

PROMOÇÃO DA SAÚDE E INTERSETORIALIDADE: UM PROCESSO EM CONSTRUÇÃO

HEALTH PROMOTION AND INTERSECTIONALITY: A PROCESS UNDER CONSTRUCTION

PROMOCIÓN DE LA SALUD E INTERSECTORIALIDAD: UN PROCESO EN CONSTRUCCIÓN

Bruna Knob Pinto¹
Deisi Cardoso Soares²
Diana Cecagno²
Rosani Manfrin Muniz³

RESUMO

Objetivou-se, com este estudo, apresentar o conhecimento dos profissionais da equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF) diante dos conceitos de promoção da saúde e intersectorialidade. Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo exploratório e descritivo, realizado com duas equipes da ESF, uma na área rural e outra na área urbana, compostas por oito sujeitos, no período de agosto e setembro de 2010. A promoção da saúde foi considerada ação que objetiva prevenir as doenças, desenvolvidas pela educação em saúde, visando ao empoderamento da população. A intersectorialidade foi citada em diversas atividades, entretanto não contemplou a totalidade do conceito, uma vez que as ações, em sua maioria, foram planejadas por um único setor, para serem aplicadas em outro setor. Trabalhar com esses conceitos impõe os profissionais da saúde a vencer suas incertezas e medos, lançando novos olhares a velhos desafios.

Palavras-chave: Promoção da Saúde; Ação Intersetorial; Saúde da Família.

ABSTRACT

The aim of the present study is to evaluate the way Family Health Strategy (in Portuguese, Estratégia de Saúde da Família-ESF) professionals understand the concepts of health promotion and intersectionality. It is a qualitative exploratory descriptive study conducted with two ESF teams (8 individuals) from rural and urban areas between August and September 2010. Health promotion was considered as a series of actions developed by health education and aiming at preventing illnesses and at empowering the population. "Intersectionality" was cited in different occasions, but the concept was not fully used as most actions were planned by a single sector to be implemented on another. The use of such concepts helps the health professionals to face their uncertainties and fears, and sheds light on old challenges.

Keywords: Health Promotion; Intersectional Action; Family Health.

RESUMEN

El estudio busca presentar el conocimiento de los profesionales del equipo de Estrategia de Salud de la Familia (ESF) frente a los conceptos de promoción de la salud e intersectorialidad. Se trata de un estudio cualitativo exploratorio descriptivo realizado con dos equipos de ESF (8 individuos) de la zona rural y urbana entre agosto y septiembre de 2010. La promoción de la salud fue considerada como una acción que busca prevenir las enfermedades, desarrollada por la educación en salud con miras al empoderamiento de la población. La intersectorialidad fue citada en varias ocasiones, pero el concepto no fue contemplado en su totalidad puesto que la mayoría de las acciones fue planeada por un sólo sector para que fuese aplicada con otro sector. Trabajar con estos conceptos impulsa a los profesionales de salud a vencer sus dudas y miedos y a mirar con otros ojos antiguos desafíos.

Palabras clave: Promoción de la Salud; Acción Intersetorial; Salud de la Familia.

¹ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (Fen/UFPel). Bolsista de Demanda Social da CAPES. Membro do Núcleo de Condições Crônicas e suas Interfaces (Nucrcrin).

² Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente Assistente da Faculdade de Enfermagem (FEn/UFPel).

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente adjunta da Faculdade de Enfermagem (FEn/UFPel). Pesquisadora do Núcleo de Condições Crônicas e suas Interfaces (Nucrcrin).

Endereço para correspondência – Rua Padre Anchieta, 1333, apto 702 – Pelotas, Rio Grande do Sul/BR. E-mail: brunaknob@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

As mudanças sociais, culturais, políticas e econômicas que ocorreram no mundo desde o século XIX e que se intensificaram no século passado produziram alterações significativas na sociedade.¹ Paralelamente, tem-se o desenvolvimento de tecnologias que surgiram para auxiliar os seres humanos a viver de modo mais seguro e a enfrentar as inúmeras adversidades cotidianas. Nesse contexto, a área da saúde também sofreu, e ainda sofre, intensas modificações, tornando-se, dessa forma, cada vez mais importante que sejam adotadas atitudes visando à redução de adoecimentos, sofrimentos e mortes prematuras.

Ao analisar o processo saúde-doença, percebeu-se que o aparato biomédico não consegue modificar os condicionantes e determinantes mais amplos da saúde, passando a agir seguindo um modelo de atenção e cuidado marcado, na maioria das vezes, pela centralidade nos sintomas.¹ Desse modo, justifica-se a importância de se pensar em novas maneiras de trabalhar em prol da saúde da população, considerando-se a singularidade, a complexidade e o ambiente sociocultural no qual os indivíduos estão inseridos.

Assim, percebe-se a importância da Atenção Primária à Saúde, que aponta mudanças desse paradigma biomédico e remete-nos a direcionar as ações de saúde na perspectiva da promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, mediante o desenvolvimento de práticas gerenciais, sanitárias, democráticas e participativas.²

Segundo a Carta de Ottawa, a expressão “promoção da saúde” corresponde ao “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo, para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social”.^{3:1}

Nesse sentido, a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera a promoção da saúde eficaz, ao conduzir mudanças nos determinantes da saúde, que podem ser tanto os fatores que estão sob o controle do indivíduo, como estilos de vida e condutas, quanto fatores externos, relativos às condições econômicas, sociais, ambientais e à prestação de serviços.⁴

No contexto latino-americano, caracterizado por um desenvolvimento econômico excludente, relações injustas e condições de vida iníquas, a promoção da saúde representa um grande desafio no cuidado, em vista da necessidade da transformação nas condições de vida da população. Assim, a busca por saúde equivale à melhoria da qualidade de vida e deve estar presente nas principais estratégias de promoção, como a do desenvolvimento de habilidades e atitudes, que podem ser incorporadas no cuidado de enfermagem.⁵

Nesse contexto, a promoção da saúde possibilita que os fatores que propiciam agravos e enfermidades na população em risco sejam visualizados com maior clareza, respeitando e valorizando as diferenças

existentes em todo o território brasileiro, com o objetivo de diminuir vulnerabilidades e lutar pela equidade e participação social no controle da gestão pública.⁶

Abraçar os princípios da promoção da saúde é um caminho ainda em construção para a melhoria da qualidade de vida, podendo ser alcançada por meio de ações de solidariedade, interdisciplinaridade, intersetorialidade, bem como da articulação e da comunicação entre os atores sociais. Nesse contexto, revela-se a importância da participação da equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) na assistência à população, uma vez que a conjunção dos saberes proporciona ao indivíduo e à comunidade a oportunidade de um atendimento humanizado e resolutivo, pois podem se complementar se a interdisciplinaridade fizer parte do cotidiano de trabalho desses indivíduos.

Essa percepção ampliada de saúde exige que profissionais e instituições, como campos de ação ou de interesses ligados à saúde, assumam a responsabilidade de atuar como intercessores entre esses diversos interesses que compõem a produção da saúde. Assim, a intersetorialidade surge como proposta de uma nova maneira de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas voltadas para a promoção da saúde e para a melhoria da qualidade de vida da população.⁷

Sob esse prisma, a intersetorialidade, além de estar em inerente consonância com a magnitude do objeto saúde, tem como princípios a reestruturação e a reunião de vários saberes e setores, no sentido de um olhar mais adequado e amplo a respeito de determinado objeto, proporcionando melhor resposta aos possíveis problemas encontrados no dia a dia.⁸

Para que a interdisciplinaridade e a intersetorialidade se tornem uma prática cotidiana, é necessária uma revisão nos métodos de formação dos profissionais da saúde, além de mudanças na organização dos serviços de saúde, e em outros setores da sociedade. A equipe de saúde deve ser entendida como um conjunto de saberes que atuam no desenvolvimento de processos de trabalho articulados entre si, compreendendo que as inter-relações adquirem caráter amplo, pois extrapolam o setor saúde e buscam parcerias com outras instituições, garantindo maior eficácia na atenção à saúde dos usuários.

Objetivou-se, com este estudo, apresentar o conhecimento dos profissionais da equipe de ESF diante dos conceitos de promoção da saúde e intersetorialidade.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo exploratório e descritivo, realizado em duas Unidades Básicas de Saúde que compõem a ESF de um município do interior do Rio Grande do Sul.

Os estudos qualitativos permitem desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos, referentes a grupos particulares, propiciando a construção de novas

abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação.⁹ Além disso, esse tipo de abordagem centraliza-se na dimensão do subjetivo, na qual as experiências e os processos de significação estão voltados para o reconhecimento do ponto de vista do outro, e não para as ações observáveis.¹⁰

O município em estudo possui 6 unidades de ESF na área rural e 12 na área urbana. Para a seleção das unidades pesquisadas, foi realizado um sorteio por área, definindo-se previamente que seriam duas unidades de contextos distintos. A unidade sorteada da área urbana possuía três equipes, o que acarretou a realização de um novo sorteio para que o objetivo inicial pudesse ser cumprido.

Participaram do estudo os integrantes de duas equipes da ESF [um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e um agente comunitário de saúde (ACS)], escolhido por sorteio de cada equipe, totalizando oito sujeitos, que foram entrevistados nos meses de agosto e setembro de 2010. Cada equipe foi identificada por uma cor e cada membro dessa equipe, por um número cardinal.

No dia da entrevista, os sujeitos do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, e a coleta de dados procedeu-se por meio de entrevista semiestruturada, realizada no local de trabalho dos sujeitos, tendo duração média de 30 minutos. Para que as informações transmitidas pudessem ser transcritas de maneira mais fidedigna, foi utilizado um gravador, com autorização dos sujeitos.

Os aspectos éticos e legais envolvendo pesquisas com seres humanos foram mantidos, sendo respeitadas as normas contidas no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) nº 311, de 2007, e a Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde no Ministério da Saúde, garantindo o anonimato, bem como o direito de desistência em qualquer momento da pesquisa. Este estudo recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas-RS, sob o Protocolo nº 86/2010.

A análise dos dados foi realizada seguindo o que determina a análise temática, que consiste em identificar os núcleos de sentido que compõem a comunicação, cuja frequência ou presença expressa algum significado para o objetivo visado.⁹ Esse tipo de análise é realizado em três etapas: 1) *Organização dos dados*: envolve a transcrição das entrevistas, realizando uma leitura desse material de forma ordenada, permitindo ao pesquisador o desenvolvimento de um mapa horizontal das descobertas de campo; 2) *Classificação dos dados*: momento em que o pesquisador realiza a leitura exaustiva dos textos, também chamada “leitura flutuante”, que lhe permite identificar as estruturas relevantes, anotando as primeiras impressões e buscando coerência entre as informações coletadas. Além disso, nessa etapa, é realizada uma leitura transversal, identificando em cada discurso as categorias empíricas, ou seja, as unidades de

sentido, que são agrupadas por semelhança; 3) *Análise final*: depois de finalizadas as etapas de organização e classificação dos dados, realiza-se a análise final, ou seja, uma releitura das unidades de significado, em paralelo com os objetivos da pesquisa, integrando esses sentidos com os pressupostos teóricos e com o contexto dos informantes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Mediante a análise das entrevistas, foi possível conhecer como os profissionais das equipes das ESFs, participantes do estudo entendem a promoção da saúde e a intersetorialidade. Os dados foram agrupados nas seguintes temáticas: Promoção da saúde, Desvendando a intersetorialidade e Práticas intersetoriais.

Promoção da saúde

Pensar em promoção da saúde remete-nos a questionar como ela pode ser entendida e de que maneira ela nos auxilia na geração de diferentes modos de atenção e de gestão em saúde, de novos modos de viver e de entender as realidades sociais. Como campo político, a promoção da saúde deve estar comprometida com os serviços e ações de saúde, colocando os sujeitos – usuário e profissionais – como protagonistas e detentores do poder da criação da própria vida e da autonomia diante dos cuidados com sua saúde.

Nesse sentido, assim os entrevistados conceituaram promoção da saúde:

Toda e qualquer ação ou atividade que tem por objetivo final incentivar algum tipo de cuidado à saúde, seja um cuidado individual, seja da família ou da comunidade em si, no território, onde um profissional ou vários profissionais dão condições para que algum tipo de trabalho educativo ou preventivo aconteça [...] (Azul 1)

Promover saúde é trabalhar no sentido de criar condições, para que as pessoas tenham todas as condições de ter saúde; é prevenir em todos os sentidos, para que os eventos da doença não apareçam. (Vermelho 1)

Nesse contexto, diversos profissionais, dentre eles o profissional de saúde, podem – e devem – apoiar a comunidade para que ela mesma vença suas dificuldades. Este apoio deve ser construído numa discussão intersetorial, que fortaleça um processo de tomada de consciência e de enfrentamento dos problemas vividos pela comunidade na realidade cotidiana.¹¹

Nessa perspectiva, o indivíduo torna-se capaz de exercer maior controle sobre sua saúde e a das outras pessoas e do meio ambiente em que vive, por meio de capacitação e empoderamento. Assim, esse sujeito poderá tomar decisões que o conduzirão a uma saúde melhor, bem como participar dos movimentos relacionados à saúde e à qualidade de vida.¹²

Profundamente relacionada à vigilância à saúde e a um movimento de crítica à medicalização do setor, a promoção de saúde supõe uma concepção que não restrinja a saúde à ausência de doença, mas que seja capaz de atuar sobre seus determinantes. Desse modo, a promoção da saúde, ao incidir sobre as condições de vida da população, ultrapassa a prestação de serviços clínico-assistenciais, supondo ações intersetoriais que envolvam os diversos determinantes sociais da saúde.¹³

Na Carta de Otawa,³ salienta-se que, para concretizar essas condições básicas e as expectativas da população, é preciso seguir algumas estratégias: capacitar a população, com o objetivo de reduzir as desigualdades; lutar a favor da saúde como um recurso fundamental para o desenvolvimento socioeconômico e pessoal, bem como para a qualidade de vida; facilitar o acesso a informações, melhorando as condições de vida que permitam opções saudáveis. Essas ações requerem parcerias entre diferentes áreas e setores, sistemas sociais, culturais e econômicos de abrangência local ou regional.

Nesse contexto, é importante que, no cotidiano dos serviços de saúde, ocorra uma construção coletiva entre a comunidade e os profissionais, para que haja efetivo deslocamento de um enfoque preventivo para um enfoque mais abrangente, que considere a diversa gama de fatores, atores e cenários intimamente relacionados ao desafio de promover a saúde.¹⁴ É nesse sentido que dois entrevistados se referem à promoção:

Seria dar orientações e palestras... Orientar mais ou menos o pessoal do mesmo jeito que eles falam, porque, às vezes, a gente usa palavras bonitas, e eles não entendem nada. (Azul 4)

Eu acredito que é o que tu podes falar de prevenção para eles, que como a gente já trabalha há tanto tempo, a gente vê que tinha gente bem desinformada, que não sabia muitas coisas, coisas bem comuns, para eles eram desconhecidas. [...] A gente consegue com que eles venham para o posto, façam exames, mulheres principalmente, que têm que se cuidar mais, fazer pré-câncer. (Vermelho 4)

Para os sujeitos, fica muito clara a relação entre promoção da saúde e educação em saúde. Educar para a saúde é um ramo importante da promoção, por meio do qual muito se pode fazer em prol da qualidade de vida da população, o que ficou demonstrado nesses depoimentos.

Além disso, como foi citado, é interessante que os profissionais da saúde, ao abordarem o público, utilizem uma linguagem adequada e de fácil entendimento, além de oferecer e trocar informações que tenham relevância para a população em questão. É vital que os profissionais percebam que não detêm todo o conhecimento, mas que, utilizando a troca de saberes, as atividades que vierem a ser desenvolvidas, com certeza, serão muito mais proveitosas para todos os atores.

Ainda, é do âmbito da promoção investir na formação de cidadãos e trabalhar para a instituição de espaços

verdadeiramente democráticos, especialmente no nível local, de modo a desenvolver políticas que partam dos problemas e necessidades de saúde identificados e que possam ser continuamente avaliadas e revisadas a partir desses.¹⁴

Promover saúde é aceitar o imenso desafio de desencadear um amplo processo que inclui atuações intersetoriais, articulação de parcerias e participação popular, visando responder mais efetiva e integralmente às necessidades da sociedade. Desenvolver ações voltadas para os modos de vida dos sujeitos – apostando na capacidade deles de autocuidado – em parceria com serviços de saúde que apontem para os espaços, além dos muros das suas unidades e do próprio sistema de saúde, não é tarefa fácil.

No entanto, nós, como profissionais da saúde, podemos atuar de maneira a favorecer a ampliação das escolhas saudáveis por parte da população, exigindo, juntamente com ela, que o Estado cumpra sua parcela para que os indivíduos possam tornar-se reais protagonistas na organização do processo produtivo em saúde e detentores do poder de criação da própria vida.

Desvendando a intersetorialidade

Trabalhar de forma intersetorial pressupõe desenvolver ações que busquem a promoção de impactos positivos nas condições de vida dos indivíduos e das comunidades. Essas ações devem envolver a articulação de saberes e experiências diversas, objetivando planejar para intervir de maneira efetiva nas situações-problema que afligem as comunidades. Acreditamos, assim, que espaços promotores de intersetorialidade são locais de construção de novas linguagens, saberes e conceitos, capazes de provocar profundas e benéficas mudanças na sociedade.

Nesse sentido, assim é entendida a intersetorialidade:

Eu a entendo como uma rede de ações que são compartilhadas entre os diversos setores, diversos espaços que buscam trabalhar em conjunto, buscam se articular, para que, no fim da história, a gente vá buscar a promoção da saúde. Eu vejo a intersetorialidade como uma forma conjunta que a gente tem, nós e outros espaços, de identificar um problema e buscar articular uma solução em conjunto. (Azul 1)

Saber trabalhar junto. Primeira coisa: saber que a gente não tem o poder de resolver tudo. Então, a gente tem que unir setores pra poder fazer uma coisa mais integral. (Azul 2)

Analisando essas afirmativas, percebe-se que, para os sujeitos, trabalhar de forma intersetorial exige o compartilhamento de conhecimentos, visando à abordagem de novos conceitos e, conseqüentemente, de diferentes práticas em prol da melhoria da qualidade de vida da população. Além disso, é interessante observar que Azul 2 percebe que um profissional isolado é incapaz de solucionar as adversidades e que a ação conjunta

pode gerar um cuidado mais integral e resolutivo, fato que traz inúmeros benefícios para a população.

Entretanto, é importante que todos os profissionais estejam dispostos a atuar nessa nova visão de trabalho, sendo necessárias mudanças na organização dos serviços, além de revisões nos processos de formação dos profissionais atuantes na saúde.

Nesse sentido, a intersetorialidade constitui numa nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas que possibilitem a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais, a fim de produzir efeitos mais significativos na resolução desse problema.¹⁵ Além disso, a gestão intersetorial surge como uma nova possibilidade para resolver problemas que incidem sobre uma população de determinado território. Essa perspectiva é importante porque aponta uma visão integrada dos problemas sociais e de suas soluções. Isso ocorre dada a complexidade da realidade social, que exige um olhar mais amplo, com o objetivo de otimizar os escassos recursos, procurando soluções integradas.¹⁶

Como um processo coletivo e organizado, a ação intersetorial não pode ser espontânea. Trata-se de uma ação deliberada que requer o respeito à diversidade e às particularidades de cada setor ou participante. Envolve espaços comunicativos, capacidade de negociação e intermediação de conflitos para a resolução ou enfrentamento final do problema principal e para a acumulação de forças na construção de sujeitos e na descoberta da possibilidade de agir.¹⁷

Seguindo essa lógica, o serviço de saúde não se limita ao atendimento de intercorrências ou ações preventivas. A escola não se limita ao ensino. O ginásio de esportes não se limita a oferecer seu espaço e equipamentos. Cada serviço sediado numa comunidade compõe uma rede de ação social, que deve articular-se para identificar os problemas e encaminhar soluções integradas.¹⁸

Dessa forma, a intersetorialidade constitui uma concepção que deve informar uma nova maneira de planejar, executar e controlar a prestação de serviços para garantir acesso igual aos desiguais. Para isso, administradores, gestores, profissionais e a população passam a ser considerados sujeitos com a capacidade de perceber seus problemas de maneira integrada e de identificar soluções adequadas à realidade social. A população passa a não ser objeto de intervenção, mas, sim, um sujeito assumindo um papel ativo. Assim, muda-se a lógica da política social, saindo da visão da carência, da solução de necessidades para a de direitos a uma vida digna e com qualidade.¹⁶

Em contrapartida, com as afirmativas anteriores, um entrevistado traz a seguinte descrição sobre intersetorialidade:

Eu entendo como uma forma de trabalhar... Ninguém trabalha sozinho, não faz tudo sozinho, mas tem uma comunicação entre os profissionais, entre as áreas que eles atuam... em questão de dúvidas e tudo mais. (Vermelho 2)

Esse depoimento refere-se ao trabalho interdisciplinar, que significa a interação existente entre duas ou mais disciplinas, em contexto de estudo de âmbito mais coletivo, no qual cada uma das disciplinas em contato é, por sua vez, modificada e todas passam a depender claramente umas das outras. Esse processo resulta em enriquecimento recíproco e na transformação de suas metodologias de pesquisa e conceitos.¹⁹

Analisando a afirmação anterior, fica clara, ainda, a visão limitada apresentada por alguns profissionais, uma vez que intersetorialidade não deixa de ser uma troca de saberes entre profissionais. Porém, é mais que isso, é a troca e a complementação de saberes entre profissionais de diferentes áreas atuando em parceria de setores, fora da Unidade Básica de Saúde, tendo em vista o levantamento de problemas e a atuação conjunta, na busca de uma resolução mais efetiva diante dos agravos de saúde da população.

Mudar requer ousadia e aliança de todos os que desejam incrementar a qualidade de vida do cidadão, dentro e fora da administração dos serviços de saúde. Assim, os problemas de saúde exigem uma prática voltada para a transformação da realidade, que qualifique a vida, colocando-nos, como profissionais de saúde, na responsabilidade e participação ativa em estratégias de articulação interinstitucional e intersetorial.²⁰

Práticas intersetoriais

A ESF recomenda a prestação de uma assistência capaz de atender os seres humanos, levando em conta sua complexidade e integralidade, indo além do estritamente biológico. Para tal, devem ser incluídas ações que ultrapassem os muros das unidades de saúde e atinjam os contextos histórico, cultural, político e socioeconômico dos indivíduos e da comunidade, com o objetivo de promover a saúde deles. A complexidade dessa proposta demonstra a necessária criação de parcerias entre diferentes setores e segmentos sociais, dada a incapacidade do setor saúde de atuar isoladamente.^{21,22}

Os sujeitos do estudo consideram que participam e desenvolvem diversas ações intersetoriais:

Tenho algumas experiências para te citar – por exemplo, a experiência mais atual que a gente tá vivendo é a Saúde e Prevenção nas Escolas, trabalhando em parceria saúde-educação. Acho que a gente desenvolve atividade intersetorial, quando a gente vai nos locais que solicitam atividades educativas – por exemplo, escolas nos chamam de outros bairros, a Companhia Estadual de Energia Elétrica, seguidamente, nos chama para trabalhar atividades educativas, a gente vai em escolas infantis, a gente está desenvolvendo um trabalho no CL com engenheiros, com profissionais não somente da saúde, com o serviço social, então eu considero tudo isso como atividade intersetorial. (Azul 1)

Sim, agora está acontecendo aqui o trabalho de saúde e prevenção na escola, o SPE, e então acho que isso já [...] está dando um resultado maravilhoso. (Azul 3)

Nesse sentido, micros e macroestratégias intersetoriais, construídas em articulação pelo Estado e pela sociedade civil, contribuem significativamente para efetividade e eficiência das ações de saúde. Tais articulações e arranjos podem ocorrer mediante a construção de parcerias entre diferentes setores e segmentos sociais, como educação, saúde, cultura, esporte, lazer, empresas privadas, organizações não governamentais (ONGs), fundações, entidades religiosas, as três esferas de governo, organizações comunitárias, dentre outros.¹¹

Nota-se que, segundo os sujeitos Azul 1 e 3, são realizadas atividades para promover a qualidade de vida da população. No entanto, a maior parte das atividades não tem se articulado completamente de maneira intersetorial, uma vez que a maioria das ações é planejada por um único setor, para serem aplicadas em outro. Faz-se necessário um processo de planejamento horizontal, levando em conta o que cada setor tem para contribuir.

Além disso, os setores da saúde, educação e ação social parecem ser os parceiros mais comuns quando se avaliam experiências intersetoriais, mas que muitas dessas iniciativas são informais e não envolvem um trabalho prévio de planejamento, sendo ações definidas por apenas um setor.²³

Outro evento importante, observado nesta pesquisa, foi o fato de diversos sujeitos citarem a existência de parcerias entre a ESF e as escolas, nas quais há discussões entre professores, alunos e a equipe, possibilitando a todos a oportunidade de exporem suas ideias, tornando o trabalho proveitoso, uma vez que os temas são abordados conforme a necessidade apresentada pelos usuários.

Diferentemente dos anteriores, os sujeitos Vermelho 1 e 2, assim consideram as atividades intersetoriais:

Nós temos várias atividades [...] no atendimento individual e nos grupos, principalmente o HIPERDIA que a gente desenvolve. A gente integra também, faz trabalhos em conjunto com comunidades religiosas. Então, a gente tenta trabalhar a partir da vivência dos nossos usuários. (Vermelho1)

A única atividade oficial que a gente faz fora do posto são as visitas domiciliares e grupos de hipertensos e diabéticos, o HIPERDIA. (Vermelho 2)

Para os sujeitos, as atividades consideradas intersetoriais são aquelas desenvolvidas nos grupos, principalmente o HIPERDIA, um sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos captados no Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes *Mellitus*, em todas as unidades ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SUS), gerando informações para os gestores locais, para os gestores das secretarias municipais, estaduais e para o Ministério da Saúde.¹ É importante ressaltar que os entrevistados consideram os grupos como ações intersetoriais, porque são realizados fora dos muros das unidades, em razão da grande distância das moradias, o

que impossibilita que a população venha até a unidade para receber as orientações pertinentes a cada caso.

Interessante, também, a observação que Vermelho 1 faz ao referir que as atividades são planejadas com base na vivência dos usuários. Isso denota a preocupação do sujeito em adaptar as ações de acordo com os problemas levantados pelo público em questão, fato que leva ao maior interesse das pessoas diante das atividades, uma vez que elas, na maioria dos casos, conseguem obter aquilo que procuram.

Vermelho 2 refere, também, como atividade intersetorial a visita domiciliar, cujo objetivo principal é prestar atenção às famílias e à comunidade, entendendo que elas são importantes entidades relacionadas ao processo de adoecer dos indivíduos. Além disso, a visita domiciliar é um instrumento de intervenção fundamental na saúde da família e na continuidade de qualquer forma de assistência e/ou atenção domiciliar à saúde, uma vez que permite aos profissionais de saúde planejar ações conforme o modo de vida e os recursos disponíveis.^{24,25}

Por meio de visitas domiciliares, é possível desenvolver ações de promoção da saúde em prol da melhoria da saúde dos indivíduos. No entanto, não se caracteriza como atividade intersetorial, uma vez que um indivíduo, ou uma família, não constitui um setor.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Constituição Federal de 1988 instituiu o SUS, mas a prática e a luta para que seus princípios sejam respeitados são cotidianas e permanecem sendo escritas. A busca por sua consolidação por meio da ESF prevê o diálogo entre os diversos saberes e setores como ponto principal para o cuidado. Muito já se avançou nesse sentido, no entanto, há muito mais a ser realizado.

A temática promoção da saúde remeteu a maioria dos sujeitos a ações que objetivavam prevenir as doenças, agindo de forma que elas não apareçam. Essa forma de agir, para os sujeitos, dá-se por meio de ações de educação em saúde, visando ao empoderamento da população diante da própria saúde. É importante que, durante essas ações, o cuidado seja pensado em todas as suas dimensões, considerando a realidade em que o indivíduo se insere, ouvindo-o em seus anseios e dúvidas e compartilhando os saberes e práticas com os demais membros da equipe, para que se alcance um cuidado realmente integral.

Diversas atividades intersetoriais foram citadas como realizadas pelos sujeitos. No entanto, nota-se que as atividades, em sua maioria, não têm se articulado completamente de maneira intersetorial, uma vez que são planejadas por um único setor para serem aplicadas em outro. É de extrema valia que as equipes desenvolvam esse tipo de atividade e acreditamos que, com o passar do tempo, mais profissionais se engajem nessas ações, alcançando, assim, melhorias consideráveis na qualidade de vida da população.

Dessa forma, aprender a conviver com a incerteza, com a insegurança e com o medo de não ter todas as respostas é parte da construção da intersetorialidade. Os caminhos são tortuosos, incompletos, desafiadores, imperfeitos. Mas tudo que é novo vem sempre carregando um

pouco do velho e precisa ser novamente reinventado. Não é um caminho fácil, envolve sofrimento, confusões, frustrações. Mas é gratificante compreender que, ao lado de todas as mazelas, existe o prazer de perceber novos olhares, novas possibilidades e infinitas saídas.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção Básica e a Saúde da Família. [Citado 2011 ago. 11]. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. 68 p.
3. Organização Pan-Americana da Saúde. Carta de Ottawa, Canadá, 1986. [Citado 2011 ago. 24]. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>>.
4. Organization World Health. Health Promotion Evaluation: recommendations to policymakers. Regional Office for Europe. Copenhagen: WHO; 1998.
5. Cunha RR, Pereira LS, Gonçalves ASR, Santos EKA, Radünz V, Heidemann ITSB. Promoção da saúde no contexto paroara: possibilidade de cuidado de enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2009; 18(1):170-6.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 60 p.
7. Moyses SJ, Moyses ST, Krempel MC. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2004; 9(3):627-41.
8. Paula KA, Palha PF, Protti ST. Intersetorialidade: uma vivência prática ou um desafio a ser conquistado? O Discurso do Sujeito Coletivo dos enfermeiros nos núcleos de Saúde da Família do Distrito Oeste – Ribeirão Preto. *Interface (Botucatu).* 2004; 8(15): 331-48.
9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007. 244p.
10. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetivos de pesquisa. *Rev Saúde Pública.* 2005; 39(3):507-14.
11. Wimmer GF, Figueiredo GO. Ação coletiva para qualidade de vida: autonomia, transdisciplinaridade e intersetorialidade. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2006; 11(1):145-54.
12. Verdi M, Caponi S. Reflexões sobre a promoção da saúde numa perspectiva bioética. *Texto Contexto Enferm.* 2005; 14(1):82-8.
13. Sicoli JL, Nascimento PR. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. *Interface (Botucatu).* 2003; 7(12): 101-22.
14. Colomé JS, Oliveira DLLC. A educação em saúde na perspectivas de graduandos de enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm.* 2008; 28(3):347-53.
15. Comerlato 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; 10(2):265-71.
16. Junqueira LAP. Descentralização, intersetorialidade e rede como estratégias de gestão da cidade. *Rev FEA-PUC-SP.* 1999; 1:57-72.
17. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: HUCITEC; 2000.
18. Junqueira LAP. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. *Saúde Soc.* 2004; 13(1): 25-36.
19. Torres SJ. Globalização e interdisciplinaridade: o currículo integrado. Porto Alegre: Artmed; 1998.
20. Erdmann AL, Schlindwein BH, Sousa FGM. A produção do conhecimento: diálogo entre os diferentes saberes. *Rev Bras Enferm.* 2006; 59(4):560-4.
21. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2002; 5(1): 163-77.
22. Sousa MF. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. *Rev Bras Enferm.* 2008; 61(2):153-8.
23. Westphal MF, Mendes R. Cidade saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Rev Adm Pública.* 2000; 34(6):47-61.
24. Takahashi RF, Oliveira MAC. A visita domiciliar no contexto da saúde da família. In: Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família: manual de enfermagem. São Paulo: MS; 2001. p. 43-6.
25. Sakata KN, Almeida MCP, Alvarenga AM, Craco PF, Pereira MJB. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. *Rev Bras Enferm.* 2007; 6:659-64.

Data de submissão: 8/3/2012

Data de aprovação: 13/7/2012