujeitos entrevistados - a ser realizada		

Resultados e discussão

1. Concepções dos Atores sobre a Intersetorialidade

Em relação à concepção dos atores sobre a intersetorialidade, 78,8% dos profissionais de nível superior conceituam a intersetorialidade em saúde em consonância com o encontrado na literatura – uma atuação integrada de setores e atores para enfrentamento de problemas relacionados à saúde. Para 12% são ações isoladas dos setores municipais para resolução de problemas relacionados à saúde, 3,2% consideram como ações de educação em saúde e 6% não responderam.

Esse percentual de correção do conceito é menor entre os profissionais de nível médio (54,8%); grande parte deles entende intersetorialidade como ações isoladas dos outros setores para enfrentar problemas relacionados à saúde (28%) e ainda para outros, a intersetorialidade está relacionada à ações de educação em saúde (11,5%). Somente 6,5% não responderam, porcentagem semelhante aos profissionais de nível superior. Mas, embora muitos não soubessem o significado da palavra intersetorialidade, tinham noção do processo, devido à realização do diagnóstico de saúde participativo realizado no município com vistas à elaboração de estratégias de enfrentamento dos problemas identificados. Este diagnóstico, que é chamado pelas equipes de Seminário de Situação de Saúde, vem sendo realizado desde a implantação das primeiras equipes da Saúde da Família no município, e segundo os profissionais, "ele sinaliza direto para a intersetorialidade, que aí se realça de uma forma gritante"(profissional N.S). Zancan e Bodstein (2001)[10] em estudo sobre a avaliação do Programa de Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável também chegaram a mesma conclusão, afirmando que o diagnóstico participativo contribuiu para revelar a importância da intersetorialidade.

A maioria dos conselheiros usuários têm compreensão do conceito ampliado de saúde e dos determinantes do processo saúde-doença, como fica evidente na seguinte fala:

> "As siderúrgicas na região poluem o ambiente, está aumentando a violência, as drogas, prostituição, gravidez na adolescência. O orçamento da Prefeitura é insuficiente para melhorar a qualidade de vida como devia."(Conselheira)

A partir do entendimento do processo de determinação da saúde e da doença conseguem definir intersetorialidade de modo bastante claro e ainda propor projetos e ações intersetoriais.

> "Todas as secretarias deviam estar articuladas à Secretaria da Saúde, elas deviam, de maneira geral, trabalhar mais em conjunto. Por exemplo: um problema de saneamento

> básico vai sobrecarregar a Secretaria de Saúde. A questão da violência, vai sobrecarregar o Pronto Socorro. É a saúde 'que paga o pato'."(Conselheiro)

Nota-se que os conselheiros mais antigos têm maior entendimento da questão e maior facilidade para se expressarem e articularem sua opinião, o que nos leva a supor que trata-se de aprendizado produzido principalmente pelo exercício de participação Essa dimensão pedagógica da participação é ressaltada por inúmeros autores[11,12,13,14,15,16].

Entre os gestores, há os que têm uma noção bastante clara sobre o conceito e o processo da intersetorialidade - "...só através de ação intersetorial que o SUS realmente vai abarcar, vai colocar todos os seus princípios... para funcionar..."(gestor da implantação) – e das estratégias de sua viabilização: "...o mando é do poder político, é do prefeito..."(idem). Essa visão que se afina com a análise conceitual de Mendes[17] sobre a ordem governativa da cidade, na perspectiva de fazer dela um espaço de produção social da saúde, onde o ator principal e condutor político da promoção da saúde é o prefeito, que, pela concepção de gerência social centrada na idéia da intersetorialidade, pode basear "a articulação das ações de governo sobre problemas concretos, de pessoas concretas, identificados em territórios concretos e transformados em demandas políticas."[18].

Mas, nem todos os gestores e profissionais da Saúde da Família de Divinópolis têm noção clara do conceito de intersetorialidade, havendo, inclusive, entre eles os que a confundem com interdisciplinaridade, apesar dela já ser 'bandeira surrada' em programas sociais e de saúde pública há muito tempo. Essa confusão conceitual é também relatada por Paula, Palha e Protti[19] em estudo sobre a concepção de enfermeiros da Saúde da Família sobre a intersetorialidade. Alguns atores não têm noção do processo, principalmente os profissionais que trabalham há menos tempo na Saúde da Família e os usuários que nunca participaram dos Seminários de Análise de Situação. De todo modo, para a maioria que opinou, há uma grande distância entre o discurso da intersetorialidade e sua efetivação.

2) Processos relacionados aos Recursos Humanos

É consenso entre os profissionais que é seu papel articular com outros setores e estimular a participação social. Entretanto profissionais do nível superior (42,4%) assumem ter

dificuldades em relação a questões não assistenciais. Todas as equipes já realizaram o seminário de análise da situação de saúde, algumas já realizaram três seminários. Os principais problemas, apontados pelas equipes como dificultadores da articulação intersetorial são: a falta de participação da comunidade, de apoio da prefeitura e a falta de tempo, devido à grande demanda assistencial.

Para avaliar a atuação da equipe em relação às questões intersetoriais, foram feitas perguntas sobre a existência de iniciativas intersetoriais (QUADRO 2). Constatou-se a existência de parcerias com ongs, escolas, igrejas, associações (59,6%) e de iniciativas com ênfase no desenvolvimento comunitário (53,5%), sendo mais freqüentes as atividades de lazer e cultura e atividades nas escolas. Já em relação às ações com foco na vigilância ambiental, as mais freqüentes foram saneamento básico, tratamento de água e poluentes. No último semestre 71,6% realizou pelo menos, uma ação intersetorial.

Quadro 2. Ações intersetoriais desenvolvidas pelas equipes.

	Sim N (%)	**Não** N (%)
Atuação da equipe em parceria c/ ongs, escolas, associações, etc.	59 (59,6)	36 (40,4)
Iniciativas em funcionamento com ênfase no desenvol. comunitário	47 (53,5)	48 (46,5)
• Hortas Comunitárias	06 (6,3)	89 (93,7)
• Atividades de geração de renda	10 (10,5)	85 (89,5)
• Alfabetização ou Atividades na escola	27 (28,4)	68 (71,6)
• Atividades de lazer e cultura	31 (32,6)	64 (67,4)
Ações de Vigilância Ambiental		
• Destino de lixo	06 (6,3)	89 (93,7)
• Tratamento de água	52 (54,7)	43 (45,3)
• Saneamento	65 (68,4)	30 (31,6)
• Poluentes	35 (36,8)	60 (63,2)
• Agrotóxicos	15 (15,8)	80 (84,2)
Articulação de 1 ou mais ações intersetoriais no último semestre	68 (71,6)	27 (28,4)

Portanto, várias foram as iniciativas intersetoriais já desenvolvidas e em desenvolvimento pelas equipes a partir da análise da situação de saúde. Embora muitas iniciativas sejam pontuais, de caráter provisório, elas têm importância como ações de promoção de saúde, que facilitam a criação de vínculos entre os atores e tiram a exclusividade do cuidado para a cura

das doenças. Esse achado corrobora estudos que falam da sinergia entre a estrutura do PSF , a promoção de Saúde[20] e a intersetorialidade[21].

De acordo com os pressupostos da Estratégia Saúde da Família, ressaltados pela Portaria 648/GM[22], a articulação de ações intersetoriais e o incentivo à participação social são atribuições de todos os membros da equipe. O desabafo de uma profissional de nível superior ilustra bem as dificuldades da equipe em relação a essas questões: "quando a gente tem que fazer esse tipo de articulação, é preciso se doar demais da conta. A gente precisa do respaldo da população, a gente precisa do respaldo de outros setores da prefeitura..."

Entretanto, é imediata a contradição entre essa atitude, que exige muita dedicação e a pouca valorização que ela gera para o profissional.

> "E aí, chega no final do mês, o salário é o mesmo, tanto faz se você está fazendo a mais ou a menos, se você está mobilizando o povo, se você está indo em outros horários, ficando até de noite. Isso é uma coisa que pesa muito, mas parece que está no sangue, querendo ou não você acaba envolvendo."

Segundo Teixeira[23], a experiência acumulada pelos Pólos de Capacitação em Saúde da Família revela que os profissionais de saúde, até mesmo os médicos, podem vir a se constituir em potentes aliados do processo de mudanças das práticas, desde que além do compromisso político e ético construído coletivamente no âmbito do processo de formação e educação permanente, sejam contemplados interesses econômicos-financeiros e técnico-científicos. Os dados obtidos nesta pesquisa corroboram essa afirmação:

> "To assumindo mais do que eu podia, do que eu deveria! E como é que isso ta voltando pra mim em termos de valorização ... valorização financeira, valorização de projeto. Então a gente fica meio órfão... e ser órfão não é bom." (Prof. N.S.)

Por seu turno, a dificuldade na articulação com os outros setores contribui para aumentar a desmotivação dos profissionais em relação às questões intersetoriais, formando-se assim, um círculo vicioso:

> "não há disposição dos outros setores em colaborar, não havendo um entendimento de que a saúde é ampla, que ela envolve a educação, o lazer, o transporte, a segurança pública, o meio ambiente, etc" (Coordenadora)

Além disso, segundo os profissionais, sua formação não os habilita a assumir todas as atribuições e competências que a Saúde da Família preconiza, principalmente em relação ao controle social. Os contatos com essas demandas colocam as equipes e seus trabalhadores perante a complexidade do objeto da saúde, diante da impotência em dar respostas por meio apenas dos procedimentos técnicos habituais, esterotipados, burocratizados e homogeneizadores, pois as demandas ultrapassam o âmbito para o qual os trabalhadores foram preparados: o biológico, o corpo, as partes, as disciplinas de cada profissão[24]. Então, como construir a intersetorialidade?

> "Nós, profissionais, fomos formados com a ótica da doença, com a formação voltada para a prática entre muros, com dificuldade em compartilhar poder. Não existe por parte do trabalhador de saúde, essa formação, essa instrumentalização e essa visão ampla de que ele precisa ser o coordenador disso, o articulador de entrada em relação às questões intersetoriais. Temos muito pouca experiência na questão do trabalho comunitário, de formar cidadãos, de formar conselhos, de argumentação com o poder público".(coordenadora)

Para uma profissional de nível superior, que foi muito citada por profissionais de nível médio como uma facilitadora dessa relação com as comunidades,

> "melhorar a capacidade de iniciativa da comunidade para resolver seus problemas coletivos, depende muito do perfil e da vontade dos profissionais envolvidos, porque a população sozinha, ela não sabe fazer isso... infelizmente, nós não temos profissionais com essa visão e com esse preparo e com isso, as comunidades acabam sendo penalizadas. As lideranças comunitárias, elas precisam de um suporte da equipe para estar avançando."

Para Ceccim e Feuerwerker[25], os processos de qualificação do pessoal da saúde deveriam ser estruturados a partir da problematização do seu processo de trabalho. Seu objetivo deve ser a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde. Uma vez que a formação da maioria dos profissionais é deficiente em relação às competências e habilidades necessárias ao trabalho na Saúde da Família, produzindo frustrações e insegurança dos mesmos no desempenho de suas funções, como os relatos levam a crer, a educação permanente adquire um papel impar para a efetivação das novas práticas em saúde, pautadas no paradigma da promoção de saúde.

Com razão, ela é uma reivindicação dos profissionais, apoiada pelos três gestores, para os quais a formação de recursos humanos é um dos problemas que impedem a consolidação da Estratégia Saúde da Família. Entretanto, somente na primeira gestão houve um maior empenho dos gestores de saúde em relação à capacitação para os profissionais, quando estes começam a trabalhar na Saúde da Família - todos os membros das equipes faziam o curso introdutório, eram também capacitados para trabalhar o Seminário de Situação de Saúde através do método Altadir de planejamento, para trabalhar com as lideranças comunitárias, fazer regimento de conselho, mobilização, enfim trabalhar com o controle social.

Outro fator dificultador, citado pelos profissionais, é a grande demanda por atenção curativa, constituindo-se, segundo eles, em um limitador do tempo disponível para outras ações. É questionada a equipe mínima: " a equipe mínima é um problema que a gente sempre discute nas reuniões. Ta na hora do Ministério rever, por que as questões operacionais começam a complicar nosso trabalho. Então, isso respinga lá na população."

Para Traverso-Yépez et al.[26], no Nordeste, a demanda por serviços curativos é tão alta que deixa, às pessoas envolvidas, pouco espaço ou disposição para ações de promoção de saúde. Estudos sobre a Saúde da Família expõem o mesmo problema. Pedrosa e Teles[27], em estudo sobre as equipes da ESF, mostram a outra face dessa mesma questão, quando relatam que segundo os médicos, a gerência das unidades de saúde prejudicava a comunidade em virtude do tempo utilizado em atividades burocráticas.

Por fim, cumpre falar de uma especificidade da Saúde da Família de Divinópolis, criada pela gestão local de saúde, o rodízio dos profissionais, realizado no primeiro semestre de 2006, que teve um grande reflexo na atuação das equipes e na relação equipe/comunidade:

> "A fragmentação das equipes antigas da ESF prejudicou de maneira importante o relacionamento das equipes atuais, que estão trabalhando insatisfeitas. Nas equipes antigas, os conselhos funcionavam melhor e haviam atividades intersetoriais, que envolviam melhor a comunidade e as equipes." (Prof.N.S.)

Um dos pressupostos da Estratégia Saúde da Família é a constituição de vínculo entre a equipe e a comunidade, através do atendimento humanizado, do acolhimento à população de um determinado território, cuja relação vai se consolidando com o tempo. Segundo Merhy, apud Schimith e Lima[28], acolhimento e vínculo podem ser identificados no encontro do trabalhador com o usuário durante o trabalho vivo em ato. O trabalho vivo é o trabalho em ação, que está em processo de construção. E é aí que o rodízio interfere: neste processo de construção e no vínculo, muitas vezes, já consolidado e a duras penas. Com isso, saem perdendo a equipe e a comunidade, segundo os profissionais. Além disso, o entrosamento da equipe, processo que se constrói aos poucos, se perde. E assim, mais uma vez, corroi-se a qualidade da relação com o usuário: a solidariedade interna da equipe e a construção de uma interação abrem a possibilidade de cada um usar todo seu potencial criativo e criador na relação com o usuário, para juntos realizarem a produção do cuidado[29]. Não surpreende, pois, que, segundo uma parcela expressiva de depoimentos, o rodízio contribuiu de maneira decisiva para a desestruturação de muitas equipes e da sua relação com a comunidade.

3) Gestão

A gestão é considerada um componente importante para a efetivação do processo.[7,30] Implantar a intersetorialidade requer decisão política, pois implica mudanças na organização municipal, ou seja, nas estruturas de poder. Segundo a percepção dos entrevistados de todas as categorias profissionais, a avaliação é a mesma, "a gestão, com certeza, ela é tudo ... ela faz acontecer. Capacita profissionais, pode trabalhar com a seleção e formação... Ela pode fazer essa integração com outros setores da sociedade, facilitar ou não facilitar."(Prof. N.S.) "Nós estamos atrelados às propostas que vêm da gestão que a gente ta trabalhando". (Prof. N.S.).
Apesar desse papel tão importante, a intersetorialidade está ausente da agenda da maior parte dos gestores da saúde e dos prefeitos[31]. Essa afirmação se aplica, no geral, à situação de Divinópolis, onde "a gestão ainda está reforçando o modelo biomédico e, com isso, os

funcionários vão reforçando o que a gestão reforça" (profissional N.S.), e o investimento na intersetorialidade assume caráter contingencial, com variações de gestão para gestão, de gestor para gestor, de profissional para profissional, configurando uma história "de idas e vindas" na construção da intersetorialidade.

Na época de implantação da Saúde da Família, por exemplo, na opinião dos entrevistados, houve alguns esboços de articulação com outros setores, principalmente com a Secretaria de Agricultura e do Meio Ambiente e com a Pro-Humana, órgão de assistência social da prefeitura. Mas, à essa época, o processo era incipiente, a idéia era pouco difundida, sequer se dispunha de um conceito, que na verdade se confundia com os demais incorporados ao SUS. "Esse conceito atual de intersetorialidade não havia... havia até um ciúme da Secretaria de Saúde, porque nós tínhamos um Fundo Municipal de Saúde..." (gestor).
Entretanto, a instituição dos Conselhos Locais de Saúde, a capacitação de profissionais e usuários e a realização dos Seminários de Saúde na 1ª gestão, contribuíram de forma decisiva para a conscientização da importância da qualidade de vida e dos determinantes do processo de saúde-doença dos atores envolvidos.

> "No conselho a gente discutia os problemas da região...o conselho tinha uma boa participação. E como o secretário nos apoiava, a gente conseguiu muitos feitos. " (N.S.).

Fruto do primeiro Seminário de Saúde de uma das primeiras equipes, criou-se uma ONG com atuação em esporte, lazer e cultura, formada por membros do CLS que funciona até hoje. Também o orçamento participativo foi implantado nesta época no município e vem sendo realizado anualmente pelas gestões posteriores.

Entretanto, logo após a implantação das primeiras equipes, não se conseguir evitar a descontinuidade e a 2ª gestão, segundo depoimentos, não assumiu a estratégia: "Foi um desmantelamento total. Vários secretários. Foi muito ruim para os projetos. Falta de projetos, falta de comando, desvalorização do servidor... até em relação a salário..." (N.S.). Como já falado anteriormente, muitos Conselhos Locais de Saúde ficaram desativados em 2004 e 2005, sendo reativados somente em 2006. Segundo uma conselheira usuária, os conselhos que ficaram firmes, foram aqueles que tinham pessoas que sabiam o que queriam: "nós temos que ficar, porque essa gestão vai passar".

No início da gestão atual, foi implantado um programa social/comunitário com enfoque intersetorial, o Pró-Bairro, que tem por objetivo principal, melhorar as condições de infra-estrutura dos bairros periféricos da cidade. Segundo o coordenador do programa, é feito um planejamento conjunto das Secretarias de Obras, Serviços Urbanos, Esporte e Lazer, Educação, Meio Ambiente, Cultura que se inter-relaciona às demandas do Orçamento Participativo. Os presidentes de Associação de Moradores participam com a coordenação do Pró-Bairro. O setor de Saúde, porém, é acionado apenas quando há necessidade de realização de campanhas educativas de prevenção.

Por ser um programa que demanda articulação intersetorial, tem seu mérito como mais um processo de aprendizado para integração das secretarias, entretanto como o setor Saúde só é requisitado quando há demandas específicas, todo o conhecimento dos problemas e demandas dos territórios, proporcionado pela própria dinâmica da Saúde da Família – territorialização, diagnóstico de saúde participativo e vigilância em saúde - não são considerados ou utilizados.

Mais do que isso, a gestão atual também não se configura como um contexto favorável à estratégia, segundo a maioria dos profissionais: "...estamos passando por momentos difíceis. A implantação precisa acontecer de fato...."(Prof.N.S**.).** Constata-se que as opiniões variam. Segundo a coordenadora do PSF, por exemplo, na gestão atual, foi feita uma revitalização do Projeto Saúde da Família, com revitalização e reformulação dos conselhos locais, eleição e capacitação dos conselheiros, atualização dos diagnósticos e realização dos seminários de diagnóstico de saúde. Mas, essa não é a opinião dos conselheiros, para quem "após a troca de prefeito, seguiu-se uma gestão, na qual o prefeito não acreditava na Saúde da Família, foi a desmotivação total... e na gestão atual os PSF vão só se deteriorando...". Estudo sobre a Saúde da Família em municípios baianos, relata que os gestores mencionaram dificuldades com a sustentação financeira da estratégia, o que repercutiria, diretamente, nos índices de cobertura[32]. Em Divinópolis, além da questão financeira, os atores pensam que a perda do apoio da gestão atual se deve também à falta de vontade política.

Deduz-se que uma atuação intersetorial, efetiva, longitudinal, infelizmente, de fato ainda não houve, até o momento atual.

> "A gente tenta articular essas ações, a gente recorre à Pró-Humana, à Secretaria de Obras, a gente incentiva os nossos usuários a participarem do Orçamento

> Participativo, de pedir essas bem-feitorias para as suas comunidades, mas é muito incipiente. Vendo a Saúde da Família, uma das grandes dificuldades e frustrações que a gente tem, é exatamente isso: é saber, entender o processo, até vislumbrar as soluções, mas elas estão fora da nossa governabilidade". (Coordenadora)

Segundo Matumoto, Fortuna et al apud Feuerwerker[29],o mesmo sentimento de impotência demonstrado acima é compartilhado por muitos profissionais e muitas equipes de Saúde da Família que efetivamente se comprometem com a construção do SUS e se responsabilizam pelo cuidado à saúde dos usuários: angustiam-se diante de seu isolamento e da falta de governabilidade para enfrentar problemas decisivos para a produção da saúde nos diferentes contextos.

4) Participação social

A articulação da democracia representativa parlamentar com canais institucionais de gestão participativa tem gestado uma nova concepção de democracia, alargando-a, aprofundando-a. Tornar real essa nova concepção - possibilitar uma efetiva partilha do poder de gestão com a sociedade, é um processo lento, complexo e descontínuo[33]. A participação, em qualquer espaço onde venha a ocorrer, é educativa e promove, por um processo de capacitação e conscientização (individual e coletiva), o desenvolvimento da cidadania, cujo exercício configura-se como requisito central na ruptura com o ciclo de subordinação e de injustiças sociais[14,15] - a Estratégia Saúde da Família, entre outras diretrizes, deve promover o desenvolvimento de ações intersetoriais, estimular a participação popular e o controle social[20] e por isso, muito pode contribuir para o para o aprendizado e desenvolvimento da democracia e para a construção de cidadania.

De acordo com a presente pesquisa, 85% dos conselheiros já participaram do diagnóstico da situação de saúde; cerca de dois terços afirmam que foram tomadas providências para tentar solucionar os problemas encontrados e que o CLS já entrou em contato ou atuou em parceria com outros setores. Embora para 70,6% deles, o CLS não tenha o apoio da prefeitura e para 57,6% a Prefeitura não facilite a articulação com outros setores, 94,1% consideram que a criação do CLS tenha sido um ganho para a comunidade, mesmo que 76,5% afirmem que a

comunidade não participa. Para 79,4%, a equipe e a comunidade conseguiram resolver problemas locais e melhorar a qualidade de vida e o nível de saúde local. (Quadro 3)

Quadro 3. A participação social e a atuação do Conselho Local de Saúde – CLS, segundo a visão dos conselheiros.

	Sim		**Não**	
	N	**%**	**N**	**%**
Participação nos Seminários de Análise de Situação de Saúde	29	(85,3)	05	(14,7)
Estratégias para resolução de problemas encontrados	20	(66,7)	10	(33,3)
Reunião mensal do Conselho Local de Saúde	28	(82,4)	06	(17,6)
As reuniões são proveitosas	25	(78,1)	07	(21,9)
O CLS tem realmente poder de ação	20	(58,8)	14	(41,2)
O CLS tem apoio da prefeitura	10	(29,4)	24	(70,6)
Os membros da equipe são atuantes no CLS	29	(85,3)	05	(14,7)
A criação do CLS foi um ganho para a comunidade	32	(94,1)	02	(5,9)
A comunidade participa para resolução dos problemas locais?	08	(23,5)	26	(76,5)
O CLS articulou com outros setores da Prefeitura	22	(64,7)	12	(35,3)
A Prefeitura facilita a articulação com outros setores	14	(42,4)	19	(57,6)
A equipe e a comunidade conseguiu resolver problemas locais	27	(79,4)	07	(20,6)

A sustentação permanente da participação social, contudo, não é fácil. Nota-se através dos depoimentos, que a participação das comunidades nas primeiras equipes implantadas era mais expressiva e que com o tempo houve um retrocesso. Para um profissional de nível superior, esse fato se deve principalmente à grande expectativa criada pela Saúde da Família e ao seu arrefecimento posterior frente às dificuldades enfrentadas:

> "Eu acho que o PSF, ele era uma coisa nova, né?. E gerou muita expectativa, principalmente neste aspecto da intersetorialidade. Foi feito seminário, né? Levantadas as propostas. Tentamos fazer, mas depois vimos que a dificuldade barra numa administração mesmo, que as reivindicações deles dependem de gastos financeiros e infra-estrutura. E eu acho que é por isso, que depois com o

> tempo, eles viram que não obtiveram aquele resultado e foram assim, desanimando, né?"

Profissionais do nível médio manifestam também a mesma opinião:

> "Problema de calçamento, esgoto, por exemplo,... não depende só de nós. Eles tinham, que com o nosso auxílio, se mobilizar enquanto comunidade e correr atrás... aí eles desanimam" (ACS).

Esses achados são consonantes com a análise de Jacobi[34], para quem os poucos resultados positivos e a lentidão na resposta da administração frente às demandas dos setores mais carentes, refletindo dificuldades na hierarquização dos problemas da população, geram desestímulo da população.

Atualmente, praticamente todos os conselhos que estavam desativados foram reativados, mas a participação da comunidade em várias equipes ainda continua incipiente. Nota-se pelas atas das reuniões dos Conselhos Locais de Saúde e por depoimentos nos grupos focais, que os CLS que estão recuperando a participação da comunidade são aqueles em que as demandas coletivas da comunidade estão sendo atendidas, ou pelo menos estão sendo articuladas.

Segundo a fala da maioria dos profissionais, a comunidade é passiva, quer que a equipe faça tudo por eles, não está preparada para participar, não entendem seu papel, visam mais interesses próprios e suas reivindicações são pontuais e não coletivas. Profissionais do nível médio comungam com essa mesma visão. Cabe aqui a indagação sobre quanto a formação do profissional e suas condições de trabalho, geradoras de desmotivação, têm contribuído para esta situação.

Entre os conselheiros usuários, a explicação para a pouca participação da comunidade, tanto no CLS quanto nos Seminários divide as opiniões. Para alguns é comodismo, para outros é desilusão com os órgãos públicos:

> "...não ver as coisas acontecerem, houve uma frustração na sociedade de uma maneira geral, uma desilusão e afastou a comunidade das reuniões. Os persistentes continuam, né?

> Tanto é que eu to aí ainda, e num to com esperanças em muita melhora não, mas eu também não to pretendendo abandonar o barco não."

Estudos mostram que os atores sociais quando chamados a participar, participam se avaliarem que são ouvidos e levados em conta[35]. A cidadania é um processo de aprendizado, que se atualiza na medida em que as pessoas vão experimentando estes espaços de participação e percebem que seu saber e sua experiência têm importância e são respeitados[36]. A própria Organização Mundial de Saúde reconhece que garantir o acesso à informação e ampliar o conhecimento em saúde, sem aumentar a capacidade de controle e perspectivas de mudança, apenas contribuem para gerar ansiedade e fomentar a sensação de impotência[37].

Tudo isso pode ser comprovado em Divinópolis, uma vez que relatos afirmam que os primeiros Seminários de Análise de Situação reuniam um grande número de pessoas das comunidades, havendo um registro de um seminário que contou com cerca de 160 pessoas. A cada seminário, o número de participantes vai diminuindo, uma vez que as estratégias elaboradas em conjunto pela equipe e usuários para resolução dos problemas detectados no seminário não têm fluxo facilitado nas secretarias, nem as informações geradas são aproveitadas para uma atuação integrada dos outros setores, causando desânimo tanto dos usuários, quanto dos próprios profissionais. Muitos conselheiros acham que o CLS não tem poder de ação e que não há abertura política suficiente para que suas deliberações sejam efetivadas. "Tudo que pede, não tem verba, não tem orçamento, não pode".

Um fato que gerou muita polêmica e revolta nas comunidades foi o já citado rodízio de profissionais, implantado sem sequer consultar os conselhos:

> "O conselho estava conscientizando a comunidade sobre a filosofia do PSF e foi feito o rodízio dos profissionais sem consultar o conselho. Aí a comunidade ficou muito revoltada."

Há em Divinópolis, como citado anteriormente, canais de participação em relação às questões intersetoriais, que são o Orçamento Participativo e o programa Pro-Bairro. Mas o não aproveitamento do plano de estratégias dos Seminários de Análise de Situação de Saúde ou

pelo menos, sua articulação com as demandas dos outros canais de participação, faz com que a comunidade e os membros das equipes de saúde fiquem desmotivados em relação ao planejamento estratégico, tirando todo o potencial pedagógico deste instrumento, que também é um meio eficiente para conhecimento dos problemas e demandas dos territórios.

Os conselheiros acham que a não participação dos usuários se deve, muitas vezes, ao comodismo e argumentam, de forma bastante dura, que poucos participam, a maioria permanecendo, por vários motivos, totalmente alheia ao processo.

> "Quando é algo de importância, eles não participam, não gostam de responsabilidade. Se fosse festa, todos viriam."

Para Jacobi[32] a maioria da população brasileira pouco se mobiliza para explicitar sua disposição de utilizar os instrumentos da democracia participativa visando romper com o autoritarismo social que prevalece. Segundo muitos profissionais, é pouco desenvolvida a cultura de atuação comunitária nas comunidades e muitos só participam em busca de benefícios imediatos: "a comunidade não participa, não adianta você ta chamando...alguns vão é atrás de benefício próprio." (ACS). A falta de tradição de participação da população é ressaltada em vários estudos.[38,11]

Um outro ponto a ser ressaltado é a medicalização da população que molda a visão dos usuários sobre o sistema de saúde[21]. Segundo a coordenadora da estratégia, nós temos uma população medicalizada, que ainda quer muito o remédio, o médico e o exame, o hospital, devido a cem anos do modelo flexneriano. A fala de uma conselheira usuária ilustra como a medicalização da população contribui para a não valorização das ações coletivas e da participação para atuar em prol da comunidade:

> "Quando é para participar para melhorar para a comunidade, não há união, nem interesse em participar. Mas se for para pegar remédio, ou quando o médico vem para dar consulta, aí o salão lota"

Por fim, cabe lembrar que os Conselhos não substituem os movimentos populares, é necessário fortalecê-los e promover sua articulação com o movimento popular, respeitando

cada uma das esferas de organização e luta[39]. Se tomamos o modelo de democracia deliberativa proposto por Habermas[11,12], constituído necessariamente pela associação de dois complexos, a saber, o sistema representativo e a esfera pública, então poderemos entender que essa articulação, mais do que desejável, é necessária: são as experiências cotidianas dos atores sociais com os diferentes sistemas, desenroladas no nível local, de dentro do seu mundo da vida, e tematizadas em interações cada vez mais amplas, que constituem o debate público acerca do objeto correspondente a nortear a atuação dos representantes nas instâncias colegiadas de decisão na área de saúde[11].

Considerações finais

A Estratégia Saúde da Família tem em seus princípios a mudança do enfoque de assistência à doença para a promoção da saúde e, portanto, para qualidade de vida, exigindo do setor saúde uma atuação articulada com outros setores da administração pública e com setores organizados da sociedade[40].

Entretanto, para viabilizar essa atuação articuladora, a ênfase é colocada basicamente nas equipes, que apresentam muitos problemas de formação, e por isso despreparadas para com as questões sociais, em atuar no serviço comunitário e controle social, além da falta de estrutura, excesso de demanda assistencial, precarização no trabalho e principalmente, a influência do contexto político. Além disso, não têm governabilidade para assumirem sozinhas este processo – um elemento central nesse processo é a gestão que, na maioria das vezes, segue o modelo tradicional, em franco contraste com as necessidades impostas pela nova orientação. Por fim, a participação popular, outro pilar no processo de mudança do modelo de atenção à saúde é incipiente e sofre a influência de inúmeros fatores que dificultam. A intersetorialidade tanto depende como influencia a mudança do modelo de atenção e depende das mesmas variáveis.

O que se constata por todo o dito, é que a intersetorialidade ainda não se efetivou na Saúde da Família do município de Divinópolis, como um processo contínuo e duradouro, próprio de uma política adotada pela gestão municipal. Entretanto, várias foram as ações intersetoriais desenvolvidas pelas equipes, até o momento, o que demonstra que a estrutura da ESF facilita ações de promoção de saúde.

Verificamos também, que os contextos políticos têm um papel fundamental no processo e que há necessidade de implementação urgente de medidas de curto, médio e longo prazo. Acreditamos que uma importante medida seria o aproveitamento dos dados gerados pela Saúde da Família em relação aos problemas do território para a atuação articulada dos setores e atendimento das demandas das comunidades, medida esta observada nos estudos sobre experiências exitosas[41,42]. A educação permanente também é um fator ímpar para a reorientação do modelo de atenção e consolidação da estratégia. A gestão municipal e a atuação dos profissionais das equipes de ESF podem ser considerados questões-chave para efetivar o controle social e a intersetorialidade e os dois últimos questões-chave para a reorientação do modelo de atenção à saúde e para o aprimoramento do processo democrático e para a abordagem da desigualdade social.

Referências Bibliográficas

1. Campos, G.W. et al.. Avaliação de política nacional de promoção de saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 2004, 9(3):745-749.

2. Moysés,S.J. e colab.. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. Ciência & Saúde Coletiva, 2004, 9(3):627-641.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. . Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados. 2 Ed. Atualizada .Brasília: Editora do Ministério da Saúde, Série C. Projetos, Programas e Relatórios, 2005.

4.Feuerwerker, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. Interface (Botucatu) 2005, v.9 n.18, Botucatu. Set./dez..

5. Divinópolis, Prefeitura Municipal de . Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de Gestão. Divinópolis, 1999.

6. Yin, R.K.. Estudo de caso: planejamento e métodos / Robert K. Yin; trad. Daniel Grassi – 2 ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

7. Pope,C. & Mays, N. Pesquisa qualitative na atenção à saúde .2. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2005.

8. Minayo,M.C.S. & Assis,S.G. & Sousa, E.R. Avaliação por triangulação de métodos. Abordagem de Programas Sociais. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

9. Minayo,M.C.S.O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo-Rio de Janeiro, 5ª ed.Hucitec.Abrasco,1998.

10. Bodstein R e Zancan L. Avaliação das ações de Promoção de Saúde em contextos de pobreza e vulnerabilidade social. Disponível em www.abrasco.org.br/GTs/GT Promocao/Capitulo II - Regina Lena1.pdf. Acesso em 02-10-2007.

11. Habermas, J. Teoria de la Acción Comunicativa, Madrid: Taurus,1987

12. Habermas, J Between Facts and Norms. Contributions to a discourse Theory of Law and Democracy. Cambridge, Massachussets: The MIT Press;1996

13. Habermas, J. A Inclusão do outro. Estudos de teoria política. (2ª ed.). Edições Loyola, São Paulo; 2004.

14. Pateman C. Participação e teoria democrática. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

15. Lüchamann LH. A representação no interior das experiências de participação. Lua Nova, 2007; 70:213-222.

16. Teixeira CF. Planejamento e programação situacional em distritos sanitários: metodologia e organização. In. Mendes EV. Distrito Sanitário. 4ª Edição. Hucitec-Abrasco, São Paulo-Rio de Janeiro,1999; p. 237-265.

17. Mendes,E.V. Uma agenda para a saúde. São Paulo, Ed. HUCITEC,1996, 300 p

18. Dobashi, BF e colab. 2005. 'Viva seu bairro': em Campo Grande/MS a Promoção da Saúde percorre os caminhos da intersetorialidade. Divulgação em Saúde para Debate, Série Conasems – Saberes e práticas da gestão municipal, Rio de Janeiro, n. 32, p. 28-35.

19. Paula, K.A., Palha, P.F., Protti,S.T. Intersetorialidade : uma vivência prática ou um desafio a ser conquistado? O discurso do Sujeito Coletivo dos enfermeiros nos núcleos de saúde da Família do Distrito Oeste – Ribeirão Preto. Interface- Comunicação, Saúde, Educação, 2004; v.8, n.15, p. 331-48, mar/ago.

20. Campos, F.C.,Teixeira,P.F. e colab. Relatório Final de Pesquisa "Promoção de Saúde na Atenção Básica no Brasil". Nescon – Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina/UFMG, 2005. Disponível em www.medicina.ufmg.br/nescon <acessado em 04/03/07>

21. Ayres,J.R.C.M. Cuidado e Reconstrução das Práticas de Saúde.In: Minayo,M.C.S. e Coimbra Jr.C.E.A.Críticas e Atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina.Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005; p. 91-108.

22. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n° 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

23. Teixeira CF. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, 2003; v. 27, n.65, p. 257-277, set./dez.

24. Matumoto S, Fortuna CM, Mishima SM, Pereira MJB, Domingos NAM. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. Interface – Comunic., Saúde, Educ., v. 9, n. 16, p.9-24, set.2004/fev.2005.

25. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis 2004; vol.14 n° 1 Rio de Janeiro.

26. Traverso-Yépez MA. Dilemas na promoção da saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional. Interface(Botucatu). 2007, vol.11 n° 22 Botucatu May/Aug.

27. Pedrosa, JIS, Teles JBM. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. Rev. Saúde Pública, 2001; 35(3): 303-11.

28. Schimith MD, Lima MAD. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. Cad.Saúde Pública, 2004; v.20 n.6, nov./dez.
29. Franco T, Merhy E. PSF: Contradições e novos desafios. Conferência Nacional de Saúde On-Line. http://www.datasus.gov.br/cns/cns.htm (acessado em 05/Out/2007).

30. Junqueira LAP, Inojosa RM. Desenvolvimento social e intersetorialidade na gestão pública municipal. In: *Conferência Nacional de Saúde Online:* uma proposta em construção. 1997. [acessado 21 Julho 2006]. Disponível em: http://www.datasus.gov.br/cns/inovador/FORTALEZA.htm

31. Feuerwerker, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. Interface (Botucatu). 2005, v.9 n.18, Botucatu. Set./dez..

32. Copque HLF, Trad LAB. Programa Saúde da Família: a experiência de implantação em dois Municípios da Bahia. Epidemiologia e Serviços de Saúde 2005; 14(4): 223-233.

33. Carvalho MCAA. Participação Social no Brasil hoje. Polis- Instituto de Estudos, Formação e Assessoria em Políticas Sociais, São Paulo 2003. Disponível em www.polis.org.br/publicações/paper. (acesso em 03/Set/2007).

34. Jacobi PR. Políticas sociais locais e os desafios da participação citadina. Ciência & Saúde Coletiva, 2002; 7(3):443-454.

35. Melo, E.M.. Ação comunicativa, democracia e saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 2005, v.10(sup): 167-178.

36. Junqueira RGP. Agendas sociais: desafio da intersetorialidade na construção do desenvolvimento local sustentável. RAP Rio de Janeiro. 2000, 34 (6): 117-30, Nov./Dez.

37. Sícoli, J. L., Nascimento, P.R.. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. Interface-Comunicação, Saúde,Educação 2003, v 7, n 12, p. 101-22, fev.

38. Misoczky MC. Gestão participativa em saúde: potencialidades e desafios para o aprofundamento da democracia. Saúde em Debate, 2003; v. 27, n. 65, p. 336-347.

39. Daron VLP. Acolhimento, cuidado e luta em defesa da vida: marca feminina do controle social do SUS (relato da experiência do MMTR-RS em parceria coma SES-RS). Divulgação em Saúde para Debate, 2001; n.23, p. 96-105, dezembro.

40. Souza HM, Gil CRR, Cerveira MAC, Torres ZF. Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente para o Programa Saúde da Família. In. Política de Recursos Humanos em Saúde / Brasil. Ministério da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2002, p.147-155.

41. Dobashi, BF e colab.. 'Viva seu bairro': em Campo Grande/MS a Promoção da Saúde percorre os caminhos da intersetorialidade. Divulgação em Saúde para Debate, Série Conasems – Saberes e práticas da gestão municipal, 2005, n. 32, p. 28-35.

42. Santana P, Morais F, Sousa MF. Dez anos do Programa Saúde da Família em Camaragibe: ajudando a integrar as ações de governo. Divulgação em Saúde para Debate, 2004; n.31, p. 19-27.

Considerações Finais

O presente estudo enfocou, principalmente, o processo de articulação intersetorial a partir do levantamento dos problemas do território e da elaboração de estratégias de enfrentamento geradas pelo diagnóstico social participativo realizado pelas equipes Saúde da Família com a comunidade, entendendo ser este instrumento importante para a construção da cidadania, e para efetivar o paradigma da Promoção de Saúde na prática da Estratégia Saúde da Família, pelo seu caráter pedagógico, além de contribuir para realçar o processo da intersetorialidade, como um mecanismo importante para atuação eficaz nos determinantes do processo saúde-doença, o que o estudo parece confirmar.

O acompanhamento da trajetória da ESF, desde a implantação, no município estudado, possibilitou uma perspectiva longitudinal importante para compreensão do processo, uma vez que o contexto não é estático: troca de prefeito, de secretários, de coordenadores, de profissionais, de conselheiros, configurando-se em um processo de idas e vindas, de acordo com a dinâmica e o contorno das relações sócio-políticas, como ressaltado em alguns estudos[16] e em algumas falas dos atores deste estudo.

Em relação à elaboração dos questionários auto-aplicáveis que foram respondidos por todos os membros das equipes Saúde da Família e pelos conselheiros usuários dos Conselhos Locais de Saúde das respectivas equipes, algumas questões foram baseadas no Instrumento de Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família do Ministério da Saúde[17] e no estudo Saúde da Família – Avaliação da Implementação em Dez Grandes Centros Urbanos (MS, Fiocruz, 2005)[18]. As demais foram elaboradas pela pesquisadora, a partir da revisão da literatura.

---

[16] Bodstein R e Zancan L. Avaliação das ações de Promoção de Saúde em contextos de pobreza e vulnerabilidade social. Disponível em www.abrasco.org.br/GTs/GT_Promocao/Capitulo_II_-_Regina_Lena1.pdf. Acesso em 02-10-2007.

[17] Brasil, Ministério da Saúde. Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

[18] Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. 2005 . Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados. 2 Ed. Atualizada .Brasília: Editora do Ministério da Saúde, Série C. Projetos, Programas e Relatórios.

A utilização da técnica de grupo focal foi muito útil neste estudo. É uma estratégia interessante, que por valorizar a comunicação entre os participantes, possibilitou a expressão de idéias, experiências e críticas[19]. Foi surpreendente, principalmente, o grupo focal com conselheiros usuários, que a princípio se mostraram tímidos, mas logo deslanchou-se um debate e uma interação tão positiva entre os conselheiros, que estes manifestaram o desejo, que reuniões como esta fossem periodicamente realizadas com os representantes dos vários conselhos.

Como limitação do estudo, citamos que não foi objetivo deste generalizar seus resultados, nem avaliar a execução das políticas do Ministério da Saúde de promoção de saúde pelas equipes Saúde da Família, embora sejam importantes para a consolidação da intersetorialidade. O objetivo foi investigar a intersetorialidade como processo com potencial para revelar às pessoas e coletivos a possibilidade de intervenção na realidade, o que acreditamos contribuir para a constituição de sujeitos sociais.

O projeto de estudo previa a realização de oficinas, depois da análise de dados com os atores envolvidos na pesquisa e assim testar os achados, maximizando então a confiança nos mesmos, mas o tempo foi insuficiente para a execução desta etapa. Em relação à discussão e análise dos resultados, privilegiou-se a fala dos atores, por considerar como Minayo(2005)[4], ser material nobre, e procurou-se sempre que possível triangular os dados empíricos, estabelecendo uma articulação entre eles e o referencial teórico.

Para estabelecer a validade do construto, optou-se pela associação de múltiplos procedimentos metodológicos e fontes de evidência. Suas conclusões não são universalizáveis, embora, segundo Minayo (2005),[4] a compreensão de contextos peculiares permite inferências mais abrangentes e comparáveis. Para esta pesquisadora, as investigações qualitativas não buscam homogeneidades e sim diferenciações e especificidades. A elas não se aplica o critério quantitativo de comparabilidade. A validade externa pretendida dentro da perspectiva qualitativa é a que se refere à possibilidade de geração de conhecimentos que contribuam para o aprofundamento conceitual ou analítico, por meio da elaboração de tipificações ou de lógicas culturais.

[19] Minayo,M.C.S. & Assis,S.G. & Sousa, E.R. Avaliação por triangulação de métodos. Abordagem de Programas Sociais. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

Pudemos constatar que embora a intersetorialidade seja um processo complexo, uma vez que demanda articulação de atores e saberes, e modificação nas estruturas de poder, é um processo viável, segundo a revisão de literatura e com um imenso potencial para gerar impacto positivo na qualidade de vida das populações e consequentemente nos seus níveis de saúde, sendo, portanto, uma importante estratégia para atuar no combate à desigualdade social, e para aprofundar a democracia em nosso país. Vislumbramos ainda o potencial da Estratégia Saúde da Família para contribuir no processo.

Verificamos também que os fatores dificultadores são muitos, tanto em relação aos atores, quanto ao contexto político, sócio-econômico e cultural e que ações e medidas são necessárias a curto, médio e longo prazo, tanto no nível local, quanto nas outras esferas de atuação. Mas é preciso concentrar esforços para que consigamos avançar, por ser uma proposta participativa e democrática importante para consolidar a Saúde da Família, como uma estratégia que de fato leve a uma mudança do modelo assistencial a partir do paradigma da promoção de saúde .

Para que a intersetorialidade seja efetivada como um instrumento indutor da mudança do modelo assistencial e do aprimoramento do nosso sistema democrático, acreditamos ser importante definir os papéis de cada ator, e instituir mecanismos e instrumentos para viabilizar o processo.

A gestão tem um papel fundamental neste processo, cabendo a ela a instituição de modificação nas estruturas de poder das organizações e a articulação para a atuação coordenada de setores e atores[20]. A gestão também é muito importante, pois ela é responsável pelo processo de seleção, capacitação, motivação e valorização dos profissionais de saúde, como também pela coordenação, acompanhamento e avaliação das ações e processos e pela democratização da gestão.

As equipes Saúde da Família têm um papel importante no conhecimento do território, na elaboração dos diagnósticos da situação de saúde com a participação da comunidade**,** que se constituem num autêntico processo pedagógico para a problematização e compreensão dos determinantes do processo saúde-doença, e importantes para a identificação dos problemas e demandas das comunidades, além do seu potencial para a criação de vínculos e compromisso

[20] Mendes,E.V. Uma agenda para a saúde. São Paulo, Ed. HUCITEC,1996, 300 p.

dos atores. As equipes também devem contribuir no estímulo ao controle social, na horizontalização das relações entre os membros da equipe e entre estes e a população[21]. Segundo O'Dwyer (2002)[22], a ética que desejamos é de que o trabalhador de saúde exercite sua função social na lógica das necessidades da população e adequadamente às nossas diferentes realidades, nas quais a inclusão social e a promoção de vida sejam o eixo orientador e a população seja o sujeito e o objeto de trabalho.

Cabe à academia, o desafio na formação de cidadãos com capacidade de reflexão, de crítica, de ação transformadora, com competências e habilidades para integrar as dimensões do individual e do coletivo no cuidado à saúde e trabalho em equipe[23]; é também seu papel contribuir para a capacitação de gestores, profissionais e cidadãos em geral e para a produção do conhecimento.

O financiamento e a política de educação permanente em saúde são também fatores importantes para consolidar a ESF, não como uma política de focalização direcionada a grupos em estado de pobreza, como resposta a maior inferência das políticas neoliberais, aprofundadas a partir da década de 90, mas para uma política que busca romper com o modelo hospitalocêntrico, visando reconfigurar a forma de atenção à saúde no país[24].

É importante ressaltar que a saúde como direito só é possível, se for um produto da autonomia de todos os envolvidos, exigindo, portanto, o estabelecimento de uma relação indissociável com a democracia[25]. E o fortalecimento da democracia depende basicamente da possibilidade de transformar as relações de poder, em todas as esferas, em relações mais horizontais, de autoridade partilhada, de ampliar radicalmente o acesso das pessoas aos bens e

[21]Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n° 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica.

[22] O'Dwyer GC. Trabalho, Ética e Necessidades Sociais em Saúde. In. Política de Recursos Humanos em Saúde / Brasil. Ministério da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2002, p. 114-118.

[23] Feuerwerker L, Kalil ME, Baduy RJ. A construção de modelos inovadores de ensino-aprendizagem- as lições aprendidas pela Rede UNIDA. Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n. 22, p. 49-62, dezembro 2000.

[24] Fundação Oswaldo Cruz. Análise da Política de Educação Permanente em Saúde: um estudo exploratório de projetos aprovados pelo Ministério da Saúde. Relatório Final. Rio de Janeiro, 2006 Dez.

[25] Melo, E.M.. Ação comunicativa, democracia e saúde. Ciência & Saúde Coletiva . 2005 , v.10 (sup): 167-178.

direitos materiais e não materiais, e de se reconstruir a possibilidade de solidariedade em contraposição ao individualismo exacerbado e à competição[26].

[26] Santos apud Feuerwerker LCM, Costa H. Intersetorialidade na Rede UNIDA. Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, 2000, n. 22, P.25-35, dezembro.

Ana Maria Ribeiro de Almeida

A Intersetorialidade no Programa Saúde da Família : desafios da incorporação do discurso à prática

Projeto de pesquisa apresentado à Banca de Qualificação do Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.
Área de concentração: Políticas de Saúde e Planejamento

Orientadora: Prof. Drª. Elza Machado de Melo

Faculdade de Medicina/Universidade Federal de Minas Gerais
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública

Belo Horizonte
2006

Projeto de Pesquisa

A intersetorialidade no Programa Saúde da Família : desafios da incorporação do discurso à prática

I. Justificativa

A expansão acentuada da Estratégia Saúde da Família redefiniu sua importância enquanto estratégia reorganizadora da atenção básica (MS,2000), tornando-se imprescindível o desenvolvimento de pesquisas avaliativas , a partir de situações-problema identificadas. Embora ela tenha crescido sobremaneira no país, atravessa atualmente seu maior desafio para viabilizar-se como estratégia estruturante dos sistemas municipais, que é sua consolidação nos grandes centros urbanos (Gil,2006).

A intersetorialidade, processo de construção compartilhada, visando responder às necessidades de saúde de uma coletividade, mobilizando os setores necessários para isso e, principalmente, envolvendo a população em todo o percurso de produção da saúde, do diagnóstico da situação à avaliação das ações implantadas (Campos ,2004),.apresenta-se atualmente como uma questão chave para a consolidação do PSF como uma estratégia que de fato leve a uma mudança no modelo de Atenção à Saúde, principalmente no que se refere à promoção de saúde. Os desafios colocados para a saúde pública, especialmente no Brasil, como por exemplo, a violência, as doenças crônicas não transmissíveis, as doenças infecto-contagiosas e o envelhecimento da população enfatizam a promoção de saúde como uma importante resposta e destacam o papel das ações intersetoriais como estratégia de enfrentamento dos problemas. A expansão do PSF nas regiões de aglomerados urbanos e a necessidade de enfrentamento dos problemas característicos desse meio, tais como saúde mental, violência, drogas, alcoolismo, etc. pouco dados à abordagem exclusivamente individual e biológica, reforçam e priorizam esse enfoque (Souza et al.2000).

Assim torna-se questão crucial para a consolidação do Programa Saúde da Família como estratégia de reorientação do modelo assistencial, o estudo dos aspectos que interferem no processo de construção de intersetorialidade, visando contribuir para a criação de mecanismos e instrumentos que possam facilitar e viabilizar uma atuação resolutiva nos determinantes do processo saúde-doença, o que por sua vez passa necessariamente pela efetivação da participação comunitária, pelo desenvolvimento da consciência crítica e de autonomia para intervenção sobre a realidade, pelo estabelecimento de parceria entre profissionais, gestores e

comunidade, enfim pela reafirmação/consolidação do paradigma de promoção de saúde , melhorando assim o índice de saúde das populações.

Mas o processo de construção da intersetorialidade não está isento de conflitos, contradições e problemas (Moysés e colab.,2004) e requer decisão política, envolvendo relações de poder. Segundo estudo do Ministério da Saúde em parceria com a Fiocruz intitulado Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em grandes centros urbanos – 10 Estudos de caso (2001-2002), a intensificação da atuação intersetorial da Equipe de Saúde da Família-ESF parece estar condicionada a uma nova postura governamental na qual o executivo municipal articule as intervenções dos diversos setores para solução coordenada dos problemas e envolve modificações nas estruturas de poder das organizações. A postura governamental tradicional limita o desencadeamento de ação intersetorial por iniciativa/empenho das ESF.

Vários estudos relacionados à promoção de saúde e à avaliação da atenção à saúde mostram que a intersetorialidade é um dos aspectos críticos dos programas, em especial, do Programa Saúde da Família (Barcellos e Quitério, 2006; Monken & Barcellos, 2005; Carneiro e colab., 2005; Dobashi, 2005; Nascimento e Nascimento, 2005; Akerman e colab. 2004; Bodstein, 2004; Carvalho,2004; Lima, 2004; Moysés e colab.2004; Paula e colab. 2004; Teixeira, 2004; Saldanha, 2003; Sícoli e colab. 2003; Bodstein, 2002; Lins, 2001). A presença de atores, interesses diversos e o cenário político, institucional podem explicar o sucesso ou o fracasso de uma intervenção (Bostein ,2002 apud Moysés, 2004).

Este estudo visa avaliar como é trabalhada a intersetorialidade pelo Programa Saúde da Família no município de Divinópolis (207.000 habitantes), MG, desde a sua implantação, procurando conhecer a percepção dos atores envolvidos nas práticas de saúde do Município, verificar os efeitos das mudanças de gestão na evolução do processo e identificar os resultados intermediários. Visa também detectar os fatores limitantes e facilitadores da articulação da equipe, da comunidade e do governo em relação às questões intersetoriais.

II. Objetivo Geral

Verificar como vem sendo trabalhada a questão da intersetorialidade no Programa Saúde da Família em Divinópolis, assim como os fatores que influenciam, positivamente ou

negativamente o desenvolvimento dessa estratégia, desde o momento da implantação daquele Programa no Município.

III. Objetivos Específicos

1. Avaliar a percepção dos atores sociais envolvidos nas práticas de saúde acerca da intersetorialidade e seu papel no processo, uma vez que daquela depende o sucesso ou fracasso desta.
2. Avaliar a influência das mudanças de gestão na evolução do processo, procurando verificar os resultados intermediários.
3. Identificar as barreiras e os elementos facilitadores do processo de construção da intersetorialidade no PSF.

IV. Revisão da Literatura

Intersetorialidade é a 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 que pretende possibilitar a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população. (Feuerwerker, 2000).

Em 1978, a 1ª Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde em Alma-Ata reconhece a saúde como direito de todos e que seus determinantes são intersetoriais. A proposição da intersetorialidade em saúde aparece nos principais planos e programas de organismos internacionais, como a OMS. Recomendações relacionadas a sua adoção têm sido feitas em diversos documentos e eventos oficiais: o Encontro sobre Ações Intersetoriais em Saúde, em 1986, a Carta de Ottawa, em 1986; a Declaração de Adelaide, em 1988; a Conferência de Sundsvall, em 1991 e de Santa Fé de Bogotá, em 1992, a Declaração de Jacarta sobre Promoção da Saúde no Século XXI, em 1997 e a Conferência Internacional sobre Ações Intersetoriais para Saúde, em 1997 (Hartz e Silva, 2005) . Atualmente esta temática tem lugar de destaque em encontros nacionais e internacionais de Promoção de Saúde, Cidades Saudáveis e Desenvolvimento local.

Como um campo em construção e em constante desenvolvimento, a Promoção de Saúde tem-se consolidado como o ponto de convergência para um conjunto de reflexões e práticas comprometidas com a superação do modelo biomédico e da medicalização dos problemas sociais e com a reorientação das práticas e serviços de saúde (Carvalho, Bodstein, Hartz, Matida, 2004), sendo que sua efetivação se dá através de ações intersetoriais.

Atualmente, a intersetorialidade é considerada um componente central das políticas de saúde voltadas para a mudança do modelo assistencial (Paim,1994; Mendes, 1996, apud Hartz e Silva, 2005).

A VIII Conferência Nacional de Saúde e posteriormente a Constituição Brasileira de 1988, define a saúde como dever do Estado e institui um novo paradigma para a sua garantia: a múltipla determinação do processo saúde/doença e a inter-relação da política de saúde com as políticas de outras áreas sociais e com as políticas econômicas (Brasil, Constituição Federal, 1988). Em seu artigo 198, a Constituição estabelece os fundamentos para a organização do SUS: descentralização, atenção integral e a participação da comunidade. Segundo Mendes (1996), a construção do SUS deve constituir-se num processo social de mudanças das práticas sanitárias, referenciado na concepção ampliada do processo saúde/doença e no paradigma assistencial da promoção de saúde.

O Ministério da Saúde, em 1993, reuniu alguns coordenadores de experiências de Atenção Primária à Saúde centradas nas dimensões comunidade e família para discutir um projeto nacional de reorientação dos serviços básicos de saúde, sendo então lançado o Programa Saúde da Família. Alguns municípios são escolhidos como campo de teste e aprimoramento do programa. Entre eles, o Município de Quixadá, CE, teve um papel central no delineamento do modelo que, posteriormente, passou a ser expandido a outros municípios. Assim emerge o PSF num contexto de restrição e racionalização dos gastos em saúde e implementação de medidas de ajuste estrutural da economia e de reforma do Estado (conjuntura neoliberal) como uma estratégia para reorientação e reorganização do modelo de atenção à saúde no Brasil no âmbito do S US (Vasconcelos,1999). Dessa forma é que o Programa de Saúde da Família (PSF) apresenta-se como uma possibilidade de reestruturação da atenção primária, a partir de um conjunto de ações conjugadas em sintonia com os princípios de territorialização,

intersetorialidade, descentralização, co-responsabilização e priorização de grupos populacionais com maior risco de adoecer ou morrer.

A estratégia Saúde da Família, consiste de ações direcionadas às famílias e à comunidade, de forma contínua, personalizada e ativa. Enfatiza a promoção e a prevenção, sem prejuízo da reabilitação, e privilegia a intersetorialidade (Reis.C.C.;Hortale, V.A ,2004).. 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 (Cohen e colab.,2004). As ações de saúde devem ser centradas na qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente, bem como na relação da equipe de saúde com a comunidade, especialmente, com as famílias, (Pedrosa, 2004) e para isso, a participação social e a ação intersetorial são 2 categorias-chave. Vários estudos falam das potencialidades do PSF para acompanhar as políticas e ações na área habitacional, ambiental , de saneamento básico, uma vez que " o espaço pode ser concebido como produtor de diferenciações sociais e epidemiológicas" (Barcellos e colab.,2002). Em outras palavras, promoção de saúde, participação, intersetorialidade e programa de saúde da família são temas intimamente relacionados.

Para a melhoria da qualidade de vida da população, é necessário a articulação de saberes técnicos e populares, a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados (Aerts e colab. 2004). E para o desenvolvimento de uma cultura de trabalho intersetorial é preciso romper as barreiras que impedem a comunicação entre diferentes setores, o que exige vontade política e método (Mendes,2001). Para tanto, os profissionais devem:

- conhecer os fatores (sociais, políticos, econômicos, ambientais, culturais, individuais) que determinam a qualidade de vida da comunidade adstrita;
- entrar em articulação com outros setores da sociedade e movimentos sociais organizados, integrando ações para a qualidade de vida da comunidade;
- estimular a participação da comunidade no planejamento e execução e avaliação das ações da USF;
- articular com a rede institucional local, ações integradas para a melhoria constante da qualidade de saúde da população;

- uma das atribuições comuns a todos os profissionais que integram as equipes, é promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas identificados (MS,2001).

Estas atribuições são reafirmadas na Portaria n° 648/GM de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Além disso, as políticas federais e estaduais têm procurado estimular as ações intersetoriais na atenção básica através de programas na área de nutrição , saúde do idoso, saúde na escola, entre outros.

A tarefa do setor saúde, além da construção de um sistema de boa qualidade, com acesso universal e com integralidade, amplia-se na direção de um papel articulador e integrador com outros setores, também determinantes das condições de vida e de saúde (Bógus,2002).

A consciência das limitações da ação setorial está mais clara no setor saúde. A compreensão da determinação social do processo saúde-doença, a percepção muito clara do impacto de ações não especificamente setoriais sobre a saúde – tais como saneamento básico e urbanização – e da impotência setorial diante de problemas como a morbidade e mortalidade por causas externas, fazem com que o setor saúde esteja mais mobilizado para propor a ação e a articulação intersetorial (Feuerwerker,2000).

A articulação intersetorial requer decisão política, o que implica romper com o antigo padrão de prestação de serviços que reflete determinada estrutura de poder onde impera a fragmentação, setorialização e centralização (Inojosa e Junqueira ,1997). A sua consolidação envolve novas tecnologias de gestão e de alterações nas relações de poder tanto no nível individual quanto das instituições e possibilita a otimização de recursos municipais para o melhoramento da qualidade de vida dos cidadãos (Ferreira e Silva,2005).

Se o desafio da intersetorialidade, porém, ocorre em nível de gestão, sua operação se faz é no território e na prática de atuação (Campos,2003). A intersetorialidade fortalece uma “ cultura do local “ – que implica compreender em profundidade as várias dimensões de um microcontexto. A conquista de resultados através desse tipo de ação revela às pessoas e coletivos, sua possibilidade de intervenção na realidade, contribui para que se constituam como sujeitos sociais (Feuerwerker,2000) .

Lidando essas duas dimensões, gestão coletiva e cultura local, a intersetorialidade é uma estratégia potencialmente capaz de unificar micro e macro espaços, propiciando a formulação de propostas de saúde que sejam a um só tempo, participativas e eficazes, o que é de alta relevância.

V. Proposta Metodológica

Trata-se de uma estratégia de estudo de caso, combinada com a abordagem qualitativa , para maior aprofundamento do tema a ser estudado .

De um modo geral , o estudo de caso é definido como a investigação empírica de um fenômeno que pode dificilmente ser isolado ou dissociado do seu contexto (Yin,2001). Ele parece particularmente desejável quando o estudo do contexto se baseia nas dinâmicas de interação entre atores envolvidos na implantação de uma intervenção (Denis e Champagne, 2002), como é o caso deste trabalho. Cohen & Franco apud Trad e Bastos (1998), assumem que, ao desenvolver uma avaliação, temos que considerar os diferentes atores que compõem o objeto em questão, políticos, técnicos e usuários, as diferentes racionalidades e interesses que lhes correspondem, assim como os 'tempos' de resposta de cada personagem.

Estudos de caso podem lidar com e fornecer insights a respeito de evoluções complexas do mundo real e têm lugar de destaque na pesquisa de avaliação, sendo crescente o reconhecimento do seu valor na avaliação das intervenções dos serviços de saúde (Pope,2003).

O estudo de caso objetiva ,também, evidenciar ligações causais entre intervenções e situações de vida real; bem como ressaltar o contexto em que uma intervenção ocorreu. Além disto, visa demonstrar o rumo de uma intervenção em curso e como modificá-la (Minayo e colab.2005).

.

Para analisar o processo da intersetorialidade no Programa de Saúde da Família de Divinópolis, serão avaliados o desenvolvimento da atuação da equipe e da participação da comunidade em questões intersetoriais, em relação ao contexto político institucional (3 gestões desde a sua implantação), procurando detectar resultados intermediários ('empowerment' da comunidade, desenvolvimento de capacidades de mobilização, negociação, mudanças instituicionais, etc) , uma vez que a intersetorialidade envolve o compromisso dos atores envolvidos, e o compromisso político desempenha um papel crucial .

Também serão avaliadas a percepção dos atores envolvidos sobre a intersetorialidade e seu papel no processo, assim como os fatores facilitadores e dificultadores.

Escolha do município

Divinópolis, cidade do centro-oeste de Minas Gerais, está situada a 112 Km de Belo Horizonte, com mais de 207 mil habitantes, sendo 97% residentes na zona urbana, com baixa densidade populacional na zona rural.

Sendo o município espaço de inserção profissional e residencial da pesquisadora, a sua escolha garante a viabilidade do estudo, mas essa escolha se fez também pelas suas características: que interessam de perto ao tema estudado: população superior a 200 mil habitantes, características urbanas, baixa cobertura de PSF, conforme a tendência nacional para municípios deste porte, quadro de pessoal formado totalmente por profissionais concursados, havendo, portanto, menor rotatividade profissional.

O PSF foi implantado no município em 1996, inicialmente com 2 equipes; em 1999 já contava com 4 equipes. Atualmente são 12 equipes de PSF e 11 equipes de Saúde Bucal. Segundo relatórios de gestão, o contexto da implantação foi favorável, com incentivos à participação comunitária, capacitação de conselheiros e de profissionais de saúde, orçamento participativo, seminários de análise de situação de saúde para efetivar o controle social, melhoria da qualidade de vida através de coordenação de ações intersetoriais nas áreas de assistência social (criação de clubes de mães – Fundação Pró-Humana, saneamento básico, combate à desnutrição -hortas comunitárias e multimistura; parcerias : Pastoral da Criança e Diretoria de Desenvolvimento Rural).

Para área de abrangência foram priorizadas as áreas rurais e urbanas periféricas, por estarem mais expostas ao risco de adoecer, devido a piores condições de habitação, saneamento, deficiências de transportes coletivo, baixo nível educacional e de oferta de emprego, falta de lazer, entre outros. O projeto inicial previa até o ano de 2000 a implantação de 20 equipes de PSF, fazendo um cinturão na periferia urbana. Em relação aos recursos humanos, todos os membros das equipes foram capacitados. Todos os profissionais receberam treinamento introdutório e a maioria dos profissionais de nível superior possui especialização em Saúde da Família. Como parte da proposta e coerentemente com os princípios do SUS e potencialidades

do PSF, foram implantados Conselhos Locais de Saúde em todas as áreas de abrangência das equipes de PSF.

Segundo relatórios de diagnóstico de saúde das áreas de abrangência do PSF em Divinópolis, podemos constatar um perfil semelhante da população adscrita das 12 Unidades de Saúde da Família: baixa escolaridade (a maioria com 1° grau incompleto), renda média variando de 1 a 3 salários mínimos (há locais em que cerca de 60% dos habitantes recebem menos de 1 salário mínimo),problemas de saneamento básico, ruas não pavimentadas, córregos poluídos , falta de lazer, enfim baixa qualidade de vida. As doenças mais freqüentes na infância são alergia, bronquite, otite, verminose, anemia, diarréia, pneumonia. Nos adultos, os principais problemas de saúde são tabagismo, hipertensão, alergia, cardiopatia, verminose, alcoolismo, depressão. Há também relatos de drogadição entre integrantes da população.)

Instrumentos a serem utilizados na coleta de dados

Serão utilizados múltiplos métodos e fontes de evidências para estabelecer a validade do construto – triangulação (Pope, 2003, Minayo ,2005).

1ª etapa: Mapeamento das equipes

1. Mapeamento do Programa de Saúde da Família do Município, com objetivo de proporcionar uma visão geral, ajudar na seleção das equipes que comporão o estudo em profundidade e fornecer subsídios para os grupos focais e entrevistas:

- Aplicação de questionário fechado, auto-aplicável, a todos os membros das equipes de PSF implantadas e usuários, membros dos Conselhos Locais de Saúde das respectivas equipes (médico, dentista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, auxiliar de consultório dentário, 7 agentes comunitários de saúde de cada equipe e 5 membros usuários de cada CLS e 1 THD de uma equipe de mod.II de saúde bucal). Anexo I a III. Os dados serão utilizados na seleção das equipes para o estudo em profundidade ou na avaliação da adequação dessa seleção.

Validação do questionário

- Pré-teste: aplicação do questionário com integrantes de 2 equipes, escolhidas aleatoriamente e membros de seus respectivos CLS, na forma de entrevista oral, sobre o entendimento do entrevistado sobre cada pergunta após ele ter feito a leitura de cada uma.

O questionário abordará questões em relação à participação da comunidade, à atuação da equipe, ao apoio político, à articulação intersetorial e à percepção dos atores do processo de intersetorialidade. Algumas questões foram baseadas no Instrumento de Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família do Ministério da Saúde e no estudo Saúde da Família – Avaliação da Implementação em Dez Grandes Centros Urbanos (MS, Fiocruz,2005). As demais foram elaboradas pela pesquisadora, a partir da revisão da literatura.

2.Análise documental : relatórios de gestão , Plano Municipal de Saúde, relatórios de auditoria e de seminários para planejamento participativo, relatórios de diagnóstico social de área , atas dos Conselhos Locais de Saúde, dados do Siab e documentos afins.

2ª etapa: estudos qualitativos

1.Entrevista com os gestores e com as coordenadoras de PSF das 3 gestões de governo, desde a implantação do Programa Saúde da Família em Divinópolis e elementos chaves de cada gestão (Anexo IV a Anexo IX). Os roteiros de entrevista dos elementos chaves serão elaborados posteriormente, uma vez que a seleção destes elementos se dará no decorrer da pesquisa.

2. Grupos Focais com as equipes selecionadas para estudo em profundidade:

- 1 grupo focal para nível superior ;
- 1 grupo focal para nível médio ;
- 1 grupo focal para usuários representantes dos CLS e lideranças comunitárias .

A técnica de grupo focal é largamente utilizada em avaliação, seja de forma combinada com entrevistas, seja com exclusividade. Constitui-se em um tipo de entrevista ou conversa em grupos pequenos, homogêneos, que atua de forma planejada para se obter informações relativas a um tema específico (Minayo, 2005).

Os temas de discussão e a dinâmica dos grupos focais serão escolhidos depois da consolidação dos dados dos questionários e da realização das entrevistas.

Os grupos focais terão como objetivo um papel complementar, onde serão enfocadas questões relevantes, e será realizado o fechamento em relação a todos os aspectos pesquisados.

Participarão dos grupos focais profissionais e usuários de equipes da zona rural e da zona urbana, implantadas em diferentes gestões, perfazendo no mínimo, 40% do total das equipes no Município. Além disso, o mapeamento do PSF feito na primeira etapa terá importância para incorporar, entre as equipes selecionadas, aquelas que tenham características diferenciadas.

3ª etapa: Oficina de transferência de tecnologia

Realização de Oficina, depois da análise de dados, para dar feedback aos atores envolvidos na pesquisa e assim testar os achados, maximizando então a confiança nos mesmos.

Composição dos instrumentos de pesquisa

a) Variáveis relacionadas ao governo municipal de cada gestão

Projeto de governo, Plano Municipal de Saúde, visão do gestor e da coordenação do PSF sobre o conceito ampliado de saúde, sobre a intersetorialidade e promoção de saúde, sobre a estratégia Saúde da Família. Verificação do envolvimento com o controle social (relações de poder e empowerment), capacitação de conselheiros, averiguar a utilização dos dados relativos aos problemas detectados pelas equipes Saúde da Família e as demandas dos CLS para o planejamento integrado de ações com os setores a existência de parcerias, projetos e iniciativas de caráter intersetorial. Conhecimento da política de recursos humanos, o processo de planejamento , monitoramento e avaliação das ações intersetoriais, as dificuldades encontradas em relação a intersetorialidade e os elementos facilitadores do processo.

b) Variáveis relacionadas aos profissionais de saúde

Capacitação, realização de diagnóstico situacional com a participação da comunidade, desenvolvimento de parcerias e integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, incentivo ao controle social, concepção da intersetorialidade, dificuldades encontradas no desenvolvimento de ações intersetoriais e elementos facilitadores em diferentes gestões de governo municipal.

b) Variáveis relacionadas à participação comunitária

Atuação do Conselho Local de Saúde em diferentes gestões , ações em questões intersetoriais, nível da participação da comunidade no diagnóstico de saúde e na elaboração de estratégias para solucionar os problemas encontrados, concepção de intersetorialidade e qualidade de vida, desenvolvimento da capacidade de intervir sobre a realidade e das barreiras encontradas e os aspectos facilitadores em relação ao desenvolvimento da capacidade de atuar nos problemas que interferem na qualidade de vida da comunidade.

Análise dos dados :

Utilizaremos o SPSS para analisar os questionários auto-aplicáveis.

Para a análise qualitativa, utilizaremos o método de análise hermenêutico-dialético: que coloca a fala em seu contexto, para entendê-la a partir do seu interior e no campo da especificidade histórica e totalizante em que é produzida (Minayo,1998). Portanto, articula saberes e práticas do " mundo da vida" dos sujeitos da investigação (Habermas, 1987) e a prática comunicativa que aí se desenrola com os saberes dos pesquisadores, – diálogo entre diferentes saberes – dando origem, a partir da síntese entre o conhecimento teórico e os achados empíricos, às categorias de análise.

> "Esta combinação de abordagem foi primeiramente descrita por Habermas (1987) por entender que do ponto de vista do pensamento, ela faz a síntese dos processos compreensivos e críticos. [...] Hermenêutica , segundo Gadamer (1999), é a busca de

compreensão de sentido que se dá na comunicação entre seres humanos, tendo nas linguagem seu núcleo central. Assim, a hermenêutica trabalha com a comunicação da vida cotidiana e do senso comum , dentro dos seguintes pressupostos: o ser humano como ser histórico e finito complementa-se por meio da comunicação , sua linguagem também é limitada, ocupando um ponto no tempo e no espaço, por isto é, é preciso compreender também seu contexto e sua cultura. A dialética é a ciência e a arte do diálogo, da pergunta e da controvérsia. Busca nos fatos, na linguagem, nos símbolos e na cultura, os núcleos obscuros e contraditórios para realizar uma crítica informada sobre eles. Na sua articulação, a hermenêutica –dialética é bastante produtiva para fundamentar as avaliações qualitativas" (Minayo,2005).

VI. Limitação do estudo:

Não é objetivo do estudo generalizar seus resultados nem avaliar a execução pelas equipes do PSF das políticas do Ministério da Saúde de promoção de saúde embora sejam de muita importância para a consolidação da intersetorialidade . O objetivo aqui é avaliar o poder de resolução dos problemas locais detectados no diagnóstico social e que envolvam ações intersetoriais, o que fortalece a participação social, uma vez que estudos mostram que "atores sociais, se chamados a participar e se avaliarem que são ouvidos e levados em conta, eles participam (Melo, 2005). Talvez seja este o caminho para a consolidação do controle social no SUS.

VII. Viabilidade

Custos

Os custos de execução deste projeto se restringem à transcrição de entrevistas e material de informática. Sua execução prevê três meses de coleta de dados, quatro meses para análise e 6 meses para redação da dissertação.

VIII. Cronograma

- Apresentação do anteprojeto: fevereiro de 2006
- Levantamento Bibliográfico: março a abril de 2006
- Elaboração do projeto: maio a julho de 2006
- Qualificação do projeto: 15 de setembro de 2006 (data já foi marcada por sorteio)
- Coleta de dados: mapeamento - Fevereiro de 2007
- Coleta de dados: estudo qualitativo – junho de 2007 a julho de 2007
- Análise de dados: agosto a setembro de 2007
- Redação Final da dissertação: outubro de 2007 a fevereiro de 2008
- Apresentação da dissertação: março de 2008 no formato de 2 artigos , um relativo à revisão bibliográfica e o outro com os resultados da pesquisa.

.**Referências Bibliográficas**

Aerts,D.,Abegg,C.,Cesa,K. 2004. O papel do Cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 9 (1):131-138.

Barcellos, C. e Quitério, L.A.D. 2006. Vigilância ambiental em saúde e sua implantação no Sistema Único de Saúde. Rev. Saúde Pública. Vol. 40 n° 1. São Paulo. Jan./Feb.

Bodstein, R. 2002. Atenção básica na agenda da saúde . Ciência & Saúde Coletiva v.7 n.3. São Paulo.

Bodstein, R. 2004. Avaliação da implantação do programa de desenvolvimento integrado em Manguinhos: impasses na formulação de uma agenda local. Ciência & Saúde Coletiva, 9 (3): 593-604.

Brasil. Ministério da Saúde . Guia prático do programa de Saúde da Família . Brasília , MS,2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. 2005 . Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados. 2 Ed. Atualizada .Brasília: Editora do Ministério da Saúde, Série C. Projetos, Programas e Relatórios.

Campos, G.W. et al. 2004. Avaliação de política nacional de promoção de saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 9(3):745-749.

Campos, G.W. et al. 2003 . Entrevista. Revista da Saúde: Conselho Nacional de Saúde (CNS)- ano IV n° 4 – abril , p.14-16.

Carneiro, A. O. e colab.2005. A Vigilância à Saúde como proposta de modelo assistencial que reorientou as ações de saúde no município de Juazeiro – BA, 2001-2004. . Divulgação em Saúde para Debate, Série Conasems – Saberes e práticas da gestão municipal, Rio de Janeiro, n. 32, p. 46-52, maio.

Carvalho,A.I.,Bodstein,R.C.,Hartz.Z.,Matida,A.H.2004.Concepts and approaches in the evaluation of health promotion. Ciência & Saúde Coletiva ,9(3): 521-529.

Carvalho, S.R. 2004. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. Ciência & Saúde, 9(3): 669-678.

Cohen,S.C. e colab. 2004. Habitação saudável no Programa Saúde da Família (PSF): uma estratégia para as políticas públicas de saúde e ambiente. Ciência & Saúde Coletiva,9(3):807-813.

Denis, J.L. e Champagne, F. 1997. Análise de Implantação. In : Hartz, Z. M..Avaliação em Saúde. Dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 131 p.

Divinópolis, Secretaria Municipal de Saúde. Relatórios de Diagnóstico de Saúde das Equipes de PSF. 1998 a 2001.

Divinópolis, Secretaria Municipal de Saúde. Relatórios de Gestão. 1999 a 2002.

Dobashi, B.F. e colab. 2005. 'Viva seu bairro': em Campo Grande/MS a Promoção da Saúde percorre os caminhos da intersetorialidade. Divulgação em Saúde para Debate, Série Conasems – Saberes e práticas da gestão municipal, Rio de Janeiro, n. 32, p. 28-35.

Gil, C.R.R. 2006. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. Cad. Saúde Pública vol. 22 n° 6.

Ferreira,V.S.C. e Silva, L.M.V. 2005. Intersetorialidade em Saúde : um estudo de caso. In : Hartz, Z. M..Avaliação em Saúde. Dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 275 p.

Informe Técnico Epidemiológico do SUS. Volume 11, n° 3 Jul/set. 2002 .

Junqueira LAP, Inojosa RM. Desenvolvimento social e intersetorialidade na gestão pública municipal. In: *Conferência Nacional de Saúde Online:* uma proposta em construção. 1997. [acessado 21 Julho 2006]. Disponível em: http://www.datasus.gov.br/cns/inovador/FORTALEZA.htm

Lima. V.L.G.P. e colab.2004. Análise da eficácia de programas sociais de promoção da saúde realizados em condições macroestruturais adversas. Ciência & Saúde Coletiva, 9(3): 679-696.

Lins, I.C.P. 2001. Organização da atenção à saúde da criança: Programa de Saúde da Família do município de Ilhéus – Dissertação de Mestrado da Universidade Federal da Bahia – Enfermagem.
Melo, E.M. 2005. Ação comunicativa, democracia e saúde. Ciência & Saúde Coletiva , 10(sup): 167-178.

Mendes,E.V. Uma agenda para a saúde. São Paulo, Ed. HUCITEC,1996.

Minayo,M.C.S.O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo-Rio de Janeiro, 5ª ed.Hucitec.Abrasco,1998.

Minayo,M.C.S. & Assis,S.G. & Sousa, E.R. Avaliação por triangulação de métodos. Abordagem de Programas Sociais. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

Monken,M.& Barcellos, C. 2005 Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. Cad. Saúde Pública v. 21 n.3 Rio de Janeiro maio/jun.

Moysés,S.J. e colab. 2004. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. Ciência & Saúde Coletiva,9(3):627-641.

Nascimento , M.S.; Nascimento, M.A. 2005. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 10(2):333-345.

Paula, K.A., Palha, P.F., Protti,S.T. 2004. 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- Comunicação, Saúde, Educação, v.8, n.15, p. 331-48, mar/ago.

Pedrosa,J.I.S. 2004. Perspectivas na avaliação em promoção da saúde: uma abordagem institucional. Ciência & Saúde Coletiva, 9(3):617-626.

Pope,C. & Mays, N. Pesquisa qualitative na atenção à saúde .2. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2005.

Reis,C.C.L.,Hortale,V.A. 2004. Programa Saúde da Família: Supervisão ou "convisão" ? Estudo de caso em município de médio porte. Cad.Saúde Pública, 20(2): 492-501.

Saldanha, C.R.M. 2003. Avaliação do PSF em Juiz de Fora. Disponível em www.opas.org.br/serviço/arquivos/sala5325p.df. Acessado em 16/07/2006.

Sícoli, J. L., Nascimento, P.R. 2003. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. Interface= Comunicação, Saúde,Educação , v 7, n 12, p. 101-22, fev.

Teixeira, S.A. 2004. Avaliação dos usuários sobre o Programa de Saúde da Família em Vitória da Conquista – Bahia – Brasil . Capítulo 4 . In Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar: caso Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 8.

Trad, L.A.B. e Bastos, A.C.S. 1998. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF) : uma proposta de avaliação. Cadernos de Saúde Pública, vol.14 n° 2 Rio de Janeiro.

Yin, R.K. 2001. Estudo de caso: planejamento e métodos / Robert K. Yin; trad. Daniel Grassi – 2 ed. Porto Alegre: Bookman.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: A Intersetorialidade no Programa Saúde da Família: Desafios na Incorporação do Discurso à Prática.

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa de dissertação de mestrado de Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais sobre a intersetorialidade no PSF.

Você foi selecionado para participar da pesquisa, uma vez que todas as equipes de PSF de Divinópolis e seus respectivos Conselhos Locais de Saúde serão pesquisados. Sua participação não é obrigatória e sua 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.

O objetivo deste estudo é pesquisar como são resolvidos pela equipe e pela comunidade, os problemas levantados no diagnóstico de saúde, quais as principais dificuldades e facilidades, desde a implantação do PSF no município; o que profissionais, conselheiros, gestores e coordenadores de PSF das 3 gestões, entendem por ações intersetoriais e sua importância para a qualidade de vida da comunidade e o papel de cada um.

Se concordar em participar deste estudo, você será solicitado a responder a um questionário, onde você não terá que colocar seu nome, nem o de sua equipe ou conselho. Se sua equipe e respectivo Conselho Local de Saúde for uma das cinco equipes escolhidas para participar da segunda fase da pesquisa, você deverá participar de uma entrevista em grupo (um debate gravado sobre o assunto), cujos dados serão utilizados unicamente para fins científicos. A entrevista em grupo, que é chamada grupo focal, será dividida da seguinte maneira:

- um grupo focal para médicos, enfermeiros e dentistas;
- um grupo focal para auxiliares de enfermagem, auxiliares de dentista e para agentes comunitários de saúde;
- um grupo focal para conselheiros usuários dos Conselhos Locais de Saúde.
- a divisão é para que cada segmento tenha mais liberdade para poder falar a sua opinião.

Observação:

- os gestores (secretários de saúde) e seus respectivos coordenadores de PSF, somente participaram de entrevista aberta, individual, gravada.

Sua participação é muito importante, pois é compreendendo como são enfrentados os problemas levantados pela equipe e comunidade e quais as principais dificuldades, é que se pode descobrir novos caminhos que permitam uma atuação mais eficaz e uma participação mais efetiva, para que se consiga uma vida com mais qualidade e saúde.

Declaro que as informações serão usadas apenas com finalidade científica, sendo garantido o sigilo sobre a autoria das mesmas.

Declaração de consentimento

Li e entendi as informações 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:

_____

Ana Maria Ribeiro de Almeida

Telefone de contato: 037 3222 1634

Orientadora do Projeto: Prof. Dra. Elza Machado de Melo – UFMG
Telefone de contato: 031 3248 9804

Questionário auto-aplicável para membro do Conselho Local de Saúde – Usuário

Esta pesquisa faz parte de um estudo para dissertação de Mestrado em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da UFMG. Todas as informações aqui contidas serão utilizadas apenas com finalidade científica , sendo garantido o sigilo. Não é preciso colocar seu nome, nem o nome de sua equipe.

Sua colaboração é muito importante.

Dados do entrevistado:

1- Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino **2- Idade**: _____

2- Há quanto tempo é membro do Conselho Local de Saúde: _____ (em anos)

3- Profissão :

_____

4- Grau de instrução: ( ) Primeiro grau incompleto ( ) Primeiro grau completo ( ) Segundo grau incompleto ( ) Segundo grau completo ( ) Terceiro grau incompleto ( ) Terceiro grau completo

Marque um X na resposta que mais se identifica com sua opinião.

Questão 01

Quantas vezes você já participou do Conselho Local de Saúde – CLS como membro efetivo:

( ) é a primeira vez ( ) duas vezes
Outro ( ) Quantas?

_____

Questão 02

Você participou de alguma reunião para levantamento dos principais problemas da comunidade realizado pela equipe do PSF ?

( ) Sim ( ) Não

Questão 03

Como foi a participação da comunidade nesta reunião para o levantamento dos problemas:

( ) A comunidade teve uma boa participação
( ) A participação da comunidade foi fraca.
( ) A comunidade não participou.
Por que?
_____

Questão 04

Depois do levantamento dos problemas desta área, foram tomadas algumas providências para tentar soluciona-los?

( ) Sim .
Quais?_____
( ) Não .
Por que?_____

Questão 05

Você acha que é importante a qualidade de vida da comunidade para uma saúde melhor?

( ) Sim ( ) Não

Por que? _____
_____

Questão 06

O Conselho Local de Saúde se reúne mensalmente ?

( ) Sim ( ) Não.
Por que?_____
_____

Questão 07

Você acha que as reuniões são proveitosas ?

( ) Sim ( ) Não.
Por que? _____
_____

Questão 08

Você acha que o Conselho Local de Saúde tem realmente poder de ação ?

( ) Sim ( ) Não .
Por que?_____
_____

Questão 09

O Conselho Local de Saúde tem apoio da Prefeitura ?

( ) Sim ( ) Não.
Por que?_____
_____

Questão 10

Os membros da equipe são atuantes no Conselho ?

( ) Sim ( ) Não .
Por que? _____
_____

Questão 11

Você acha que a criação do Conselho Local de Saúde foi um ganho para a comunidade?

( ) Sim.
Por que?_____
( ) Não.
Por que? _____

Questão 12

Você acha que sua comunidade participa da solução dos problemas locais:

( ) Sim.
Como? _____
( ) Não.
Por que? _____

Questão 13

Você já trabalhou junto com a equipe de PSF em alguma ação para melhorar a qualidade de vida da comunidade (por exemplo, ações como conseguir saneamento básico, atividades de lazer e cultura, ações na área de educação, geração de renda , hortas comunitárias , ações no meio ambiente,etc) ?

( ) Sim ( ) Não

Questão 14

Você tenta convencer aos membros de sua comunidade a participarem mais?

( ) Sim .
Como? _____
( ) Não.
Por que? _____

Questão 15

O Conselho Local de Saúde já entrou em contato ou atuou em parceria com outros setores da Prefeitura (por exemplo, Secretarias de Obras, de Educação , de Meio Ambiente, etc) ou com associações e organizações para melhorar a qualidade de vida da comunidade?

( ) Sim.
Quais?_____
( ) Não.
Por que? _____

Questão 16

A atuação da equipe de saúde facilita a articulação do Conselho Local de Saúde com outros setores ?

( ) Sim .
Como?_____
( ) Não.
Por que?_____

Questão 17

A atuação da Prefeitura facilita a articulação com outros setores?

( ) Sim .
Como?_____
( ) Não.
Por que?_____

Questão 18

Você acha que a comunidade sabe o que é qualidade de vida?

( ) Sim ( ) Não

Questão 19

Você acha que a comunidade sabe como a qualidade de vida influi na sua saúde?

( ) Sim ( ) Não

Questão 20

Você acha que a comunidade julga importância participar e se organizar junto com a equipe de saúde?

( ) Sim ( ) Não.
Por que? _____
_____

Questão 21

A participação da sua comunidade para resolver seus problemas melhorou após a atuação da equipe de saúde do Programa Saúde da Família ?

( ) Sim ( ) Não.
Por que? _____
_____

Questão 22

A atuação da equipe e da comunidade conseguiu resolver problemas locais e melhorar a qualidade de vida e o nível de saúde local?

( ) Sim .
Por que?_____
_____

( ) Não.
Por que? _____
_____

Obrigada pela colaboração e boa vontade

Questionário auto-aplicável para membro da Equipe de PSF – nível médio

Esta pesquisa faz parte de um estudo para dissertação de Mestrado em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da UFMG. Todas as informações aqui contidas serão utilizadas apenas com finalidade científica , sendo garantido o sigilo. Não é preciso colocar seu nome, nem o nome de sua equipe.

Sua colaboração é muito importante.

Dados do entrevistado:

1- Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino **2- Idade**: _____

3- Cargo : ( ) Auxiliar de Consultório Dentário ( ) Agente Comunitário de Saúde
( ) Auxiliar de Enfermagem ( ) Técnico em Enfermagem ( ) THD
( ) Outro. Qual?
_____

4- Tempo que trabalha no PSF: _____ **Tempo de trabalho nesta equipe**:_____

5- Já participou de algum seminário ou capacitação em relação a promoção de saúde, promovido pela prefeitura? ( ) Sim. Qual? _____
( ) Não.

Marque um X na resposta que mais se identifica com sua opinião.

Questão 01

O que você entende por Intersetorialidade em Saúde:

a) Ações de educação em saúde exercidas dentro da Unidade de Saúde ( )
b) Ações exercidas por cada setor municipal (educação, agricultura,etc) ( )
c) Ação coordenada de setores para enfrentar um problema relacionado à saúde ( )
d) Ações extra-muros de educação em Saúde ( )
e) Não sei ( )

Questão 02

Foi realizado Diagnóstico da Situação de Saúde pela sua equipe?

a) Sim ( )
b) Não ( )
c) Não sei ( )

Questão 03

Houve participação da comunidade neste Diagnóstico de Situação?

a) Sim ( )
b) Não ( )
c) Não sei ( )

Questão 04

Quais os principais problemas levantados no último diagnóstico de saúde realizado? (pode marcar mais de uma resposta):

a) Falta de saneamento básico ( ) b) Violência ( ) c) Desemprego ( )
d) Falta de lazer ( ) e) Problemas ambientais ( ) f) Drogas ( )
g) Baixa Escolaridade ( ) h) Baixa renda ( ) i) Outro ( )
Qual?_____

Questão 05

Foram estabelecidas estratégias ou parcerias a partir deste diagnóstico?

a) Sim ( ) Qual?_____
b) Não ( ) Por que?_____

Questão 06

O que dificulta a articulação para resolução destes problemas? (pode marcar mais de uma resposta)

a) Equipe não integrada ( ) b) Falta de apoio da Prefeitura ( ) c) Falta de participação da comunidade ( ) d) Falta de tempo, devido a grande demanda por assistência ( )
e) Todos os itens citados ( )

Questão 07

Como é a participação da comunidade nas reuniões para discutir o diagnóstico de saúde?

a) Não participa ( ) b) Participação fraca ( ) c) Participação regular ( )
d) Participação boa ( ) e) Participação muito boa ( )

Questão 08

Desde que foi criado, o Conselho Local de Saúde – CLS tem se reunido regularmente?

a) Sim ( ) b) Não ( ) c) Quase sempre ( )

Questão 09

Por que a freqüência é assim?

a) Perfil da comunidade ( ) b) Atuação da equipe ( ) c) Apoio político ( )
d) Outro ( ) Por que? _____

Questão 10

Qual a freqüência de sua participação no Conselho Local de Saúde como membro efetivo:

a) Sempre participo ( ) b) Participei só 1 vez ( )
c) Participei algumas vezes ( ) d) Nunca participei por falta de tempo ( )
e)Nunca participei por não achar válido ( ) Por que? _____
_____

Questão 11

Como era a participação da comunidade para resolução dos seus problemas , quando a equipe começou suas atividades?

a) Incipiente ( ) b) Regular ( ) c) Boa ( ) d) Muito boa ( ) e) Não participava ( )

Questão 12

Como é a participação da comunidade para resolução dos seus problemas atualmente?

a)Incipiente ( ) b) Regular ( ) c) Boa ( ) d) Muito boa ( ) e) Não participa ( )

Questão 13

Na reunião semanal da equipe são discutidas questões não assistenciais ou problemas que precisem que a equipe articule com outros setores (problemas ambientais, abastecimento de água , saneamento básico, violência , etc) ?

a) Não ( ) b) Raramente ( ) c) Às vezes ( ) d) Freqüentemente ( ) e)Sempre ( )

Questão 14

A equipe ou algum membro da equipe reúne-se com setores públicos e sociais do município para resolução de problemas locais (setores governamentais da educação, assistência social, meio ambiente e saneamento, organizações e movimentos sociais locais, etc)?

a) Não reúne ( ) b) Raramente ( ) c) Semestralmente ( ) d) Trimestralmente ( )
e) Freqüentemente ( )

Questão 15

A equipe planeja, executa e acompanha as ações na sua área de abrangência em parceria e/ou articulação informal com Ongs, associações, igrejas, movimentos sociais, escolas e outros?

a) Não ( )
b) Sim ( ) Quais?_____
_____

Questão 16

Existem iniciativas em funcionamento, realizadas em conjunto com a população, com ênfase no desenvolvimento comunitário ? (pode marcar mais de uma resposta)

a) Não ( ) b) Hortas Comunitárias ( ) c) Atividades para geração de renda ( )
d) Atividades de lazer e cultura ( ) e) Alfabetização ou atividades na escola ( )
f)Outro ( ) Qual? _____
_____

Questão 17

A equipe desenvolve ações tendo como foco , a vigilância ambiental? (pode marcar mais de uma resposta)

a) Agrotóxicos ( ) b) Tratamento de água ( ) c) Destino de lixo ( )
d) Saneamento ( ) e) Poluentes ( ) f) Outro ( ) Qual?_____

Questão 18

Quantas ações intersetoriais foram desenvolvidas no último semestre:

a) 1 ação intersetorial ( ) b) 2 ações intersetoriais ( ) c) 3 ações intersetoriais ( )
d) 4 ou mais ações intersetoriais ( ) e) Nenhuma ação intersetorial ( )

Questão 19

Como é a postura do governo municipal na gestão atual , em relação à intersetorialidade em saúde:

a) Facilita pouco a atuação intersetorial ( ) b) Facilita razoavelmente ( )
b) Facilita muito ( ) d) Não facilita ( ) e) Dificulta ( )
f) Outro ( ) Qual? _____

Questão 20

Como era a postura do governo municipal na gestão anterior, em relação à intersetorialidade em saúde:

c) Facilitava pouco a atuação intersetorial ( ) b) Facilitava razoavelmente ( )
d) Facilitava muito ( ) d) Não facilitava ( ) e) Dificultava ( )
e) Outro ( ) Qual? _____

Questão 21

Como era a postura do governo municipal quando da implantação, em relação à intersetorialidade em saúde (caso você tenha trabalhado neste período):

f) Facilitava pouco a atuação intersetorial ( ) b) Facilitava razoavelmente ( )
g) Facilitava muito ( ) d) Não facilitava ( ) e) Dificultava ( )
f) Outro ( ) Qual? _____
_____

Questão 22

Em relação à articulação intersetorial:

a) Existe canal de comunicação do PSF com outros setores dentro da Prefeitura, para atuação integrada para resolução de problemas da comunidade ( )
b) Não existe atuação integrada com outros setores e as informações dos diagnósticos de saúde do PSF não são utilizados para determinar a prioridade de obras ( )
c) Nunca existiu integração entre os setores municipais,desde a implantação do PSF( )
d) Já existiu uma atuação integrada com outros setores, quando da implantação do PSF, mas atualmente não existe mais ( )

e) Sempre existiu a integração entre os setores municipais para a resolução de problemas locais detectados pelo PSF no diagnóstico de saúde ( )

Questão 23

Em sua opinião, qual é o seu papel em relação ao processo de intersetorialidade no PSF:

a) É importante atuar na articulação com outros setores para a resolução dos problemas da comunidade e atuar também na conscientização e estímulo a uma maior participação da comunidade ( )
b) É importante articular com outros setores e incentivar a participação popular, mas a grande demanda por assistência da comunidade devido ao grande número de famílias cadastradas limita o tempo disponível para ações extra-muros (fora da unidade) ( )
c) A articulação de ações intersetoriais é papel da coordenação e da prefeitura ( )
d) Embora segundo as diretrizes do PSF, é papel da equipe articular com outros setores e estimular o controle social , temos dificuldades em relação a ações não assistenciais ( )
e) Tento articular ações intersetoriais, mas minha equipe não é bem integrada ,não colabora e além disso , não há muito apoio político.
d) Outro ( ) Qual? _____
_____
_____

Questão 24

Em sua opinião , qual é a sua capacidade de articulação e negociação, habilidades estas, necessárias para uma atuação intersetorial:

a) Tenho muitas dificuldades ( ) b) Atuação regular ( ) c) Atuação boa ( )
d) Atuação muito boa ( ) e) Nenhuma capacidade ( )
f) Outro ( ) Qual? _____
_____

Questão 25

Você acha que com a estratégia PSF, a comunidade ficou mais apta a atuar na resolução de seus problemas individuais e coletivos?

a) Sim, mas só um pouco ( )
b) Sim, houve uma melhora regular ( )
c) Sim , houve uma razoável melhora ( )
d) Sim, houve uma melhora considerável ( )
e) Não. Não houve evolução neste aspecto ( )

Questão 26
A que você atribui o resultado acima? (pode marcar mais de uma resposta)

a) Atuação da equipe ( )
b) Perfil da comunidade ( )
c) Apoio político ( )
d) Falta de apoio político ( )
e) Outro ( ) Qual? _____

Muito obrigada pela colaboração e boa vontade

Questionário auto-aplicável para membro da Equipe de PSF – nível superior

Esta pesquisa faz parte de um estudo para dissertação de Mestrado em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da UFMG. Todas as informações aqui contidas serão utilizadas apenas com finalidade científica , sendo garantido o sigilo. Não é preciso colocar seu nome, nem o nome de sua equipe.
Sua colaboração é muito importante.

Dados do entrevistado:

1- Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino **2- Idade**: _____

3- Cargo : ( ) Dentista ( ) Enfermeiro(a) ( ) Médico(a)

4- Tempo que trabalha no PSF: _____ **Tempo de trabalha nesta equipe**:_____

Marque um X nas respostas que mais se identificam com sua opinião.

Questão 01

O que você entende por Intersetorialidade em Saúde:

f) Ações de educação em saúde exercidas dentro da Unidade de Saúde ( )
g) Ações exercidas por cada setor municipal (educação, agricultura, meio ambiente, etc) ( )
h) Intervenção coordenada de setores para abordar um problema vinculado à saúde ( )
i) Ações extra-muros de educação em Saúde ( )
j) Não sei ( )

Questão 02

Você já fez algum curso de Pós-graduação?

a) Introdutório ( ) b) Especialização ou Residência em Saúde da Família ( )

c) Especialização em Saúde Pública ( ) d) Curso de Atualização ( )

e) Não fiz curso de Pós-graduação ( ) f) Outro. Qual? _____

Questão 03

Se você fez algum curso de Pos-graduação, havia conteúdo sobre intersetorialidade:

a) Sim ( ) Qual? _____
b) Não

Questão 04

Foi realizado Diagnóstico da Situação de Saúde pela sua equipe?

d) Sim ( )
e) Não ( )
f) Não sei ( )

Questão 05

Houve participação da comunidade neste Diagnóstico de Situação?

d) Sim ( )
e) Não ( )
f) Não sei ( )

Questão 06

Quais os principais problemas levantados no último diagnóstico de saúde realizado? (pode marcar mais de uma resposta):

a) Falta de saneamento básico ( ) b) Violência ( ) c) Desemprego ( )
d) Falta de lazer ( ) e) Problemas ambientais ( ) f) Drogas ( )
g) Baixa Escolaridade ( ) h) Baixa renda ( ) i) Outro ( )
Qual?_____

Questão 07

Foram estabelecidas estratégias ou parcerias a partir deste diagnóstico?

a) Sim ( ) Qual?_____
b) Não ( ) Por que?_____

Questão 08

O que dificulta a articulação para resolução destes problemas? (pode marcar mais de 1 resposta)

a) Equipe não integrada ( ) b) Falta de apoio da Prefeitura ( ) c) Falta de participação da comunidade ( ) d) Falta de tempo, devido a grande demanda por assistência ( )
e) Todos os itens citados ( )

Questão 09

Como é a participação da comunidade nas reuniões para discutir o diagnóstico de saúde?

a) Não participa ( ) b) Participação fraca ( ) c) Participação regular ( )
d) Participação boa (e) Participação muito boa ( )

Questão 10

Desde que foi criado, o Conselho Local de Saúde – CLS tem se reunido regularmente?

a) Sim ( ) b) Não ( ) c) Quase sempre ( )

Questão 11

Esta freqüência está relacionada à: (pode marcar mais de uma resposta)

a) Perfil da comunidade ( ) b) Atuação da equipe ( ) c) Contexto político ( )
d) Outro ( ) Qual? _____

Questão 12

Qual a freqüência de sua participação no Conselho Local de Saúde como membro efetivo?

a) Sempre participo ( ) b) Participei só 1 vez ( ) c) Participei algumas vezes ( )
d) Nunca participei por falta de tempo ( )
e) Nunca participei por não achar válido ( ) Por que?_____
_____

Questão 13

Como era a participação da comunidade para resolução dos seus problemas , quando a equipe começou suas atividades?

a) Incipiente ( ) b) Regular ( ) c) Boa ( ) d) Muito boa ( ) e) Não participava ( )

Questão 14

Como é a participação da comunidade para resolução dos seus problemas atualmente?

a) Incipiente ( ) b) Regular ( ) c) Boa ( ) d) Muito boa ( ) e) Não participa ( )

Questão 15

Na reunião semanal da equipe são discutidas questões não assistenciais ou problemas que demandem atuação intersetorial?

a) Não ( ) b) Raramente ( ) c) Às vezes ( ) d) Freqüentemente ( ) e) Sempre (**)**

Questão 16

A equipe ou algum membro da equipe reúne-se com setores públicos e sociais do município para resolução de problemas locais (setores governamentais da educação, assistência social, meio ambiente e saneamento, organizações e movimentos sociais locais, etc) ?

a) Não reúne ( ) b) Raramente ( ) c) Semestralmente ( ) d) Trimestralmente ( )
e) Freqüentemente ( )

Questão 17

A equipe planeja, executa e acompanha as ações na sua área de abrangência em parceria e/ou articulação informal com Ongs, associações, igrejas, movimentos sociais, escolas e outros?

a) Não ( )
b) Sim ( ) Quais?_____
_____

Questão 18

Existem iniciativas em funcionamento, realizadas em conjunto com a população, com ênfase no desenvolvimento comunitário ? (pode marcar mais de uma resposta)

a) Não ( ) b) Hortas Comunitárias ( ) c) Atividades para geração de renda ( )
d) Atividades de lazer e cultura ( ) e) Alfabetização ou atividades na escola ( )
f) Outro ( ) Qual? _____

Questão 19

A equipe desenvolve ações tendo como foco , a vigilância ambiental? (pode marcar mais de uma resposta)

a) Agrotóxicos ( ) b) Tratamento de água ( ) c) Destino de lixo ( )
d) Saneamento ( ) e) Poluentes ( )
f) Outro ( ) Qual? _____

Questão 20

No último semestre quantas ações intersetoriais foram articuladas pela equipe:

a) 1 ação intersetorial ( ) b) 2 ações intersetoriais ( ) c) 3 ações intersetoriais ( )
d) 4 ou mais ações intersetoriais ( ) e) Nenhuma ação intersetorial ( )

Questão 21

Em relação ao processo de trabalho em Unidade Básica Tradicional , em que você acha que o trabalho no Programa Saúde da Família – PSF se diferencia?

a) O PSF proporciona uma visão ampliada do processo saúde-doença, conseqüentemente, uma atenção mais integral. Sim( ) Não( )

b) A territorialização e o diagnóstico de saúde participativo permitem identificar fatores tão importantes quanto própria assistência , na determinação do nível de saúde da população sob a responsabilidade da equipe. Sim ( ) Não ( )

c) O PSF favorece a articulação com outros setores e uma maior participação da comunidade, devido ao enfoque intersetorial para a promoção de saúde. Sim ( ) Não ( )

d) O PSF tem como diferencial as respostas das opções a,b e c , mas o grande número de famílias cadastradas faz com que a demanda por assistência restrinja o tempo para outras atividades.
Sim ( ) Não ( )

e) Não há muita diferença, pois os princípios e diretrizes do PSF não conseguem ser incorporados à prática, devido aos recursos humanos não capacitados para as necessidades do programa.
Sim ( ) Não ( )

f) Não há muita diferença, pois os princípios e diretrizes do PSF não conseguem ser incorporados à prática, devido à falta de apoio político. Sim ( ) Não ( )

g) Outro. Resposta: _____
_____

Questão 22 -

Como é a postura do governo municipal na gestão atual , em relação à intersetorialidade em saúde:

h) Facilita pouco a atuação intersetorial ( ) b) Facilita razoavelmente ( )
i) Facilita muito ( ) d) Não facilita ( ) e) Dificulta ( )
k) Outro ( ) Qual? _____

Questão 23 -

Como era a postura do governo municipal na gestão anterior, em relação à intersetorialidade em saúde:

j) Facilitava pouco a atuação intersetorial ( ) b) Facilitava razoavelmente ( )
k) Facilitava muito ( ) d) Não facilitava ( ) e) Dificultava ( )
l) Outro ( ) Qual? _____

Questão 24 -

Como era a postura do governo municipal quando da implantação, em relação à intersetorialidade em saúde (caso você tenha trabalhado neste período):

m) Facilitava pouco a atuação intersetorial ( ) b) Facilitava razoavelmente ( )
n) Facilitava muito ( ) d) Não facilitava ( ) e) Dificultava ( )
f) Outro ( ) Qual? _____

Questão 25

Em relação à articulação intersetorial:

f) Existe canal de comunicação do PSF com outros setores dentro da Prefeitura, para atuação integrada para resolução de problemas da comunidade ( )

g) Não existe atuação integrada com outros setores e as informações dos diagnósticos de saúde do PSF não são utilizados para determinar a prioridade de obras ( )
h) Nunca existiu integração entre os setores municipais,desde a implantação do PSF( )
i) Já existiu uma atuação integrada com outros setores, quando da implantação do PSF, mas atualmente não existe mais ( )
j) Sempre existiu a integração entre os setores municipais para a resolução de problemas locais detectados pelo PSF no diagnóstico de saúde ( )

Questão 26

Em sua opinião, qual é o seu papel em relação ao processo de intersetorialidade no PSF:

g) É importante atuar na articulação com outros setores e segmentos para a resolução dos problemas da comunidade e atuar também na conscientização e estímulo a uma maior participação da comunidade ( )
h) É importante articular com outros setores e incentivar a participação popular, mas a grande demanda por assistência da comunidade devido ao grande número de famílias cadastradas limita o tempo disponível para ações extra-muros (fora da unidade) ( )
i) A articulação de ações intersetoriais é papel da coordenação e da prefeitura ( )
j) Embora segundo as diretrizes do PSF, é papel da equipe articular com outros setores e estimular o controle social , temos dificuldades em relação a ações não assistenciais ( )
k) Tento articular ações intersetoriais, mas minha equipe não é bem integrada ,não colabora e além disso , não há muito apoio político. ( )
l) Outro ( ) Qual? _____
_____

Questão 27

Em sua opinião , qual é a sua capacidade de articulação e negociação, habilidades estas necessárias para uma atuação intersetorial:

b) Tenho muitas dificuldades ( ) b) Atuação regular ( ) c) Atuação boa ( )
a) Atuação muito boa ( ) e) Nenhuma capacidade ( )
m) Outro ( ) Qual? _____
_____

Questão 28

Você acha que com a estratégia PSF, a comunidade ficou mais apta a atuar na resolução de seus problemas individuais e coletivos?
a) Sim, mas só um pouco ( )
b) Sim, houve uma melhora regular ( )
c) Sim , houve uma razoável melhora ( )
d) Sim, houve uma melhora considerável ( )
e) Não. Não houve evolução neste aspecto ( )

Questão 29

A que você atribui o resultado acima? (pode marcar mais de uma resposta)

e) Atuação da equipe ( )
f) Perfil da comunidade ( )
g) Apoio político ( )
h) Falta de apoio político ( )
i) Outro( ) Qual?_____

Muito obrigada pela colaboração e boa vontade.

- **Roteiro da entrevista com o secretário de saúde que implantou o PSF no município**

- Como foi o contexto da implantação do PSF ?
- Qual a expectativa do governo em relação ao programa?
- Como foi a receptividade dos profissionais de saúde e das comunidades?
- Na sua concepção , há diferença entre a atenção à saúde em unidades básicas tradicionais e no PSF?
- Você acha que o PSF tem potencial para atuar como estratégia de reorientação da atenção à saúde para um modelo de promoção de saúde ?
- Foram utilizados critérios para a escolha das áreas para a implantação das equipes?
- Por que foram implantadas somente 2 equipes a princípio ?
- Houve incentivo da prefeitura para estimular a participação popular?
- Houve incentivo da prefeitura para a capacitação e educação continuada das equipes?
- As informações do diagnóstico de saúde das equipes de PSF foram levadas em conta para a priorização de ações dos outros setores? Existiu algum planejamento articulado entre as secretarias ?
- Havia acompanhamento, monitoramento ou avaliações periódicas em relação à ações intersetoriais ? Qual?
- E em relação a promoção de saúde? Qual?
- Ao final da gestão, quais os alcançados, principalmente em relação à intersetorialidade e ao controle social ?
- Quais foram as principais dificuldades em à questão da intersetorialidade?
- Qual a sua opinião sobre os Conselhos Locais de Saúde?
- O que você entende por intersetorialidade em saúde?
- O que você entende por promoção de saúde?
- O que você acha da relação intersetorialidade e promoção de saúde?
- Você acha que o setor saúde tem maior capacidade ou visão para articular a intersetorialidade na produção de saúde?

- Em sua opinião, qual o potencial de impacto da atuação intersetorial no nível de saúde da população?

- O que você acha que poderia ser feito para promover e otimizar o processo de intersetorialidade no PSF ?

Roteiro de entrevista com a coordenadora do PSF, quando da implantação do programa no município

- Como foi o contexto da implantação do PSF ?
- Qual a expectativa do governo em relação ao programa?
- Como foi a receptividade dos profissionais de saúde e das comunidades?
- Na sua concepção , há diferença entre a atenção à saúde em unidades básicas tradicionais e no PSF?
- Você acha que o PSF tem potencial para atuar como estratégia de reorientação da atenção à saúde para um modelo de promoção de saúde ?
- Foram utilizados critérios para a escolha das áreas para a implantação das equipes?
- Por que foram implantadas somente 2 equipes a princípio ?
- Houve incentivo da prefeitura para estimular a participação popular?
- Houve incentivo da prefeitura para a capacitação e educação continuada das equipes?
- As informações do diagnóstico de saúde das equipes de PSF foram levadas em conta para a priorização de ações dos outros setores? Existiu algum planejamento articulado entre as secretarias ?
- Havia acompanhamento, monitoramento ou avaliações periódicas em relação à ações intersetoriais ? Qual?
- E em relação a promoção de saúde? Qual?
- Ao final da gestão, quais foram os resultados alcançados, principalmente em relação à intersetorialidade e ao controle social ?
- Quais foram as principais dificuldades neste processo?
- Qual a sua opinião sobre os Conselhos Locais de Saúde?
- O que você entende por intersetorialidade em saúde?
- O que você entende por promoção de saúde?
- O que você acha da relação intersetorialidade e promoção de saúde?
- Você acha que o setor saúde tem maior capacidade ou visão para articular a intersetorialidade na produção de saúde?

- Em sua opinião, qual o potencial de impacto da atuação intersetorial no nível de saúde da população?

- O que você acha que poderia ser feito para promover e otimizar o processo de intersetorialidade no PSF ?

Roteiro da entrevista com o secretário de saúde da gestão anterior

- Na sua concepção , você acha que há diferença entre a atenção à saúde em unidades básicas tradicionais e no PSF? Qual?
- Você acha que o PSF tem potencial para atuar como estratégia de reorientação da atenção à saúde para um modelo de promoção de saúde?
- Vocês utilizaram critérios para a escolha das áreas para a implantação das equipes em sua gestão? Quais?
- Houve incentivo da prefeitura para estimular a participação popular?
- Houve incentivo da prefeitura para a capacitação e educação continuada das equipes?
- As informações do diagnóstico de saúde das equipes de PSF eram levadas em consideração, para a priorização de ações dos outros setores?
- Houve alguma articulação intersetorial no governo municipal na sua gestão ?
- Ao final da gestão, quais os resultados que se pretende alcançar em relação à intersetorialidade e ao controle social? Em que estágio se encontra esse processo?
- Qual a sua opinião sobre os Conselhos Locais de Saúde?
- O que você entende por intersetorialidade em saúde?
- O que você entende por promoção de saúde?
- O que você acha da relação intersetorialidade e promoção de saúde?
- Você acha que o setor saúde tem maior capacidade ou visão para articular a intersetorialidade na produção de saúde?
- Em sua opinião, qual o potencial de impacto da atuação intersetorial no nível de saúde da população?
- O que você acha que poderia ser feito para promover e otimizar o processo de intersetorialidade no PSF ?

Roteiro da entrevista com o secretário de saúde da gestão atual

- Na sua concepção , você acha que há diferença entre a atenção à saúde em unidades básicas tradicionais e no PSF? Qual?
- Você acha que o PSF tem potencial para atuar como estratégia de reorientação da atenção à saúde para um modelo de promoção de saúde?
- Vocês utilizam critérios para a escolha das áreas para a implantação das equipes em sua gestão? Quais?
- Há incentivo da prefeitura para estimular a participação popular?
- Há incentivo da prefeitura para a capacitação e educação continuada das equipes?
- As informações do diagnóstico de saúde das equipes de PSF são levadas em consideração, para a priorização de ações dos outros setores?
- Há alguma articulação intersetorial no governo municipal na sua gestão ?
- Ao final da gestão, quais os resultados que se pretende alcançar em relação à intersetorialidade e ao controle social? Em que estágio se encontra esse processo?
- Qual a sua opinião sobre os Conselhos Locais de Saúde?
- O que você entende por intersetorialidade em saúde?
- O que você entende por promoção de saúde?
- O que você acha da relação intersetorialidade e promoção de saúde?
- Você acha que o setor saúde tem maior capacidade ou visão para articular a intersetorialidade na produção de saúde?
- Em sua opinião, qual o potencial de impacto da atuação intersetorial no nível de saúde da população?
- O que você acha que poderia ser feito para promover e otimizar o processo de intersetorialidade no PSF ?

Roteiro da entrevista com a coordenadora do PSF da gestão atual

- Na sua concepção , existe diferença entre a atenção à saúde em unidades básicas tradicionais e no PSF? Qual?
- Você acha que o PSF tem potencial para atuar como estratégia de reorientação da atenção à saúde para um modelo de promoção de saúde?
- Quais são os critérios para a escolha das áreas para a implantação das equipes, nesta gestão?
- Há incentivo da prefeitura para estimular a participação popular?
- Houve capacitação para os conselheiros dos CLS?
- Há incentivo da prefeitura para a capacitação e educação continuada das equipes?
- Existem problemas em relação aos recursos humanos? Quais?
- As informações do diagnóstico de saúde das equipes de PSF são levadas em consideração, para a priorização de ações dos outros setores?
- Há alguma articulação intersetorial no governo municipal na sua gestão ?
- Há acompanhamento, monitoramento ou avaliações periódicas em relação à ações intersetoriais? Qual?
- E em relação a promoção de saúde? Qual?
- Ao final da gestão, quais os resultados que se pretende alcançar , principalmente em relação à intersetorialidade ?
- Quais são as principais dificuldades em relação ao processo da intersetorialidade?
- Qual a sua opinião sobre o controle social e os CLS : potencial e desafios?
- O que você entende por intersetorialidade em saúde?
- O que você entende por promoção de saúde?
- O que você acha da relação intersetorialidade e promoção de saúde?
- Você acha que o setor saúde tem maior capacidade ou visão para articular a intersetorialidade na produção de saúde?
- Em sua opinião, qual o potencial de impacto da atuação intersetorial no nível de saúde da população?
- O que você acha que poderia ser feito para promover e otimizar o processo de intersetorialidade no PSF ?