

Paulo Roberto de Santana

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DE NUTRIÇÃO



Praia de Tambaú (fonte: <http://www.joaopessoaconvention.com.br>)

PAULO ROBERTO DE SANTANA

O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA-PSF E AS AÇÕES INTERSETORIAIS:
POTENCIAL E LIMITES

Recife – PE
2008

O PSF e as Ações Intersetoriais: potencial e limites

Paulo Roberto de Santana

PAULO ROBERTO DE SANTANA

O Programa Saúde da Família e as Ações Intersetoriais: potencial e limites

TESE DE DOUTORADO

Apresentada ao Centro de Ciências da Saúde,
Programa de Pós-graduação em Nutrição, para
obtenção do título de Doutor em Nutrição.

ORIENTADORA

PROF^a. DRA. MÔNICA OSÓRIO

CO-ORIENTADORA

PROF^a. DRA. ANITA ALINE

Recife – PE

2008

O PSF e as Ações Intersetoriais: potencial e limites

Santana, Paulo Roberto de.

O Programa Saúde da Família e as Ações Intersetoriais: potencial e limites/
Paulo Roberto de Santana. Recife, 2008.

151 f : il.

Tese (Doutorado em Nutrição)., Universidade Federal de Pernambuco – UFPE,
Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Nutrição, 2008.

Orientadora: Mônica Osório.

1- Estratégia Saúde da Família, 2- Intersetorialidade. 3- Políticas Públicas. Teses. I.
Osório, M. (orientadora) II. UFPE/CCS/PPGN. III. Título.

Ficha catalográfica feita pela Biblioteca Central da Universidade Federal de Pernambuco.

PAULO ROBERTO DE SANTANA

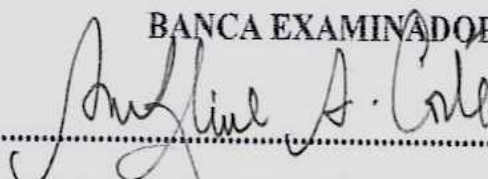
O PSF e as Ações Intersetoriais: potencial e limites

TESE DE DOUTORADO

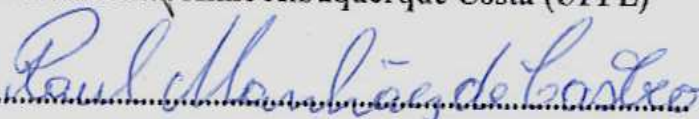
Apresentada ao Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Nutrição,
para obtenção do título de Doutor em Nutrição.

Tese aprovada em 22 de dezembro de 2008

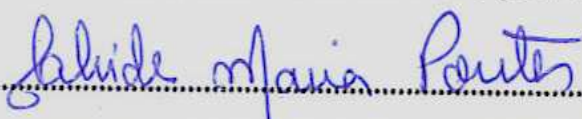
BANCA EXAMINADORA:



Prof.ª Dra. Anita Aline Albuquerque Costa (UFPE)



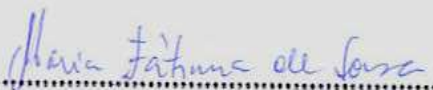
Prof.º Dr. Raul Manhães de Castro (UFPE)



Prof.ª Dra. Cleide Maria Pontes (UFPE)



Prof.ª Dra. Lenilde Duarte Sá (UFPB)



Prof.ª Dra. Maria Fátima de Sousa (UnB)

DEDICATÓRIA

A Verônica, minha eterna companheira, Alexandre, Pedro e Carolina, meus filhos de sangue e da vida, que acolheram comigo o sonho e a realidade desta tese. Ela também pertence a cada um de vocês como signos e sinais de lutas cotidianas por uma vida mais saudável e solidária.

AGRADECIMENTOS

Ao Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq), pelo apoio dado ao desenvolvimento da pesquisa no tocante ao financiamento de suas ações principais.

À Prof^a. Dra. Mônica Osório, pela orientação da presente tese e pela sua singularidade entre saber ser amiga e nos conduzir nos caminhos da Ciência.

À Prof^a. Dra. Anita Cavalcanti, pela presença competente e carinhosa na coorientação.

Ao Prof. Dr. Raul Castro, pela dedicação aos nossos sonhos compartilhados e ao permanente estímulo a minha formação.

À Prof^a. Dra. Maria Fátima de Sousa, amiga, companheira e irmã, oportunizada pela vida, pela exemplaridade ética em sua vida profissional e por ela ter dividido comigo seus saberes durante minha caminhada neste e em outros momentos.

À Prof^a. Dra. Valeria Mendonça pela paciência e didatismo em apresentar o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) e comigo ler cuidadosamente os dados gerados pelas informações das entrevistas e Grupos Focais.

Ao Departamento de Nutrição da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Professores e Alunos, em especial à Prof^a. Dra. Tereza Helena, por ter me liberado para a realização desta tese.

À Prof^a. Dra. Lenilde Sá, pelo companheirismo e pelos ricos diálogos a respeito da temática desta tese.

Ao amigo Roberto Carlos (BOB), pelos tensos e felizes momentos na revisão das figuras que compõem este estudo.

Ao Prof. Dr. Roberto Teixeira, pelas valiosas colaborações.

Ao Prefeito da Cidade do Recife, João Paulo, pelo seu apoio e incentivo.

Aos Amigos, pela compreensão da minha ausência nos momentos de concentração para a elaboração deste trabalho.

À Secretária Municipal de Saúde, Roseana Meira, pelo apoio e colaboração dados à tese por meio de sua entrevista e por disponibilizar os distritos sanitários para o estudo exploratório.

À Secretária Municipal de Transparência Pública, Estelizabeth Bezerra de Souza, pela entrevista e por ter colocado o Orçamento Democrático a nossa disposição.

Ao Secretário Municipal de Desenvolvimento Social, Alexandre Urquiza, pela disponibilidade do seu tempo à entrevista e por ter colocado o PTTS (PROJETO TÉCNICO DE TRABALHO SOCIAL) a nossa disposição.

À Coordenadora da Atenção Básica, Márcia Rique, por nos disponibilizar todos os distritos para o estudo exploratório e os dados municipais em saúde.

Ao Conselho Municipal de Saúde de João Pessoa, em especial aos conselheiros Lucia Lira e Luciano Vieira, participantes deste estudo.

Ao CRAS (Centro de Referência da Assistência Social) do Mandacaru, em especial às assistentes Sociais, Creusa Carneiro e Waleska Ramalho, fundamental na realização desta tese.

Ao Orçamento Democrático, em especial ao conselheiro, Joás Paulino, guia de nossos passos no Bairro do Mandacaru, João Pessoa.

Às Equipes das Unidades Básicas de Saúde de Família do Distrito IV, especialmente aos profissionais de saúde, Agentes de Saúde, Enfermeiras, Dentistas e Médicos, pela disponibilidade e forma atenciosa com que sempre nos receberam, doando horas importantes de suas vidas à pesquisa.

Aos Diretores do Distrito IV, Ivoneide Pereira e Ronald Cavalcanti, que não mediram esforços, no sentido de disponibilizarem tudo que foi necessário para a realização da pesquisa de campo.

À Equipe do Distrito IV, pelo apoio na realização dos Grupos Focais.

À FACISA (Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas - João Pessoa) por ter disponibilizado suas salas, para a realização dos Grupos Focais.

Aos Professores, Pesquisadores e Profissionais do Programa de Pós-graduação em Nutrição da UFPE, companheiros de trabalho, pela confiança, apoio e reflexões críticas, que estimularam nosso trabalho.

Aos meus queridos colaboradores, Bruno Marcelino, Daniel Sandro, Gabriel Santana, Maria Angélica, Marília Santana, Paula Fernanda e Tiago Carlos, auxiliares e fraternos apoiadores.

A minha amiga Neci, secretaria da pós-graduação, pelo permanente apoio aos alunos e em especial a este aluno.

Aos meus pais Maria Alice Alexandre de Santana (*in memorian*) e Manoel Venâncio Lucindo de Santana (*in memorian*), pela grandeza de me trazer à vida, ensinado-me a fazer a diferença entre seus caminhos dignos.

Aos meus queridos irmãos, Ana, Sônia, Marcos, Santana, Antônio, Elisabete, João, pois sempre doaram o melhor que possuem em seus corações, o Amor, para que eu pudesse subir nos seus ombros e chegar onde cheguei, sou eternamente grato.

Paulo Roberto de Santana

À Verônica e aos nossos filhos Alexandre, Pedro e Carolina, por estarem ao meu lado nos momentos mais tensos desse trabalho, em uma verdadeira comunhão de valores, princípios e interesse de vida comum.

“A dignidade do ser humano é também de ordem cósmica e planetária. O surgimento do ser humano sobre a Terra é uma das etapas da história do Universo. O reconhecimento da Terra como pátria é um dos imperativos da transdisciplinaridade. Todo ser humano tem direito a uma nacionalidade, mas, a título de habitante da Terra, ele é ao mesmo tempo um ser transnacional. O reconhecimento pelo direito internacional de uma dupla cidadania – referente a uma nação e a Terra – constitui um dos objetivos da pesquisa transdisciplinar”.

Carta da Transdisciplinaridade, Convento de Arrábida, Portugal, nov., 1994.

RESUMO

Esta tese trata de um estudo sobre o Programa Saúde da Família-PSF e as ações intersetoriais, na cidade de João Pessoa – PB. O objetivo geral desta pesquisa foi analisar o potencial e os limites do Programa Saúde da Família (PSF) na promoção das ações intersetoriais no ano de 2007, visando à superação da fragmentação das políticas públicas. O estudo fundamentou-se no contexto das ciências sociais, no método da hermenêutica-dialética. É uma pesquisa de natureza quali-quantitativa. Os métodos e técnicas para coleta, análise e compreensão dos dados, selecionados entre os gestores do SUS, os profissionais e os usuários, da cidade de João Pessoa, foram organizados e analisados com a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Como instrumentos de coleta do material discursivo, foram utilizados roteiros de entrevistas individuais, grupos focais e análise documental. Os resultados da pesquisa indicaram que todos os discursos dos sujeitos envolvidos no estudo apontam para as potencialidades dessa estratégia na mudança do modelo de atenção à saúde, assim como para os seus limites, o que norteia a concepção de uma nova prática sanitária, na qual os determinantes e os condicionantes dos processos de saúde–doença–cuidado sejam suas bases de análise teórico-prática. Conclui-se que as articulações do setor Saúde com o setor Educação, ainda que limitadas, apresentam-se como possibilidade de efetivação. No tocante à redução da mortalidade infantil como exemplaridade das práticas intersetoriais das Equipes de Saúde da Família (ESF), o estudo demonstrou: ausência de planejamento orientado à redução da mortalidade infantil; o PSF visto por todos os sujeitos pesquisados como uma estratégia capaz de contribuir com a redução da mortalidade infantil, tendo sua viabilidade condicionada ao planejamento e operacionalização das ações com base no diagnóstico local. Finalmente, conclui-se que o Programa Saúde da Família demonstra potencial para tal finalidade, porém não sendo a ela permitido o total controle sobre essas articulações, uma vez que são de natureza complexa.

Palavras-chave: saúde da família; ação intersetorial; políticas públicas.

ABSTRACT

This thesis treats of a study about the Health's Family Program -PSF and the intersectoral actions, in the city of João Pessoa – PB. The general objective of this research was to analyze the potential and the limits of the Health's Family Strategy (ESF) in the promotion of the intersectoral actions in the year of 2007, seeking to overcome the fragmentation of the public politics. The study is based in the context of the social sciences, in hermeneutics-dialectic method. It is a research of qual-quantitative nature. The methods and techniques for collection, analysis and understanding of the data, selected among the managers of SUS, the professionals and the users, from the city of João Pessoa, they were organized and analyzed starting from the technique of the Collective Subject's Speech (DSC). As instruments of discursive material's collection, were used routes of individual interviews, focal groups and documental analysis. The results of the research indicate that all the speeches of the subjects involved in the study they appear for the potentialities of that strategy in the change of the model of attention to the health, as well as for your limits, in what it orientates the conception of a new sanitary practice, in the which the determinant and the condicionantes of the health-disease-care processes are your bases of analysis theoretical-practice. It concludes that the articulations of the health sector with the education sector, although limited, they come as possibility to execute. Concerning reduction of the infant mortality as exemplariness of the ESF's intersectoral practices, the study ended: planning absence guided to the reduction of the infant mortality; the PSF is seen by all the subjects researched as a strategy capable to contribute with the reduction of the infant mortality, tends your viability conditioned to the planning and operationalization of the actions with base in the local diagnosis. Finally, it is concluded that the Health's Family Strategy demonstrated potential for such purpose, however not being it allowed the total controls about those articulations, once the same ones are of complex nature.

Key words: Family's health; Intersectoral action; Public politics

LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

QUADRO 1. COBERTURA POPULACIONAL DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA, POR MUNICÍPIO EM JULHO DE 2007	19
GRÁFICO 1. NÚMERO DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL	23
GRÁFICO 2. LINHA DO TEMPO DA SAÚDE DA FAMÍLIA	23
TABELA 1. MODELOS ASSISTENCIAIS E VIGILÂNCIA DA SAÚDE	44
TABELA 2. REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE – UNIDADES BÁSICAS DA REDE	73
TABELA 3. REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE – REDE HOSPITALAR	74

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS – Atenção Básica à Saúde

ABRASCO – Associação Brasileira em Saúde Coletiva

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

ACs – Ancoragens

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

APS – Atenção Primária à Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEBES – Centro Brasileiro de Estudo de Saúde

CRAS – Centro de Referência da Assistência Social

CF – Constituição Federal

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CNS – Conferência Nacional de Saúde

COAB – Coordenação de Atenção Básica

CMI – Coeficiente de Mortalidade Infantil

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde

COSAC – Coordenação de Saúde da Comunidade

DAB – Departamento de Atenção Básica

DATASUS – Departamento de Informática do SUS

DST/AIDS – Doenças Sexualmente Transmissíveis/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

DSC – Discurso do Sujeito Coletivo

E-Ch – Expressões Chaves

ESF – Estratégia Saúde da Família

ESF – Equipe de Saúde da Família

FACISA – Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas

FSESP – Fundação de Serviço Especial de Saúde Pública

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

IAD – Instrumento de Análise de Discurso

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICs – Idéias Centrais

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
MOPS – Movimento Popular em Saúde
MS – Ministério da Saúde
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
OMS – Organização Mundial de Saúde
PMF – Programa Médico da Família
PTTS – Projeto de Trabalho Técnico Social
PMS – Plano Municipal de Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNACS – Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
PIDL – Plano Integrado do Desenvolvimento Local
PMF – Programa Médico de Família
PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PSF – Programa de Saúde da Família
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SILOS – Sistema local de Saúde
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SNS – Sistema Nacional de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família
UnB – Universidade de Brasília
UFBA – Universidade Federal da Bahia
UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas
UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância
USP – Universidade de São Paulo
UFPE – Universidade Federal de Pernambuco
UFPB – Universidade Federal da Paraíba

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	16
1. INTRODUÇÃO	17
1.1. Delineamento do problema	18
1.2. Relevância do estudo	22
1.3. Questão central do estudo	28
1.4. Questão condutora	29
1.5. Objetivos	29
1.5.1. Geral	29
1.5.2. Específico	29
1.6. Metodologia utilizada	29
2. MARCO TEÓRICO- CONCEITUAL	31
2.1. O processo saúde- doença: uma abordagem complexa	32
2.2. O conceito de saúde	35
2.3. A construção social do Sistema Único de Saúde (SUS)	38
2.4. O modelo de atenção à saúde da família	43
2.5. A saúde da família e as ações intersetoriais	47
3. CAMINHO METODOLÓGICO	56
3.1. Objeto de estudo	57
3.2. Área do estudo	57
3.3. Sujeitos do estudo	57
3.4. O método	57
3.5. Trabalho de campo	61
3.5.1. Análise documental	61
3.5.2. Grupos focais	62
3.5.3. Entrevistas	63
3.6. Tratamento dos dados e análise das informações	65
3.6.1. Ordenação dos dados para análise das entrevistas	67
3.6.2. Ordenação dos dados para análise dos grupos focais	68
3.6.3. Finalização do processo do DSC	68
3.6.4. Questões éticas	68
4. RESULTADOS E DISCUSSÕES	70
4.1. A saúde e a rede de atenção à saúde em João Pessoa	71
4.1.1. O contexto do estudo	71
4.1.2. A rede de saúde	73
4.1.3. A estratégia saúde da família em João Pessoa	74
4.2. Artigos	75
Artigo I	76
Artigo II	97
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	117

6. AGENDA INDICATIVA	122
REFERÊNCIAS	125
APÊNDICES	139
ANEXOS	147

APRESENTAÇÃO

Apresentando o documento, este se estrutura em cinco partes para melhor organização e compreensão do tema estudado, para o qual adotamos a seguinte estrutura: *Parte 1 – INTRODUÇÃO AO ESTUDO*, onde trouxemos alguns conceitos como referência à construção do objeto de estudo, composto por problema, objetivos (gerais e específicos); *Parte 2 – MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL*, abordado a partir da análise do processo saúde- doença: uma abordagem complexa, o conceito de saúde, a construção social do sistema único de saúde, o modelo de atenção à saúde da família, a saúde da família e as ações intersetoriais; *Parte 3 – MÉTODOS*, que compreende: o objeto do estudo, questão central, a hipótese da investigação, os sujeitos do estudo, o método, técnicas e instrumentos do estudo, o trabalho de campo e o tratamento dos dados e a análise das informações; *Parte 4 - RESULTADOS E DISCUSSÃO*, onde descrevemos o cenário do estudo e apresentamos os resultados em forma de dois artigos, a saber: Artigo I - *As ações intersetoriais e a estratégia saúde da família na ótica de gestores, profissionais e usuários em município metropolitano*, encaminhado à *Revista Cadernos de Saúde Pública*, conforme documento em anexo; Artigo II – *A redução da mortalidade infantil como exemplaridade das práticas intersetoriais das equipes de saúde da família*, encaminhado à *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, segundo as exigências editoriais, conforme anexos; *Parte 5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS*, onde apresentamos uma síntese das principais conclusões e uma agenda indicativa. As REFERÊNCIAS, os APÊNDICES e os ANEXOS encontram-se ao final tese.

INTRODUÇÃO



Parque Solon de Lucena (fonte: <http://www.joaopessoaconvention.com.br>)

1. INTRODUÇÃO AO ESTUDO

[...] a compreensão da realidade social se faz por aproximação e de que é preciso exercitar a disposição de olhá-la por vários ângulos.

Cecília Minayo

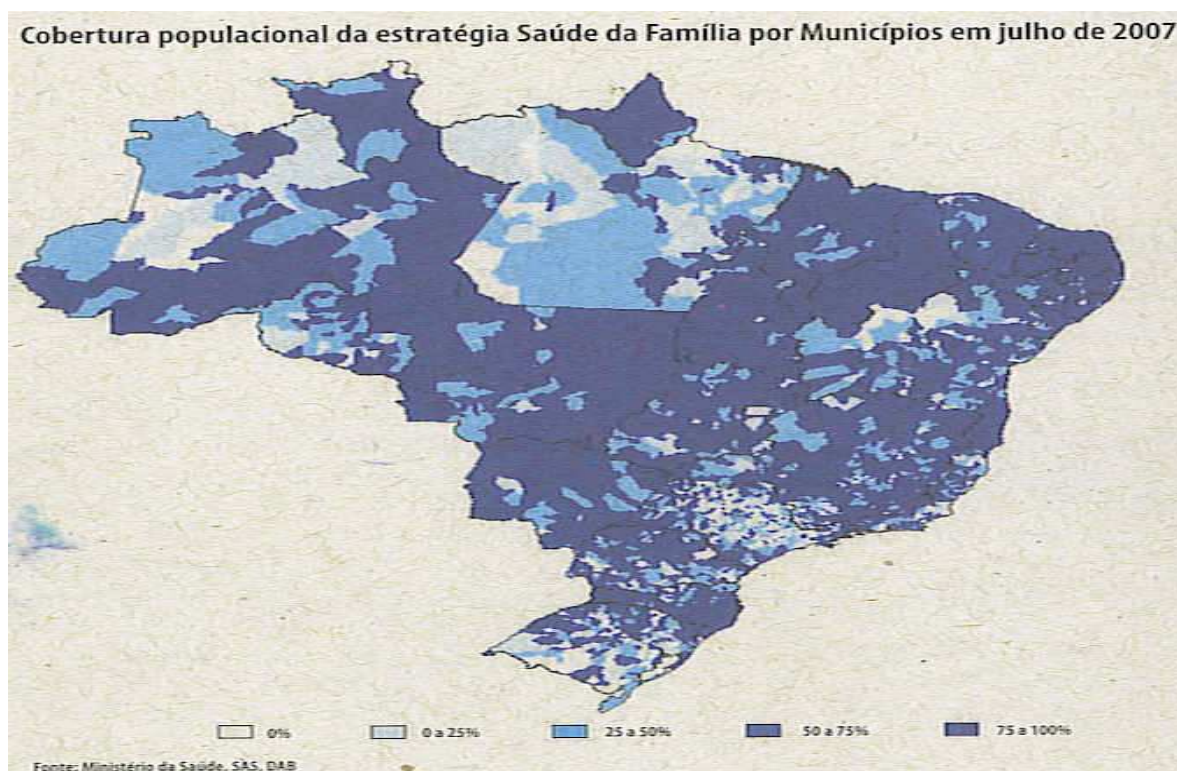
1.1 Delineamento do Problema

A reforma do Estado surge no Brasil com desafios muito mais complexos para enfrentar, quais sejam concretizar e universalizar os direitos sociais, econômicos e culturais. Estes traduzidos na melhoria das condições de vida dos indivíduos/famílias e comunidades, sobretudo aqueles grupos sociais mais vulneráveis às lógicas da exploração e da acumulação capitalista. Portanto, uma simples modernização da Administração e da gerência em curso há algumas décadas, com vários sinônimos e expressões como reinvenção do governo, ação administrativa orientada para os resultados, *new public management*, entre outras, não responde ao desafio contemporâneo de um Estado Democrático de Direito, expresso no desenvolvimento social e econômico de forma sustentável. Nesse sentido, estamos falando das contradições de um Estado-Nação que se apresenta ao mesmo tempo burocrático e fortemente centralizador nas suas políticas tributárias (arrecadação dos tributos e impostos) e indutor do desenvolvimento de políticas públicas setoriais (SINGER, 2002, p. 402 apud CAVALCANTI; BURITTY, 2002).

No caso da política pública de saúde, a complexidade desses desafios se amplia, sobretudo quando colocamos em pauta uma política democrática e de bem-estar, como o Sistema Único de Saúde (SUS). Este vem, ao longo de 20 anos pós-Constituição de 1988, tentando ampliar o acesso aos serviços e ações de saúde ao mesmo tempo em que, por dentro do sistema, trava um contra-movimento da tendência neoliberal hegemônica na sociedade e no estado brasileiro em busca de um novo modelo de atenção universal, integral, equitativo e participativo (VIANA, 2003).

Logo, entre os princípios do SUS, a universalidade mostra-se ainda fragilizada no tocante ao atendimento a todos, quando considera apenas o acesso às consultas médicas; mas, como já dissemos anteriormente, o SUS é, por princípio, inclusivo, uma vez que, segundo dados do IBGE (2007), 98% da população brasileira faz uso do SUS conforme se pode

verificar no quadro abaixo. (MS 2007)



Quando analisamos os avanços e desafios desse processo de reforma setorial, no tocante à descentralização – esta considerada o eixo norteador do arranjo institucional e político na saúde –, não podemos negar suas conquistas, que vão desde a inclusão de atores sociais e políticos significativos até o claro estabelecimento dos compromissos entre as esferas governamentais (MELO, 2003). Conquistas essas que reformaram e sofisticaram a arquitetura institucional, abriram espaço para a aplicação de novas modalidades e tecnologias de atenção, assim como disseminaram serviços de saúde para todos os recantos deste país. Enfim, a saúde passou a fazer parte efetiva das preocupações cotidianas dos cidadãos e do convívio social. Todavia, esse mesmo processo nos faz ver que os municípios brasileiros, sobretudo os médios e pequenos, não tinham recursos financeiros, tecnológicos nem de pessoal que assegurassem a efetivação da descentralização (VIANA, 2003).

Adverte-se para a tendência à proliferação de Municípios e de Estados sem capacidade fiscal e financeira própria para assumir qualquer política de base local. A maioria dos municípios, mais de 90%, possui menos de 50.000 habitantes (IBGE, 2008). Com isso, a dependência destes de transferências federais do Fundo de Participação é muito elevada. Não existem condições de geração de receita própria para eles.

Tem-se, ainda, que a distribuição desigual das riquezas entre os entes federativos, associada à crise fiscal da federação brasileira, vem comprometendo a formulação de

mecanismos de distribuição Nacional mais eqüitativa de recursos para dar sequência à reforma descentralizadora.

A compreensão desses desafios não deve paralisar a ação governamental na saúde. Se, por um lado, as especificidades do setor devem ser inseridas no debate público que envolve o aperfeiçoamento institucional e político brasileiro, por outro, existe ainda um grande espaço de atuação interno ao SUS (setorial) e fora dele (intersectorial), no qual a descentralização da saúde vem reforçar o compromisso ético-político com as mudanças pretendidas para o país, ao reconhecer as diferenças territoriais, as distintas formas de vida comunitária e a melhor capacidade local às soluções inovadoras e criativas. E, sobretudo, defendemos a descentralização como uma das mais importantes estratégias à democratização na gestão integrada da saúde.

Em síntese, podemos afirmar que, nos últimos 20 anos, ocorreram importantes mudanças no sistema de saúde brasileiro, com um aumento substancial do montante de recursos públicos aplicados na área e uma notável expansão da rede física de prestação de serviços (BRASIL, 2007). E, acima de tudo, no bojo de uma reformulação política do Estado brasileiro, houve uma profunda reformulação do setor, que criou o Sistema Único de Saúde – SUS e, entre seus princípios doutrinários, instaurou a Universalidade, Integralidade e a Equidade da atenção à saúde.

Apesar desses avanços, não se consolidou uma ruptura com o modelo de atenção tradicional e historicamente hegemônico no país, traduzido como um *modelo centrado na doença*, concentrando majoritariamente ações e recursos para o *tratamento* ou abordagem restritos de riscos. Configura-se, portanto, como um modelo de cunho *curativo*, que privilegia uma *medicina de alto custo*, exercida de forma *verticalizada* e *excludente*. Além disso, inviabiliza práticas interdisciplinares e intersectoriais coerentes com intervenções sobre os múltiplos fatores que sabidamente são determinantes do processo saúde-doença (ANDRADE, 2006).

Ao valorizar a dimensão biológica desse processo, estabelece-se com baixa capacidade de intervenção como sistema, induzindo a incorporação de tecnologias sem se ater à organização de serviços em redes hierarquizadas e respeitando-se níveis de complexidade diferenciados. Isso leva à coexistência de unidades de atendimento, tanto de alta complexidade quanto de atenção básica, pouco resolutiva.

Nas grandes cidades, esse modelo de atenção foi sendo delineado pela histórica hipertrofia dos investimentos na rede hospitalar e em unidades ambulatoriais de grande porte com consequente centralização da oferta de serviços e dos recursos técnico-assistenciais. Essa

estrutura hegemônica criou e fortaleceu a cultura do hospital como *locus* da excelência técnica e contribuiu com as ideias de que a instituição hospitalar oferece maior segurança e prestígio aos profissionais e aos pacientes que nele são atendidos (CAMPOS, 2003).

Tradicionalmente, as instituições acadêmicas no país direcionam o ensino/formação/desenvolvimento de pessoal seguindo uma política determinada prioritariamente pelo mercado, até então o responsável por moldar o perfil dos profissionais de saúde. Diante das mudanças propostas na reorganização dos serviços, exigindo novas práticas assistenciais, é necessário implementar propostas de formação, capacitação e educação permanente dos trabalhadores em saúde, contemplando as necessidades de saúde da população que constituem novas demandas e desafios no âmbito do mercado.

O reconhecimento da crise desse modelo suscita a necessidade emergencial de uma nova estratégia estruturante, contemplando a incorporação de pessoal e tecnologias contextualizadas às novas práticas assistenciais propostas.

O Programa Saúde da Família foi escolhido como uma das possibilidades de reorganizar o modelo de atenção à saúde no Brasil, tendo como desafios principais responder aos princípios norteadores do SUS de universalidade, equidade e integralidade. No que diz respeito à integralidade, o Ministério da Saúde recomenda uma equipe multiprofissional mínima composta por médicos, enfermeiros, dentistas e agentes de saúde, trabalhando de forma articulada, focando a família em um território delimitado geográfica e socialmente, levando em consideração as redes sociais, a intersetorialidade e, recentemente, recomendou a incorporação da equipe multidisciplinar denominada de núcleo de apoio à saúde da família (NASF) (MS, 2008).

Aqui nesta Tese, Integralidade significa considerar a pessoa como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Por isso, devem-se integrar as ações de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e promover a articulação com outras políticas públicas, portanto, levando em consideração, também, a Intersetorialidade.

Nessa direção, é importante aglutinar diferentes setores e atores políticos-técnico-sociais capazes de reconhecer esses problemas e conscientes de formar uma rede de parceiros, na qual a solidariedade e a partilha do poder constituem elementos essenciais a construir novas práticas e novos objetos para a promoção de saúde. São esses os problemas identificados no aparelho de Estado, no setor saúde, na configuração do seu modelo e, por consequência, nas práticas cotidianas do PSF. Pois se trata de re-construir o Estado, a política de saúde e o modelo de atenção integral à família com base em novos conhecimentos e saberes-fazer com base em ações multiprofissionais, transdisciplinares e intersetoriais.

1.2 Relevância do Estudo

Para aprofundar o levantamento desses problemas de que trata esta tese, torna-se cientificamente necessário verificar, no município de João Pessoa/PB – por ser esta uma cidade considerada de grande porte e que “sofre” dos mesmos males sistêmicos acima já mencionados –, o potencial e os limites da estratégia saúde da família na promoção das ações intersetoriais, com vistas à superação da fragmentação das políticas públicas, tendo a mortalidade infantil como exemplaridade.

Nas duas últimas décadas, o Brasil vem desenvolvendo uma infinidade de produções científicas que propõem análises e reflexões sobre o Programa Saúde da Família como uma estratégia política capaz de contribuir com a mudança do modelo médico assistencial vigente. Assim como diversos estudos detalham as ações de promoção da saúde, surgem como propostas que dão ênfase às ideias de cidades saudáveis, das políticas públicas saudáveis e da ação intersetorial.

Pouco espaço é dado, no entanto, às discussões que analisam a estratégia Saúde da Família, seu potencial e limites na construção das diversas ações de governo, de forma combinada e integrada, ações que não tentem reproduzir os modelos de gestão público-governamental voltados para os setores sem entender as causas dos efeitos do processo saúde-doença-cuidado, rumo às explicações dos determinantes sócio-sanitário-econômico-culturais e ambientais das situações-problema encontradas nos territórios trabalhados pelas equipes do PSF, ações que evitem a manutenção dos discursos entre os gerentes de políticas, programas, projetos e estratégias “emergenciais” e que tenham elementos dificultadores dos objetivos maiores de mudanças sociais preconizados pelo Sistema Único de Saúde em seus princípios e diretrizes organizativos.

Mesmo os profissionais que trabalham nas Equipes do PSF divergem quando questionados sobre o real papel dessa estratégia em seus territórios de trabalho, quanto à reversão das questões acima citadas. Alguns apontam a importância de seu trabalho como o “carro-chefe” das ações intersetoriais, outros indicam que essa suposta integração entre várias iniciativas do governo local, incluindo as campanhas que levam mensagens sociais e procuram mobilizar a comunidade para uma determinada ação.

Existe, no entanto, nos setores do governo local, e mesmo na fala de alguns dirigentes das instituições públicas de Educação, Saúde, Assistência Social e Secretaria de Transparência Pública, certa inquietação quanto à necessidade de integrar suas ações setoriais. Embora se verifique uma tentativa nessa direção, inclusive sob orientação da ordem

governamental (prefeito), existe uma crítica “velada” de que somente a saúde tem se apresentado com essa intenção e com a determinação em atingir seus objetivos ou, ainda, os objetivos propostos pela instituição-Estado.

Estado aqui entendido como estrutura da sociedade política, constituído em meio para ofertar as ações e serviços de bens de consumo sociais, buscando o bem comum, que consinta e favoreça o desenvolvimento integral do ser humano. Entre os seus fins estão: os objetivos, em que o Estado aparece como responsável pelo desenvolvimento material das sociedades; os subjetivos, nos quais se identifica que as instituições do Estado não são poderes cegos da natureza, mas nascem e se transformam por influência da vontade humana e em vista de fins a atingir; e os exclusivos e essenciais, com os quais deve garantir segurança externa e interna e produzir políticas públicas (DALLARI, 19995, p. 68.).

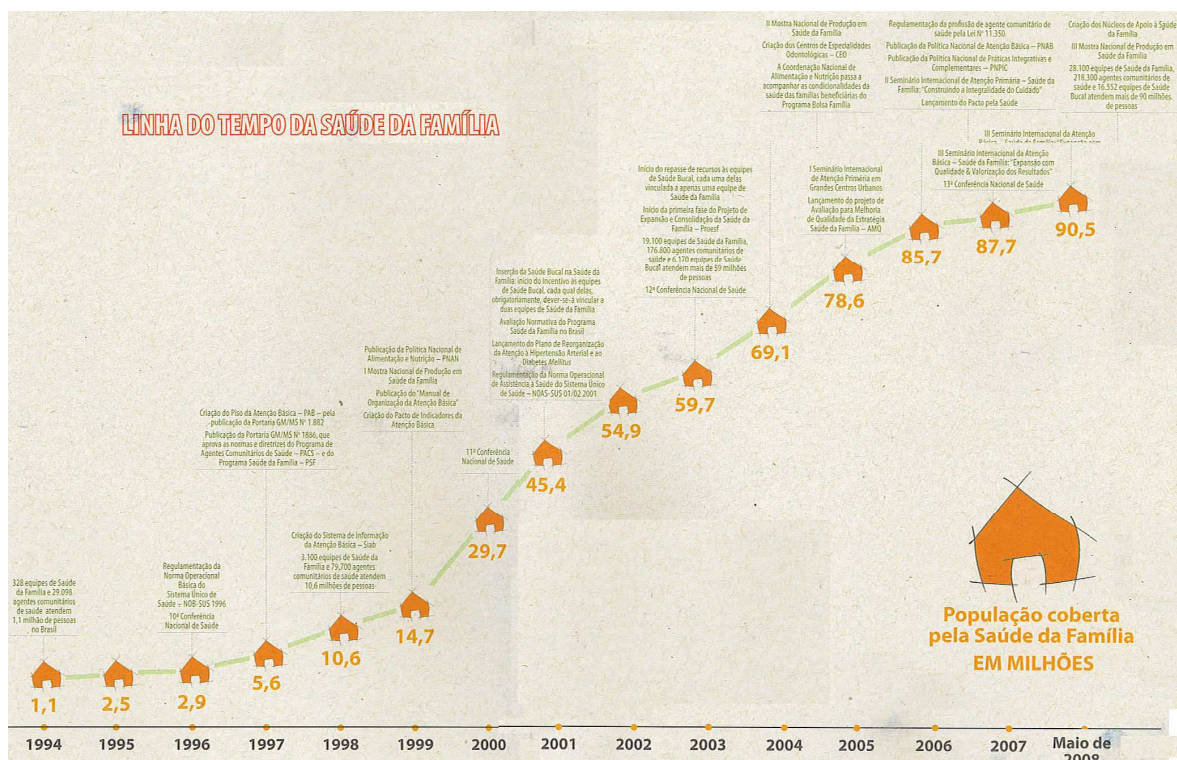
No Brasil, as discussões de modelo de atenção à saúde foram colocadas em segundo plano, dando relevância para os debates do financiamento e modelos de gestão, estes absorvidos e difundidos no contexto do processo de reforma sanitária e de implementação de mudanças de políticas de saúde, expressos nas primeiras Normas de Operações do Sistema Único de Saúde (SOUZA, 2007). A relevância das discussões do modelo de atenção à saúde vem no bojo da criação, em 1994, do PSF. Essa iniciativa se constitui na principal estratégia do Ministério da Saúde para reorientar o sistema de saúde a partir da atenção básica. Cada equipe de saúde da família é composto por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de cinco a seis agentes comunitários.

O governo tem priorizado a ampliação do Programa Saúde da Família em todo o país. Hoje, mais de 5.200 municípios têm equipes de Saúde da Família. Entre dezembro de 2002 e maio de 2008, o número de equipes aumentou de 16.700 para 28.302. Com isso, a cobertura populacional também foi ampliada, passando de 54, 9 milhões para mais de 90,5 milhões de brasileiros, o equivalente à soma das populações da Argentina, Chile, Uruguai, Paraguai e Bolívia (Gráficos 1 e 2). Com isso, podemos afirmar que os debates sobre as ações intersetoriais encontram-se também nessa agenda de discussão dos modelos assistenciais, especialmente naquelas propostas de vigilância à saúde em territórios definidos. Aqui a estratégia de promoção da saúde e seu alcance intersetorial efetivo são compreendidos como motores de formulação de políticas públicas capazes de gerar qualidade de vida (PAIM, 2002,p.34).

Gráfico1



Gráfico 2



Portanto, historicamente, a construção de políticas públicas é resultado da interação de uma complexa rede de atores e, para Frey (2000, p. 71):

É pouco crível, senão impossível, que uma política pública de qualquer importância possa resultar de um processo de decisão de um único ator racional. A formação e implementação de uma política são, inevitavelmente, o resultado da interação entre atores separados com interesses, metas e estratégias divorciados.

Sousa afirma que as diretrizes organizativas da estratégia Saúde da Família caminham rumo aos propósitos da promoção da equidade, ou seja, da diminuição das injustiças sociais. Por isso atua com um dos princípios do SUS, a integralidade. Esta “significa também articulação, integração e planejamento unificado de atuação intersetorial. Essas ideias subsidiam o modelo do PSF” (SOUSA, 2001 a.p. 32). Nesse sentido, o PSF não se constituindo, portanto, em um modelo simplificado, de pobre para pobre, também não recorta a população em fatias (mulher e criança), nem a atenção em níveis.

Passados 14 anos de implantação do PSF e considerando a necessidade de revisar e adequar as normas nacionais ao atual momento do desenvolvimento da atenção básica no Brasil, o Ministério da Saúde aprova a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006b), 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), em que reafirma o conceito da atenção básica e explicita que ela deve ser

O PSF e as Ações Intersetoriais: potencial e limites

desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados. E, ainda, que se devem utilizar tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, de forma a resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território.

A saúde, considerada um fenômeno social de alta significação, com complexidade histórica, política e ideológica, requer uma abordagem interdisciplinar e intersetorial, na ótica do contínuo processo de transformação da sociedade, nesse sentido é que se impõe um repensar permanente na perspectiva de análises que levem em consideração a política de descentralização, a intersetorialidade e as redes sociais que têm se estabelecido como estratégias na construção de novos modelos de gestão municipal no Brasil.

O município de João Pessoa – PB implantou o PSF a partir de 1998, sendo hoje a estratégia estruturante do sistema de saúde dessa cidade. O seu plano municipal de saúde considera “indispensável” a articulação intersetorial, no sentido de garantir “a expansão e o acesso da população à rede de serviços a partir do PSF, onde se privilegia a atenção integral das necessidades de saúde” (JOÃO PESSOA, 2006).

Este estudo propôs, baseando-se numa pesquisa quali-quantitativa, a analisar as ações intersetoriais que ocorrem ou não a partir do PSF e como produto esperado a percepção dos diversos atores envolvidos na municipalidade e como efetivamente esse novo modelo de saúde tem pautado as ações intersetoriais, diferenciando-se ou não das tradicionais intervenções na atenção básica, levando a academia a contribuir com o modelo de saúde em implantação no Brasil e em particular no município de João Pessoa – PB. No sentido de analisar e verificar as ações intersetoriais, o estudo focou a mortalidade infantil, umas das prioridades da Secretaria de Saúde desse município.

O coeficiente de mortalidade infantil (MI), segundo a OMS, é um dos indicadores empregado para medir o nível de saúde e de desenvolvimento social de uma região. A MI refere-se aos óbitos de crianças nascidas vivas e falecidas antes de completarem um ano de vida e medem o risco de um nascido vivo morrer no decurso de seu primeiro ano de vida (WHO, 1990).

Segundo Pereira (2004), em muitos países já se reconhece a conveniência de facilitar o uso das informações de mortalidade para investigações relativas à situação de saúde, pois os resultados servem para melhor conhecimento da situação local de saúde e, conseqüentemente, auxilia na tomada de decisões relativas a medidas a serem aplicadas em benefício da

população. Além disso, prestam-se à identificação de pontos falhos na base de dados existentes, o que serve para melhorá-los.

A Coordenação de Atenção à Criança, do Ministério da Saúde, apresentou a Agenda de Compromissos com a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil (BRASIL, 2006) como orientação para a ação de todos os profissionais que lidam com a criança. Objetivou-se ressaltar que o foco da atenção de todos, cada qual dentro de sua missão profissional, é a criança, em toda e qualquer oportunidade que se apresente, seja na unidade de saúde, no domicílio ou espaços coletivos, como a creche, pré-escola e a escola. Assim, a criança poderia se beneficiar de um cuidado integral e multiprofissional, que dê conta de compreender todas as suas necessidades e direitos como indivíduo. Ainda, como cuidado integral, essa coordenação indicou a responsabilidade de disponibilizar a atenção necessária em todos os níveis: da promoção da saúde ao nível mais complexo de assistência, do *locus* próprio da atenção à saúde aos demais setores que têm interface estreita e fundamental com a saúde (moradia, água tratada, educação, nutrição, etc.).

O Ministério da Saúde considera a redução da mortalidade infantil como um grande desafio no País para os gestores, profissionais de saúde e para a sociedade como um todo. Apesar de uma queda importante na última década, decorrente da redução da mortalidade pós-neonatal (28 dias a 1 ano de vida), os índices são ainda elevados. Há uma estagnação da mortalidade neonatal no país (0 a 27 dias de vida) – principal componente da mortalidade infantil desde a década de 90 – e uma concentração nas regiões e populações mais pobres, refletindo as desigualdades sociais. Essa situação é agravada quando se reconhece que, em sua maioria, essas mortes precoces podem ser consideradas evitáveis, determinadas pelo acesso em tempo oportuno a serviços de saúde resolutivos e qualificados.

As causas perinatais, a pneumonia e a diarreia associadas à desnutrição são as principais causas de morte no primeiro ano de vida e merecem atenção de destaque. Portanto, o nascimento saudável, a promoção do crescimento, desenvolvimento e alimentação saudáveis, com enfoque prioritário para a vigilância à saúde das crianças de maior risco e o cuidado às doenças prevalentes, são ações que não podem deixar de ser realizadas em toda a sua plenitude.

Portanto, entendeu-se ser importante estudar esse tema por razões diversas, a saber:

Primeiro – pela necessidade de entender as discussões que vêm ao longo desses 17 e 14 anos de implantação e funcionamento do PACS e PSF, respectivamente, travadas no setor saúde, sobre o potencial e os limites dessas estratégias em promover as ações intersetoriais.

O PSF e as Ações Intersetoriais: potencial e limites

Segundo – para compreender a execução da política do PSF na cidade de João Pessoa, identificando as ações intersetoriais, na agenda de governo que indique para a superação da fragmentação das políticas públicas.

Terceiro – pela limitação dos estudos existentes no que diz respeito ao PSF como estratégia promotora das ações intersetoriais em cidades de grande porte, sobretudo as capitais.

Quarto – Pela necessidade de desvendar o potencial da estratégia política do PSF, verificando se ela é capaz de enfrentar os limites na promoção das ações intersetoriais no cotidiano das práticas de suas equipes, superando a fragmentação das políticas públicas.

Quinto – para subsidiar os gestores municipais quanto aos principais achados dessa pesquisa, em forma de uma agenda propositiva.

Nesse elenco de interesses, o estudo buscou responder algumas questões essenciais: (i) Identificar ações de governos que apontem para a superação da fragmentação das políticas públicas; (ii) Verificar com os sujeitos estratégicos o potencial e os limites do Programa Saúde da Família – PSF na promoção das ações intersetoriais; (iii) Estabelecer inter-relações existentes entre as práticas das ESF e as ações intersetoriais desenvolvidas pelo governo municipal à redução da mortalidade infantil; e (iv) Estruturar uma agenda de sugestões, indicando caminhos à superação dos limites identificados no estudo.

Essas quatro questões permitiram um mapeamento à resposta da pergunta central do estudo: analisar o potencial e os limites da estratégia Saúde da Família na promoção das ações intersetoriais, no município de João Pessoa – PB, em 2007, visando à superação da fragmentação das políticas públicas, tendo a mortalidade infantil como exemplo. Tais questões exigiram uma avaliação mais acurada do alcance real do PSF naquele município, mediante dois métodos distintos e complementares: método qualitativo e quantitativo e de uma revisão bibliográfica e suporte teórico que afiancem, ou não, as categorias a serem analisadas na investigação.

1.3 Questão Central do Estudo

Considerando ser o PSF uma estratégia política capaz de promover ações intersetoriais, como a fragmentação das políticas públicas fragiliza esse potencial, tendo como exemplo a redução da mortalidade infantil?

1.4 Questão Condutora

O PSF tem potencial para o desenvolvimento das ações intersetoriais, porém a fragmentação das políticas públicas fragiliza a promoção da intersectorialidade.

1.5 Objetivos

1.5.1 Geral

Analisar o potencial e os limites da estratégia saúde da família na promoção das ações intersetoriais, no município de João Pessoa – PB, em 2007, visando à superação da fragmentação das políticas públicas, tendo a mortalidade infantil como exemplo.

1.5.2 Específicos

- Identificar ações de governos que apontem para a superação da fragmentação das políticas públicas;
- Verificar com os sujeitos estratégicos o potencial e os limites do Programa Saúde da Família – PSF na promoção das ações intersetoriais;
- Estabelecer inter-relações existentes entre as práticas das ESF e as ações intersetoriais desenvolvidas pelo governo municipal para redução da mortalidade infantil; e
- Estruturar uma agenda de sugestões, indicando caminhos à superação dos limites identificados no estudo.

1.6 Metodologia Utilizada

Quanto à metodologia, o estudo fundamentou-se no contexto das ciências sociais, no método da hermenêutica-dialética. É uma pesquisa de natureza quali-quantitativa. Os métodos e técnicas para coleta, análise e compreensão dos discursos dos sujeitos coletivos, selecionados entre os gestores do SUS, os profissionais e os usuários, tendo como foco o Distrito Sanitário IV, da cidade de João Pessoa. Foi organizada e analisada a partir da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Essa técnica foi desenvolvida pelos autores Lèfevre e Lèfevre (2005). Como instrumentos de coleta do material discursivo, foram utilizados roteiros de entrevistas individuais, grupos focais e análise documental. A análise das ideias centrais e ancoragens formaram os DSC, que foram organizados em categorias empíricas, acerca do potencial e limites da ESF na promoção das ações intersetoriais; das práticas das Equipes do Saúde da Família e as ações intersetoriais; e da redução da mortalidade infantil como

exemplaridade dessas práticas. Quanto à **ordenação dos dados**, os materiais das entrevistas e grupos focais foram para a transcrição dos seus conteúdos, que ficaram gravados em CD e impressos para que se fizesse toda uma releitura do material, com a finalidade de organizarmos todos os relatos dessas sessões de trabalho de campo. O roteiro semi-estruturado das entrevistas contemplou seis questões comuns ao conjunto de sujeitos abordados. Identificadas as similitudes das entrevistas, foi realizado o cadastro do banco de dados referente ao perfil do sujeito, às perguntas e suas respectivas respostas previamente analisadas. O roteiro dos Grupos Focais foi dividido em dois blocos: Bloco I – Profissionais das Equipes do Saúde da Família e do CRAS e Bloco II – Usuários e representantes do Controle Social e do CRAS. A etapa de **análise final** da pesquisa apresentou-se em um movimento dialético que consistiu no encontro, na triangulação entre o concreto e o abstrato, o geral e o particular, a teoria e a prática, dando origem aos resultados e discussões da pesquisa, que foram organizados em forma de Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Quanto ao **olhar ético**, este se fez presente em todos os momentos da pesquisa foram respeitados os aspectos éticos e as implicações legais, de acordo com a Resolução nº 196 de 10/10/1996 do Conselho Nacional de Saúde – CNS.

MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL



Mosteiro de São Francisco (fonte: <http://www.joaopessoaconvention.com.br>)

2 MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL

“O aprendizado da vida deve dar consciência de que a verdadeira vida, não está tanto nas necessidades utilitárias – as quais ninguém consegue escapar –, mas na plenitude de si e na qualidade poética da existência, porque viver exige, de cada um, lucidez e compreensão ao mesmo tempo e, mais amplamente, a mobilização de todas as aptidões humanas”.

Edgar Morin

2.1 O Processo Saúde-Doença: uma Abordagem Complexa

Analisar o fenômeno da construção sociopolítica do setor saúde em sua historicidade, levando em conta que o mesmo trata-se de uma construção humana, portador de um agir intencional e posicionado, traz a esta análise uma complexidade singular. Singularidade compreendida não como a leitura dos fatos e acontecimentos de forma isolada do todo, sem a busca de uma relação, e sim a arguição do pensamento complexo, quando este afirma que o todo não é simplesmente a soma das partes, ainda que as partes contenham elementos do todo, elas por si só não explicam o todo (MORIN, 2002, p. 78).

É na direção do desafio da complexidade posto por Morin que reside a relação das partes do todo, levando em consideração que durante o processo de relação há a presença das incertezas. É preciso religar o que era considerado irremediavelmente separado. Diz ainda que é preciso somar as certezas com as incertezas, que segundo o autor é onde navega o conhecimento pontilhado com ilhas de certezas.

No mundo planetário, prefere assim se referir em vez de globalizado, Morin (2002, p. 97) afirma também que a complexidade tem por desafio pensar em conjunto as realidades dialógicas, entrelaçadas. Os problemas mundiais agem sobre os processos locais, gerando novos desafios. Superar esses desafios, ainda que locais, requer contextualizá-los do local ao mundial, ainda que essa tarefa seja de extrema dificuldade.

Morin (2004, p. 35-46) nos fala que todo processo de relação das partes com o todo necessita da solidariedade humana e nos alerta sempre a contar com a contribuição das incertezas. Nesse sentido, a seu ver, o desafio da complexidade tornou-se uma exigência social e política.

E essa exigência nos leva a compreender, também, o pensamento especializado e/ou compartimentalizado, que, nos dizeres do autor, ainda têm relevante papel quando vistos de forma isolada; é um pensamento mutilante, pois não contém as informações suficientes em relação ao todo, não busca articulações entre saberes e não ordena as informações.

Nessa direção, a crítica do pensamento complexo ao conhecimento científico se dá por este se apoiar na objetividade do pensamento científico estabelecida pelas verificações empíricas e na coerência lógica das teorias que se fundamentam em dados objetivos. O pensamento complexo enfatiza: nenhuma teoria científica pode pretender-se absolutamente certa, pois, muito pelo contrário, como afirmou Popper (apud MAGEE, 1973, p. 64), a ciência não é sinônimo de certezas, e sim de incertezas.

Afirma Morin (apud MAGEE, 1973, p. 43) que: “*o pensamento complexo parte dos fenômenos simultaneamente complementares, concorrentes, antagônicos, respeito às concorrências diversas...*”. O pensamento complexo é o pensamento que quer pensar em conjunto as realidades dialógicas entrelaçadas.

Esses referenciais nos auxiliam a nos aproximar mais e melhor da compreensão dos processos saúde-doença e da inter-relação de saúde com o olhar na promoção da saúde e nas ações intersetoriais.

Essa inter-relação entre saúde-doença apresenta um *continuum*, com uma dinamicidade às vezes imperceptível, na própria passagem de um polo o para outro. Nem sempre é fácil determinar a separação. No entanto, algumas características que tendem mais para um polo ou para o outro facilitam a aplicação do conceito nos diferentes períodos históricos (TEIXEIRA, 1994).

Alguns autores (MENDES, 1996; LAURELL 1989), quando analisam o processo saúde-doença nos seus diferentes modelos explicativos, sobre o viés dos determinantes e condicionantes, relatam a existência de um fenômeno complexo, com suas múltiplas variáveis, em ocasiões contrapostas, e que expressam diferenças na maneira de interpretar a realidade e o mundo. Esses autores, estudando as variáveis determinantes dos diferentes modelos conceituais sobre o processo saúde-doença, chamando a atenção para o fato de não existirem conflitos aparentes, posto que esses modelos permitem uma reflexão, um aprofundamento do conhecimento e uma maneira de abordar a realidade, têm possibilitado um avanço no conhecimento e nos determinantes do processo saúde-doença, com a inclusão de novas variáveis de acordo com o paradigma dominante. São também de grande importância para a construção de novas teorias, por serem o ponto de partida para a abordagem de novos modelos que permitam romper a fragmentação do conhecimento na explicação do fenômeno saúde-doença.

Os modelos sanitários, nos diferentes momentos históricos, refletem as concepções do processo saúde-doença resultantes das diferentes correntes de pensamento predominantes em cada momento. Entre esses momentos históricos, destaca-se o avanço do capitalismo no início

do século XVIII, quando as cidades cresceram desordenadamente e as condições de vida se agravaram. Isso fez com que surgisse um novo quadro nosológico, no qual predominavam as enfermidades epidêmicas. A concepção do processo saúde-doença, nesse período, devido aos avanços ocorridos no campo das ciências biológicas com a descoberta dos agentes etiológicos causadores de enfermidades específicas – até então atribuídas às causas naturais –, passou a ser feita sob a interpretação da Teoria da Unicausalidade. O entendimento científico da saúde foi construído à luz do paradigma biológico, que sustentava o modo de adoecer das pessoas simplesmente pela relação agente/hospedeiro (ALMEIDA FILHO, 1989; FONSECA, 1994).

Os conhecimentos básicos sobre as doenças transmissíveis cresceram muito rápido, regidos pelas leis da ciência e destinados a exercer o controle social que pudesse resolver as contradições geradas pela industrialização. Esses conhecimentos foram fortemente incorporados na medicina ocidental quando, em 1910, com o Relatório Flexner, foi introduzido o ensino médico em laboratórios por sistemas e com ênfase nas pesquisas biológicas, com enfoque marcadamente na patologia (MENDES, 1994).

O modelo conceitual flexneriano desencadeou, portanto, profundas mudanças na prática médica, reforçando a separação entre individual e coletivo, privado e público, biológico e social, curativo e preventivo (RODRIGUEZ NETO, 1979).

Quando conceituamos saúde a partir da Epidemiologia Social, fica clara a necessidade de articulação desse setor com outros setores sociais, criando redes de articulações entre indivíduos, grupos, saberes e poderes, porém com fronteiras imprecisas (LAURELL, 1989). Czeresnia (2003), em concordância com as necessidades de articulação entre os diversos setores, afirma que promover a saúde é lidar com o estilo de vida, é lidar com a pobreza e toda a desestruturação em seu entorno, desestruturação que é física, marcada por ausência de emprego, ambientes adversos, falta de infra-estrutura, falta de água potável, falta de saneamento, convívio com animais transmissores de doenças, poluição ambiental, sonora, carências alimentares e educacionais. Desestruturação que, muitas vezes, se torna pessoal, emocional, afetiva, sem que o indivíduo ou a família tenha condições efetivas para cuidar-se.

Esse conjunto de situações, de setores diversos, requer uma rede de interações e de solidariedade, articulando e entrelaçando realidades diversas, com o que nos parece de fronteiras imprecisas, como nos alerta a epidemiologia social. Nessa perspectiva, a intersectorialidade e a complexidade guardam entre si elementos comuns de um mesmo tronco conceitual. A saúde não deve ser tratada como propriedade de especializações. A saúde, como está posto no artigo 3º da Ordem Social da Saúde, tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio

ambiente, o trabalho, a renda, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social do país.

Desse modo, o estado de saúde não pode ser alcançado por um sistema independente do ambiente em que se inserem os indivíduos. Só se pode situar a saúde na relação dos seres vivos com seu ambiente (TARRIDE, 1998). Em contraponto, Morin (2002, p. 63) é categórico em afirmar que o pensamento complexo é o reconhecimento da existência de diferentes níveis de realidade, regidos por lógicas diferentes, e é inerente à atitude complexa. Qualquer tentativa de reduzir a realidade a um único nível regido por uma única lógica não se situa no campo da complexidade.

2.2 O Conceito de Saúde

O último século, particularmente nas décadas de 1960 e 1970, foi marcado por intensos debates internacionais e, no que diz respeito à saúde, a determinação econômica e social constituiu-se como eixo fundamental, levando à substituição do conceito de saúde vigente, centrado na doença, para um conceito ampliado, que implica a melhoria da qualidade de vida, construindo uma abordagem positiva como assinalam os trabalhos de Laurell (1989), que se fundamentam numa revisão necessária, fortalecida pelas experiências vivenciadas por países que, à época, se incluíam no bloco socialista. Os relatórios das missões enviadas à China em 1973 e 1974, pela Organização Mundial de Saúde, e o Relatório Lalonde (1974), no Canadá, são documentos básicos que até hoje referenciam estudos que contemplam o conceito ampliado de saúde. Esses dois acontecimentos alicerçaram a conferência de Alma-Ata (ORGANIZAÇÃO..., 1978), na qual a estratégia de que o debate sobre Atenção Primária da Saúde (APS) foi determinante para repensar o paradigma na área de saúde e, assim, construir a proposta de saúde para todos no ano 2000.

Na conferência de Alma-Ata, na antiga União Soviética, os países afirmaram a necessidade e a possibilidade de se atingir a saúde para todos no ano 2000, sendo elaborada a Declaração de Alma-Ata. A humanidade encontra-se às portas do final do século e, lamentavelmente, grande parte da população mundial estava à margem dos sistemas de saúde, mantendo-se, ainda, uma chocante desigualdade no estado de saúde dos povos. Esse documento confere destaque à atenção primária como sendo composta de cuidados essenciais de saúde baseados em:

Métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação; primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde..., e constituirão o

primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (ORGANIZAÇÃO..., 1978).

Nesse sentido, a saúde era marcada não como a simples ausência de doença, mas como o estado de completo bem-estar físico, mental e social, trazendo para a consideração no ambiente internacional aquilo que Marc Lalonde, ministro da saúde do Canadá, já apontava como os componentes básicos para a abordagem da saúde dos povos: “a biologia humana, o meio ambiente, o estilo de vida e a organização da atenção à saúde”. Ao longo dos anos, a atenção primária à saúde como estratégia para solucionar problemas de saúde foi e tem se ampliado, acompanhando as transformações provocadas pelas inovações tecnológicas, o surgimento de novas necessidades humanas e o debate sobre o direito à saúde. Dessa forma, o conceito de saúde ganha visibilidade por incorporar aspectos relacionados com a melhoria da qualidade de vida das populações (SCOREL, 1998).

Em 1986, oito anos depois, a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde afirma que “para promover a saúde, deve-se ir além do mero cuidado da mesma”, devendo a saúde fazer parte da ordem do dia em todos os setores e em todos os níveis e que a responsabilidade pela promoção da saúde, por parte dos serviços de saúde, deve ser compartilhados entre os próprios usuários, os profissionais, gestores e os governos, ou seja, todos devem trabalhar em conjunto para construir um sistema de proteção à saúde.

Mais tarde, em 1992, representantes de 21 países reunidos em Santa Fé (Bogotá, 1992) elaboraram a Carta de Bogotá, apontando para a “situação de iniquidade da saúde nos países da América Latina” e reiterando “a necessidade de se optar por novas alternativas na ação da saúde pública, orientadas a combater o sofrimento causado pelas enfermidades da urbanização e industrialização”. A Carta de Bogotá destaca, ainda, a importância de cada sociedade definir o seu bem-estar “como uma opção particular de viver com dignidade” e aponta para o papel da promoção da saúde como agente de mudança, introduzindo transformações radicais nas atitudes e condutas da população, visando o desenvolvimento integral dos seres humanos.

Entre as estratégias mencionadas pela referida Carta, destaca-se o relevo conferido à promoção da saúde, mediante a garantia do acesso universal aos serviços de saúde, ampliando a compreensão dos fatores condicionantes da morbi-mortalidade local e desenvolvendo processos que levem a população “a criar ideais de saúde” diante da tomada de consciência da importância de sua saúde, e a realização de ações de impacto com vistas à busca permanente da qualidade de vida.

Com igual ênfase para a Promoção da Saúde, a Carta do Caribe, elaborada durante a 13ª Reunião dos Ministros Responsáveis pela Saúde do Caribe, em 1993, ressaltou como estratégia para a concretização da promoção da saúde de seus povos,

A formulação de normas públicas saudáveis, a reorientação dos serviços de saúde, a participação efetiva das comunidades para conseguir seu bem-estar, a criação de ambientes saudáveis, o fortalecimento e desenvolvimento das capacidades pessoais relacionadas com a saúde e a construção de alianças baseadas nos meios de comunicação (CARTA DO CARIBE, 1993).

Esses pontos são ratificados nas Conferências Internacionais que se seguem nos anos 1990, como a 4ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em 1997, em Jacarta, Indonésia, que foi palco de reflexões sobre os avanços alcançados até então na área da promoção de saúde e com vistas às ameaças emergentes à saúde. Essa declaração recomenda a necessidade de novas ações efetivas, concretas e capazes de destravar o potencial para a promoção da saúde existente no indivíduo, na família, na comunidade e em diversos setores da sociedade organizada.

Indo nessa mesma direção, ministros de saúde de países Íbero-americanos, reunidos em Havana, em 1999, com o objetivo de analisar e procurar consensos sobre os problemas relativos à saúde e alternativas de intervenção no contexto da globalização, ratificaram esses mesmos pontos em relação à promoção da saúde (CONFERÊNCIA DE HAVANA, 1999). Mais uma vez a estratégia fundamental para alcançar saúde para todos está pautada a partir da Atenção Primária de Saúde, salientada a garantia de cobertura, acessibilidade, capacidade resolutiva e que pertença a um sistema integrado de saúde.

Os documentos descritos acima se referem não apenas a práticas expositivas de forma tradicional, mas combinam os diversos determinantes do comportamento humano com as várias experiências de aprendizagem, formal e informal, com vistas a predispor, possibilitar e reforçar ações saudáveis de pessoas ou grupos populacionais sem qualquer tipo de coerção e com plena compreensão e aceitação dos objetivos educativos implícitos e explícitos nas ações recomendadas. Rompe-se, assim, com as práticas educativas tradicionais compostas por:

O conjunto de tecnologias para transformar os grupos carentes em contingentes limpinhos, educados e disciplinados, à imagem dos profissionais de saúde, desde que confinados nos seus espaços de subalternidade (STARFIELD, 2002, p. 142).

Dessa forma, a promoção da saúde deve ser vista como a utilização de recursos a serem utilizados no cotidiano da vida, voltados para instrumentar o indivíduo em seu contexto familiar e social, para livremente realizar as suas aspirações, satisfazer suas necessidades e

enfrentar e mudar o seu entorno quando necessário. Refere-se, assim, à manutenção do equilíbrio dinâmico do indivíduo com o seu meio, a verdadeira saúde integral do ser.

Na perspectiva de efetivar a estratégia da promoção da saúde, podemos verificar que a partir da Declaração de Alma-Ata, no sentido de alcançar saúde para todos, importantes desafios foram lançados. O modo tradicional de enfrentamento dos problemas de saúde de forma setorial tem-se mostrado inadequado à maneira integrada com que os problemas se apresentam. Faz-se necessário integrar as ações, visto que o ser humano prescinde de várias dimensões, como: social, ambiental, econômica, cultural, nutricional, entre outras, pois o cotidiano dos indivíduos ocorre de forma conjunta, não sendo possível separá-lo (MORIN, 2004).

2.3 A Construção Social do Sistema Único de Saúde (SUS)

No período acima focado (décadas de 70/80), a conjuntura política brasileira se encontra marcada por um período de restrições democráticas que trazem não só para a saúde, mas para o conjunto da sociedade imposições por parte do regime de governo na época, muitas vezes sintonizados com interesses de blocos econômicos, que em geral não atendia às demandas da população. O desenvolvimento dessa forma de governar trouxe para a assistência à saúde um modelo caracterizado pelo fortalecimento da medicina privatista, centrada no indivíduo isoladamente, sem levar em conta todos os aspectos que o rodeiam, sem entender o indivíduo em sua complexidade, reconhecendo o processo de saúde-doença focando-se somente no biológico. Essa lógica traz para a saúde um olhar míope; contrapondo-se ao olhar de Morin (2002), o homem é um ser complexo e deve ser entendido a partir de todas as suas necessidades e relações sociais.

Sendo assim, o sistema de saúde (fechado em um modelo centrado nos hospitais) não foi capaz de atender e promover a saúde nem em seus limites mínimos. Como exemplo disso, podemos citar o esvaziamento do Ministério da Saúde, os baixos investimentos no setor, que resultaram no aumento da mortalidade infantil, da mortalidade materna, dos acidentes de trabalho e do surgimento de epidemias como a meningite (MENDES, 1994, p. 87).

Nesse cenário, os setores organizados da sociedade brasileira, sintonizados com o enfrentamento ao autoritarismo, num processo de redemocratização do país, encontram respaldo suficiente para reiniciar o movimento de reforma do modelo de atenção à saúde, incorporando acúmulo internacional do conceito de saúde expressado, principalmente a partir da Conferência de Alma-Ata. O movimento sanitário, agora reoxigenado, articula-se fortemente com os movimentos populares de saúde (MOPS). Nesse sentido, vale aqui

destacar o documento aprovado na Assembléia Nacional do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde, realizado em junho de 1979, que, de modo consensual, apresentou suas linhas de atuação para o início da década de 1980. Naquele evento, o CEBES (1980) reafirmou que:

A luta pela saúde e pela democracia, aponta para necessidade de uma avaliação do que tem representado o trabalho da entidade, suas limitações e suas perspectivas, a partir de uma análise conjuntural da sociedade brasileira e de seu setor saúde em particular, visando uma orientação estratégica conseqüente, isto é, que permita uma atuação realística, efetiva, abrangente e ajustada às novas condições do momento histórico porque passamos (CEBES, 1980).

Essa assembléia definiu três grandes prioridades para a luta política no período: a política demográfica, a saúde ambiental, do trabalho e a política nacional de saúde. No que diz respeito a esta última, o Movimento Sanitário Brasileiro construiu uma proposta inovadora, que incorpora os novos conceitos de saúde, caracterizando assim o Prev-Saúde. Esse projeto anteciparia os pressupostos que futuramente viriam a constituir o Sistema Único de Saúde (SUS), tais como: hierarquização, participação comunitária, integração de serviços, regionalização e extensão da cobertura. Essa proposição provocou disputas intensas com a Federação Brasileira dos Hospitais, que defendia e implementava o modelo médico-assistencial privatista, com ênfase na assistência médico-hospitalar e nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, o que originou versões diferentes do Prev-Saúde e fez com que ele fosse caracterizado como “natimorto”, não chegando a ser implementado como proposta original.

Paim (2003) destaca que esse boicote estava articulado pelos dirigentes do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), em perfeita sintonia com as empresas de serviços médico-hospitalares, o que caracterizava uma articulação de setores do governo (INAMPS) com o modelo privatista.

Corroborando com esse pensamento, Teixeira e Oliveira (2002) definem os anos 1980 como o período de eclosão de três crises: ideológica, financeira e político-institucional. Esses autores caracterizam a crise ideológica consubstanciada pelo tamanho do Estado, pela necessidade e ampliação dos serviços de saúde, contrapondo-se à ideia do Estado-Mínimo. Em relação à crise financeira, Singer (2001) afirma que o Brasil mergulhou num processo de recessão jamais vivido em sua história o qual, com a redução dos salários, ampliação do desemprego, baixa produtividade, pobreza, ampliou-se ainda mais, tanto na ampliação do número de pobres quanto no aumento da miséria. Como não poderia deixar de ser, a crise político-institucional surge em consequência das duas anteriores, caracterizada por falência das estruturas que dão sustentação ao Estado, culminando com a reorganização dos

movimentos sociais, reativação do movimento sindical, denunciando a ineficiência do governo, exigindo assim a redemocratização do País, o que antecipou o fim da ditadura militar.

Diante da intensa crise político-institucional, cresciam os movimentos reformuladores do sistema de saúde, o que forçou o governo a articular o plano CONASP (Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária), que fora implementado nas AIS (Ações Integradas na Saúde) e nas Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), possibilitando acesso aos serviços previdenciários, além da saúde pública para a população não assegurada (CEBES, 1980).

Essa iniciativa não atendeu às demandas do movimento sanitário brasileiro, pois não respondia aos princípios como: integralidade, descentralização dos recursos, participação da população, entre outros. Por sua vez, esses princípios vão encontrar ressonância nos debates da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), onde foram resgatados os preceitos conceituais da promoção da saúde em debate. Essa Conferência foi legitimada pela intensa participação da sociedade civil organizada, representada pelo MOPS (Movimento Popular em Saúde), ABRASCO (Associação Brasileira em Saúde Coletiva) e CEBES (Centro Brasileiro de Estudos em Saúde), contribuindo de forma decisiva para a construção do conceito ampliado de saúde que, entre outras diretrizes, garante a integralidade, pelo menos do ponto de vista conceitual (CEBES, 1980).

O momento político que o Brasil passava naquela ocasião, final da década de 1980, a construção de uma nova Constituição, foi muito oportuno para o movimento sanitário, no sentido de que este tenha influenciado os constituintes a incorporar na nova Carta Magna o sentimento dos participantes do VIII Conferência Nacional de Saúde, garantindo um texto moderno, em que o conceito de saúde é contemplado de forma ampla. Exemplo disso é o que se apresenta no exposto no artigo 196, quando afirma que,

Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p. 133).

O conceito de saúde, antes centrado no médico/hospital/medicamento/equipamento, passa a enfocar outras dimensões, como: a melhoria da qualidade de vida, o ambiente, as relações de trabalho, a integralidade, a equidade e a universalidade (SOUZA, 2000). Com essa nova concepção, surge também a necessidade de um aparato suficiente para sua concretização.

Seria necessário não apenas a criação de um novo sistema de saúde, mas um sistema de saúde que, além de estruturado, fosse capaz de colocar na prática o novo conceito de saúde

O PSF e as Ações Intersetoriais: potencial e limites

abordado pela constituição de 1988. Nesse sentido, para a realização do Sistema Único de Saúde então criado em 1988, foram estabelecidas a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, e a Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. A primeira, que consolida o SUS, estabelece entre seus princípios e diretrizes norteadoras (BRASIL, 1990 a,b): a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade da assistência, como conjunto articulado e contínuo de ações preventivas e curativas, individuais e coletivas; descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, enfatizando a municipalização, a regionalização e a hierarquização da rede de serviços de saúde. A segunda instituía também a participação da comunidade, atuando na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde pelas Conferências e Conselhos de Saúde.

O Artigo 196 da Constituição Brasileira explicita que o estado de saúde, para ser atingido, necessita da articulação das políticas sociais e econômicas, de onde poderia pressupor-se a necessidade de articulação intersetorial, definida por Japiassu (1996) como articulação entre sujeitos de setores sociais diversos e, portanto, de saberes-poderes e vontades diversos para enfrentar problemas complexos.

Para a saúde, a intersetorialidade é vista como um ponto central para atingir maior *equidade*, especialmente onde o progresso depende de decisões de outros setores, tais como agricultura, alimentação, nutrição, educação, finanças, saneamento, cultura, ascendência social. Uma das principais metas da ação intersetorial é fortalecer as decisões políticas e a prática organizacional, reunindo diferentes setores e, por meio disso, mover-se em direção às práticas voltadas à construção de *políticas públicas saudáveis* (FERRAZ, 1999).

Para Mendes (1996, p. 235), “a construção social de um novo sistema de saúde está fundada em três categorias centrais: a concepção do processo saúde-doença, o paradigma sanitário e a prática sanitária”.

A concepção do processo saúde-doença muda o polo da tradicional oferta de serviços voltados à doença para o investimento em ações mais globalizadas, que articulam saúde com condições de vida, por meio das inter-relações entre os fatores biológicos, ambientais, sociais, econômicos e de oferta de serviços de saúde resolutivos. Assim, a nova concepção do processo saúde-doença coloca no mesmo ambiente social as ações de naturezas curativas, preventivas e de promoção da qualidade de vida. A mudança do conceito de saúde como ausência de doença, que sustenta a prática sanitária da atenção médica, traz ao campo teórico e prático da assistência à saúde o paradigma sanitário, baseado na saúde como expressão de qualidade de vida. À prática sanitária até então estruturada em torno da prática da atenção

médica, fundamentada nos marcos da medicina científica, incorporam-se novas práticas de vigilância da saúde, centradas nos problemas de saúde decorrentes da produção social das condições de vida. Esse mesmo autor estabelece como marco teórico para a construção de um novo sistema de saúde a relação dialética entre a concepção sustentada na doença e a concepção da produção social da saúde. Essa relação é expressa na Figura 1.

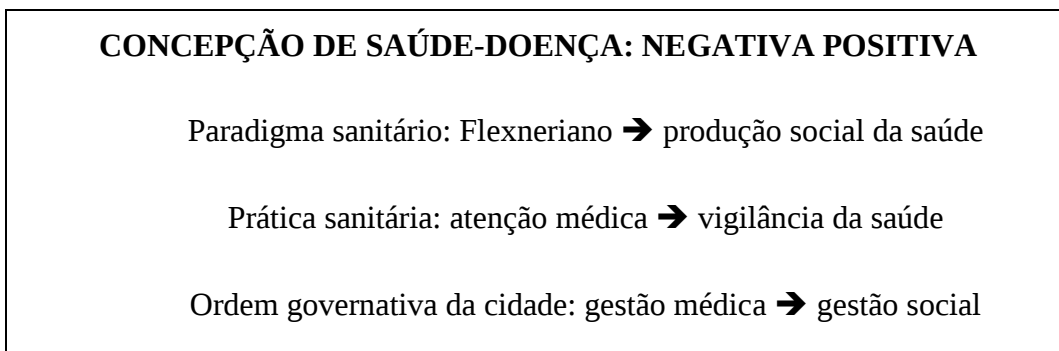


FIGURA 1. CATEGORIAS DE MUDANÇAS PARA A CONSTRUÇÃO DE UM NOVO SISTEMA DE SAÚDE.

Fonte: MENDES (1996, p.234).

Nessa concepção, trabalhar com problemas de saúde exige a articulação intersetorial para buscar operações conjuntas destinadas a solucioná-los, levando em consideração os recursos existentes no território (MENDES, 1996).

2.4 O Modelo de Atenção à Saúde da Família

A crise estrutural do setor de saúde no País, vivenciada pela população brasileira por muito tempo, gerou um verdadeiro hiato entre direitos sociais garantidos em lei e a capacidade efetiva de oferta dos serviços públicos pelo Estado (SOUZA, 2007). Nesse contexto, ainda se observa o conflito entre Estado-Mínimo e o Estado de Direito. Isso fica claro quando o Ministério da Saúde procura estabelecer mecanismos capazes de assegurar a concretização das conquistas sociais legalmente garantidas como política pública (BRASIL, 2006^a).

Teixeira et al. (1998), contribuindo para essa análise, apresentam as diferentes concepções dos modelos assistenciais com relação ao sujeito, ao objeto, aos métodos e às formas de organização do trabalho, conforme se observa na Tabela 1.

Destaca que o modelo da Vigilância da Saúde é aquele que supera os demais, porque transcende o espaço institucional e rompe com a dicotomia entre as chamadas práticas coletivas e as práticas individuais.

MODELOS ASSISTENCIAIS E VIGILÂNCIA DA SAÚDE

TABELA 1. MODELOS ASSISTENCIAIS E VIGILÂNCIA DA SAÚDE

MODELO	SUJEITO	OBJETO	MEIOS DE TRABALHO	FORMAS DE ORGANIZAÇÃO
	Médico			
Modelo médico-assistencial privatista	a) Especialização	Doença (patologia e outras)	Tecnologia médica (indivíduo)	• Rede de serviços de Saúde
	b) Complementaridade (paramédicos)	Doente (clínica e cirurgia)		• Hospital
Modelo Sanitarista	Sanitarista Auxiliar	Modos de transmissão	Tecnologia sanitária	• Campanhas sanitárias
		Fatores de risco		• Programas especiais
Vigilância da saúde	Equipe de saúde População (cidadão)	Danos, riscos, necessidades e determinantes dos modos de vida e saúde (condições de vida e trabalho)	Tecnologias de comunicação social, de planejamento e programação local, situacional e tecnologias médico sanitárias.	• Sistemas de Vigilância
				• Epidemiologia e sanitária
				• Políticas públicas saudáveis
				• Ações intersetoriais
				• Intervenções específicas (promoção, prevenção, recuperação)
				• Operações sobre problemas e grupos operacionais

Fonte: TEIXEIRA, L. L. (1998).

Diversas propostas de mudanças setoriais, ao longo dos anos, foram esboçadas, traduzidas em projetos pontuais e com resultados pouco perceptíveis pela população, no que tange à estruturação dos serviços de saúde, exatamente por não promoverem as mudanças significativas no modelo de atenção à sua saúde. Essas mudanças são caracterizadas por baixa resolutividade e ineficiência do modelo centrado na doença. O Estado passa, a partir do SUS, a optar não mais pela medicina curativa de alta complexidade unicamente, mas, timidamente, dá início à transição ao modelo de atenção primária.

Nesse contexto, o Estado incorpora o Programa Agente Comunitários de Saúde (PACS), que já era vivenciado pelo MOPS. Entretanto, a população, por não conhecê-lo, desconfiava de seus objetivos, pressupondo-o como mais um programa para ampliar a cobertura da assistência à saúde. Porém, com seu desenvolvimento, este se apresenta eficaz no que diz respeito à educação em saúde, à prevenção e à promoção, incorporando *modos operantes* diferenciados do que vinha sendo apresentado anteriormente.

O PACS foi o primeiro passo na reversão do modelo assistencial da saúde no País, com resultados quantitativos e qualitativos favoráveis à atenção primária de saúde, posteriormente foi reforçado pelo Programa Saúde da Família (PSF). Influenciado por experiências vistas em Cuba, China, Inglaterra, Canadá, resguardando as diferenças políticas, econômicas, sociais e culturais com os países referidos, a estratégia brasileira veio reforçar o resultado na intervenção das condições de vida, pelo fato de que a medicina preventiva e curativa é exercida na própria comunidade. O PSF veio, portanto, na perspectiva de avançar na disputa com o ainda hegemônico sistema suplementar de atenção à saúde, composto pelos adeptos da capitalização e mercantilização do setor saúde, com o propósito de reorganizar a atenção básica, garantindo, para além da resolutividade dos serviços, o estabelecimento de vínculos de compromisso e responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população (SOUSA et al., 2000).

Nessa perspectiva, apesar de rotulado como um “programa”, o PSF foge à concepção usual dos programas tradicionalmente concebidos pelo Ministério da Saúde. Caracteriza-se como uma estratégia que possibilita a integração, promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito de enfrentamento e resolução dos problemas identificados (SOUSA, 2000).

Ele tem o coletivo como foco de atenção, entendendo que os indivíduos estão inseridos em uma família, e esta última em um determinado grupo populacional, e que o processo saúde-doença é determinado socialmente, e, conseqüentemente, só uma abordagem coletiva poderá efetivamente provocar um impacto profundo e duradouro nesse processo

(KLUTHCOVSKY, 2004). A família, e não mais o indivíduo isolado, passa a ser o objeto da atenção setorial, sendo entendida e abordada a partir do meio onde vive. Mais do que uma delimitação geográfica, esse meio representa o espaço onde são construídas as relações intra e extra-familiar e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida. Dessa forma, é nele que melhor se compreende o processo saúde-doença de forma integral e, portanto, é onde idealmente são desenvolvidas as intervenções de maior impacto e significação social.

Reforçando os princípios do SUS, e como estratégia de consolidar a reforma sanitária, o PSF conseguiu, em pouco tempo, entre outras metas, a redução do número de internações evitáveis, um maior acompanhamento de gestantes, melhoria no incentivo ao aleitamento materno, reduzindo a mortalidade materna e infantil, melhor cobertura vacinal, entre outros.

Algumas experiências contribuíram para que o governo adotasse o PSF como estratégia para reversão do modelo anterior, criado inicialmente em 1993; implantado de forma experimental em 1994 pelo Ministério da Saúde em 14 (catorze) municípios brasileiros, recebendo influência das experiências positivas do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Programa Médico da Família (PMF) do município de Niterói-RJ, e dos modelos de Saúde da Família cubano, canadense e inglês (MENDES, 1996).

As experiências citadas, a ação técnico-política de atores institucionais que ampliaram as ações do PSF, articulando-o com as propostas de distritalização e da vigilância em saúde, permitiram concebê-lo como indutor do modelo assistencial (PAIM, 1994).

Compartilhando do conceito formulado por Sousa (2007), entendemos por **Modelo de Atenção à Saúde Integral¹ e Familiar**:

“aquele capaz de promover a saúde e a melhoria da qualidade de vida, como uma política pública, a qual possa responder aos desafios contemporâneos em um mundo globalizado, representados pelas crescentes e dinâmicas transformações tecnológicas, sociais, políticas, culturais e ambientais. Ela indica que um novo modelo deve criar e aprimorar continuamente ambientes saudáveis, protegendo as pessoas contra ameaças à saúde e possibilitando aos indivíduos, famílias e comunidades a expansão de suas liberdades, capacidades e oportunidades de desenvolverem ao máximo seu capital humano”.

Nesse sentido, o desenho da política nacional de promoção da saúde orienta-se para o fortalecimento da atenção básica – Estratégia Saúde da Família –, visando dar concretude e articular os eixos da reorientação dos serviços e da intersetorialidade (BRASIL, 2003).

¹ Vários são os sentidos empregados para o conceito de integralidade. Nesta pesquisa, nos referimos a um conjunto de características que compõem as práticas dos profissionais envolvidos com a estratégia saúde da família; a organização das ações e serviços de saúde e as políticas públicas, como capacidade governamental dar respostas aos problemas de saúde.

2.5 A Saúde da Família e as Ações Intersetoriais

Várias são as conotações dadas ao termo família ao longo da história da humanidade. Devido às diferentes interpretações geradas em torno do tema, Casey (1992) evita reduzir o enfoque ao ambiente familiar no sentido dado ao lar, sob o aspecto de agrupamentos, estando expostos em registros históricos como unidades identificáveis. A história da família, nessa visão, encontra-se associada à demografia histórica e contribui para a compreensão do desenvolvimento econômico das sociedades tradicionais. No entanto, afirma o autor, esse entendimento “pode impedir o debate sobre as categorias significativas a serem adotadas na análise das sociedades tradicionais” (CASEY, 1992, p. 15).

Nesta tese, a família é vista e compreendida como uma unidade de produção social em constante articulação com as diferentes esferas da vida na sociedade, afetando essa sociedade e sendo afetada por ela. E no tocante ao entendimento da família, na origem do desenho do PSF, Sousa (2007) nos chama atenção:

Uma das primeiras inversões do PSF é que a família passa a ser o objeto de atuação e é entendida a partir do espaço em que vive, chamado de espaço/domicílio. Nesse caso, Família – é o conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência que reside na mesma unidade domiciliar. Inclui empregado(a) doméstico(a) que reside no domicílio, pensionistas e agregados (BRASIL, 1988).

Como estatui a Lei Maria da Penha (art. 5º, II) “a família é compreendida como a comunidade formada por indivíduos que são ou se consideram aparentados, unidos por laços naturais, por afinidade ou por vontade expressa”, o que acabou se tornando a primeira norma infraconstitucional a reconhecer categoricamente o conceito moderno de família.

É importante salientar que o caráter de objeto de atuação não significa uma retificação da família. Pelo contrário, sendo o foco de atuação da política de saúde, a família torna mais presente a dimensão do contexto social e histórico. O indivíduo, no contexto de sua integração à família e à comunidade pode, dessa forma, assumir a posição efetiva de sujeito do processo histórico. Mais do que uma delimitação de lugares geográficos, esse espaço deve ser entendido como espaço-âncora, ou seja, onde se constroem as relações intra e extra-familiar, onde se dá a luta pela sobrevivência, pela reprodução e pela melhoria das condições de vida (BRASIL, 1998).

Adverte Casey (1992), “a ação sobre esse espaço é um desafio a um olhar técnico e político mais ousados, que abandona a área delimitada pelos muros dos serviços de saúde, enraizando-se na vida social a partir do espaço/domicílio de cada família”. No mesmo raciocínio, segue afirmando: “Outras inversões de que trata o modelo é a ampliação de

horizonte à compreensão dos vários elementos relacionados ao processo saúde-doença, e o aprofundamento dos laços de compromisso e corresponsabilidade entre instituições, profissionais de saúde e população”. O modelo do PSF se direciona para a promoção da equidade, ou seja, para a diminuição das injustiças. Por isso, por meio de uma operação de discriminação positiva, são eleitos públicos e formas de atuação. Mas é importante destacar que não se fere, nesse processo, a ideia da integralidade, preservada na ideia de racionalização de recursos, mas sem renunciar, quando necessário e justificável, à utilização de tecnologia de última geração.

Saúde da Família não se constitui, portanto, em um modelo simplificado, de pobre para pobre, o PSF também não recorta a população em fatias (mulher e criança), nem a atenção em nível primário. Integralidade significa também articulação, integração e planejamento unificado de atuação intersetorial. Essas ideias subsidiam o modelo do PSF (SOUSA, 2007).

É importante registrar também o entrelaçamento do conceito de atenção primária/básica e do PSF. Para isso, recorremos ao que afirma Starfield (2002, p. 28), quando conceitua atenção primária/básica:

é aquele nível de um sistema de serviços de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa no decorrer do tempo, para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros.

Assim, é definida como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da atenção primária. A atenção primária é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis de atenção.

Em diálogo com Starfield, concordamos com Sousa, quando escreve sobre o conceito do PSF. Ela diz:

No caso Brasileiro, entendemos o **conceito do PSF** como uma estratégia política para promover a organização das ações de atenção básica à saúde nos sistemas municipais de saúde; está inserido em um contexto de decisão política e institucional de fortalecimento da Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde e se fundamenta em uma nova ética social e cultural, com vistas à promoção da saúde e da qualidade de vida dos indivíduos, famílias e comunidades.

Continua Sousa:

Nessa direção, seus princípios organizativos revelam-se nos seguintes objetivos assim recomendados pelo Ministério da Saúde:

- a) Prestar, na unidade de saúde e no domicílio, assistências integrais, resolutivas, contínuas, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adstrita;
- b) Intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta;
- c) Eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde;

- d) Humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população;
- e) Proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais;
- f) Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde;
- g) Fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida e;
- h) Estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício social (BRASIL, 1998).

Em síntese, Sousa (2007) define alguns dos “conceitos que sustentam” a ideia do PSF, citando, entre outros, a saúde como direito de acesso a bens e serviços não apenas assistenciais mas à promoção da saúde; à saúde para todos e à atenção primária à saúde; à ação da comunidade para a saúde; à *advocacy* em favor da saúde; aos ambientes saudáveis e de apoio à saúde; ao envolvimento social; à autoajuda; ao desenvolvimento sustentável, bem como à proposta de cidades saudáveis, logo, defendendo que, no esboço das responsabilidades das equipes do PSF, as ações intersetoriais sejam o disparador para a integração das políticas públicas setoriais, como forma de promover a saúde em seu conceito ampliado.

A intersetorialidade é uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas que pretendem possibilitar a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população. A intersetorialidade está necessariamente relacionada à prática, ao enfrentamento de problemas reais. É uma nova prática social, reconstruída a partir da reflexão e do exercício democrático. A construção da intersetorialidade como um novo arranjo para intervenção tem o potencial de se converter em uma estratégia democratizadora, que possibilita a abertura de novos espaços de participação, a constituição de novos sujeitos, o empoderamento e a inclusão de novos atores sociais no processo de decisão política e de gestão dos espaços públicos (JAPIASSU, 1996).

Mais que um conceito, a intersetorialidade é, neste momento, uma prática social que vem sendo construída a partir da existência de profundas insatisfações em pelo menos dois campos da modernidade. Primeiro, no campo filosófico, em que há um questionamento do lugar e da possibilidade de ação conferida às pessoas pela concepção positivista de mundo. O mundo da modernidade é o mundo da racionalidade, dominado pelo funcional e pelo instrumental, concebido segundo uma visão objetiva da realidade, na qual o homem foi convertido em um objeto qualquer, preso e progressivamente subjugado pelas forças da técnica e da história. Em contraposição a esse tipo de compreensão, há uma busca de resgate

da subjetividade, da possibilidade de ser sujeito, de ser solidário e de participar da construção do mundo e do futuro (JAPIASSU, 1996).

A criação do vínculo com a comunidade, instituída também como estratégia, permite ao médico e gestor conhecer melhor o processo saúde-doença e não apenas aperfeiçoar a atenção à saúde, mas, além disso, entender a saúde como problema complexo, que não se resume apenas ao setor saúde, mas que necessita de outros setores e da intersetorialidade e interdisciplinaridade.

Para Morin (2007, p. 56), a atitude transdisciplinar acompanha o homem desde a sua origem. Por ser o homem produto da natureza biofísica e cósmica, essa mesma natureza sempre se comportou de forma transdisciplinar, o homem traz na sua estrutura esse modo de se inserir e evoluir no ambiente peculiarmente constituído por essa conjuntura cósmica e planetária.

A intersetorialidade, na perspectiva da promoção da saúde, faz parte de todo um trajeto histórico em grandes fóruns mundiais e é, hoje, parte integrante da agenda política dos países da América Latina. No Brasil, particularmente, este é um momento em que o Ministério da Saúde deveria estar empenhado em implementar uma Política Nacional de promoção à saúde por meio de uma coordenação específica, priorizando o fortalecimento da atenção básica mediante a oferta dos serviços nesse nível, pelo eixo da Saúde da Família (SANTANA et al., 2004).

A intersetorialidade, apesar de sua importância para a efetividade da integralidade e de ser essencial, no sentido da garantia do direito às políticas públicas, só teve, entre nós, no Brasil, tratamento mais aprofundado na 12ª CNS, analisada como eixo temático. Os conferencistas reconheceram que a concepção de desenvolvimento nacional, nos termos da constitucionalidade, engloba as diretrizes da intersetorialidade e deve orientar as políticas públicas de emprego, moradia, acesso a terra, saneamento, ambiente, educação, segurança pública, segurança alimentar e nutricional. O texto assim se refere:

A articulação setorial entre os diversos ministérios é o caminho para a consolidação da reforma sanitária. Significa conferir prioridade a problemas de saúde e garantir sua abordagem de forma intersetorial como política de governo (BRASIL, 2005).

No que diz respeito ao Programa Saúde da Família (PSF), o documento acima referido concluiu que o PSF deve ser valorizado como espaço para o exercício da intersetorialidade. Isso deveria pressupor que o PSF estaria, na sua prática, ampliando a compreensão de saúde no sentido da qualidade de vida, garantindo sua abordagem de forma intersetorial e como política pública de governo para a inclusão social e a construção da cidadania. Além do que se

faria necessário romper com a prática de políticas setoriais isoladas, garantindo a construção de agendas intersetoriais, desenvolvendo ações conjuntas, planejadas e implementadas de forma articulada nas três esferas de governo, evitando a sobreposição de iniciativas, potencializando recursos financeiros, permitindo agilidade e otimização nas práticas das políticas públicas (BRASIL, 2005).

Hoje, a estratégia de Saúde da Família, apontada pelo Ministério da Saúde como eixo estruturante do nível básico da atenção à saúde a toda população brasileira, visa à mudança do sistema de forma articulada e perene, possibilitando a busca da integralidade da assistência e a criação de vínculos de compromisso e de responsabilidade compartilhados entre os profissionais de saúde e a população (BRASIL, 2006b).

Sua característica estratégica alicerça-se na reordenação da atenção básica da saúde, voltando-se para a construção de um sistema de saúde efetivamente hierarquizado, amplamente resolutivo, tecnicamente competente, integralmente construído e atuante; tendo a continuidade e a universalidade da atenção sendo processadas, além da humanização do atendimento e a ética de sua prática como eixos norteadores. Propõe a mudança, construída de forma participativa, mobilizadora e, acima de tudo, integradora (BRASIL, 1994).

Apesar de sua expansão vir se dando segundo os princípios da discriminação positiva, ou seja, tratar diferentemente os diferentes, não se trata, reiterando o que já foi mencionado anteriormente, de uma alternativa pontual, e sim de um modelo substitutivo para toda a assistência básica, contemplando assim a quase todo território brasileiro e a aproximadamente 90,5 milhões de brasileiros. As equipes de saúde da família deixaram de ter apenas um sotaque regional e passaram a ter o sotaque nacional, pois, atualmente, já existem mais de 5.200 municípios brasileiros, em todas as Unidades da Federação, acolhendo cerca de 28.302 equipes de saúde da família (BRASIL, 2008).

Essa estratégia vem introduzindo importantes elementos de mudança ao promover uma maior interação dos serviços com a comunidade, inclusive focalizando o trabalho do agente comunitário de saúde, e o que é mais fundamental, reforçando a atuação preventiva e de promoção da saúde na rede básica.

Apesar do pouco tempo de existência formal há, em âmbito nacional, um acúmulo de diversificadas experiências, as quais fornecem elementos de reflexão àqueles que se propõem a concretizá-la em sua localidade, sempre considerando suas especificidades.

A intersetorialidade presente na estratégia de PSF já vem exigindo dos profissionais de saúde, bem como dos gestores, um compromisso com a gestão empreendedora intersetorial. Inúmeros são os exemplos de comunidades e municípios cujos setores da administração vêm

dialogando com as equipes e comunidades (SPINK, 2002). Só para citar alguns exemplos: em Teresina (PI) e em Tupanciretã (RS), agentes comunitários, mediante o diagnóstico da comunidade e a discussão com as associações de moradores, ajudam a priorizar áreas e famílias que precisam receber melhorias das condições de habitação e saneamento (deficientes, idosos, desempregados, etc.) (FERRAZ, 1999). Em Sobral (CE), a ação social e a saúde se fundiram numa só secretaria e atuam em parceria com setores ligados à promoção da infância, saneamento, etc. Em Camaragibe (PE), o plano diretor da cidade foi construído por meio de uma articulação entre o conjunto das secretarias e os setores sociais organizados da população coordenada pelas Secretarias de Governo e de Planejamento (MENEZES, 2005).

Nos casos acima citados, a prática evidenciou que a Estratégia de Saúde da Família, quando bem articulada, responde adequadamente às necessidades básicas de saúde da população de pequenas cidades e de metrópoles com milhões de pessoas, pois garante maior vínculo e humanização da atenção onde quer que seja operacionalizada, mesmo onde o trato social é muitas vezes superficial e pouco caloroso.

A Rede Unida (2000), pesquisando diversas intervenções intersetoriais no Brasil, ressaltou a necessidade de estimular a sistematização e a comunicação das diversas experiências, no sentido de fomentar o intercâmbio e novas parcerias. No que diz respeito ao processo de trabalho, refere que a incorporação de uma nova prática implica romper com o cooperativismo setorial, e que, para facilitar esse processo, são necessários o desenvolvimento, a sistematização e a divulgação de abordagens metodológicas, contextualizadas no sentido do olhar antropológico, trabalhando sócio-cognitivamente as questões e demandas dos sujeitos envolvidos. No que diz respeito à capacitação dos profissionais, esse documento enfatiza a necessidade do desenvolvimento de habilidades específicas para o trabalho intersetorial como articulação, negociação, etc. Foi observado ainda que, em alguns estudos, apesar de existir uma articulação em forma de projeto, na prática, existia justaposição de setores e ações, expressando dificuldades para romper as práticas isoladas, o que tornava limitado o compartilhamento do poder.

Em estudo realizado por Escorel (2007) em seis grandes centros urbanos do Brasil, foi observada a articulação intersetorial pela maioria dos profissionais de nível superior do PSF que desenvolviam atividades fora do setor saúde voltadas para solução dos problemas da comunidade. Quando estes mesmos profissionais são indagados se consideram muito satisfatória a articulação com outros setores sociais para enfrentamento dos problemas identificados, apenas um quarto assim o considera, demonstrando-se, ainda, muito insipiente a

articulação intersetorial desenvolvida pelos governos locais, em que pese resultados positivos em alguns municípios. O estudo não demonstrou como os profissionais envolvidos nesse programa estariam buscando efetivar as articulações intersetoriais referidas.

Em pesquisa realizada pela Escola Nacional de Saúde Pública no Rio de Janeiro (2003), foram analisadas as práticas do trabalho intersetorial e transdisciplinar dos profissionais do Programa de Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PSF/PACS), como objeto de análise no referencial teórico das ciências humanas. Segundos os autores, a reflexão crítica das intervenções discutiu como as ações coletivas intersetoriais e transdisciplinares, quando desenvolvidas com o objetivo de fortalecer as autonomias dos sujeitos e o exercício da contra-hegemonia política, contribuíram para a melhoria da qualidade de vida da população. Os autores concluíram como relevantes os seguintes aspectos: para melhoria da qualidade de vida, é necessária uma abordagem intersetorial baseada no confronto, na reconstrução e na articulação das diferentes especialidades dos atores envolvidos, das realidades e organizações dos setores cujas ações e impacto influenciam nas condições de vida da população.

Em São Paulo (IANNI, 2004), em duas localidades (Barra Funda e Parque São Rafael), foi descrito o trabalho desenvolvido pelas equipes do PSF e os impasses com os quais os profissionais se defrontam no seu desenvolvimento. Os limites de suas ações se situaram quando da necessidade de articulação intersetorial, mais especificamente no tocante a urbanização, saneamento e condições de vida e saúde. O pesquisador chama atenção no sentido de que esses problemas, em decorrência de sua complexidade, requerem dos profissionais envolvidos um olhar e uma atuação intersetorial muito além das possibilidades que o setor saúde isoladamente oferece, sugerindo esforços no sentido de melhor compreender o processo de trabalho dessas equipes.

Santos (2004), em Recife (PE), estudando as relações entre o PSF e o programa de saúde ambiental, observou que havia vontade política para articular os programas, entretanto os princípios do desenvolvimento da alta responsabilidade, em que cada cidadão tem um papel bem definido em relação à promoção da saúde, a participação da comunidade como capacidade de influir nas decisões das políticas públicas articuladas e favoráveis à saúde e a intersectorialidade como estratégia principal. Esses aspectos necessitam ser mais bem trabalhados, por fragilidades na comunicação entre os diversos atores envolvidos. O autor refere que muitas vezes as ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde refletem pouca consciência de que essas ações representam para o modelo de Cidade Saudável perseguido.

Em estudo realizado na cidade de Fortaleza (CE) por Ribeiro (2004), a partir do PSF, buscou-se observar a multiplicidade de abordagens em relação ao contexto: família/indivíduo, família/domicílio, família/indivíduo/domicílio, família/comunidade, família/risco social, família/família, e concluiu-se que essas abordagens, por não dialogarem entre si, acabam por compor um quadro insuficientemente identificado, dificultando a assistência. O trabalho conclui sugerindo o exame das condições apontadas como forma de dar, efetivamente, vez à família. Nesse estudo, ainda é referido que a inclusão da família como foco de atenção básica de saúde pode ser ressaltada como um dos avanços no PSF, contribuindo para modificar o modelo fragmentado de cuidado em saúde (IANNI, 2004).

Em recente trabalho publicado por Ianni (2004) referente à integralidade da atenção à saúde na perspectiva da gestão no município, objetivando apresentar uma descrição do processo de avaliação qualitativa da integralidade com relação à saúde no município, foi constatado que o PSF ampliou o acesso dos usuários, liberando uma demanda reprimida, entretanto, isso implicou aumento de gastos e o desafio de ampliar a comunicação e a resolubilidade dos serviços. Os instrumentos de pesquisa, nesse estudo, foram: a entrevista estruturada, questionários autoaplicados, entrevistas semiestruturados e gravadas com gestores em saúde no município (IANNI, 2004)

A concretização da Estratégia de Saúde da Família tem como ponto alto sua capacidade de propor e de realizar alianças, tanto no interior do próprio sistema de saúde, entre estabelecimentos de níveis de complexidade diferentes, na garantia da continuidade da atenção, como nas relações intersetoriais com o saneamento, a educação, a cultura, a nutrição, o transporte, o lazer e outros.

Dessa forma, falar em saúde da família não é falar de ação pontual, meramente curativa ou desenvolvida por profissionais isolados, seja ele médico, enfermeiro, agente comunitário de saúde ou qualquer outro. É falar em ações combinadas, articuladas, interdisciplinares. É pensar a partir da noção ampliada de saúde, visualizando e abordando o indivíduo de forma contextualizada, como um ser integrante e construtor de seu meio, englobando tudo o que possa levar a pessoa a ser mais feliz e produtiva.

Falar em saúde da família é falar do sistema de saúde como um todo na concretização da estratégia e não apenas do nível básico da atenção, pois a continuidade da atenção por todo sistema deve ser garantida, por um fluxo contínuo da assistência. A nova estratégia está voltada para a efetiva integração entre os vários níveis de atenção, pois, limitando-se à atenção básica, fatalmente malograria.

O próprio escalonamento do sistema, segundo níveis de complexidade, não pode mais se dar segundo as lógicas tradicionais, pois, no desenvolvimento das ações básicas, sob a estratégia de saúde da família, espera-se uma resolutividade técnica que normalmente não se almejava, associada a questões demandadas do próprio vínculo estabelecido entre a unidade básica e a comunidade, tanto para o apoio diagnóstico como para a complementação terapêutica. Por exemplo, não se aceita a análise da mortalidade infantil sem que a escolaridade da mãe, a assistência ao pré-natal e parto, a prática de aleitamento materno exclusivo ou não, a imunização, o saneamento básico, o tipo de habitação, a alimentação no primeiro ano de vida, a renda, entre outros, sejam discutidos de forma associada. Os acontecimentos que estão envolvidos no sentido da garantia de uma boa qualidade de vida das crianças são tão complexos que Morin (1990, p. 86) questiona como explicar que a vida viva de risco e de morte, e que Minayo (2005, p. 43) assim se refere: “A primeira surpresa da vida é a própria vida”, e continua, referindo-se à mortalidade infantil: “Para que a família cumpra a sua missão de estabelecer um ambiente seguro para a mulher e a criança, cria-se, para ela também um estado de necessidades especiais de proteção bastante próximas daquelas definidas para a mulher e para as crianças”. Nesse sentido, incluem-se, além da assistência à saúde, a assistência social e uma complexa rede de ações intersetoriais.

CAMINHO METODOLÓGICO



Centro Histórico - Rio Sanhuá (fonte: www.skyscrapercity.com)

3 CAMINHO METODOLÓGICO

3.1 Objeto de Estudo

O potencial e os limites da Estratégia Saúde da Família na promoção das ações intersetoriais no município de João Pessoa – PB, em 2007, visando à superação da fragmentação das políticas públicas, tendo a mortalidade infantil como exemplaridade.

3.2 Área do Estudo

A cidade de João Pessoa foi escolhida para a realização deste estudo, mediante alguns critérios: (a) porte do município, população de 647.000 habitantes, 180 equipes da ESF, cobertura de 82% da população, garantindo maior complexidade a guisa da pesquisa; (b) a existência de políticas, programas, projetos e ações de governo que indicam a articulação dos diversos setores do município (intersetorialidade); (c) a possibilidade de leitura de uma realidade na qual o sujeito pesquisador pudesse se “distanciar” dos sujeitos em relações; e (d) a facilidade na obtenção das informações necessárias à realização deste estudo.

3.3 Sujeitos do Estudo

O universo do estudo foi constituído por diferentes atores envolvidos na formulação e execução do PSF (gestores, técnicos, agentes comunitários de saúde e usuários) e também gestores e profissionais vinculados a outros programas sociais (Centro de Referência da Assistência Social – CRAS e Orçamento Participativo), com atuação na área investigada. Participaram ainda do estudo representantes do Conselho Municipal de Saúde, tendo em vista as funções institucionais como Conselho Gestor, e integrantes do Projeto de Trabalho Técnico Social (PTTS) desenvolvido sob a coordenação da municipalidade.

3.4 O Método

A escolha do tema estudado nos permitiu recolocar o diálogo entre o mundo teórico e prático sobre o potencial e os limites da estratégia política do Programa Saúde da Família – PSF, no entorno de sua capacidade de promover as ações intersetoriais, estabelecendo as inter-relações destas com as práticas das equipes, tomando a redução da mortalidade infantil como exemplaridade.

As primeiras aproximações do estudo permitiram evidenciar a questão de pesquisa, ou a pergunta central, que foi: **O PSF é uma estratégia política capaz de promover as ações intersetoriais?**

E para fundamentar as respostas a essa questão, o estudo seguiu, tendo como base teórica a compreensão desse fenômeno, contextualizado no tempo e no espaço, dentro da estrutura política, econômica, social e cultural do Estado brasileiro, tomando a cidade de João Pessoa como universo da investigação.

Para tanto, foram identificados conceitos básicos, segundo alguns autores que vêm historicamente analisando teórica e metodologicamente o surgimento da política de saúde, dos modelos de atenção à saúde, da atenção básica à saúde, da Estratégia Saúde da Família, da intersetorialidade e fragmentação das políticas públicas no Brasil. Todas estas devidamente ajustadas à análise explicativa da complexidade desses fenômenos.

Escolhemos as seguintes categorias analíticas: Potencial e limites da estratégia saúde da família na promoção das ações intersetoriais; as práticas das ESF e as ações intersetoriais; e a redução da mortalidade infantil, como exemplo das práticas intersetoriais como movimento de aprofundar a busca de respostas aos objetivos, como forma de extrair as ideias centrais e ancoragens deste estudo, buscando a construção dos dados mais adequados à leitura da realidade do PSF no município de João Pessoa.

A organização dessas categorias foi parte integrante de todo o processo de análise sobre o objeto, tomando como referência o conceito de *representações sociais* que, neste estudo, assumiu uma importância singular. A descrição analítica dos contextos histórico, social, econômico e cultural do objeto e do universo da investigação, apresentados por meio da revisão bibliográfica, também assume igual importância, adicionada à análise dos Discursos dos Sujeitos Coletivos (DSC), estes marcados por manifestações de agentes políticos e técnicos, são o que compõe o quadro analítico deste estudo.

As representações sociais se constituem em uma referência vital e indispensável à pesquisa social, fonte de recuperação de processos sociais constitutivos de uma determinada realidade, manifestando-se pelas condutas, ideias, imagens e visões de mundo dos atores sociais. Expressam-se por meio da linguagem do senso comum e "devem ser analisadas a partir da compreensão das estruturas e dos comportamentos sociais" (MINAYO, 2002, p. 173). Para essa autora, são "ao mesmo tempo ilusórias, contraditórias e verdadeiras". Embora consideradas matérias-primas importantes para análise do social e também para a ação pedagógica-política de transformação, "as representações sociais não conformam a realidade e

seria outra ilusão tomá-las como verdades científicas, reduzindo a realidade à concepção que os atores sociais fazem dela" (MINAYO, 1994, p. 174).

Nessa direção, escolhemos combinar os métodos e técnicas de **natureza qualitativa** – pesquisa qualitativa –, que visam ampliar a compreensão que o pesquisador tem do fenômeno observado e é utilizada destacadamente nos estudos que envolvem pessoas, procurando resgatar o que pensam e o que entendem a respeito do tema investigado; e **quantitativa**, sabendo que essas duas abordagens são distintas e complementares. Isso permite ampliar as possibilidades da análise, discussão e resultados dos objetivos do estudo, que têm no campo da saúde processos próprios e abrangência específica, o que possibilita a **triangulação de métodos e técnicas**.

Nessa direção, vale explicitar que a saúde é considerada um fenômeno social de alta significação histórica, política, ideológica e cultural, o que requer para a leitura de suas realidades um processo de mediação complexo, constituindo assim um desafio cada vez maior da pesquisa social.

Fazer a análise da realidade do PSF à luz dos objetivos desse estudo nos fez optar pelo referencial teórico da **hermenêutica dialética**, este como método que valoriza os processos das práticas das equipes do PSF no sentido de suas práxis. Conforme nos alerta Minayo:

A hermenêutica e a dialética não devem ser "encurtadas" através de sua redução à simples teoria de tratamento de dados. Mas pela sua capacidade de realizar uma reflexão fundamental que ao mesmo tempo não se separa da práxis, podemos dizer que o casamento dessas duas abordagens deve preceder e iluminar qualquer trabalho científico de compreensão da comunicação (MINAYO, 2006, p. 219).

A opção desse método está intimamente ligada à busca persistente em compreender as práticas das Equipes do PSF e suas inter-relações com as ações intersetoriais expressas nas ações de governo municipal da cidade de João Pessoa. Portanto, buscar na linguagem da práxis a compreensão do sentido dos fatos que compuseram a dinâmica dessas inter-relações perseguiu a intenção desse trabalho. Por conseguinte, entender o significado é mais do que reconstruir, sob o ponto de vista conceitual, o potencial dos princípios e diretrizes organizativas do PSF.

Com isso, a relação entre o visível e o invisível, o manifesto e o não manifesto dos contextos descritos foram referenciados, neste estudo, como parte de um processo em permanente reconstrução, por vezes em **contradição** entre o mundo ideal e real, refletido nas palavras e gestos dos sujeitos técnicos e políticos envolvidos na oferta das ações governamentais.

Logo, a contradição, como conceito, faz parte da análise compreensiva desta investigação, destacando que o sentido do conceito de **compreensão** toma como base as referências de Minayo, no tocante ao que afirma Gadamer, que apresenta a hermenêutica como:

A busca de compreensão do sentido que se dá na comunicação entre os seres humanos [, em que] a linguagem ocupa um ponto no tempo e no espaço [, conceito que é complementado pela autora quando ressalta que ao] ampliar os horizontes da comunicação e da compreensão, nunca escapamos da história, fazemos parte dela e sofremos os preconceitos de nosso tempo (GADAMER, 2005).

Isso posto, vale ressaltar que a opção do método da **hermenêutica-dialética**, neste estudo, deveu-se, portanto, à afinidade das suas construções com as ideias centrais e ancoragens na busca de

Entender o texto, a fala, o depoimento, como resultante de um processo social (trabalho e dominação) e processo de conhecimento (expresso em linguagem) ambos frutos de múltiplas determinações mas com significado específico. Esse texto é a representação social de uma realidade que se mostra e se esconde na comunicação, onde o autor e o intérprete são parte de um mesmo contexto ético-político (MINAYO, 1991, p. 227).

Com isso, afirmamos que este estudo foi ancorado no método da **hermenêutica-dialética**, que utiliza categorias analíticas e empíricas como balizas para analisar os resultados da investigação. A hermenêutica e a dialética são dois conceitos-chave que se apoiam num campo histórico-semântico, que, segundo a hermenêutica, se move entre os seguintes termos: compreensão como a categoria metodológica mais potente no movimento e na atitude de investigação; liberdade, necessidade, força, consciência histórica, todo e partes, como categorias filosóficas fundantes; e, significado, símbolo, intencionalidade e empatia como balizas do pensamento. A dialética, por sua vez, é desenvolvida por meio de termos que articulam as ideias de crítica, de negação, de oposição, de mudança, de processo, de contradição, de movimento e de transformação da natureza e da realidade social. (GADAMER, 2005; GOMES, 2002; HABERMAS, 2003b; MINAYO, 2006).

Além desses dois conceitos-chave, nesta pesquisa, com base em Minayo (2006, p. 65), entende-se que categoria analítica pode ser definida como uma abstração realizada com base no exame de uma realidade – embora no exame parcial, que pode incluir imprecisões e ambiguidades, mas que está fundamentado em experiências concretas – cuja importância é primordial para a investigação, porque não só determina sua orientação geral, mas permite sua interpretação correta (TESTA, 1992, p. 95). E categoria empírica – aquela construída com as finalidades operacionais, visando o trabalho de campo (a fase empírica) ou a partir do trabalho

de campo. Ela tem a propriedade de conseguir apreender as determinações e as especificidades que expressam a realidade empírica.

3.5 Trabalho de Campo

O trabalho de campo teve seu início em 2007, após a elaboração do projeto. Vários foram os caminhos adotados para a coleta de dados, no sentido de buscar elementos que aprofundassem os fenômenos e movimentos imbricados nos diferentes espaços e tempos dos processos históricos das práticas das equipes do PSF e suas inter-relações com as ações do governo municipal em João Pessoa.

3.5.1 Análise Documental

Entre os procedimentos adotados, sobressaiu-se a análise documental² com a finalidade de selecionar e fichar os principais documentos técnico-científicos que versavam sobre o objeto de estudo, como artigos em periódicos, documentos normativos institucionais, relatórios técnico-administrativos, planos de trabalho, entre outros. Integraram o acervo da análise documental publicações governamentais e não governamentais registros dos principais programas em execução, que foram permanentemente atualizados no decorrer da realização da pesquisa. Foram priorizados, além de monografias e pesquisas relacionadas à implementação de programas sociais, os seguintes documentos: Plano Municipal de Saúde, Projeto de Trabalho Técnico Social (PTTS), Projeto Empreender João Pessoa, Diagnóstico Social do Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e o Orçamento Democrático do Município, tendo em vista sua relevância para as iniciativas de governo (vide apêndice A).

Com esse procedimento, procurou-se responder ao objetivo 1 do estudo, que consiste em: **Identificar ações do governo que apontem para a superação da fragmentação das políticas públicas.**

Para assegurar as condições de cooperação e exequibilidade da pesquisa, o primeiro passo consistiu na articulação de contatos diretos com os secretários municipais da Assistência da Saúde e da Transparência do Município de João Pessoa. Além da abertura necessária à interlocução com os profissionais, essa medida resultou na consolidação do apoio

² Vários foram os documentos pesquisados e analisados; entre tantos, destacamos os seguintes: Plano Municipal de Saúde; Relatório da 4ª Conferência Municipal de Saúde; Projeto de Trabalho Técnico Social (PTTS), o Projeto Empreender João Pessoa, Diagnóstico Social do CRAS e o documento do Orçamento Democrático; Além do levantamento de dados via Internet, via arquivos documentos institucionais e pessoas acesso aos portais..Leitura de Revistas Brasileiras de Saúde da Família. As razões para seleção desses documentos se deram por serem elementos essenciais à compreensão do objetivo 1 desta tese.

institucional às atividades desenvolvidas nas unidades de serviço com a participação de profissionais e usuários.

Para a coleta de dados primários, foram adotadas as técnicas de entrevista e de discussão em grupos focais, especialmente direcionadas à aplicação do QualiQuantSoft, elaborado com base na teoria do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

A coleta de dados primários foi precedida do detalhamento dos instrumentos a serem aplicados, constando de matriz de observação, roteiros de entrevista, critérios de constituição e organização dos grupos focais. Igual procedimento foi adotado em relação à coleta e sistematização de dados secundários, incluindo ficha de levantamento bibliográfico, formulário padronizado para leitura e análise documental e registro de dados censitários.

3.5.2 Grupos focais

Essa técnica pode ser considerada uma entrevista em grupo, usada na abordagem qualitativa a fim de coletar informações não facilmente obtidas por meio de outras técnicas. Autores como Chiesa e Ciampone (1999), Debus (1997) e Vaughn et al. (1996), que apontam o sucesso do grupo focal como uma técnica de natureza qualitativa que permite, em pouco tempo e baixo custo, investigar questões complexas e produzir conhecimento.

Como metodologia qualitativa, na verdade, não se pode falar de generalização dos resultados obtidos por meio dessa técnica, seus limites são expressos em: (a) é suscetível ao viés do ponto de vista do moderador; (b) as discussões podem ser desviadas ou dominadas por algum participante; e (c) as informações podem trazer dificuldades para análise e generalizações. Por isso mesmo, suas informações devem ser interpretadas no contexto do grupo e complementadas com dados coletados por meio de outros instrumentos (SOUSA, 2007).

Neste estudo, esses aspectos foram objeto de consideração especial na execução dos trabalhos, tanto na elaboração do conteúdo quanto na dinâmica do debate.

Com base no período de observação na área, com apoio operacional do CRAS e do Distrito IV, foram estabelecidos os critérios para organização de grupos focais, que ficaram assim constituídos: Grupo A – profissionais do PSF e representantes do CRAS; e Grupo B – usuários e agentes comunitários do PSF, representantes do Conselho Municipal de Saúde, do Orçamento Participativo e do CRAS. Com o primeiro grupo, constituído de 10 participantes, foram realizadas duas sessões, no intervalo de 30 dias, abordando as seguintes questões: a) Qual o entendimento do grupo sobre saúde, SUS e PSF? b) A partir do conceito de saúde, como o grupo analisa as ações desenvolvidas pelo PSF? c) Qual o entendimento do grupo

sobre o Saúde da Família (SF) e a intersetorialidade? d) Como o grupo relaciona a intersetorialidade e a redução da mortalidade infantil? Com o grupo B, constituído por 12 integrantes, foi cumprida uma sessão cobrindo as mesmas questões do grupo A.

A realização das sessões ocorreu no Distrito Sanitário IV, contando com o pesquisador como moderador e com o apoio de um relator observador. A dinâmica dos grupos foi significativamente facilitada pelos critérios pré-estabelecidos para a sua função: tempo mínimo de trabalho de 24 meses, disponibilidade e atitude de cooperação para com a pesquisa, envolvimento com as questões atuais do PSF e autonomia funcional.

A sessão foi conduzida para incentivar o diálogo entre os participantes, segundo roteiro orientador, possibilitando a troca de experiências e interação em torno das ideias, valores, limites e potencialidades que permeiam os processos de implantação e funcionamento do SUS/PSF e de outras políticas públicas que vêm sendo executadas, de certa forma, na área de estudo.

De acordo com a dinâmica dos grupos focais, especial atenção foi dispensada à mobilização da participação de todos, de modo que evite a dispersão dos objetivos da discussão e a monopolização de alguns sobre outros. O relator/observador da sessão registrou as discussões, anotou as questões complexas no tocante ao conteúdo e à contribuição de cada participante.

Na condição de moderador da sessão, o pesquisador teve como preocupação, ainda, evitar qualquer opinião capaz de sugerir seu ponto de vista a respeito da questão em debate. Ao final de cada sessão, era entregue uma lista de presença, seguida de agradecimentos pela disponibilidade dos profissionais em participar, solicitando a indicação dos contatos para remeter no futuro os produtos deste trabalho.

3.5.3 Entrevistas

Para atender ao objetivo 2 do estudo – **Verificar com os sujeitos estratégicos o potencial e os limites do PSF na promoção das ações intersetoriais** –, foi utilizada a técnica de entrevista na abordagem dos sujeitos estratégicos – informante-chave –, tendo em vista a importância de suas vivências na decisão, formulação, implantação e implementação das políticas de governo em João Pessoa. O conceito de sujeito estratégico usado neste estudo ancora-se nas idéias formuladas por Minayo (2006), que, assim, considera informantes particularmente estratégicos para revelar a realidade concreta em estudo. A escolha desses sujeitos se deu em função de sua representação institucional, enquanto integrantes do quadro decisório, abrangendo dirigentes e implementadores de políticas públicas em âmbito local.

De acordo com o cronograma da pesquisa, a coleta de dados com os gestores foi realizada mediante entrevistas semiestruturadas, segundo agendamento prévio. A realização dos grupos focais constituiu um subsídio para a realização das entrevistas com gestores e responsáveis pela formulação dos programas sociais no município. Ao mesmo tempo, porém, a entrevista adquiriu um sentido de esclarecimento e complementaridade da observação em curso.

Com essa perspectiva, foram abordados como sujeitos estratégicos os Secretários Municipais de Saúde de Transparência Pública e de Desenvolvimento Social, a Diretoria do Distrito Sanitário IV, a Coordenadoria do PTTS e os coordenadores de equipes de planejamento. O interesse principal das entrevistas era conhecer o posicionamento desses dirigentes a respeito da política e das ações de saúde, considerando o diagnóstico da realidade local, o equipamento e a rede sócio-assistencial na área, o plano de trabalho e as metas estabelecidas para o período 2004–2008 e a articulação interinstitucional prevista ou estabelecida para o alcance dessas metas, particularizando a redução da mortalidade infantil.

O roteiro de entrevistas foi submetido à avaliação do conteúdo e coerência interna do instrumento aos objetivos do estudo, a partir do entendimento de que o roteiro de entrevista é uma lista de temas que desdobram os indicadores qualitativos de uma investigação, apresentando alguns tópicos que guiem uma conversa com finalidade, nas seguintes condições: “(a) cada questão que se levanta, faça parte do delineamento do objeto e que todas se encaminhem para lhe dar forma e conteúdo; (b) permita ampliar e aprofundar a comunicação e não cerceá-la; (c) contribua para emergir a visão, os juízos e as relevâncias a respeito dos fatos e das relações que compõem o objeto, do ponto de vista dos interlocutores” (MINAYO, 2006, p. 189).

Durante a entrevista, aqueles tópicos se converteram em questões que versaram sobre o conceito de saúde, o entendimento acerca do SUS e do PSF, a forma de articulação entre as secretarias de governo, seus objetivos e quais ações que eram realizadas em comum, visando a redução da mortalidade infantil. Todas as questões foram elaboradas, também, com a intenção de identificar elementos históricos na recomposição dos fatos, de forma que possibilitasse o “confronto” ou a interação entre o discurso e seu desdobramento na prática, buscando o aprofundamento das categorias analíticas.

Na execução do presente estudo, um registro especial deve ser feito quanto à recepção dos entrevistados e também dos participantes dos grupos focais. Como ensina Minayo, a interação entre pesquisador e sujeitos pesquisados é essencial. No trabalho de campo, pesquisador e sujeito da investigação desenvolvem uma relação intersubjetiva, cujo produto

será o resultado do encontro entre a realidade concreta e os pressupostos teóricos num processo mais amplo de construção de conhecimento (MINAYO, 2006).

Todos os procedimentos foram realizados com a finalidade de aprofundar e integrar as demais técnicas utilizadas em um esforço dialógico de triangulação de métodos, compreendida como uma dinâmica de investigação em que a análise das estruturas, dos processos e dos resultados ocorrem a partir da compreensão das relações envolvidas na implementação das ações e da visão que os atores diferenciados constroem sobre o todo (MINAYO, 2006, p. 361).

3.6 Tratamento dos Dados e Análise das Informações

Para análise e interpretação dos dados, foi utilizada a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que consiste em um procedimento metodológico de natureza quali-quantitativa que busca superar os impasses das pesquisas tradicionais de representação social, recuperando, na escala coletiva – a representatividade aos achados –, a natureza discursiva e argumentativa do pensamento (LÈFEVRE; LÈFEVRE, 2005).

Para o entendimento mais direto e resumido sobre essa técnica teríamos, conforme seus autores, mais uma vez, que o Discurso do Sujeito Coletivo é uma técnica que busca resolver os impasses que o pesquisador encontra quando deseja processar depoimentos em pesquisas qualitativas que usam questionários com perguntas abertas.

O DSC é utilizado para estudar conjunto de discursos, formações discursivas ou representações sociais. Desse modo, a técnica permeia presente pesquisa por proporcionar o levantamento das representações (pensamento) dos sujeitos entrevistados, aqueles que representam os discursos da realidade dos gestores do PSF e de outras ações de governo da cidade de João Pessoa.

Na singularidade deste estudo, o DCS é utilizado para expressar a manifestação do pensamento de um sujeito coletivo na forma de discursos. Esse discurso expressa os traços do pensamento da coletividade na qual o sujeito está inserido, exprime o que o grupo pensa e como pensa. Para elaborar o DSC, utilizam-se figuras metodológicas: Expressões-Chave, Idéias Centrais, Ancoragem e Discurso do Sujeito Coletivo.

As Expressões-Chave (E-Ch) são trechos selecionados do material verbal de cada depoimento que melhor descreve seu conteúdo. Essas expressões-chave devem ser sublinhadas, iluminadas e coloridas pelo pesquisador, sendo as que revelam a essência do depoimento. Servem para comprovar a veracidade das Ideias Centrais e das Ancoragens. É o material de discursos em estado bruto.

As Ideias Centrais (ICs) são fórmulas sintéticas que descrevem o(s) sentido(s) presente(s) nos depoimentos de cada resposta e também nos conjuntos de respostas de diferentes indivíduos que apresentam sentido semelhante ou complementar.

As Ancoragens (ACs) são, como as ICs, fórmulas sintéticas que descrevem não só os sentidos, mas as ideologias, os valores e crenças presentes no material verbal das respostas individuais ou das agrupadas, sob forma de afirmações genéricas destinadas a enquadrar situações particulares. A Ancoragem (AC) é a figura metodológica que indica a teoria, o pressuposto, a corrente de pensamento, o “pano de fundo” do conhecimento que o sujeito compartilha e aceita de uma maneira natural para representar um dado fenômeno da realidade. O DSC é um discurso que resume o exposto nas várias Expressões-Chave, tomando por base as Ideias Centrais ou as Ancoragens, que são comuns a um determinado discurso, além disso, é redigido na primeira pessoa do singular. O DSC une os discursos semelhantes e complementares dos sujeitos em um único discurso, que representa a manifestação do pensamento do grupo em relação a um tema específico. Na análise do DSC, pode ocorrer que discursos sejam visivelmente diferentes e/ou antagônicos e devem ser apresentados separadamente, procedimentos obrigatórios para a aplicação da técnica.

Na primeira fase de análise das informações coletadas, contidas nos roteiros de entrevistas, nos Grupos Focais e nas fichas de levantamento de documentos examinados, foi possível utilizar o referencial teórico de Minayo (2006), que nos chama atenção para três obstáculos que podem influenciar na eficiência da análise dos dados:

- a) a ilusão da transparência, na qual o pesquisador poderá ter a ilusão de que os resultados serão óbvios logo de início. Essa ilusão é maior quanto mais familiarizado está o pesquisador com seu objeto de pesquisa;
- b) o pesquisador sucumbir à magia dos métodos e técnicas, esquecendo-se de ser fiel à compreensão das informações colhidas e de suas relações sociais dinâmicas e vivas;
- c) as dificuldades da junção e síntese entre a teoria e os achados em campo ou documentais.

Por isso, para a análise dos dados desta pesquisa, utilizamos o método da hermenêutica dialética; a hermenêutica dialética é a busca da compreensão de sentido que se dá na comunicação entre os seres humanos. Nesse método, há dois níveis de interpretação. O primeiro deve estar estabelecido na fase exploratória da investigação e contempla a contextualização socioeconômica e política dos sujeitos estratégicos a serem investigados: a política de saúde em geral e, em particular, a proposta do PSF e as ações intersetoriais.

Quanto à **ordenação dos dados**, os materiais das entrevistas e grupos focais foram para a transcrição dos seus conteúdos, que ficaram gravados em CD e impressos para que se fizesse toda uma releitura do material, com a finalidade de organizarmos todos os relatos dessas sessões de trabalho de campo. Após a releitura e ordenação, essas atividades deram origem à concepção de cadastrar a pesquisa no QualiQuantiSoft³, um *software* aplicado à Análise do Discurso do Sujeito Coletivo. Para construção dos discursos, foram dados os seguintes passos:

- a) analisar isoladamente as respostas de cada uma das questões, montando o Instrumento de Análise de Discurso I (IAD I) com três colunas: a primeira para as E-Chs, a segunda para as ICs e a terceira para as ACs, se houver, além de codificar cada um dos respondentes nesse instrumento;
- b) colocar em *itálico* as E-Chs das ICs e, em *itálico e sublinhado* as E-Chs das ACs, se houver;
- c) identificar as ICs e as ACs e inserí-las na segunda e terceira colunas respectivamente;
- d) Identificar e agrupar as ICs e as ACs com sentido equivalente e/ou complementar;
- e) Denominar cada agrupamento de A, B, C, etc., criando uma IC ou AC para cada um dos grupos;
- f) Copiar do primeiro IAD I as E-Chs do mesmo grupo e inserí-las no IAD II composto de duas colunas, a primeira para as E-Chs e a segunda para o DSC.

3.6.1 Ordenação dos dados para análise do Discurso do Sujeito Coletivo dos roteiros de entrevista

O roteiro semiestruturado das entrevistas contemplou seis questões comuns ao conjunto de sujeitos abordados. Identificadas as similitudes das entrevistas, foi realizado o cadastro do banco de dados referente ao perfil do sujeito, às perguntas e suas respectivas respostas previamente analisadas. A partir desse procedimento foram identificadas as E-Chs e suas ICs para cada resposta posteriormente categorizada conforme os objetivos do Estudo, que tinha como meta a obtenção do Discurso do Sujeito Coletivo.

³ *Software* de apoio a pesquisas quali-quantitativa, com base na teoria DSC – Discurso do Sujeito Coletivo, desenvolvido pelos pesquisadores em parceria com a SPi – Sales & Paschoal.

3.6.2 Ordenação dos dados para análise do Discurso do Sujeito Coletivo dos grupos focais

O roteiro dos Grupos Focais foi dividido em dois blocos: Bloco I – Profissionais das Equipes do Saúde da Família e do CRAS e Bloco II – Usuários e representantes do Controle Social e do CRAS. Cadastrada a pesquisa, foram armazenadas as informações obtidas em campo. O passo seguinte foi inserir no sistema os nomes dos 22 participantes dos Grupos. O último passo, antes do processo de análise e formulação do DSC foi cadastrar as respostas de todos os blocos dos roteiros de cada Grupo Focal.

3.6.3 Finalização do processo do DSC

Finalizado o cadastro do material empírico, entramos na fase de **classificação dos dados**, pela leitura exaustiva dos textos – “impregnação” do material –, a fim de identificarmos as categorias analíticas compostas por Expressões-Chave, Ideias Centrais e possíveis Ancoragens sobre o tema (vide apêndice F), permitindo com isso a construção dos dados, a serem apresentados na análise final deste estudo. Dessa forma (ordenação e classificação dos dados), foi possível organizarmos seus resultados e discussões.

A etapa de **análise final** da pesquisa apresentou-se em um movimento dialético que consistiu no encontro, na triangulação entre o concreto e o abstrato, o geral e o particular, a teoria e a prática, dando origem aos resultados e discussões da pesquisa, que foram organizados em forma de Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). No registro das falas dos entrevistados, em geral, preservamos as formulações originais, excluindo apenas algumas marcas típicas da oralidade, tal como hesitações, e eventualmente adequando a sintaxe à norma padrão. Entre colchetes [], foram inseridos dados contextuais pressupostos no DSC.

3.6.4 Questões Éticas

Quanto ao **olhar ético**, este se fez presente em todos os momentos da pesquisa. Antes da realização das entrevistas e dos Grupos Focais, a todos os participantes, informamos os objetivos do estudo, as razões para sua seleção como informante-chave; caso aceitassem participar das sessões de trabalho, estas eram livres, espontâneas e sigilosas, as gravações e tomadas de imagem eram de igual maneira livres espontâneas e sigilosas (vide apêndice G).

Deixamos claro que qualquer um, a qualquer momento da realização da sessão, podia nos solicitar a não gravação e ou interrupção da tomada de imagem, se assim desejasse.

Deixamos claro, ainda, que as informações obtidas por essas técnicas e instrumentos seriam processadas e analisadas de forma integrada. Após a análise final, os resultados seriam traduzidos em formato de tese e artigos, sem personalizar e ou identificar nenhuma fonte

individualmente. Portanto, foram respeitados os aspectos éticos e as implicações legais, de acordo com a Resolução nº 196 de 10/10/1996 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que aprova as diretrizes e normas reguladoras da pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996). Também nos respaldamos com base na certificação de Autorização de Pesquisa, autorizada por unanimidade e expedida pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba, em sua 15ª Reunião Ordinária realizada em 21/02/2006. Além disso, todos os informantes e suas informações foram mantidos em sigilo, sob os critérios da ética em pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÕES



Farol do cabo branco (fonte: <http://www.joaopessoaconvention.com.br>)

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

“[...] a compreensão é um fenômeno que mobiliza os poderes subjetivos de simpatia para entender uma pessoa como uma pessoa é também sujeito”.

Edgar Morin

4.1 Saúde e a Rede de Atenção à Saúde em João Pessoa

4.1.1 O contexto do estudo

Passados quase 423 anos de história, o município de João Pessoa continua a acumular uma herança desbravadora, despojada e progressista. A prova está nos registros que tiveram início ainda no século XVI, precisamente em 1585, quando chegaram os primeiros desbravadores franceses.

De lá para cá, a capital do Estado da Paraíba tem acumulado um crescimento observado em diversos segmentos, em especial no da saúde. Antes, porém, de avançarmos nesta análise, cabe-nos rever um pouco de sua história, o que nos leva ao ano de 1585, quando o ouvidor geral da Bahia, Martim Leitão, chegou ao território para desalojar os franceses, que enfrentavam várias batalhas com apoio de algumas tribos, entre as quais se encontravam os tabajaras, que findaram por firmar um pacto de amizade com o morubixaba da tribo e o índio Piragibe.

Firmado o acordo de paz, a cidade de João Pessoa, nome que a chamamos hoje, teve várias mudanças. À época, lembra-nos a história, como era dia de Nossa Senhora das Neves, o lugar foi batizado com o nome da Santa, que foi também escolhida como padroeira da cidade, mas, em homenagem ao rei Felipe da Espanha, a nova cidade passou depois a chamar-se Filipéia de Nossa Senhora das Neves. Por um curto período, chamou-se Frederikstadt, em 24 de dezembro de 1634, e em 1654 recebeu a denominação de Paraíba do Norte até 4 de setembro de 1930, quando finalmente recebeu o nome de João Pessoa, em homenagem ao presidente do Estado, que fora assassinado no Recife durante sua campanha política.

João Pessoa está situada à margem direita do rio Sanhauá, afluente do rio Paraíba, na encosta de uma colina, onde foi construído um forte de madeira. Em 1911, o município se subdividia em quatro distritos: Paraíba, Conde, Alhandra e Pitimbu. Entre os anos de 1933 a 1938, havia mais um distrito, o de Cabedelo (IBGE, 2000).

O município tem uma área geográfica de 211 km², clima quente e úmido, com altitude situada entre 37 a 74m acima do nível do mar, e está localizado na porção mais oriental da Paraíba, limitando-se ao norte, com o município de Cabedelo, pelo rio Jaguaribe; ao sul, com

o município do Conde, pelo rio Gramame; a leste, com o Oceano Atlântico; e a oeste com os municípios de Bayeux, pelo rio Sanhauá, e Santa Rita, pelo rio Mumbaba.

As principais bases da economia do município estão no comércio e na indústria. A pesca também é uma das destacadas atividades econômicas, além da extração de caju e de coco. O turismo faz-se presente, motivado pelo atrativo principal da capital paraibana: um litoral privilegiado, com 30 km de praias.

A população de João Pessoa, de 674.762 habitantes (estimativa do IBGE em 2008), está distribuída em seus 65 bairros, todos em área urbana, pois não há indícios de área rural. Registrando-se que 11% da população residem no bairro de Mangabeira (bairro mais populoso, com mais de 67 mil habitantes), sendo que Mussurê é o de menor população. Cabo Branco, por sua vez, apresenta o maior rendimento médio mensal, enquanto o menor está no bairro de São José.

Os índices de urbanização do município em 60,3% comprovam isso, pois 44% atendem ao abastecimento de água, 35,3% ao lixo coletado e 59,6% à rede de esgotos por fossas rudimentares. A taxa de crescimento anual da população é de -0,32%. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) do município, conforme o Atlas de Desenvolvimento Humano do PNUD/2000 é de 0,662 e o índice de Gini de 0,63, com uma economia baseada nos setores terciário e secundário. Devido à inexistência de área rural, a agropecuária é inexpressiva.

De acordo com os últimos dados (IBGE, 2006), 38,5% da população são jovens, enquanto 8,1% dos moradores da cidade são idosos; 85% da população é alfabetizada; 95% dos domicílios são beneficiados com a coleta de lixo, sendo que 98% têm banheiros ou sanitários. A renda mensal de 21% dos domicílios situa-se em um salário mínimo e está concentrada na faixa etária de 15 a 39 anos, no total de 45,7% da população, indicando que a predominância encontra-se entre os jovens, em sua fase produtiva. E mais, 46,7% dos habitantes são homens e 53,3% mulheres, com uma proporção de 0,87 de um gênero para o outro. Mesmo com tamanho vigor de jovens produtivos, João Pessoa é a segunda capital do Nordeste em número de idosos, o que lhe destaca pela qualidade de vida (IBGE/MS/DATASUS, 2007).

A qualidade de vida representa um problema prioritário para a saúde pública no Brasil. O coeficiente de mortalidade infantil (CMI) mede o risco que tem um nascido vivo de morrer antes de completar um ano de idade. Segundo a Portaria nº 493/GM, de 10 de março de 2006 (BRASIL, 2006), que aprova a relação de indicadores da atenção básica para 2006, o coeficiente de mortalidade infantil pode ser classificado da seguinte forma: baixo, quando for

inferior a 20 por mil nascidos vivos; médio, quando se situar entre 20 e 49 por mil nascidos vivos; alto, quando ficar acima de 50 por mil nascidos vivos. Neste sentido, podemos observar que, segundo dados oficiais, o coeficiente de Mortalidade Infantil em João Pessoa no ano de 2007 foi de 14,6/1000, enquanto que, em 2008, no Estado da Paraíba foi de 37,6/1000 maior que as médias do Nordeste e do Brasil para este mesmo ano, que foram, respectivamente, 33,9/1000 e 22,5/1000 (IBGE, 2008).

4.1.2 A rede de saúde

A rede de atenção municipal à saúde está estruturada da seguinte maneira: **unidades da rede básica**, unidades da rede especializada e a rede hospitalar. Como se pode observar na Tabela 2, a rede básica é formada por 180 unidades do Programa Saúde da Família. Por sua vez, a rede especializada está assim composta: dois Centros de Especialidade (Cruz das Armas e Primavera), um Centro de Atenção Especializada com pronto atendimento (Mangabeira), dois Centros Especializados para hipertensão e diabetes (Torre e Castelo Branco), um Centro de Referência para o Idoso, sete Centros de Saúde (Homero Leal – Cristo; Valentina I – Valentina; Francisco das Chagas Soares – Jardim 13 de Maio; Lourival Gouveia de Moura 44 – Alto do Céu, Mandacaru; U. S. das Praias – Tambaú; Maria Luíza Targino – Manaíra; C.S. Teixeira de Vasconcelos – Torre), um Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/AIDS (Torre) e um CAPS II (Varadouro), com complementação da rede privada.

TABELA 2. REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE – UNIDADES BÁSICAS DA REDE

Unidades do PSF	Centros de Especialidade	Centro de Atenção Especializada com pronto atendimento	Centros Especializados para hipertensão e diabetes	Centro de Referência para o Idoso	Centros de Saúde	Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/AIDS	CAPS II	Total
180	2	1	2	1	7	1	1	195

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, Plano Municipal de Saúde, 2008.

A rede hospitalar, conforme resumo na Tabela 3, é composta predominantemente por hospitais públicos, dos quais quatro são do município, sendo dois gerais (Hospital Santa Isabel e Hospital Valentina Figueiredo) e duas maternidades (Instituto Cândida Vargas e Maternidade Santa Maria). Há ainda cinco equipamentos que pertencem à rede estadual (Hospital de Emergência e Trauma, Hospital Infantil Arlinda Marques, Maternidade Frei Damião, Sanatório Clifford e Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira), um hospital

universitário, quatro hospitais filantrópicos (Padre Zé, Napoleão Laureano, São Vicente de Paula e João Soares). Há, por fim, a complementação da rede privada (Hospital Santa Paula, Prontocor, Pulmocárdio, Hospital Rodrigues de Aguiar, Hospital São Luís e Hospital 13 de Maio).

TABELA 3. REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE – REDE HOSPITALAR

Hospitais Municipais	Hospital Geral	Maternidade	Hospitais Estaduais	Hospital Universitário	Hospitais Filantrópicos	Hospitais Privados	Total
4	2	2	5	1	4	6	24

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, Plano Municipal de Saúde, 2008.

4.1.3 A Estratégia Saúde da Família em João Pessoa

O município de João Pessoa adotou a ESF como política municipal para melhorar a qualidade de vida da população e para enfrentar o problema de difícil acesso aos serviços básicos de saúde das famílias e comunidades da periferia da cidade. Entre as ações definidas pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) para a organização de sua rede de atenção à saúde, a estratégia referente à saúde da família constitui o eixo norteador para a organização da atenção básica.

As primeiras sete Equipes de Saúde da Família (ESF) foram implantadas em maio de 2000. Esse número foi ampliado entre 2001 e 2004, passando de 39 equipes em 2001 para 144 em 2003, chegando à 180 em outubro de 2004. A ampliação do número de equipes teve por objetivo a expansão da cobertura territorial e populacional das ações básicas de saúde.

João Pessoa conta hoje com 176 equipes da ESF, 1.504 Agentes Comunitários de Saúde, 171 equipes de saúde bucal, cuidando de 89,75% da população residente. As equipes, na medida de sua inserção na rede básica de saúde, foram ofertando as ações de atenção à saúde da criança, da mulher, dos idosos, além da vigilância aos casos de hipertensão, diabetes, hanseníase, DST/AIDS. As visitas domiciliares, reuniões de grupos considerados em situação de agravos/riscos e as “palestras” educativas por grupos específicos tomam o tempo na agenda de trabalho das equipes.

Nessa direção, vê-se a implantação do Saúde da Família como uma estratégia de organização da atenção básica no plano teórico e documental da vida institucional do município, exteriorizada em um enorme esforço de fazer acontecer a reorganização da atenção básica, resolutiva e humanizada. Essa visão da gestão municipal se expressa nos documentos analisados, entre eles o Plano Municipal de Saúde. Esses fatos também são evidenciados no Relatório da IV Conferência Municipal de Saúde, na qual a população esteve presente,

articulando suas demandas e necessidades e, ainda, contribuindo para a organização do modelo de atenção à saúde e para a criação de uma nova cultura sanitária (JOÃO PESSOA, 2006)

4.2 Artigos

Os resultados e discussões aqui apresentados foram realizados a partir das seguintes categorias analíticas: potencial e limites do PSF na promoção das ações intersetoriais; as práticas das Equipes de Saúde da Família (ESF) e as ações intersetoriais; a redução da mortalidade infantil como exemplaridade das práticas intersetoriais das equipes que compõem o Programa Saúde da Família. Todas elas tomaram por base questões que auxiliaram no aprofundamento da compreensão do objeto e seus respectivos objetivos, geral e específico, em formato de perguntas. E são apresentados na forma de artigos, como se segue:

ARTIGO I

AS AÇÕES INTERSETORIAIS E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA ÓTICA DOS GESTORES, PROFISSIONAIS E USUÁRIOS DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA, PARAÍBA

The actions intersetoriais and family health in view of managers, professionals and users of health in city of João Pessoa, Paraíba



Praia do Coqueirinho (fonte: www.paraibaparadise.com)

ARTIGO I

As Ações Intersetoriais e a Estratégia Saúde da Família na Ótica de Gestores, Profissionais e Usuários da Saúde no Município de João Pessoa, Paraíba¹

The Intersectoral Actions and the Family's Health Strategy in the Optics of Managers, Professionals and Users of the Health in the municipal district of João Pessoa, Paraíba.

Paulo Roberto de Santana²

Maria Fátima de Sousa³

Anita Aline Albuquerque Costa⁴

Mônica Maria Osório⁵

Correspondência para:

Rua Ministro João Alberto, Nº 600.

Iputinga – Recife – PE – Brasil.

CEP: 50800-070

E-mail: paulordsantana@bol.com.br

¹Baseado em tese de Doutorado-Programa de Pós Graduação. Departamento de Nutrição/UFPE, 2008. Trabalho financiado pelo CNPq - Conselho Nacional de Pesquisa (Processo 402303/2005-9).

²Departamento de Nutrição, Universidade Federal da Paraíba.

³Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília/Núcleo de Estudos de Saúde Pública, do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares da UnB.

⁴ Departamento de Nutrição, Universidade Federal de Pernambuco.

⁵Departamento de Ciências Sociais, Universidade Federal de Pernambuco.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo investigar a relação entre ações intersetoriais e a Estratégia Saúde da Família segundo a ótica dos gestores, profissionais e usuários na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba. A pesquisa é do tipo quali-quantitativa. A pergunta central do estudo foi: *O Programa Saúde da Família (PSF) é uma estratégia política capaz de promover as ações intersetoriais?*, tomando como referência o conceito de representações sociais, fundamentando-se no método da hermenêutica-dialética, utilizando a triangulação de métodos. Os dados foram coletados por meio da técnica de grupo focal, entrevistas e análise documental. Os dados foram analisados segundo a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Os DSC apontam para as potencialidades da Estratégia Saúde da Família (ESF) para promover ações intersetoriais e para a agenda do governo local, que tem sido insuficiente para rearticular os diversos setores executores das políticas públicas.

Palavras-chave: ação intersetorial; saúde da família; políticas públicas.

SUMMARY

This study had as object investigates the relationship between intersectorals actions and the Family's Health Strategy (ESF), according to the managers, professionals and user's optics, in the city of João Pessoa, State of Paraíba. The research is of the quanti-qualitative type. The central question of the study was: The Family's Health Program (PSF) is a political strategy capable to promote the intersectorals actions?, taking as reference, the concept of Social Representations, being based in the method of the hermeneutics-dialectic, using the triangulation of methods. The data were collected through the technique of focus group, interviews and documental analysis. The data were analyzed according to the technique of the Collective Subject's Speech (DSC). The DSC appear for the potentialities of Family's Health Strategy (ESF) to promote actions intersectorals and that the local government's calendar has been insufficient for rearticulate the several executive sections of the public politics.

Key words: family's health; intersectorals actions; public politics.

INTRODUÇÃO

A intersectorialidade é uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas que, visando à superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais, objetiva produzir efeitos mais significativos na saúde da população. Ela está necessariamente relacionada à prática, ao enfrentamento de problemas reais. É uma nova prática social, reconstruída com a reflexão e o exercício democrático. A construção da intersectorialidade como um novo arranjo para intervenção tem o potencial de se converter em uma estratégia democratizadora, que possibilite a abertura de novos espaços de participação, a constituição de novos sujeitos, o empoderamento e a inclusão de novos atores sociais no processo de decisão política e de gestão dos espaços públicos¹.

Mais que um conceito, a intersectorialidade é, neste momento, uma prática social que vem sendo construída a partir da existência de profundas insatisfações em pelo menos dois campos da modernidade. Primeiro, no campo filosófico, em que há um questionamento do lugar e da possibilidade de ação conferida às pessoas pela concepção positivista de mundo. O mundo da modernidade é o mundo da racionalidade, dominado pelo funcional e pelo instrumental, concebido segundo uma visão objetiva da realidade, na qual o homem foi convertido em um objeto qualquer, preso e progressivamente subjugado pelas forças da técnica e da história. Em contraposição a esse tipo de compreensão, há uma busca de resgate da subjetividade, da possibilidade de ser sujeito, de ser solidário e de participar da construção do mundo e do futuro².

A criação do vínculo com a comunidade, instituída também como estratégia, permite aos profissionais e gestores em saúde conhecer melhor o processo saúde-doença, e não apenas aperfeiçoar a atenção à saúde, mas, além disso, entendê-la como problema complexo que não se resume apenas ao setor, mas que necessita do pilar de sustentação do Programa Saúde da Família, da intersectorialidade e da interdisciplinaridade.

A intersectorialidade, na perspectiva da promoção da saúde, faz parte de um trajeto histórico em grandes fóruns mundiais e é hoje parte integrante da agenda política dos países da América Latina³. No Brasil, particularmente, este é um momento em que o Ministério da Saúde deveria estar empenhado em implementar uma política nacional de promoção à saúde, procurar priorizar o fortalecimento da atenção básica mediante a oferta dos serviços nesse nível pelo eixo da Saúde da Família⁴.

Nos últimos 14 anos, o Brasil vem implantando um novo modelo de saúde, com base nos valores e princípios orientadores da atenção básica, tendo no Programa Saúde da Família

(PSF) seu eixo estruturante. O Programa Saúde da Família, segundo o Ministério da Saúde, tem sido eficiente no que diz respeito à mudança positiva de indicadores de relevância na saúde pública, entre eles a redução da mortalidade infantil e materna, cobertura do pré-natal, a diminuição dos índices de desnutrição e outros.

A 12^a Conferência Nacional de Saúde concluiu que o PSF deve ser valorizado como espaço para o exercício da intersetorialidade. Isso significa que a ESF, na prática, contribui efetivamente para a difusão de um conceito ampliado de saúde e valorização das ações intersetoriais na implementação das políticas de governo, pautadas pela inclusão social. Ao valorizar as ações integradas, a Conferência chama a atenção para as condições que se fazem necessárias à ruptura com os padrões nacionais de planejamento e implementação dos programas sociais, nos três níveis de governo, e para uma forma de organizações que dê conta da ampla determinação dos problemas de saúde ou de sua multicausalidade⁵.

Como estratégia da política de saúde, o PSF tem buscado sua inserção e integração com outras áreas do SUS, no campo do conhecimento da saúde coletiva, além das articulações estabelecidas com outros programas no âmbito da assistência social. Importantes pesquisas e trabalhos desenvolvidos na última década sobre a evolução do PSF e as ações intersetoriais apontam para os limites que se apresentam à objetivação dessa estratégia, que pressupõe certamente uma dimensão política relacionada à estrutura e gestão das políticas públicas e também uma dimensão social. Essa dimensão diz respeito ao espaço social em que essa estratégia é exercida e compreende não apenas o território e a população, mas a rede social e a riqueza das relações institucionais e entre as pessoas no microsistema em que se configura a intervenção área de saúde.

Dado o momento singular pelo qual a cidade passa, em termos de gestão municipal, este estudo teve como objeto investigar a relação entre ações intersetoriais e a Estratégia Saúde da Família, segundo a ótica dos gestores, profissionais e usuários da saúde, na cidade de João Pessoa.

Com essa perspectiva, o estudo foi desenvolvido a partir de uma questão central: “O PSF é uma estratégia capaz de promover as ações intersetoriais?”. Entendendo a intersetorialidade como a capacidade de articular os vários setores nas práticas da Atenção Primária em Saúde (APS), reunindo diferentes saberes, importava conhecer como se dão essas práticas no plano operacional, sem perder de vista, no entanto, que essas práticas expressam a compreensão que os gestores, profissionais e os próprios usuários têm da intersetorialidade. Daí a valorização das representações sociais desses atores.

Acredita-se que o trabalho de investigação realizado poderá subsidiar os programas de saúde na área de estudo, chamando a atenção para o rendimento e resolutividade das ações mediante a articulação intersetorial.

PERCURSO METODOLÓGICO

METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada no período 2007/2008, tendo como cenário de estudo o Distrito Sanitário IV, em João Pessoa. A escolha da área foi realizada mediante alguns critérios: (a) porte do município, que registra uma população de 647.000 habitantes⁶, portando 180 equipes da ESF, que se encarregam da cobertura de 82% da população; (b) a implementação de programas, projetos e ações de governo em articulação com outros setores, em nome da intersetorialidade; (c) a possibilidade de leitura de uma realidade na qual o sujeito pesquisador pudesse se “distanciar” dos sujeitos participantes do estudo; (d) a facilidade na obtenção das informações necessárias à realização do estudo.

O município de João Pessoa implantou o PSF desde 1998 e hoje constitui a estratégia estruturante do sistema de saúde dessa cidade. Vale salientar que o plano municipal de saúde considera “indispensável” a articulação intersetorial, no sentido de garantir “a expansão e o acesso da população à rede de serviços a partir do PSF, onde se privilegia a atenção integral das necessidades de saúde”⁷.

Na gestão atual, iniciada em 2004, o governo municipal implantou vários projetos políticos na perspectiva de superar a histórica fragmentação das políticas públicas, buscando viabilizar a promoção de ações intersetoriais. Entre eles, o Projeto de Trabalho Técnico Social (PTTS), Projeto Empreender João Pessoa, Diagnóstico Social do Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e o Orçamento Democrático, sob a égide da gestão participativa.

Além de configurar um momento singular, em termos de gestão municipal, a experiência em curso mostrou-se particularmente favorável à realização desta pesquisa, que teve como objetivo principal investigar a relação entre a Estratégia Saúde da Família e as ações intersetoriais e a relação entre as práticas da Estratégia de Saúde da Família e a efetivação das ações intersetoriais, particularizando a mortalidade a infantil. Sem prejuízo dos subsídios do levantamento documental, o estudo procurou identificar as condições que influenciam aquele processo a partir do discurso dos atores nele envolvidos na ótica dos gestores, dos profissionais e dos usuários da saúde.

Tendo em vista a natureza do objeto de estudo, foi utilizada, nesta pesquisa, a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)⁸, um recurso metodológico que permite o resgate das opiniões coletivas de modo quali-quantitativo.

UNIVERSO DO ESTUDO

Foram estudados os atores políticos e técnicos, levando em consideração a posição e as funções institucionais desses atores na esfera do governo municipal. Além do *staff* da administração superior, foram incluídos na amostra intencional profissionais de saúde, membros das equipes do Programa Saúde da Família (PSF), usuários adstritos às equipes do PSF, os Agentes Comunitários de Saúde, os Conselheiros do Orçamento Democrático, representantes do Conselho Municipal de Saúde e profissionais do Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), totalizando oito entrevistados.

Na escolha dos sujeitos, foram observados os seguintes critérios: conhecimento e envolvimento com o Programa Saúde da Família, disponibilidade e atitude de colaboração, além da capacidade de comunicação.

O diálogo entre o mundo teórico e prático sobre a estratégia política do PSF e sua capacidade de promover as ações intersetoriais foi pesquisado tomando a redução da mortalidade infantil como exemplo.

Em acordo aos objetivos do estudo, a categoria analítica *as práticas das Estratégias Saúde da Família e as ações intersetoriais* investigou as representações dos participantes sobre a intersetorialidade e as condições que influenciam sua objetivação na área da saúde.

A organização dessa categoria foi parte integrante de todo o processo de análise sobre o objeto, tomando como referência o conceito de representações sociais que, neste estudo, assumiu uma importância singular. As representações sociais se constituem em uma referência vital e indispensável à pesquisa social, fonte de recuperação de processos sociais constitutivos de uma determinada realidade, manifestando-se pelas condutas, ideias, imagens e visões de mundo dos atores sociais. Expressam-se por meio da linguagem do senso comum e "devem ser analisadas a partir da compreensão das estruturas e dos comportamentos sociais"⁹.

Para análise e interpretação dos dados, utilizamos a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que consiste em um procedimento metodológico de natureza qualitativa que busca superar os impasses das pesquisas tradicionais de representação social recuperando, na escala coletiva – a representatividade dos achados –, a natureza discursiva e argumentativa do pensamento⁹.

Na singularidade deste estudo, o DSC é utilizado para expressar a manifestação do pensamento de um sujeito coletivo, revelando-o como um discurso, com seu conteúdo e argumentos, e também para quantificar esse discurso, que expressa os traços do pensamento da coletividade na qual o sujeito está inserido, exprime o que o grupo pensa e como pensa.

Para elaborar o DSC, utilizaram-se figuras metodológicas: Expressões-Chave (trechos selecionados do material verbal de cada depoimento que melhor descreve seu conteúdo), Ideias Centrais (fórmulas sintéticas que descrevem os sentidos presentes nos depoimentos de cada resposta e também nos conjuntos de respostas de diferentes indivíduos, que apresentam sentido semelhante ou complementar), Ancoragem (fórmulas sintéticas que descrevem não só o sentido, mas a ideologia, os valores e crenças presentes no material verbal das respostas individuais ou das agrupadas, sob forma de afirmações genéricas destinadas a enquadrar situações particulares) e Discurso do Sujeito Coletivo (discurso que resume o exposto nas várias Expressões-Chave, tomando por base as idéias centrais ou as ancoragens que são comuns a um determinado discurso).

Nessa direção, o procedimento acompanha a posição de Minayo¹⁰, que aponta combinação de técnicas de natureza quali-quantitativa, e visam ampliar a compreensão que o pesquisador tem do fenômeno observado e são utilizadas destacadamente nos estudos que envolvem pessoas, procurando resgatar o que pensam e o que entendem a respeito do tema investigado. Isso permite ampliar as possibilidades da análise, discussão e resultados dos objetivos do estudo, que têm, no campo da saúde, processos próprios e abrangência específica, o que possibilita a triangulação de métodos e técnicas⁹.

ANÁLISE DOS DADOS

Foi realizado o destaque das expressões-chave de cada depoimento, seguido pelas ideias centrais presentes nos conjuntos das respostas com sentido semelhante e pelas ancoragens que descreviam não mais o sentido, mas os valores e crenças presentes nos depoimentos, isto é, as afirmações genéricas que serviam para definir situações particulares. Com esses elementos, procurou-se marcar expressivamente a presença do pensamento coletivo, o DSC, expressando uma determinada opinião em posicionamento sobre um tema, um determinado grupo e situação investigada.

Neste estudo, foram respeitados os aspectos éticos e as implicações legais, de acordo com a Resolução nº 196 de 10/10/1996 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que aprova as diretrizes e normas reguladoras da pesquisa envolvendo seres humanos¹⁰. A execução da pesquisa ficou ainda respaldada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba, em sua 15ª Reunião Ordinária realizada em 21/02/2006. Em nome da confidencialidade dos dados, foi garantido o anonimato a todos os informantes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quando perguntado aos gestores seu entendimento sobre a intersetorialidade e como ela ocorre, suas respostas proporcionaram as seguintes ideias centrais:

[...]”na verdade, a intersetorialidade é uma ação que é necessária, digamos que, quando se criam secretarias numa prefeitura, não é para o partido separá-las e torná-las independentes, é para facilitar e para que haja uma possibilidade melhor de identificação dos pontos de contato”. [...] “é um grande desafio. É uma prioridade, mas o grande problema é que a gente só pode ir mais forte nesse processo de consolidação se as pessoas tivessem mais capacidade de compreender mais essa integração”[...]

[...]“o prefeito assumiu uma questão fundamental no início da gestão que foi quebrar essa história do favor. Hoje criamos o balcão dos direitos, onde o cidadão vai direto no balcão sem passar pelos vereadores nem por secretários. Temos investimentos no calçamento de ruas, saneamento também nas áreas mais distantes, com isso há uma positividade para a saúde. Nós da saúde percebemos mais o conceito de integralidade do que as outras secretarias. Temos um movimento”[...]

[...]”acho que o grande desafio é conseguir esse diálogo com a comunidade e com as outras secretarias, para que esse conceito de integralidade não fique apenas no discurso político do SUS e que, na realidade, mal passa pelo cidadão. Existe ainda um impasse maior nas secretarias que obriga os gestores a olharem para eles mesmos, antes de olharem para os outros. Acho que está mais do que na hora de começarmos a dividir esses olhares”[...]

[...] “com a educação a gente tem um trabalho com as escolas, já fizemos sobre a dengue e saúde bucal. Com a SEDES tem a questão da bolsa família e também as questões dos meninos de rua que estão fazendo uso de álcool e de drogas, estamos tendo uma conversa para a abertura de um CAPS. O orçamento também, porque todas as secretarias passam, fazem as prestações de contas ao orçamento democrático e um planejamento do orçamento democrático. Temos os CRAS, que estão com o PTTS”[...]

As falas dos gestores revelam que a intersetorialidade é uma ação necessária, uma prioridade, mas está sujeita à compreensão do assunto pelas pessoas. Ao mesmo tempo mencionam o desejo de lançar mão de mecanismos capazes de promoverem uma gestão integrada e democrática. Apontam para a necessidade de organizar e disponibilizar a informação à população, como instrumento possível de uma gestão compartilhada, proporcionando mecanismos de avaliação das ações de governo. A articulação dos múltiplos setores de governo e, por consequência, suas redes de inter-relações provenientes de uma intencionalidade da gestão governamental em imprimir movimentos possíveis de integração entre o setor saúde e setores da educação, desenvolvimento social, orçamento participativo apresentam-se de natureza complexa. Nesse sentido, acompanham Tarride¹¹, que diz ser necessário repensar a saúde pública a partir de uma mudança de atitude dos profissionais no sentido de abandonar as certezas, verdades e conceitos-mestres para a solução de problemas, evitando a redução, a simplificação e favorecendo a expansão do conhecimento.

No tocante ao questionamento aos gestores de como se faz a integração entre os setores de governo, eles confirmam o exercício em busca dessa integração. Entretanto, suas falas indicam que, quando isso ocorre, é de forma isolada, não se configurando como uma prática efetiva de ações intersetoriais. No dizer de Junqueira¹², a intersetorialidade é a transferência de poder de decisão para instâncias mais próximas e permeáveis à influência dos cidadãos, agindo de forma sinérgica. Nessa direção, o Projeto de Trabalho Técnico e Social (PTTS) é tomado pelos gestores como possibilidade dessa integração entre os diversos setores de governo. No entanto, ainda que vejam nele o potencial indicativo de resultados positivos, dentro do Distrito Sanitário, isso pouco tem contribuído na articulação entre as secretarias de Governo. As razões desses limites, como diz Paim¹³, passam necessariamente pelos anéis burocráticos, respondendo a uma lógica do poder executivo, que se caracteriza no Brasil por ser setorializada, pouco articulada, tendendo a tratar o cidadão de forma fragmentada e com serviços executados isoladamente. Por exemplo, quando diferentes ações e serviços são dirigidos à mesma criança, à mesma família, ao mesmo trabalhador, no mesmo território, ainda assim suas ações são realizadas de forma desarticulada.

Quando nos reportamos ao Gráfico 1, construído a partir das ideias centrais do discurso do sujeito coletivo de gestores, 57,13% das incidências revelam suas intencionalidades no plano teórico em realizar as ações de forma articulada e integrada por diversos setores do governo local. A ênfase dada a essa assertiva na fala desses sujeitos revela os limites dessa intenção quando se evidenciam impasses entre as secretarias de governo que os obrigam a olhar para si mesmos. Ainda que reconheçam a importância de efetivar suas ações de forma integrada, dividem as inquietações numa clara tentativa de reconhecer e conceber a existência das ligações e da solidariedade¹⁴.

Passamos a discutir com base no DSC abaixo as ideias centrais de maior frequência nas falas dos profissionais, no que diz respeito à concepção da intersetorialidade. O que se segue compõe a síntese de seus discursos:

[...]“é a explicação do princípio da saúde com a educação, com a ação social, planejamento. Sabemos que isso é importantíssimo, mas é muito difícil, pois há falta de comunicação entre os setores. A intersetorialidade é efetivada quando conseguimos articular os vários segmentos/instituições no trabalho conjunto, casando e com objetivos comuns, seja na saúde, na educação ou na assistência social, ambos devem estar trabalhando juntos. É essa relação do PSF com os outros setores. O PSF não pode estar isolado”[...]

[...]“a intersetorialidade seria a ligação entre outros setores que não só a saúde. A integração se dá de forma lenta, embora esteja começando a acontecer de forma mais próxima que esses órgãos tenham de responder,

tenham a devida capacidade de resolutividade. Eu tenho muita fé que esse projeto dê certo”[...]
[...]“no momento que existe outro setor, lá vou eu. Esse setor tá aberto e funciona, então isso aqui já são duas forças juntas. É preciso que os órgãos funcionem. Não existam só de fachada”[...]

As falas acima fazem uma síntese do que pensam os profissionais que compõem as equipes do Saúde da Família. Quanto ao conceito de intersetorialidade, partiram dos referenciais teóricos já conhecidos na literatura. Com isso, destacam a intersetorialidade como a ligação entre outros setores e não só entre setores no âmbito da saúde. Na mesma direção, segue afirmando Japiassu², quando menciona ser a intersetorialidade uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas que pretendem possibilitar a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população.

Os profissionais lamentam, entretanto, a baixa integração dos órgãos governamentais e, revelam que essa integração só existe de “fachada” e que a intersetorialidade anda a passos lentos. Reconhece em primazia a importância de uma ação conjunta entre os setores do governo municipal, mas reconhecem ainda ser muito difícil, pois falta comunicação entre os setores. Entretanto, são otimistas e esperançosos quanto a seu potencial, na perspectiva da superação da fragmentação das políticas públicas, e colocam-se à disposição dos gestores para contribuir nessa responsabilidade social.

Os profissionais compreendem que o PSF não pode estar isolado, uma vez que essa estratégia tem como pressuposto o novo modo de pensar e de fazer saúde, mas esse é um processo de natureza complexa. Segundo o pensamento de Morin¹⁴, tanto o ensino como as práticas privilegiam a separação em detrimento da ligação e a análise em detrimento da síntese. Os profissionais entrevistados esboçam sinais que podem ser traduzidos como operações iniciais de ligação intersetorial. Nesse sentido, é importante destacar a respeito da organização dos conhecimentos, este é um processo circular passando da separação à ligação, da ligação à separação e, além disso, da análise à síntese, da síntese à análise. Concluímos que ligação e síntese continuam subdesenvolvidas. Os profissionais das diversas unidades de saúde da família do Distrito IV entendem que a intersetorialidade seria a ligação entre outros setores que não só a saúde e expressam o desejo de ligação e o sentimento de complementaridade que a saúde tem para responder a seus desafios.

No Gráfico 2 é possível constatar a relação dos profissionais que conseguem identificar os elementos constitutivos da intersetorialidade e de reconhecê-los por meio da

operacionalização do Programa Saúde da Família, representando 50% das incidências das falas.

Os discursos evidenciam que a articulação entre os profissionais do PSF com outros setores do governo, na tentativa de integrar suas ações, se dá de forma muito incipiente, mesmo entre os espaços instituídos pelo governo com a mesma finalidade. Tomam como exemplo experiências anteriores como a tentativa de integrar as ações do Orçamento Democrático, do Centro Referência de Assistência Social (CRAS) e do Programa de Trabalho Técnico Social (PTTS), no município. Situação positiva teria ocorrido, de modo pontual, com a educação, no entanto, não se evidenciou integração das ações com o Conselho Municipal de Saúde. Ainda é tímida a interação das práticas das Equipes do Saúde da Família (ESF) com outras ações desenvolvidas pelo governo municipal. Esse nível de dificuldade encontrou, aliás, referências^{15,16} em outros estudos.

Ao tratar das dificuldades em implantar agendas urbanas intersetoriais, Mendes¹⁵ registra a necessidade de uma nova cultura política. Significa a construção de novos valores, uma nova visão de mundo que leve a população a exigir dos governantes a definição de novas formas de relação entre os níveis de governo, assim como novas formas de cooperação e articulação no planejamento para o desenvolvimento de novas habilidades e estratégias para uma atuação conjunta e compartilhada. Até o momento, porém, os profissionais do PSF reafirmam as dificuldades em concretizar a desejada ação intersetorial na área de sua intervenção.

Teixeira¹⁶ também reconhece que a intersetorialidade é um potencial integrador dos saberes e experiências das políticas setoriais, constituindo fator de inovação na gestão pública ao possibilitar a articulação das diversas organizações que implementam políticas sociais. Nas suas falas, os profissionais caminham contraditoriamente em relação ao depoimento dos gestores quando se referem à objetivação da intersetorialidade e quando expressam suas experiências no tocante à interação com os diversos setores do governo local.

As falas que seguem são dos agentes de saúde, obtidas com a realização de sessão com o grupo focal. Quando indagados a respeito da intersetorialidade e como ela se dá no cotidiano do serviço executado, assim se expressam:

[...]“a gente não tinha muito conhecimento. A gente faz uma análise, uma estratégia de como salvar aquela criança da desnutrição, orientando a mãe para todos os dias ela levar a menina para Unidade e a gente alimentar a criança. Aí orientava na questão da limpeza. Os PSFs, solicitam ajuda do CRAS para ver a situação de fome. Famílias inteiras que estão desempregadas e que não têm renda nenhuma; que é gente, que precisa de Bolsa Família. A questão da moradia, questão do soro caseiro. É o cuidado

com o lixo, é a falta de renda das famílias e aí o desemprego é muito grande ao meu ver. Escolaridade é uma das coisas”[...]

A partir de exemplos de seu cotidiano, os usuários apresentam a intersectorialidade como condição inerente ao atendimento de suas necessidades e dão exemplos. No caso das ações do cuidado com a criança, esta considerada em estado de desnutrição, os usuários veem nessa situação a necessidade de buscarem eles mesmos outras ações fora daquelas ofertadas pelas unidades de saúde da família. E suas demandas se confundem desde o cuidar daquela criança, no que se refere à limpeza, alimentação, vacinação, como forma de salvá-la, até os seus “pedidos de ajuda” ao CRAS para atender a suas necessidades de desemprego e renda.

Essas demandas se configuram em formas de participação espontânea, nas quais os usuários expressam suas necessidades, sem nenhum vínculo orgânico com a gestão governamental.

CONCLUSÕES

A síntese das ideias centrais apresentadas pelos gestores, profissionais e usuários coloca como questão recorrente às limitações que se apresentam à atuação intersectorial, em âmbito local, apesar do reconhecimento de seu significado na implementação das políticas sociais e atendimento das necessidades da população. O DSC dos gestores focaliza a intersectorialidade do modelo como pressuposto do planejamento que tem sua efetividade assegurada pela autonomia técnica e operacional na implementação das ações, graças à descentralização. Nesse entendimento, prevalece a vontade política como principal recurso à instrumentalizar a intersectorialidade; a natureza das demandas sociais ficam em segundo plano, deixando supor o entendimento de saúde como conceito universal.

O DSC dos profissionais trouxe a análise outros elementos, seja pela sua proximidade com a necessidade de consulta da população atendida, seja pela avaliação processual de suas ações no cotidiano. Sobressaem no discurso coletivo as dificuldades encontradas para efetivar a intersectorialidade do modelo, entendido como questão central do debate quando se trata do conceito de saúde.

O estudo aponta que a agenda do governo local, em que pese a positividade das ações desenvolvidas, é insuficiente para rearticular os diversos setores responsáveis pela execução das políticas públicas locais. Uma situação que remete à existência de conflitos de poderes e interesses entre os diversos órgãos do governo local, o que aponta para a dificuldade nos processos de integração e construção de uma agenda combinada e integrada. As articulações com o setor educação, ainda que limitadas, são representativas da vontade política e do

prestígio profissional dos técnicos. É no mundo real de cada equipe, no território por ela trabalhado, que essas ações têm ocorrido.

Finalmente, conclui-se, neste estudo, que o governo local tem sido limitado em superar o desafio das políticas setorializadas com pouca integração das ações objetivas e saberes. E mais, que os profissionais do Programa Saúde da Família demonstram potencial para tal finalidade, porém não sendo a eles permitido o total controle sobre essas articulações, uma vez que elas são de natureza complexa e necessitam de sujeitos diversos que se disponibilizem nessa direção. Com base na pesquisa, verifica-se que embora o PSF tenha criado condições para ação intersetorial, conjugando saberes e experimentações, numa dimensão territorial, a formulação de políticas e programas setorializados limitam significativamente essas possibilidades.

COLABORADORES

P.R. Santana realizou o levantamento bibliográfico, definiu a metodologia, coordenou a pesquisa, analisou os dados e resultados, realizou a discussão, detalhamento da análise, gráficos e tabelas e elaborou o artigo. M.F. Sousa analisou os dados e resultados, realizou a discussão e colaborou na elaboração e revisão do artigo. A.A. A Costa colaborou na definição da metodologia, fez a revisão da metodologia, analisou os dados e resultados, discutiu os resultados e colaborou na elaboração e revisão do artigo. M.M. Osório colaborou na definição da metodologia, analisou os dados e resultados, discutiu os resultados e colaborou na elaboração e revisão do artigo. P.M. A. Santana participou do levantamento bibliográfico e da coleta de dados e colaborou na formatação e revisão do artigo.

AGRADECIMENTOS

Ao CNPq, pelo financiamento da pesquisa; à Prefeitura Municipal de João Pessoa, por ter disponibilizado seus técnicos para coleta dos dados primários e secundários; ao Conselho Municipal de Saúde e Conselheiros do Orçamento Democrático de João Pessoa pela colaboração nas entrevistas; aos agentes de saúde, aos profissionais de nível superior, aos usuários e às assistentes sociais do CRAS do Distrito Sanitário IV de João Pessoa.

REFERÊNCIAS

1. Aerts D, et al. **Promoção de saúde:** a convergência entre as propostas da vigilância da saúde e da escola cidadã. Cad. Saúde Pública 2004 Ago; 20: 1020-1028.
2. Japiassu H. **A crise da razão e do saber objetivo.** São Paulo: Letras & Letras, 1996.
3. Souza EM, Grundy E. **Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social:** inter-relações e perspectivas para a saúde pública. Cad. Saúde Pública. 2004 Out.; 20:1354-1360.
4. Santana P, Sousa M F, Mendonça AVM, orgs. **Dez anos do PSF em Camaragibe:** eis as nossas riquezas. Rio de Janeiro: CEBES, 2004.
5. Brasil. Conselho Nacional de Saúde Sistema. Relatório final da 12ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
6. IBGE. Censo 2007 Disponível em URL: [www.ibge.gov.br/home/estatistica/ populacao /contagem2007/default.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/default.shtm) (2008-11-20)
7. João Pessoa. Prefeitura Municipal. Plano Municipal de Saúde 2006-2009. Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa. João Pessoa: Governo Municipal, 2006.
8. Lèfevre AMC. **Depoimentos e Discursos.** Brasília: Liberlivro, 2005.
9. Minayo MCS. **O desafio do conhecimento,** pesquisa qualitativa em saúde. 9 ed. São Paulo: Hucitec, 2006.
10. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Disponível em URL: <http://www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm> (2008-11-20)
11. Tarride MI. **Saúde pública:** uma complexidade anunciada. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
12. Junqueira LAP. **Novas formas de gestão na saúde:** descentralização e intersetorialidade da saúde e sociedade. Saúde e Sociedade. 1994; 6: 56-62.
13. Paim JS. **Saúde da Família.** In: Paim JS. **Saúde Política e Reforma Sanitária. Espaço de reflexão e de práticas contra hegemônicas?** Salvador: CEPS/ISC, 2002. p. 363.

14. Morin E. **A cabeça bem-feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.
15. Mendes R, Bógus CM, Akerman M. **Agendas urbanas intersetoriais em quatro cidades de São Paulo. Saúde e Sociedade**. 2004 Jan./Abr.; 13: 47-55.
16. Teixeira CF. **Formulação e implementação de políticas públicas saudáveis**: desafios para o planejamento e gestão das ações de promoção da saúde nas cidades. *Saúde e sociedade*. 2004 Jan./Abr; 13: 37-46.

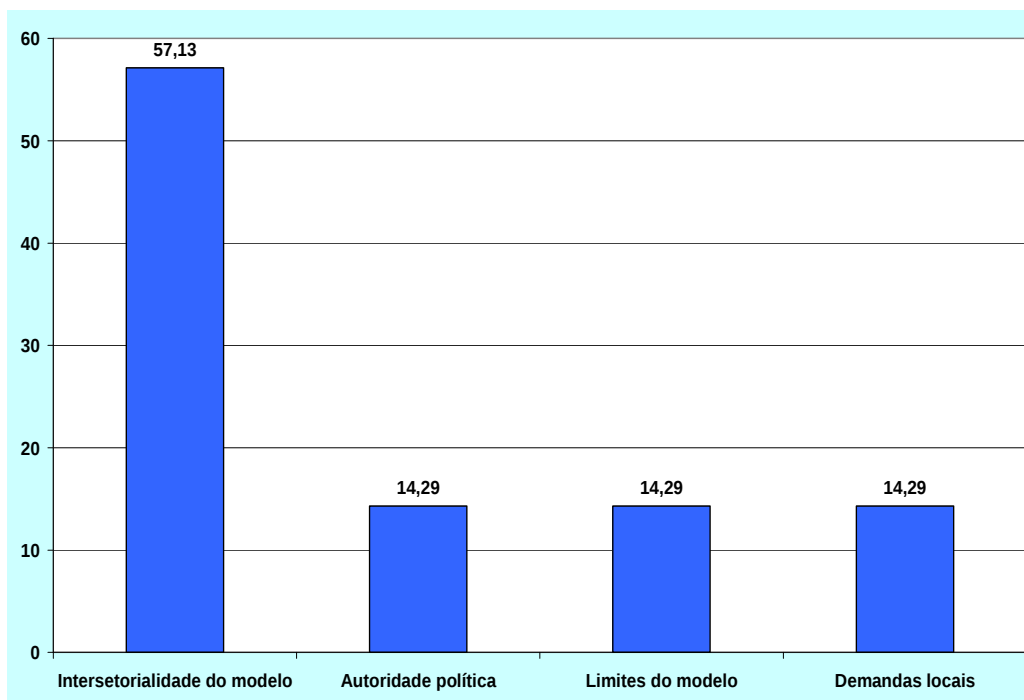


GRÁFICO 1. O QUE SÃO AÇÕES INTERSETORIAIS – DSC GESTORES

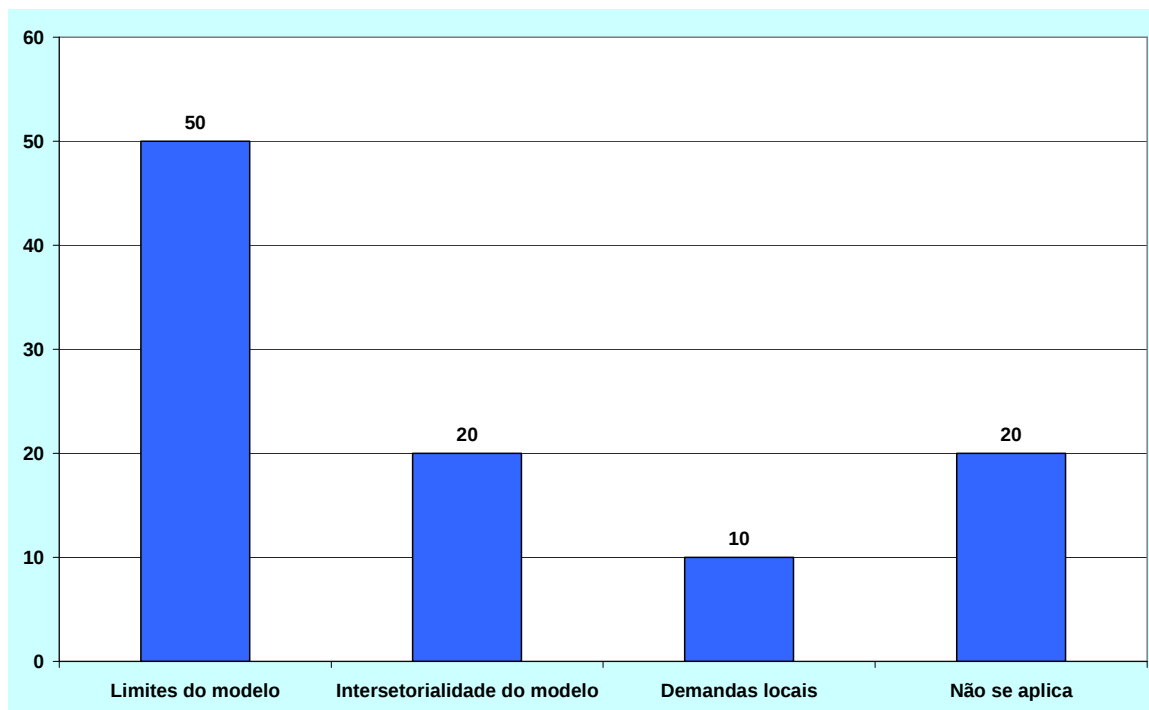


GRÁFICO 2. O QUE SÃO AÇÕES INTERSETORIAIS – DSC PROFISSIONAIS

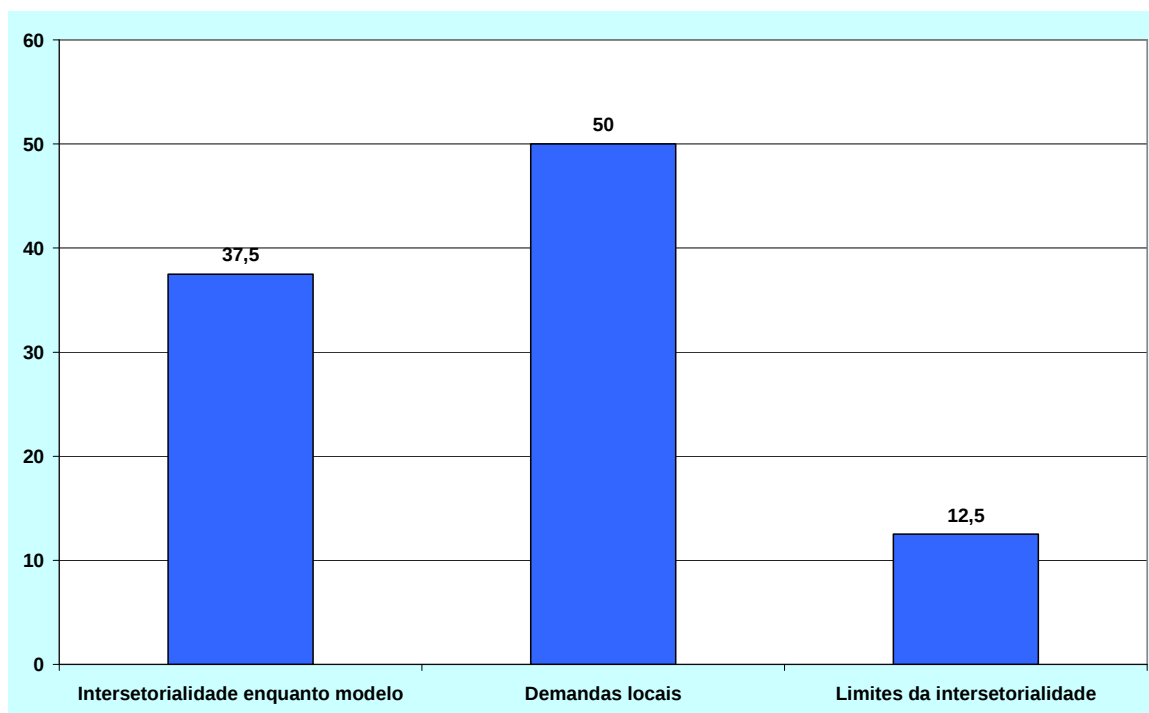


GRÁFICO 3. O QUE SÃO AÇÕES INTERSETORIAIS – DSC USUÁRIOS

ARTIGO II

A REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL COMO EXEMPLARIDADE DAS PRÁTICAS INTERSETORIAIS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

The Reduction of the Infant Mortality as exemplariness of the intersectorials practices of the Family's Health Teams.



Praia de Tambaba (fonte: www.trilhaseaventuras.com.br)

ARTIGO II

A Redução da Mortalidade Infantil como Exemplaridade das Práticas Intersectoriais das Equipes de Saúde da Família⁶

The Reduction of the Infant Mortality as exemplariness of the Intersectorals Practices of the Family's Health Teams.

Paulo Roberto de Santana⁷

Maria Fátima de Sousa⁸

Anita Aline Albuquerque Costa⁹

Mônica Maria Osório¹⁰

Correspondência para:

Rua Ministro João Alberto, Nº 600.

Ipatinga – Recife – PE – Brasil.

CEP: 50800-070

E-mail: paulordsantana@bol.com.br

⁶ Baseado em tese de Doutorado-Programa de Pós Graduação. Departamento de Nutrição/UFPE, 2008. Trabalho financiado pelo CNPq - Conselho Nacional de Pesquisa (Processo 402303/2005-9).

⁷ Departamento de Nutrição, Universidade Federal da Paraíba.

⁸ Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília/Núcleo de Estudos de Saúde Pública, do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares da UnB.

⁹ Departamento de Nutrição, Universidade Federal de Pernambuco.

¹⁰ Departamento de Ciências Sociais, Universidade Federal de Pernambuco.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi estabelecer inter-relações existentes entre as práticas das ESF e as ações intersetoriais desenvolvidas pelo governo municipal visando à redução da mortalidade infantil. A pesquisa, de natureza quanti-qualitativa, foi realizada no ano de 2007 com a participação de 22 atores envolvidos na gestão, avaliação e execução do Programa Saúde da Família no município de João Pessoa-PB. Os métodos e técnicas para coleta, análise e compreensão dos discursos dos sujeitos coletivos - DSC. Como instrumentos de coleta do material discursivo, foram utilizados roteiros de entrevistas individuais, Grupos Focais e análise documental. Após a releitura e ordenação, os dados deram origem ao cadastro utilizando o Qualiquantisoft. Dentre as conclusões do estudo, cita-se: a ausência de um planejamento estratégico orientado à redução da mortalidade infantil; a baixa relevância destinada à redução da mortalidade infantil por parte dos gestores, indicando a falta de sintonia entre o governo local e os compromissos internacionais, presentes nas metas do milênio e que o PSF é visto por todos os sujeitos pesquisados como uma estratégia potencial para contribuir com a redução da mortalidade infantil, desde que suas ações sejam planejadas, programadas e articuladas, em todos os territórios.

Palavras-chave: Mortalidade infantil; Ação Intersetorial; Saúde da Família.

ABSTRACT

The objective of this study was to establish existing Inter-relations between practical of the ESF and the intersectorial actions developed by the municipal government aiming at to the reduction of infant mortality. The research, of quanti-qualitative nature, was carried through in the year of 2007 with the participation of 22 involved actors in the management, evaluation and execution of the Strategy Health of the Family in the city of João Pessoa. The methods and techniques for collection, analysis and understanding of the speeches of collective citizens – DSC. As instruments of collection of the discursive material, scripts of individual interviews, Focal Groups had been used and documentary analysis. After the releiture and ordinance, the data had given origin to register in cadastre it using the Qualiquantisoft. Amongst the conclusions of the study, it is cited: the absence of a guided strategical planning to the reduction of infant mortality; low relevance destined to reduction of infant mortality on the part of managers, indicating lack of tunning between government local and commitments international, gifts in goals of millenium and that the PSF is seen by all the searched citizens as a potential strategy to contribute with the reduction of the infant mortality, since that its action is planned, programmed and articulated, in all the territories.

Key words: Infant mortality; Intersectorial Action; Health of the Family.

INTRODUÇÃO

O Brasil possui uma infinidade de estudos científicos que propõem análises e reflexões sobre o Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1994, como uma estratégia política para contribuir com a mudança do modelo médico assistencial vigente. Diversos estudos detalham as ações de promoção da saúde, nas últimas duas décadas, como propostas que dão ênfase às ideias de cidades saudáveis, das políticas públicas saudáveis e da ação intersetorial ^{1, 2, 3, 4}. Pouco espaço é dado, no entanto, às discussões que analisam a estratégia Saúde da Família, seu potencial e limites na construção das diversas ações de governo, de forma combinada e integrada^{5, 6, 7, 8}

O coeficiente de mortalidade infantil tem sido muitas vezes utilizado como um dos indicadores de exclusão social, é uma questão importante na realidade brasileira e também é apontada como preocupação do cotidiano em saúde, principalmente no Nordeste onde os dados estatísticos (27,4/1000 nascidos vivos), ainda são maiores que a média nacional (21,2/1000 nascidos vivos) ⁹. Historicamente, o problema tem sido vinculado à pobreza, quase sempre reduzida à noção de carência de recursos materiais e suas consequências imediatas ¹⁰.¹¹A partir da década de 90, a inflexão nas políticas públicas, sobretudo aquelas relacionadas às condições de vida comunitária, sobressai o entendimento da saúde como direito fundamental e, ao mesmo tempo, sua complexidade. Com essa perspectiva as estratégias para o atendimento das necessidades sociais, a busca da sua efetividade considerando as dimensões envolvidas na questão da saúde e a dinâmica da intervenção.

A dinâmica da intersetorialidade, ações estratégicas que podem atingir o problema em profundidade e um desses exemplos foi o investimento do PSF - uma ação setorial, centrada na saúde da família-, mas capaz de provocar consequências multisetoriais. Por exemplo, através da proteção à maternidade e à infância, o PSF pode combater simultaneamente a desnutrição infantil e ações complementares que resultem no combate à mortalidade infantil¹². O acompanhamento de famílias que recebem o Bolsa Família mostrou igualmente a importância do PSF para implantar um processo cotidiano de acompanhamento e apoio às famílias beneficiárias, planejado e executado conjuntamente pelas equipes do PSF e do Centro de Referência da Assistência Social (CRAS)¹².

Esses procedimentos resultaram, porém, de iniciativas dos técnicos dos serviços envolvidos. Localizados pontuais, não institucionalizados. A observação mostra que essas medidas poderiam fazer parte da metodologia desses serviços. Sem dúvida alguma esses

exemplos são pontuais, mas são capazes de ilustrar as possibilidades das práticas intersetoriais e das possibilidades percebidas pelos técnicos para resolver problemas de efetividade de suas ações, a partir do PSF. Outra questão, porém, se apresenta como assegurar sua generalização? O governo tem priorizado a ampliação do Programa Saúde da Família em todo o País ¹³. Com isso, é possível afirmar que os debates sobre as ações intersetoriais encontram também agenda na discussão dos modelos assistenciais, especialmente naquelas propostas de vigilância à saúde em territórios definidos ¹⁴.

Passados 14 anos, desde sua implantação, e considerando a necessidade de revisar e adequar as normas nacionais ao atual momento do desenvolvimento da atenção básica no Brasil, o Ministério da Saúde aprova a Política Nacional da Atenção Básica ¹⁵, estabelecendo, assim, a revisão de diretrizes e normas relativas ao Programa Saúde da Família (PSF) e sua institucionalização como estratégia. Por sua vez, a Coordenação de Atenção à Criança, do Ministério da Saúde, apresenta a Agenda de Compromissos com a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil ¹². Orienta para a ação de todos os profissionais que lidam com a criança e a ressalta como foco de atenção de todos, cada qual dentro de sua missão profissional. Acrescenta que em qualquer oportunidade que se apresente, seja na unidade de saúde, no domicílio ou espaços coletivos, como a creche e a escola a criança faz jus a um cuidado integral e multiprofissional que dê conta de atender suas necessidades e direitos como indivíduo em desenvolvimento. Ao particularizar o cuidado integral à criança, esta coordenação indicou a responsabilidade de disponibilizar a atenção necessária em todos os níveis: da promoção à saúde ao nível mais complexo de assistência, do *locus* próprio da atenção à saúde aos demais setores que têm interface estreita e fundamental com a saúde (moradia, água tratada, educação, nutrição, etc).

A redução da mortalidade infantil exige ações integradas. Não será alcançada sem intervenções conjugadas na área do saneamento, da educação (não se trata só de escolaridade), da moradia, além de condições estritamente vinculadas ao trabalho e às condições de vida, tanto cidade como no campo. Fala-se constantemente de inclusão social, mas é preciso considerar que se trata de um quadro genérico com múltiplas dimensões econômicas, social e cultural. Em relação à mortalidade infantil, o diagnóstico das dinâmicas operantes na situação, aponta para a multicausalidade destacando-se os determinantes de classes sociais ⁴.

A partir deste ponto se configura um quadro geral, cujas condições de atendimento são previstas de maneira fragmentada nas políticas públicas. Acredita-se que os princípios da intersetorialidade permitem que a colaboração constante entre os vários setores evite

problemas de superposição e omissões, aproximando as políticas das necessidades concretas da população.

Neste estudo procura-se conhecer como a intersectorialidade, enquanto estratégia de formulação e de gestão de políticas sociais é pensada ou compreendida pelos diversos atores envolvidos na estratégia de saúde da família, particularizando a redução da mortalidade infantil. Entende-se que o posicionamento desses atores pode influenciar as ações específicas nessa área, dificultando ou favorecendo uma atuação integrada a nível local.

MÉTODOS

Esta é uma pesquisa de natureza quali-quantitativa, tendo como cenário de estudo o Distrito Sanitário IV da cidade de João Pessoa. Foram estudados, no ano de 2007, 22 atores políticos e técnicos, levando em consideração a posição e as funções institucionais desses nas esferas do governo municipal. Os atores são oriundos da Secretária Municipal de Saúde, Secretária de Transparência Pública, Secretário do Desenvolvimento e Ação Social, Diretor do Distrito 4, além dos profissionais de saúde, membros das equipes do PSF, usuários adstritos às equipes do PSF, os Agentes Comunitários de Saúde, os Conselheiros do Orçamento Democrático, representantes do Conselho Municipal de Saúde e profissionais do Centro de Referência da Assistência Social (CRAS).

A questão de pesquisa, ou a pergunta central foi *“O PSF é uma estratégia política capaz de promover as ações intersectoriais?”*, e, como categoria de análise, *“a redução da mortalidade infantil como exemplaridade das práticas intersectoriais”*. A organização dessa categoria foi parte integrante de todo o processo de análise sobre o objeto, tomando como referência o conceito de Representações Sociais¹⁶.

A escolha do tema a ser estudado nos permitiu recolocar o diálogo entre o mundo teórico e prático sobre o potencial e os limites da estratégia política do Programa Saúde da Família – PSF, no entorno de sua capacidade de promover as ações intersectoriais, estabelecendo as inter-relações dessas com as práticas das equipes, tomando a redução da mortalidade infantil como exemplaridade.

As primeiras aproximações do estudo permitiram evidenciar a questão de pesquisa, ou a pergunta central, que foi: **O PSF é uma estratégia política capaz de promover as ações intersectoriais?** E para fundamentar as respostas a essa questão o estudo seguiu, tendo como base teórica, a compreensão desse fenômeno contextualizado no tempo e no espaço, dentro da estrutura política, econômica, social e cultural do Estado brasileiro, tomando a cidade de João Pessoa com universo da investigação.

Para tanto, foram identificados conceitos básicos, segundo alguns autores que vêm historicamente analisando teórica e metodologicamente o surgimento da Política de Saúde, Modelos de Atenção à Saúde, Atenção Básica à Saúde, Programa Saúde da Família, Intersetorialidade e fragmentação das políticas públicas no Brasil. Todas estas devidamente ajustadas à análise explicativa da complexidade desses fenômenos.

Fazer a análise da realidade do PSF à luz dos objetivos desse estudo nos fez optar pelo referencial teórico da **hermenêutica dialética**, este, como método, valoriza os processos das práticas das equipes do PSF no sentido de suas práxis. Conforme nos alerta Minayo:

"a hermenêutica e a dialética não devem ser "encurtadas" através de sua redução à simples teoria de tratamento de dados. Mas pela sua capacidade de realizar uma reflexão fundamental que ao mesmo tempo não se separa da práxis, podemos dizer que o casamento dessas duas abordagens deve preceder e iluminar qualquer trabalho científico de compreensão da comunicação"¹⁷.

A opção desse método está intimamente ligada à busca persistente em compreender as práticas das Equipes do PSF e suas inter-relações com as ações Intersetoriais expressas nas ações de governo municipal da cidade de João Pessoa. Portanto, buscar na linguagem da práxis a compreensão do sentido dos fatos que compuseram a dinâmica dessas inter-relações persegue a intenção desse trabalho. Por conseguinte, entender o significado mais do que de reconstruir sob o ponto de vista conceitual o potencial dos princípios e diretrizes organizativas do PSF.

Com isso, a relação entre o visível e o invisível, o manifesto e o não manifesto dos contextos descritos foram referenciados neste estudo como parte de um processo em permanente reconstrução, por vezes em **contradição** entre o mundo ideal e real, refletidos nas palavras e gestos dos sujeitos técnicos e políticos envolvidos na oferta das ações governamentais.

O trabalho de campo teve seu início em 2007, após a elaboração do projeto. Vários foram os caminhos adotados para a coleta de dados, no sentido de buscar elementos que aprofundassem os fenômenos e movimentos imbricados nos diferentes espaços e tempos dos processos históricos das práticas das equipes do PSF e suas inter-relações com as ações do governo municipal em João Pessoa.

Entre os procedimentos adotados sobressaiu a análise documental, com a finalidade de selecionar e fichar os principais documentos técnico-científicos que versavam sobre o objeto de estudo, como: artigos em periódicos, documentos normativos institucionais, relatórios técnico-administrativos e planos de trabalho, entre outros. Integraram o acervo da análise documental publicações governamentais e não governamentais registros dos principais programas em execução, permanentemente atualizadas no decorrer da realização da pesquisa.

Foram priorizados, além de monografias e pesquisas relacionadas à implementação de programas sociais, os seguintes documentos: Plano Municipal de Saúde, Projeto de Trabalho Técnico Social (PTTS), o Projeto Empreender João Pessoa, Diagnóstico Social do Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e o Orçamento Democrático do Município, tendo em vista sua relevância para as iniciativas de governo.

Para a coleta de dados primários foram adotadas as técnicas de entrevista e de discussão em grupos focais, especialmente direcionadas à aplicação do QualiQuantiSoft, elaborado com base na Teoria do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

A coleta de dados primários foi precedida do detalhamento dos instrumentos a serem aplicados, constando de matriz de observação, roteiros de entrevista, critérios de constituição e organização dos grupos focais. Igual procedimento foi adotado em relação à coleta e sistematização de dados secundários, incluindo ficha de levantamento bibliográfico, formulário padronizado para leitura e análise documental e registro de dados censitários.

Para análise e interpretação dos dados foi utilizada a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que consiste em um procedimento metodológico de natureza quali-quantitativa que busca superar os impasses das pesquisas tradicionais de representação social, recuperando, na escala coletiva – a representatividade aos achados –, a natureza discursiva e argumentativa do pensamento ¹⁸.

Para a análise dos dados desta pesquisa utilizamos o método da hermenêutica dialética; a hermenêutica dialética é a busca da compreensão de sentido que se dá na comunicação entre os seres humanos. Nesse método, há dois níveis de interpretação. O primeiro deve estar estabelecido na fase exploratória da investigação e contempla a contextualização sócio-econômica e política dos sujeitos estratégicos a serem investigados: a política de saúde em geral e, em particular, a proposta do PSF e as ações intersetoriais.

Foram respeitados os aspectos éticos e as implicações legais, de acordo com a Resolução n.º 196 de 10/10/1996 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que aprova as diretrizes e normas reguladoras da pesquisa envolvendo seres humanos ¹⁹. Também nos respaldamos com base na certificação de Autorização de Pesquisa, autorizada por unanimidade e expedida pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba em sua 15ª Reunião Ordinária realizada em 21/02/2006. Além disso, todos os informantes e suas informações foram mantidos em sigilo, sob os critérios da ética em pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No discurso dos gestores sobre a redução da Mortalidade Infantil como exemplaridade das práticas intersetoriais das ESF, por meio de entrevistas, encontramos o seguinte pronunciamento:

[...]“não tivemos um planejamento estratégico em relação às linhas de cuidado. Então, vamos focar na criança, isso é uma meta e já estamos com os planejamentos prontos dos cinco DS[...]”

[...]“ainda não conseguimos ver esses avanços nessa questão intersetorial. Mas ela flui melhor mesmo é com a educação. A secretaria da transparência não teve a oportunidade de entrar nessa pauta”[...]”

[...]“dentro do conceito de integralidade, temos uma clareza que os problemas de saúde, pelo menos uma grande parcela, podem ser resolvidos fora da saúde do que dentro dela”[...]”

Chamam a atenção no DSC dos gestores as suas preocupações quanto à ausência de um planejamento estratégico orientado à redução da mortalidade infantil. Em contradição às suas falas verificamos ser a mortalidade infantil um dos objetivos explícitos no Plano Municipal de Saúde do Município. E para cumprir tamanha intencionalidade, os gestores do Sistema Municipal de Saúde veem no PSF a estratégia potencial para atingir os objetivos estabelecidos. Nesse caso, a implementação de propostas inovadoras, tendo no PSF o foco da ação, exigem planejamento e programação, estes enquanto instrumentos constituintes de espaços de poderes compartilhados e de articulações de interesses, saberes e práticas das diversas organizações envolvidas. Nesse sentido, Minayo¹⁷ reforça que, sendo a mortalidade infantil sabidamente sensível às ações básicas e às ações intersetoriais, estas deveriam estar em todos os territórios de atuação das Equipes do PSF articuladas, visando responder ao desafio de reduzir mortes de crianças menores de um ano.

Barros e Victora²⁰ referem que o coeficiente de mortalidade infantil é um indicador consagrado das condições de saúde e sócio-econômica de uma população, pode ser utilizado não somente para explicitar e conhecer os níveis de desenvolvimento social em um determinado momento, mas, também, como indicador de programas de saúde aplicados à comunidade.

A estatística oficial do Ministério da Saúde estima uma taxa de mortalidade infantil de 22,58 óbitos/mil nascidos vivos em 2004. A tendência da taxa de mortalidade infantil no Brasil é de queda, desde 1996, passando de 33,7 óbitos/mil nascidos vivos em 1996 para 22,58 óbitos/mil nascidos vivos em 2004^{21, 22}. Uma redução de 33% nesse período. Aquela instituição, segundo informações em seu portal, se responsabiliza em implementar políticas públicas de atenção à saúde da criança, envolvendo ações intersetoriais direcionadas para a redução da taxa de mortalidade infantil, além da ampliação da oferta dos serviços de saúde na

atenção básica e hospitalar (atenção ao pré-natal, vacinação, aleitamento materno, terapia de hidratação oral, humanização do parto, entre outros) ²³.

Ficou evidenciado, a partir das falas dos gestores, que estes relacionam a redução da mortalidade infantil com as ações intersetoriais. Apesar desse entendimento, a predominância dos discursos encontra-se em níveis semelhantes 28,57% para redução da mortalidade infantil e igual valor para a intersectoriedade (Gráfico1), indicando baixa relevância destinada ao tema por parte dos gestores, apesar dos esforços do governo local em tentar articular-se por meio de estratégias como o PTTS.

Os resultados dessa pesquisa demonstram a desarticulação entre o que de fato o poder local realiza em direção à redução da mortalidade infantil e as recomendações do Ministério da Saúde, expressadas em acordos internacionais, como as metas do desenvolvimento do Milênio ²⁴.

As ideias centrais das falas dos profissionais acerca da redução da Mortalidade Infantil como exemplaridade das práticas intersetoriais das ESF, estão abaixo sintetizadas:

[...]“falta um projeto por parte da gestão e do governo para redução da mortalidade infantil. Fazemos todo um trabalho no pré-natal, toda uma orientação no puerpério em cima da amamentação, mas ainda falta um projeto que integre todos os setores”[...]

[...]“acredito que atuamos na mortalidade infantil quando esclarecemos os direitos sociais, quando incluímos famílias na rede sócio-assistencial, quando asseguramos os direitos da criança e do adolescente”[...]

[...]“trabalhos educativos nas escolas e nas comunidades. A vacinação, a busca das ações e da intersectorialidade”[...]

De acordo com as metas da Secretaria de Saúde, um de seus principais objetivos a ser alcançado é a redução da mortalidade infantil, o que está em consonância com a Política Nacional de Saúde. A Agenda de Compromissos com a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil ¹², entre seus princípios norteadores, enfoca a necessidade de planejar e desenvolver ações intersetoriais, salientando que devem ser definidas as prioridades para a saúde da população infantil local. Ao mesmo tempo, orienta que sejam estabelecidas as interfaces necessárias, com diversas políticas sociais e iniciativas da comunidade. Entretanto, na análise do discurso dos profissionais, podemos observar que existe um distanciamento entre o que preconiza a Agenda e sua execução em âmbito municipal/local. Nas suas falas esses sujeitos apontam a ausência de um projeto estratégico visando à articulação das ações e recursos para redução da mortalidade infantil, qualificando as ações como insuficientes (Gráfico 2).

Os entrevistados ressaltam a importância da intersetorialidade quando se trata da redução da mortalidade infantil, mas, ao mesmo tempo, demonstram sua incapacidade de aglutinar as ações nesse sentido, ainda que no Plano Municipal de Saúde estejam claras as ações a serem dirigidas para essa finalidade. Os profissionais se mostraram conscientes do potencial da intersetorialidade, reafirmam a necessidade de participação da unidade de saúde nas redes sociais locais. Referem-se ao princípio da territorialidade, além de ações integradas, na defesa dos direitos da criança, citando ações específicas como: o pré-natal, o acompanhamento, desenvolvimento e crescimento, as questões das vacinas, as ações educativas e as questões do planejamento familiar. Aliás, Rouquayrol²⁵ nos auxilia nessa discussão quando lembra que o coeficiente de mortalidade infantil é um descritor de ordem geral quando o mesmo está vinculado à prioridade de governo que vise à melhoria da qualidade de vida e torna-se de pouco valor quando associado às ações específicas com fim único de baixar o valor desse coeficiente, ficando demonstrado na matriz discursiva dos profissionais que o alcance dessa meta ainda é um grande desafio.

Os usuários quando se referiram a respeito da redução da mortalidade infantil como exemplaridade das práticas intersetoriais das ESF, obtivemos o seguinte DSC:

[...]“a conscientização dos parceiros. Parceria com os PSFs para agora, e fazendo uma reunião começando com o Distrito. Política como um todo, e, dentro dessa política, a questão da mortalidade infantil como uma meta”[...]

[...]“outro momento que a gente viu foi a mortalidade infantil como meta e prioridade dentro da política de Saúde através do Pacto pela Saúde, do controle social, porque, se tivesse um comitê Infantil separado, poderia estar pensando melhor a questão da mortalidade infantil”[..].

[...]“a gente tem uma parceria com a Pastoral da criança, e com o CRAS. É uma questão da sociedade civil, ficar cobrando, de estar monitorando, fiscalizando”[...]

No que tange a compreensão desses sujeitos sobre as ações desenvolvidas nos territórios trabalhados pelas equipes de saúde da família, visando à redução da mortalidade infantil, observamos que os usuários não conhecem ações integradas do governo municipal na perspectiva da redução da mortalidade infantil. Seus relatos estão voltados para as ações restritas ao “campo da saúde”, focado no acompanhando e orientações às mães, na questão da amamentação, da vacinação, do controle de peso e do pré-natal, configurando ações no âmbito da atenção básica (Gráfico 3). Quando esses sujeitos se referem aos outros setores envolvidos, não chegam a identificar uma efetiva articulação. Ressalvas são feitas, no entanto, quanto às parceiras com a Pastoral da Criança e com o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS). Fica evidenciado que sua contribuição na tarefa de reduzir as mortes de

crianças menores de um ano tem contemplado, sobretudo, ações de controle social. Do ponto de vista dos usuários, a questão tem rebatimento na responsabilidade da sociedade civil que precisa cobrar, monitorar e fiscalizar, enfim, exercer sua função de controle social.

Na verdade, os usuários, ao conviverem com os profissionais de saúde, passam a adotar outra forma de ver e compreender os processos de adoecimento-cuidado e cura vividos no meio popular. Somos levados a supor que essa é uma das funções do Programa Saúde da Família que inclui em suas práticas o sentir e o pensar dos usuários. O fato de esses usuários estarem em estreita relação com os membros das equipes do PSF, todos inseridos mais profundamente na dinâmica local, proporciona a ambos maior potencialidade no enfrentamento do quadro de adoecimento e morte.

Como explicita Valla²⁶, é importante observar que os usuários, enquanto segmento das classes populares, se manifestem numa perspectiva de educação popular transformadora, é necessário distinguir entre propostas de saúde alternativa “indivualizantes” das classes média e alta e os caminhos coletivos das classes populares, criados a partir de suas condições de vida.

Os resultados da pesquisa indicam que todos os discursos dos sujeitos envolvidos no estudo apontam para as potencialidades dessa estratégia na mudança do modelo de atenção à saúde, assim como para os seus limites, no que norteia a concepção de uma nova prática sanitária, na qual os determinantes e os condicionantes dos processos de saúde-doença-cuidado sejam suas bases de análise teórico-prática.

No tocante a redução da mortalidade infantil como exemplaridade das práticas intersetoriais da ESF, o estudo concluiu: primeiro, a ausência de planejamento orientado à redução da mortalidade infantil, em desacordo, ao que se encontra registrado no Plano Municipal de Saúde, quando explicita que este é um dos objetivos do governo local, por meio da Secretaria Municipal de Saúde; segundo, a baixa relevância conferida à redução da mortalidade infantil por parte dos gestores, indicando a falta de sintonia entre o governo local e os compromissos assumidos pelo governo federal no plano internacional, presentes nas Metas do Milênio, que preconiza a superação do problema das mortes em crianças menores de um ano mediante ações de natureza intersetorial e terceiro, o PSF é visto por todos os sujeitos pesquisados como uma estratégia capaz de contribuir com a redução da mortalidade infantil, tendo sua viabilidade condicionada ao planejamento e operacionalização das ações com base no diagnóstico local. E mais, que esses territórios se constituam como espaço de poderes compartilhados e de articulações de interesses, saberes e práticas das diversas organizações envolvidas.

O estudo mostra que a agenda do governo local é insuficiente para rearticular os diversos setores executores das políticas públicas locais, em que pese a positividade das ações desenvolvidas. A existência de conflitos de poderes e a falta de convergência de interesses no plano intra e interinstitucional, aponta para dificuldade nos processos de integração e construção de uma agenda combinada e integrada na área investigada.

COLABORADORES

P.R. Santana realizou o levantamento bibliográfico, definiu a metodologia, coordenou a pesquisa, analisou os dados e resultados, realizou a discussão, detalhamento da análise, gráficos e tabelas e elaborou o artigo. M.F. Sousa analisou os dados e resultados, realizou a discussão e colaborou na elaboração e revisão do artigo. A.A. A Costa colaborou na definição da metodologia, fez a revisão da metodologia, analisou os dados e resultados, discutiu os resultados e colaborou na elaboração e revisão do artigo. M.M. Osório colaborou na definição da metodologia, analisou os dados e resultados, discutiu os resultados e colaborou na elaboração e revisão do artigo. P.M. A. Santana participou do levantamento bibliográfico e da coleta de dados e colaborou na formatação e revisão do artigo.

AGRADECIMENTOS

Ao CNPq, pelo financiamento da pesquisa; à Prefeitura Municipal de João Pessoa, por ter disponibilizado seus técnicos para coleta dos dados primários e secundários; ao Conselho Municipal de Saúde e Conselheiros do Orçamento Democrático de João Pessoa pela colaboração nas entrevistas; aos agentes de saúde, aos profissionais de nível superior, aos usuários e às assistentes sociais do CRAS do Distrito Sanitário IV de João Pessoa.

REFERÊNCIAS

1. Melo JA. **Conferência sobre descentralização e a intersetorialidade na reforma administrativa de Fortaleza**. 1997-2001. In: **Oficina Caminhos para a Promoção da Saúde**: a via da intersetorialidade; 2003 Set. 12-13; Fortaleza, CE; 2003.
2. Campos FE et al. **Reflexões sobre Saúde da Família no Brasil**: desafios e oportunidades. *Revista Brasileira de Saúde da Família*. 2003; 5: 68-71.
3. Escorel S et al. **O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil**. *Rev Panam Salud Publica*. 2007; 21: 2-3.
4. Sousa MF. **Programa de Saúde da Família**: estratégia de superação das desigualdades na saúde? Análise do acesso aos serviços básicos de saúde. [Tese de Doutorado]. Brasília: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília; 2007.
5. Andrade LOM, Barreto ICHC. **Estratégia Promoção da Saúde e Cidades/ Municípios saudáveis**: proposta de articulação de saúde e ambiente. In: Minayo MCS; Miranda (orgs.). *Saúde e Ambiente Sustentável*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002a.
6. Andrade LOM, Barreto ICHC. **Porque a Estratégia Saúde da Família**. *Revista Brasileira de Saúde da Família*. 2002b; Edição Especial: 23-25.
7. Andrade LOM. **A Saúde e o dilema da Intersetorialidade**. São Paulo: Hucitec; 2006.
8. Ianni AMZ, Quitério LAD. **Promoção da Saúde e meio ambiente no Programa Saúde da Família**: o caso da Barra Funda e Jardim Rio Claro, município de São Paulo. *Saúde e Sociedade*. 2004; 13: 81-91.
9. UNICEF. **Em defesa da vida**. In: **Os desafios da mortalidade infantil**. UNICEF: 2007; 92: 2-3.
10. Vidal AS, Frias PG, Barreto FMP, Vanderlei LC, Felisberto E. **Óbitos infantis evitáveis em hospital de referência estadual do Nordeste brasileiro**. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2003; 3: 281-289.

11. Szwarcwald CL, Leal MC, Gouveia GC, Souza WV. **Desigualdades socioeconômicas em saúde no Brasil**: resultado da pesquisa Mundial de Saúde, 2003. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. 2005; 11: 11-22.
12. Brasil, Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
13. Brasil, Ministério da Saúde. Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB. Brasília; 2007.
14. Paim JS. **Saúde da Família**. In: **Saúde Política e Reforma Sanitária. Espaço de reflexão e de práticas contra hegemônicas?** Salvador: CEPS/ISC 2002; 10: 363.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 648/GM, 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. Diário Oficial da União. Brasília: Imprensa Nacional 29 de março de 2006a.
16. Minayo MCS. **O desafio do conhecimento, pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec; 2006.
17. Minayo MCS. **Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social, próprio**. In Minayo MCS, Deslandes SF (orgs.). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.
18. Lèfevre F, Lèfevre AMC. **Depoimentos e Discursos**. Brasília: Liberlivro; 2005.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica SUS 01/96. Brasília; 1996.
20. Victora CG, Barros FC. **Epidemiologia da Saúde Infantil**: um manual para diagnósticos comunitários. São Paulo: Hucitec – UNICEF; 1991.
21. IBGE. 2008 Disponível em URL: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/evolucao_perspectivas_mortalidade/default.shtm [2008 Nov 19].

22. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB. Brasília, DF; 2008.
23. Brasil. Conselho Nacional de Saúde Sistema. Relatório final da 12^a Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
24. Brasil. Estudo de Caso Brasil: a integração das ações de alimentação e nutrição nos planos de desenvolvimento nacional para o alcance das metas do milênio no contexto do direito humano à alimentação adequada, Secretaria de Atenção a Saúde, Ministério da Saúde – Brasília; 2005.
25. Rouquayrol, MZ. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI; 1994.
26. Valla VV. **Controle Social ou Controle Público?** Departamento de Endemias Samuel Pessoa, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Disponível em URL: <<http://www.anvisa.gov.br/divulga/conavisa/cadernos> [2008 jul 16].

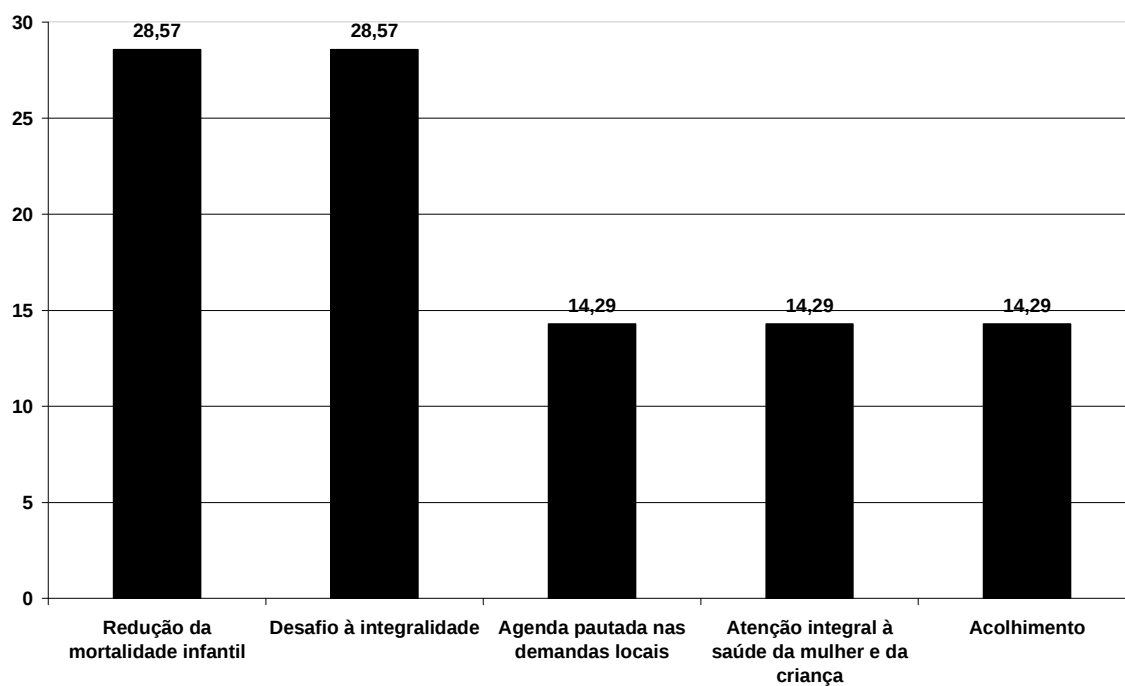


GRÁFICO 1. AÇÕES REALIZADAS PARA A REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL – DSC GESTORES

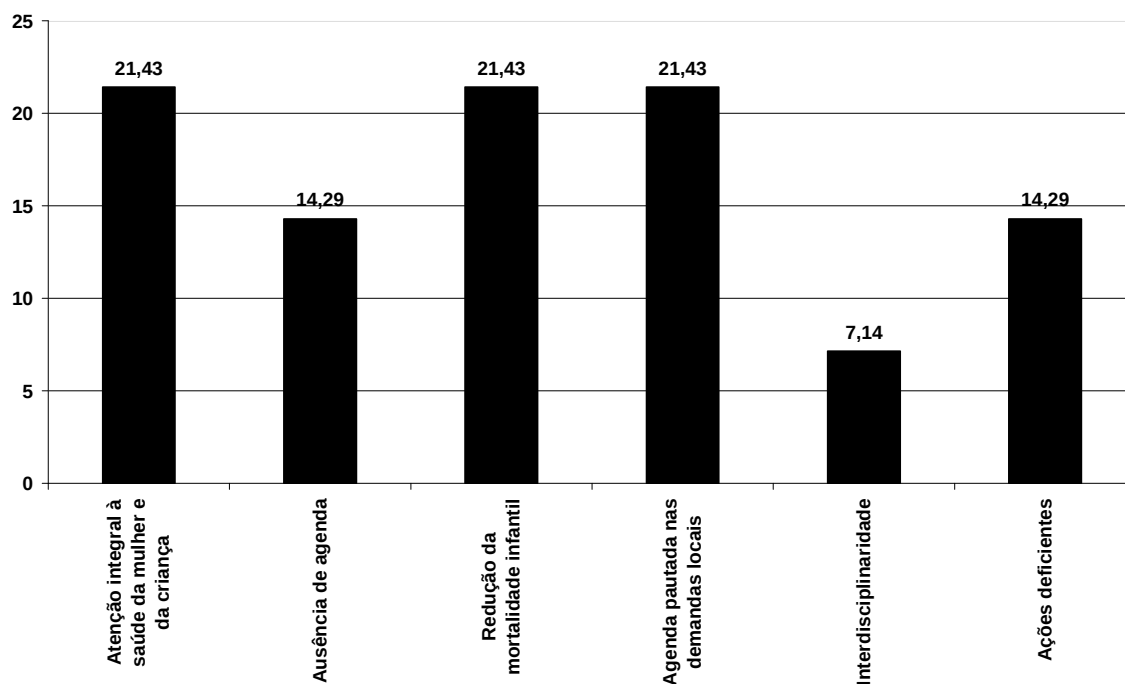


GRÁFICO 2. AÇÕES REALIZADAS PARA A REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL – DSC PROFISSIONAIS

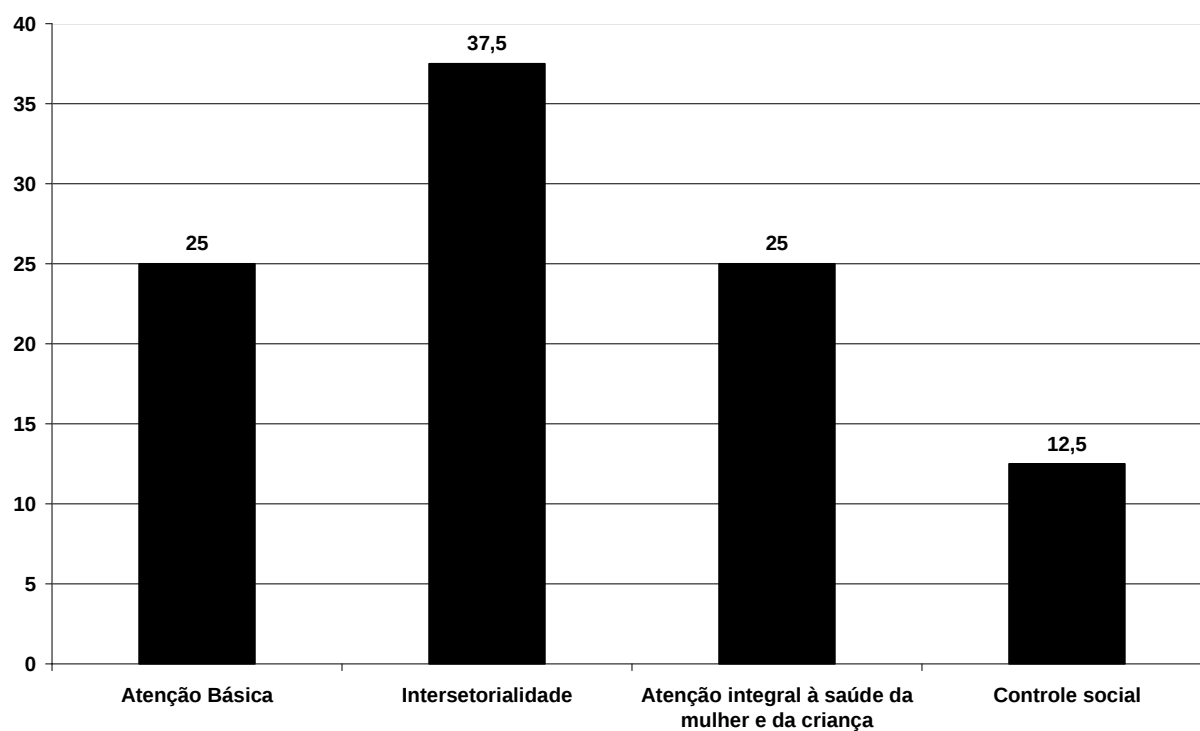


GRÁFICO 3. AÇÕES REALIZADAS PARA A REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL – DSC USUÁRIOS

CONSIDERAÇÕES FINAIS



Praia do Jacaré - pôr do sol (Fonte:<http://olhares.aeiou.pt/>)

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

“A grande sorte dos que desejam pensar a nossa época é a existência de uma técnica globalizada, direta ou indiretamente presente em todos os lugares, e de uma política planetariamente presente em todos os lugares, que une e norteia os objetos técnicos. Juntas, elas autorizam uma leitura, ao mesmo tempo geral e específica, filosófica e prática, de cada ponto da terra”.

Milton Santos

A compreensão dos fenômenos ocorridos nos territórios trabalhados pelas equipes do PSF na execução de suas ações vem sendo desenvolvida em cenários de intensas transformações sociais, pautadas por interesses não necessariamente convergentes. Isso tem provocado diferentes modos de pensar e agir e, por consequência, resultados diversos. Esses contextos históricos e dialéticos fazem com que as interpretações desses fenômenos sociais sejam lidas segundo a visão de mundo dos sujeitos em inter-relação.

O estudo elegeu como foco de investigação as representações sociais dos gestores, profissionais e usuários sobre o Programa Saúde da Família e a intersectorialidade, tomando como referência as intervenções relacionadas à redução da mortalidade infantil. As respostas tratadas com a técnica do DSC resultaram de cinco questões abordadas nos grupos focais (conceito de saúde, conceito de SUS, entendimento acerca do PSF e a intersectorialidade e suas ações e/ou envolvimento para redução da mortalidade infantil).

Os Discursos dos Sujeitos Coletivos construídos com as técnicas de entrevista, Grupos Focais e análise documental representaram a forma de pensar dos gestores, profissionais e usuários acerca do potencial e limites da Estratégia Saúde da Família na promoção das ações intersectoriais, tendo em vista a redução da mortalidade infantil.

No que concerne à **categoria potencial e limites do Programa Saúde da Família na promoção das ações intersectoriais**, os sujeitos estratégicos apontaram em seus discursos para a potencialidade do PSF na mudança do modelo de atenção à saúde e a sua capacidade organizativa no âmbito da atenção básica, assim como os limites no que tange aos processos de integração com outros setores de governo local.

A síntese das idéias centrais apresentadas pelos gestores, profissionais e usuários coloca como questão recorrente as limitações que se apresentam à atuação intersectorial, em âmbito local, apesar do reconhecimento de seu significado na implementação das políticas sociais e atendimento das necessidades da população. O DSC dos gestores focaliza a intersectorialidade do modelo como pressuposto do planejamento, que tem sua efetividade assegurada pela autonomia técnica e operacional na implementação das ações, graças à descentralização. Nesse entendimento, prevalece a vontade política como principal recurso a

instrumentalizar a intersectorialidade. A natureza das demandas sociais fica em segundo plano, deixando supor o entendimento de saúde como conceito universal.

O DSC dos profissionais trouxe à análise outros elementos, seja pela sua proximidade com a necessidade de consulta da população atendida, seja pela avaliação processual de suas ações no cotidiano. Sobressaem no discurso coletivo as dificuldades encontradas para efetivar a intersectorialidade do modelo, entendida como questão central do debate quando se trata do conceito de saúde.

O estudo conclui que essas diferenças conceituais podem ser influenciadas pela ausência de informação e pela centralização do poder público, limitando a participação na definição dos objetivos e ações de governo, sobretudo para os usuários, sujeitos beneficiários e responsáveis pelo controle social.

Conclui também que os sujeitos pesquisados compreendem a saúde como um fenômeno complexo. E nessa condição, o campo de intervenção da saúde extrapola o SUS e, por consequência, o Programa Saúde da Família. Ao admitir essa complexidade, os gestores, profissionais e usuários indicam a necessidade de criação de redes integradas de diálogos entre o poder público e a sociedade civil.

Demonstrou ainda, no que tange ao entendimento do SUS, segundo os discursos dos sujeitos pesquisados, que este é um sistema forte, inclusivo e um modelo em construção, e que precisa ser consolidado, pactuado e defendido pelos cidadãos, governos e profissionais de saúde nos diferentes territórios do país.

Afirma-se também ser o SUS um projeto originalmente formulado pelas lutas e conquistas sociais, resultantes dos movimentos pela Reforma Sanitária. Reforma esta inacabada, porém forte a partir de sua historicidade, em que participaram diversos segmentos representativos da sociedade.

No que se refere às representações sociais dos sujeitos envolvidos na pesquisa sobre o PSF, o estudo mostra que essa estratégia é a política de saúde no âmbito da atenção básica. Os profissionais de enfermagem são mais bem identificados com os princípios e diretrizes organizativos dessa estratégia, indicando o deslocamento gradativo do profissional médico do centro das intervenções. Indicam os DSCs que o principal limite do PSF localiza-se na incerteza de ser essa estratégia capaz de organizar uma rede integrada de saúde. E que essa situação se configura, primeiro, na baixa resolutividade e qualidade desse nível de atenção, e, segundo, pela pouca oferta das ações e serviços especializados de referência e contra-referência que possam assegurar a integralidade da atenção à saúde das famílias.

Sobre a categoria: as práticas das Equipes da Saúde da Família e as ações intersetoriais, o estudo conclui que:

Primeiro, existe uma intencionalidade por parte dos diversos setores do governo local e oferta das ações e serviços públicos de forma integrada, expressos no Programa de Trabalho Técnico Social – PTTS, no Orçamento Democrático, no Projeto Empreender e no Plano Municipal de Saúde. Todavia, são apontados limites por falta de compreensão do que isso possa significar em uma agenda pactuada de governo. Exceções são evidenciadas no que diz respeito à Secretaria de Educação e ao Centro de Referência a Assistência Social. Apontam os DSCs para a necessidade de organizar e disponibilizar a informação à população como instrumento possível de uma gestão compartilhada, proporcionando mecanismos de avaliação das ações da gestão local;

Segundo, a evidência de que há uma relação frágil por parte dos profissionais do PSF com outros setores do governo responsáveis pela execução das políticas públicas, resultando no mecanismo de racionalização e transferência de responsabilidades;

E, terceiro, é demonstrado que cabe às autoridades constituídas desprender-se dos seus “feudos” e realizar articulações em dois movimentos: um de ordem interna, que seria a articulação entre as diversas secretarias; o outro, de ordem externa, nos territórios onde ocorrem as ações de governo.

No tocante à categoria analítica sobre a redução da mortalidade infantil como exemplaridade das práticas intersetoriais das ESF, o estudo concluiu:

Primeiro, a ausência de um planejamento estratégico orientado à redução da mortalidade infantil que se encontra registrado no Plano Municipal de Saúde, quando explicita ser este um dos objetivos do governo local, por meio da Secretaria Municipal de Saúde;

Segundo, a baixa relevância destinada à redução da mortalidade infantil por parte dos gestores, indicando a falta de sintonia entre o governo local e os compromissos internacionais presentes nas metas do milênio, assumidas pelo governo federal, cuja estratégia de superação do problema das mortes em crianças menores de 1 (um) ano são as ações de natureza intersetorial;

E, terceiro, o PSF é visto por todos os sujeitos pesquisados como uma estratégia potencial para contribuir com a redução da mortalidade infantil, desde que suas ações sejam planejadas, programadas e articuladas em todos os territórios. E mais, que nesses territórios se constituam espaços de poderes compartilhados e de articulações de interesses, saberes e práticas das diversas organizações envolvidas.

Demonstrou, ainda, no que diz respeito ao objetivo específico, estruturar uma agenda de sugestões, indicando caminhos á superação dos limites identificados no estudo, que a agenda do governo local, em que pese a positividade das ações desenvolvidas, é insuficiente para rearticular os diversos setores executores das políticas públicas locais. Situação compreendida pela existência de conflitos de poderes e interesses entre as diversas secretarias do governo local, apontando este estudo para a dificuldade nos processos de integração e construção de uma agenda combinada e integrada.

Mostrou também que as articulações com o setor Educação, ainda que limitadas, apresentam-se como potencial concreto de serem efetivadas, desde que os gestores se disponham a essa finalidade. Já que no mundo real das equipes, nos territórios por eles trabalhados, essas ações têm ocorrido.

Entretanto, o setor no qual vem de fato se articulando e integrando suas ações em base local é a Secretaria de Assistência Social, por meio de sua unidade operativa, o Centro de Referência da Assistência Social – CRAS.

Finalmente conclui-se, neste estudo, que o governo local tem sido limitado em superar o desafio das políticas setorizadas com pouca integração das ações. E mais, o Programa Saúde da Família apresenta-se como eixo estruturante da política de saúde e demonstrou potencial para tal finalidade, mas, no cenário estudado, teve o alcance limitado, ficando na dependência de que o governo local eleja o PSF como ferramenta indispensável na reorientação do modelo de saúde no contexto da descentralização, no qual as ações intersetoriais apresentam-se como instrumento facilitador para atingir tal objetivo.

AGENDA INDICATIVA



Noite na Lagoa (fonte: <http://olhares.aeiou.pt/>)

6 AGENDA INDICATIVA

O ponto de partida, de qualquer novo projeto alternativo de nação terá que ser, inevitavelmente, o aumento da participação e do poder do povo nos centros de decisão do país.

Celso Furtado

Este estudo demonstrou que a desintegração entre as ações de governo local, evidenciada nos Discursos dos Sujeitos pesquisados, é fruto da fragmentação das políticas públicas, que tem sido um fator limitante para as práticas das Equipes de Saúde da Família. Na condição de um pesquisador-gestor-profissional das ciências da saúde que teve a oportunidade de vivenciar no dia-a-dia o dilema entre ofertas dos serviços públicos de forma planejada e respostas às demandas urgentes da população, dilema este verificado em todas as falas, sobretudo nas dos gestores e dos profissionais, sinto-me na responsabilidade de apresentar sugestões em formato de agenda, como contribuição aos serviços de saúde, na perspectiva de auxiliar a superação dos limites identificados nesta pesquisa.

No que concerne à categoria analítica – **potencial e limites do Programa Saúde da Família na promoção das ações intersetoriais dos DSC**, recomenda-se:

- a) Disponibilizar informações no sentido de favorecer maior participação dos usuários responsáveis pelo controle social, criando espaços para uma consciência sanitária;
- b) Informar aos usuários e profissionais sobre a agenda de governo, no que concerne aos programas em execução, como Programa de Trabalho Técnico Social – PTTS, Orçamento Democrático e o Projeto Empreender; e
- c) Apoiar movimentos em defesa do SUS.

No que diz respeito à categoria analítica – **as práticas das Equipes do PSF e às ações intersetoriais**, sugere-se:

- a) Estabelecer condições para um trabalho em rede tanto intra como interinstitucional de diálogos entre gestores, profissionais, usuários, poder público e sociedade civil;
- b) Assegurar uma melhor oferta de serviços especializados, garantindo a referência e contra-referência de qualidade;
- c) Construir uma agenda de governo para rearticular os diversos setores executores das políticas públicas, no sentido de superar a existência de conflitos de poder;
- d) Desenhar um projeto estratégico de governo para formação permanente dos profissionais e agentes de saúde, com vistas à construção de participação em torno das ações do governo local; e

e) Estimular e reforçar as articulações já existentes entre os serviços públicos, priorizando os programas na área de educação, sócio-assistencial e gestão ambiental.

No tocante à categoria analítica **redução da mortalidade infantil como exemplaridade das práticas intersetoriais das ESF**, recomenda-se:

a) Construir uma agenda para a implementação das ações de planejamento, orientada à redução da mortalidade infantil; e

b) Priorizar estudos e pesquisas sobre condicionantes a respeito das condições de vida da população e em especial ao grupo materno infantil, articulando a agenda local aos compromissos internacionais, refletidas nas Metas do Milênio.

Tratar de implantar agendas urbanas intersetoriais faz-se necessário à criação de uma nova cultura política. Esta exige dos governantes esforços no sentido de definir estratégias que superem as formas tradicionais de relação entre o governo e a sociedade civil, de estabelecer novas formas de cooperação e articulação no desenvolvimento de estratégias para uma atuação conjunta e compartilhada e de compartilhar, na construção de seus planos de ação, seus objetivos e metas, evitando o paralelismo de ações e, ao mesmo tempo, potencializar os resultados.

Mudar as práticas e a cultura das organizações de governos pressupõe enfrentar desafios de construir sujeitos competentes tecnicamente e comprometidos politicamente com os pressupostos da intersetorialidade. Demanda ainda a necessidade de diálogos permanentes entre os diversos setores do governo, envolvendo, inclusive, os profissionais e usuários, principalmente aqueles responsáveis mais diretamente pelo controle social, por meio de fóruns, de comitês e da transparência, não só dos recursos e das ações, mas, sobretudo, do que não se realizou, e porque não foram alcançados os objetivos acordados.

A complexidade dos problemas em saúde exige que sejam tratados por abordagens intersetoriais, buscando a ampliação do debate em torno de soluções de natureza política, técnica e social, gerando novas práticas e saberes.

REFERÊNCIAS



PRAIA DO JACARÉ- PÔR-DO-SOL (Fonte:<http://olhares.aeiou.pt/>)

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Carlos Cândido de. **Discurso do Sujeito Coletivo**: reconstruindo a fala do “social”. In: VALENTIM, Marta Lúcia Pomim (Org.). **Métodos qualitativos de pesquisa em Ciência da Informação**. São Paulo: Polis, 2005.
- ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia sem número**: uma introdução crítica à ciência epidemiológica. Rio de Janeiro: Campus, 1989.
- ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. **A Saúde e o dilema da Intersetorialidade**. São Paulo: Hucitec, 2006, 288p.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1998.
- _____. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde: Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br>. Acesso em: abr.2008^a.
- _____. Lei 11.340, de 7 de agosto de 2006. Lei Ordinária. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do par. 8º do art. 226 da Constituição Federal. Brasília: **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, p.1. 2006.
- _____. Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF 24 set. 1990a.
- _____. Lei n. 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF 28 dez. 1990b.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Família no Brasil**: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.
- _____. Ministério da Saúde. Aprova as normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa Saúde da Família. Portaria nº 1886, de 22 de dezembro de 1997. **Lex**: Diário Oficial da União, 1997.
- _____. Ministério da Saúde. **Dados gerais sobre assistência ambulatorial e hospitalar no SUS**. SAS/MS, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica 1998 – 2002. **Relatório de Gestão**. Secretaria de Políticas de Saúde/Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. Portaria n. 3.925 de 13 de novembro de 1998. **Lex**: Diário Oficial da União 13 de nov. de 1998.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica SUS 01/96**. Brasília, 1996.

_____. Ministério da Saúde. O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS. **Cadernos Saúde da Família**. Ministério da Saúde, ano I. n. 1. jan/jun 1996.

_____. Ministério da Saúde. 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 Agente Comunitários de Saúde (PACS). Portaria n. 648 de 28 de março de 2006. **Lex**: Diário Oficial da União 29 de mar. de 2006b.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB**. Brasília, DF, 2008.

_____. Portaria n. 699/GM, de 30 de março de 2006. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão. Diário Oficial da União. Brasília. 2006b.

_____. Portaria n. 699 de 30 de março de 2006, que regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão. Brasília: **Diário Oficial da União**, 2006c; 31 mar.

_____. Ministério da Saúde: Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, 10 de outubro de 1996.

_____. Portaria n.º 493/GM, de 10 de mar. de 2006.

_____. Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde. **Programa Saúde da Família Saúde dentro de Casa**. Departamento de Operações. Coordenação de Saúde da Comunidade. Brasília, 1994.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB**. Brasília, 2007.

_____. Conselho Nacional de Saúde Sistema. **Relatório final da 12ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Conselho Nacional de Saúde Sistema. **Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

_____. Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde. **Programa Saúde da Família Saúde Dentro de Casa**. Departamento de Operações/ Coordenação de Saúde da Comunidade. Brasília, 1994.

_____. Ministério da Saúde. **Avaliação da Implantação e Funcionamento do Programa Saúde da Família**. Secretaria de Assistência à Saúde/Coordenação de Atenção Básica. Brasília, 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Construindo um novo modelo**: os municípios já têm história para contar. Brasília, 1996a.

_____. Ministério da Saúde. O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS. **Cadernos Saúde da Família**. Ministério da Saúde, ano I. n1. Jan/jun 1996b.

_____. Ministério da Saúde. **Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil**. Volume 1. Brasil e grandes regiões. Secretaria de Políticas de Saúde/Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2000.

_____. Ministério da Saúde. 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 Agente Comunitários de Saúde (PACS). Portaria n. 648 de 28 de março de 2006. **Lex**: Diário Oficial da União 29 de mar. de 2006d.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da Família** – uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Secretaria de Assistência à Saúde/Coordenação de saúde da Comunidade. Brasília, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Manual de recrutamento e seleção**. Brasília/DF, 1991a.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Programa Nacional de Agentes Comunitários – PNACS**, 1991b.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**: uma estratégia de organização dos serviços de saúde. Brasília, 1996c (documento preliminar).

_____. Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde. **Programa Saúde da Família Saúde Dentro de Casa**. Departamento de Operações/ Coordenação de Saúde da Comunidade. Brasília, 1994.

_____. Ministério da Saúde. **Revista Brasileira Saúde da Família**. ano VII, n. 9 jan./mar. 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006e.

_____. Ministério da Saúde: Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, 10 de out. de 1996d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação da Implementação do Programa Saúde da Família em Dez Grandes Centros Urbanos síntese dos principais resultados**. ESCOREL, Sarah. (Coord.); GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena; MAGALHÃES, Rosana; SENNA, Mônica de Castro Maia. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil**. Brasília, 2005.

BARROS, F. C.; VICTORA, C. G. **Epidemiologia da Saúde Infantil**: um manual para diagnósticos comunitários. São Paulo: Hucitec-UNICEF, 1991.

BRESSER, P. L. C. **A Reforma do estado dos anos 90**: lógica e mecanismos de controle. Brasília: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1997.

_____. **A Reforma do Estado para a cidadania**: a reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional. São Paulo: Ed. 34; Brasília: ENAP, 1998.

BYDLOWSKI, C. R.; WESTPHAL, M. F.; PEREIRA, I. M. T. B. **Promoção da Saúde. Porque sim e porque ainda não!** In: **Saúde e Sociedade**. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e Associação Paulista de Saúde Pública. v.13, n.1. jan.-abr., 2004,p. 14-24.

CAMPOS, F. E. et al.**Reflexões sobre Saúde da Família no Brasil**:desafios e oportunidades.Revista Brasileira de Saúde da Família. Ano II,n .5. Brasília: 2003, p.68-71

CAMPOS, W. S. C. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**: a constituição do sujeito, **A produção de valor de uso e a democracia em instituições**: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

CARTA DE BOGOTÁ, in: **Promoção da Saúde**: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sudsvall, Declaração de Bogotá.Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

CARTA DO CARIBE. **Revista Saúde em Movimento**,
www.saudeemmovimento.com.br/conteudos/conteudo_frame.asp?cod_noticia=2003-2k
acesso em: Dez. 2008

CASEY, J. **A história da família**. São Paulo: Ática, 1992.

CAVALCANTI, H.; BURITY, J. (orgs.). **Política da miséria**: uma construção de novos olhares. Recife: Fundação Joaquim Nabuco, 2002.

CEBES- Centro Brasileiro de Estudos em Saúde. **Revista Saúde em Debate** nº 10. Rio de Janeiro: 1980.

CHAVES, M. M. Complexidade e transdisciplinaridade: uma abordagem multidimensional do setor saúde. **Rev. Bras. Educ. Med.** v. 20, n. 1. Rio de Janeiro: 1998, p. 21-27.

CHIESA, AM; CIAMPONE, Maria H T. **Princípios gerais para a abordagem de variáveis qualitativas e o emprego da metodologia de grupos focais**. A classificação internacional das práticas de enfermagem em saúde coletiva – CIPESC. Brasília: ABEN, 1999, p. 306-324

CIDADES. Brasília: IBGE, 2005. Disponível em:
<<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>>. Acesso em: mar. 2008.

CONFERÊNCIA DE HAVANA, in: **Encontro dos ministros da Saúde dos Países Íbero-Americano**. Havana, Cuba: 18-19 de Out.1999;
www.mre.gov.br/sipeunir/publicacao/arquivos/file_52.doc Acesso em: Dez. 2008

COUTINHO, Aluizio Bezerra. **História e filosofia das ciências**. Recife: Universitária, 1995.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (orgs.). **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões e tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

DALLARI, S. G. **Os estudos brasileiros e o direito à saúde**. São Paulo: Hucitec, 1995.

DEBUS, M. **Manual para excelência en la investigación mediante grupos focales**. Washington: Academy for Educational Development, 1997.

DONNANGELLO, M. C. F. **Saúde e sociedade**. São Paulo: Duas cidades, 1976.

DURKHEIM, E. **As regras do método sociológico**. São Paulo: Abril, 1978. Coleção Os pensadores

ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde**: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

_____. **Para discutir atuação intersetorial das ESF:** alguns resultados da pesquisa Avaliação da Implementação do Programa Saúde da Família em Grandes Centros Urbanos – 10 estudos de caso (2001-2002). In: ESCOREL, Sarah et al. **O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil.** Rev Panam Salud Publica. Washington, v. 21, n. 2-3, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892007000200011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 Jun 2008.

FERRAZ, S. T. **Cidades Saudáveis, uma urbanidade para 2000.** Brasília: Paralelo 15, 1999.

FONSECA, M. R. G. S. A vigilância epidemiológica no contexto teórico metodológico da Epidemiologia social. **Texto Contexto Enf.** 1994, p. 58-79, v.3, n.2.

FREY, K. **Políticas públicas:** um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Rev. Planejamento e Políticas Públicas.** jun, 2000, n. 21.

GADAMER, H. **Verdade e método I:** Traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. Flavio Paulo Meurer (trad.). 7 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

GOMES, M. E. S.; BARBOSA, E. F. **A técnica de grupos focais para obtenção de dados qualitativos.** Revista Educativa. São Paulo: 1999.

GOMES, R. ; MENDONÇA, E. A. **A representação e a experiência da doença:** princípios para a pesquisa qualitativa em saúde. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (orgs.). **Caminhos do pensamento:** epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002, p.109-132.

HABERMAS, J. **Teoría de la acción comunicativa, I Racionalidad de la acción y racionalización social.** Madrid, España: Taurus Humanidades, 2003^a, v. 1.

_____. **Consciência moral e agir comunicativo.** Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003b.

_____. **Mudança Estrutural na Esfera Pública.** Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia.** Rio de Janeiro: Vozes, 1988.

I CONGRESSO MUNDIAL DE TRANSDICIPLINARIDADE. **Carta da Transdisciplinaridade.** Portugal: Convento de Arábia, 1994.

IANNI, A. M. Z.; QUITÉRIO, L. A. D. **Promoção da Saúde e meio ambiente no Programa Saúde da Família: os casos da Barra Funda e Jardim Rio Claro, município de São Paulo.** In: Saúde e Sociedade. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e Associação Paulista de Saúde Pública. São Paulo: 2004, jan.-abr, n.1, p.81-91,v.13.

INOJOSA, R.M. **Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersectorialidade.** Cadernos Fundap. [S.l]: [S.n.]. p. 102-110.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Geográfico e Estatístico.** Brasil, 2000. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/censo/>>. Acesso em: 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Geográfico e Estatístico.** Brasil, 2006. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/censo/>>. Acesso em: 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Geográfico e Estatístico.** Brasil, 2008. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/censo/>>. Acesso em: 2007.

JAPIASSU, H. **A crise da razão e do saber objetivo.** São Paulo: Letras & Letras, 1996.

JOÃO PESSOA. Prefeitura Municipal. **Plano Municipal de Saúde 2006-2009.** Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa. João Pessoa: Governo Municipal. 2006.

_____. Prefeitura Municipal. **Projeto de Trabalho Técnico Social.** Secretaria de Desenvolvimento Social. Versão atualizada. mar. 2007.

JÚNIOR, M. D. **Epidemiologia nos municípios muita além das normas.** São Paulo: Hucitec, 2003.

JUNQUEIRA, L. A. P. **Descentralização, intersectorialidade e rede na gestão da cidade.** Escola de Administração da UFBA, v. II, n.1, 2004, p. 129-139.

JUNQUEIRA, L. A. P.; INOJOSA, R. M.; KOMATSU, S. **Descentralização e intersectorialidade na gestão pública municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza.** In: XI Concurso de Ensayos del CLAD. Caracas: 1997.

KLUTHCOVSKY, L. et all. **A integralidade da atenção à saúde na perspectiva da Gestão no município.** Rev. Texto & Contexto Enfermagem. Florianópolis: jul-set, 2006,n. 3, p. 434-441, v. 15.

LAURELL, A .C.; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde:** trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec, 1989.

LÈFEVRE, F.; LÈFEVRE, A. M. C. **A proposta do DSC.** São Paulo: IPDSC, 2006a. 4p. Disponível em: <<http://www.ipdsc.com.br/>>. Acesso em: jul. de 2006.

_____. **O Discurso do Sujeito Coletivo como Superação dos Impasses no Processamento de Respostas a Questões Abertas.** São Paulo: IPDSC, 2006b. 3p. Disponível em: <<http://www.ipdsc.com.br/>>. Acesso em: jul. de 2006.

_____. **Depoimentos e Discursos.** Brasília: Liberlivro, 2005.

_____. **O Discurso do Sujeito Coletivo:** um novo enfoque em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: Educs, 2003.

MAGEE, B. **As idéias de Popper.** São Paulo: Cultrix, 1973.

MELO, J. A. Conferência sobre descentralização e a intersetorialidade na reforma administrativa de Fortaleza, 1997-2001. Oficina Caminhos para a Promoção da Saúde: a via da intersetorialidade, 12 e 13 de setembro de 2003. MS/OPS. Fortaleza-CE. 2003. (IBGE.2008) Disponível em: <http://ibge.gov.br>. Acesso em mai.2008.

MENDES, E. V. (org). **Distrito sanitário, o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde.** 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

MENDES, R.; BÓGUS, C. M.; AKERMAN, M. **Agendas urbanas intersetoriais em quatro cidades de São Paulo.** In: Saúde e Sociedade. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e Associação Paulista de Saúde Pública. v.13, n.1 jan./abr., 2004. p. 47-55.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde.** São Paulo: HUCITEC, 1996.

_____. O planejamento local da vigilância da saúde no distrito sanitário. In:

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **O planejamento e programação local da vigilância da saúde no distrito sanitário.** Brasília: OPAS, 1994. Série

Desenvolvimento de Serviços de Saúde, n.º 13.

MENDONÇA, A. V. M. **O uso da análise do discurso do sujeito coletivo em Ciência da Informação.** In: MUELLER, S. P. M. (Org.). **Métodos para a pesquisa em Ciência da Informação.** Brasília: Thesaurus, 2007. p. 149-170.

- MENEZES, V. (org.). **Gestão democrática, participação popular e políticas públicas: a experiência de Camaragibe**. Recife: Bagaço, 2005.
- MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (orgs.). **Agir em saúde: um desafio público**. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997.
- MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento, pesquisa qualitativa em saúde**. 9 ed. São Paulo: Hucitec, 2006.
- MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (orgs.). **Avaliação por triangulação de métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. v. 1.
- MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (orgs.). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.
- MINAYO, M.C.S. **Interdisciplinaridade: uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido**. Rev. Medicina. Ribeirão Preto, São Paulo: v.24, n.2, p. 70-77, abr./jun. 1991.
- MORIN, E. **As duas globalizações: complexidade e comunicação, uma pedagogia do presente**. Porto Alegre: Sulina, EDIPUCRS, 2007.
- _____. **Educar na era planetária: o pensamento complexo como método de aprendizagem no erro e na incerteza humana**. São Paulo: Cortez; Brasília: UNESCO, 2003.
- _____. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 6. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: UNESCO, 2002. 78p.
- _____. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.
- _____. **O problema epistemológico da complexidade**. Lisboa: Publicações Europa-América, 2002.
- _____. **Introduction a la pensée complexe**. Paris: ESF Ed., 1990.
- MORIN, E.; ALMEIDA, M.daC.; CARVALHO, E. A. (orgs.). **Educação e Complexidade: os sete saberes e outros ensaios**. São Paulo: Cortez, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE /UNICEF. **Cuidados primários de saúde.** Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, Rússia. Brasília, UNICEF, 1979.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE/UNICEF. **Cuidados primários de saúde.** Conferência de Alma-Ata, 1978.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. World Health Report, **Relatório da OMS.** Washington, 2002.

PAIM, J. S. **Medicina Preventiva e Social no Brasil:** modelos, crises e perspectivas. Saúde em Debate, n.11, p. 57-59, 1981.

_____. Nascimento e paixão de uma política de saúde. **Saúde em Debate**, n.27, p. 5-12, dez. 1989.

_____. Educación médica en la década de 1990: el optimismo no basta. **Educ Med Salud.** EUA. v. 25 n. 1: 48-57 p. 1991.

_____. A Reforma Sanitária e os modelos assistenciais In: ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & Saúde.** Rio de Janeiro: MEDSI, 1994, p. 455-466.

_____. Formação médica e políticas de saúde. In: **Anais do XXXIII Congresso Brasileiro de Educação Médica.** Porto Alegre, 1995, p. 247-261.

_____. Saúde da Família. In: **Saúde Política e Reforma Sanitária.** Espaço de reflexão e de práticas contra hegemônicas? Salvador: CEPS/ISC, 2002. p. 363

PAIM, J. S.; FILHO, N. de A. **Saúde Coletiva:** uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas. Rev. Saúde Pública. v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.

PARAÍBA. Prefeitura Municipal de João Pessoa. Disponível em: <http://www.joaopessoa.pb.gov.br/secretarias/setur/dadosestatisticos/joao_pessoa_420.pdf>. Acesso em: abr. 2008.

PEREIRA M. G. **Epidemiologia:** Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

PNAD. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Brasília: **IBGE**, 2006. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2006/tabsintes.e.shtm#partea>>. Acesso em: abr. 2008.

REDE UNIDA (Paraná). **Divulgação em Saúde para Debate**. Intersetorialidade na Rede Unida. [página na Internet]. [s.d.] [citado 2007 abr 16]. Disponível em: <http://www.redeunida.org.br/producao/div_interset.asp>

RIBEIRO, H. Saúde pública. In: **Saúde e Sociedade**. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e Associação Paulista de Saúde Pública. 2004, n.1, jan.-abr, p.70-80. v.13.

RIBEIRO, M. E. **As várias abordagens da família no cenário do Programa/Estratégia de Saúde da Família – PSF**. Rev. Latino-americana de Enfermagem. n. 12 v. 4, ago, 2004. p. 658-664.

RODRIGUEZ NETO, E. **Integração docente-assistencial em saúde**. Dissertação de Mestrado: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 1979.

ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1994.

SANTANA, P.; SOUSA, M. F.; MENDONÇA, A.V.M. (orgs.). **Dez anos do PSF em Camaragibe**: eis as nossas riquezas. Rio de Janeiro: CEBES, 2004.

SANTOS, E. R. R. **Ações de Promoção à Saúde**: caminho para a construção de uma cidade saudável? O caso do Recife. Dissertação de Mestrado: Fundação Oswaldo Cruz. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Departamento de Saúde Coletiva. Recife, 2004.

SILVA, D. J. **O paradigma Transdisciplinar: uma perspectiva metodológica para a pesquisa ambiental**. In: Workshop sobre Transdisciplinaridade. Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais. São José dos Campos/SP. Dez. 1999.

SILVA, S. F. **Municipalização da saúde e poder local**: sujeitos, atores e políticas. São Paulo: Hucitec, 2001.

SOBRINHO, E. J. A. et al. **O PSF nos grandes municípios**: São Paulo, um investimento à parte! In: SOUSA, M. F. (org.). **Os sinais vermelhos do PSF**. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 247-68.

SOUSA, M. F. (org.). **Os Sinais Vermelhos do PSF**. São Paulo: Hucitec, 2002.

_____. **A coragem do PSF**. São Paulo: Hucitec, 2001a. p 43.

_____. **Agentes Comunitários de Saúde**: choque de povo. São Paulo: Hucitec, 2001b.

_____. **Programa de Saúde da Família:** estratégia de superação das desigualdades na saúde? Análise do acesso aos serviços básicos de saúde. Tese de Doutorado: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, 2007.

_____. **Programa Saúde da Família no Brasil.** Análise da desigualdade no acesso à atenção básica. Brasília: Departamento de Ciências da Informação e Documentação da Universidade de Brasília, 2007.

SOUSA, M. F. et al. **Gestão da atenção básica:** redefinindo contexto e possibilidades. Brasil. Divulgação em saúde para debate. [S.l.]: [S.n.], 2000, p. 7-14.

SPINK, P; CAMAROTTI, I. **Redução da Pobreza e Dinâmicas Locais/** Organizadores Ilka Camarotti e Peter Spink. 1ª Ed. Rio de Janeiro: FGV, 2001.

SPOSATI, A. **Gestão pública intersetorial:** Sim ou Não? Comentários de experiência. **Serviço Social e Sociedade.** São Paulo: mar, 2006, Ano XXVII, p. 133-141.

STARFIELD, B. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TARRIDE, M. I. **Saúde pública:** uma complexidade anunciada. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

TEIXEIRA, C. F. **Políticas de saúde no Brasil: situação atual e desafios estratégicos.** Saúde em Debate, jul. 1991, p. 4-10, n. 35.

_____. **Serviços de saúde:** revisão conceitual e visão panorâmica da situação no Brasil. Rev. Baiana Enf. abr/out, 1994, p.162-80, n.1-2, v.7.

_____. **Formulação e implementação de políticas públicas saudáveis:** desafios para o planejamento e gestão das ações de promoção da saúde nas cidades. In: Saúde e sociedade. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e Associação Paulista de Saúde Pública. jan./abr, 2004, p. 37-46, n.1, v.13.

_____. **A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS:** desatando nós, criando laços. Brasil. Saúde em debate, Rio de Janeiro: set/dez. 2003, p. 257-277, n.65, v. 27.

_____. **Promoção e Vigilância da Saúde no SUS:** desafios e perspectivas. In: Promoção e Vigilância da Saúde. Salvador: 2002^a, p.101-125.

_____. **Um pouco de história... reconstruindo o debate sobre modelos de atenção à saúde no Brasil.** In: Promoção e Vigilância da Saúde. Salvador: 2002b. p.11-22.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBOAS, A. L. **SUS: modelos assistenciais e vigilância da saúde.** Inf. Epid. do SUS. Brasília: abr./jun 1998, p. 7-28, n. 2, v.8.

TEIXEIRA, S. F. (org.). **Reforma sanitária: em busca de uma teoria.** São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2006.

TESTA, M. (Org.). **Pensar em saúde.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

THIOLLENT, M. **Crítica metodológica, investigação social e enquete operatória.** Ed. Polis, 3 ed. São Paulo: 1982. Trad, L. A. B.; Bastos, A.C. S.; Santana, E. M.; Nunes, M. O. **Estudo etnográfico de satisfação de usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 7 (3), 2002: 581-589.

TORO, J. B.; WERNECK, N M. D. **Mobilização social: um modo de construir a democracia e a participação.** Série comunicação e mobilização social, 2. Belo Horizonte: Autêntica, 2004.

VALLA V. V. **Controle Social ou Controle Público?** Departamento de Endemias Samuel Pessoa, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/divulga/conavisa/cadernos>>. Acesso em: 16/06/2008

VAUGHN, S. et all. **Focus group interviews in education and psychology.** Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1996.

VIANA, A. L.; D'ÁVILA; FAUSTO, M. C.; RODRIGUES; LIMA L. **Dias de Política de Saúde e Equidade.** São Paulo em Perspectiva. São Paulo: 2003, P. 48-53, n.I, v.17.

WEBER, C. A. T. **Programa Saúde da Família: educação e controle da população.** Porto Alegre: AGE, 2006.

WESTPHAL, M. F.; Ziglio, E. **Políticas públicas e investimentos: a intersetorialidade.** In: CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS DE ADMINISTRAÇÃO MUNICIPAL. **O município e o século XXI: cenários e perspectivas.** São Paulo: CEPAM; 1999, p. 111-133.

WESTPHAL, M. F.; BÓGUS, C. M.; FARIA, M. M. **Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil.** Bol.: 1996.Oficina Sanit Panam 120 (6), p. 472-479.

WHO/UNICEF. Revised 1990 **estimates of maternal and child mortality: a new approach by WHO and UNICEF.**(<http://www.unicef.org/reserval/matr.htm>).

WORLD Health Organization (WHO).Word Health Statistics Annual, Geneve, 1992.

APÊNDICES



PRAIA DO JACARÉ

APÊNDICE A – RESUMO DO LEVANTAMENTO DOCUMENTAL

Documento	Data	Órgão de Origem	Análise Sintética
Relatório Final da V Conferência Municipal de Saúde de João Pessoa	29, 30 e 31 de agosto de 2007.	Prefeitura Municipal de João Pessoa Secretaria de Municipal de Saúde	Traz as deliberações da V Conferência Municipal de Saúde. A construção do Relatório representa um contínuo aprendizado sobre o significado e a dinâmica do controle social que tem nas Conferências de Saúde uma das mais significativas e complexas experiências.
Orçamento Democrático	Março 2007	Prefeitura Municipal de João Pessoa Secretaria de Transparência Pública	Documento Oficial do Governo apresenta os objetivos do programa, critérios de participação da sociedade civil e inter-relação com o Governo Municipal, forma de organização, regimento interno, agenda de reuniões das plenárias setoriais, seminários regionais e indica a Conferência Municipal como instância máxima de deliberações.

Projeto de Trabalho Técnico Social PROJETO ALTO DO CÉU – Erradicação de Palafitas e Urbanização Integrada	Março 2007	Prefeitura Municipal de João Pessoa Secretaria de Desenvolvimento Social – SEDES	O Projeto do Trabalho Técnico Social – PTTS, do Projeto Alto do Céu – Erradicação de Palafitas e Urbanização Integrada é parte do Programa Urbanização, Regularização e Integração de Assentamentos Precários da Secretaria Nacional de Habitação, é financiado pelo Fundo Nacional de Habitação de Interesse Social – FNHIS do Ministério das Cidades. Com ele, estão sendo beneficiadas 1.600 famílias, das quais 672 com melhoria e/ou construção de habitações. O objetivo do Projeto é desenvolver ações que promovam a inclusão social das famílias em vulnerabilidade social, através de atividades de geração de renda e melhoria das condições de habitabilidade e da participação dos moradores na construção de uma vida comunitária saudável e cidadã.
Plano Municipal de Saúde – 2006/2009 de João Pessoa	09/2006 Aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde de João Pessoa em 23/11/2006	Prefeitura Municipal de João Pessoa Secretaria de Municipal de Saúde	Apresenta os objetivos, as intenções e os resultados a serem alcançados no período de 2006 a 2008, constituindo-se em referência para o Controle Social do SUS. Está estruturado em quatro partes: o Município de João Pessoa; a Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa; blocos organizativos para a gestão 2005-2008; gestão, monitoramento e avaliação da política de saúde.
Projeto Empreender João Pessoa-PB	Março 2007 Criado pela lei Municipal 10.431 em 11-03-2005	Prefeitura Municipal de João Pessoa-PB	Programa de crédito orientado à população de baixa renda com o objetivo de gerar emprego, renda e ocupação. Instrumento de promoção da inclusão social e do desenvolvimento sustentável, e capacitação empreendedora

			oferecendo financiamento com o objetivo de aumentar as oportunidades de emprego através da criação, ampliação, modernização, transferência ou reativação de pequenos negócios, formais e informais, através de empréstimos de recursos financeiros aos empreendedores. O programa conta com um fundo Municipal de Apoio aos usuários.
Diagnóstico Social do Centro de Referência da Assistência Social	2006	Centro de Referência da Assistência Social – CRAS Distrito IV- João Pessoa- PB	Documento fruto do diagnóstico social do bairro Mandacaru. Contém ainda informações alusivas a outras microlocalidades ali instaladas, a exemplo do bairro Alto do Céu e outros. Expressa, também, as Redes de articulação Social no Território do Distrito IV.
Vamos Compreender João Pessoa – 420 Anos	2005	IBGE	Contextualização histórico-político-geográfica-cultural-econômica-populacional do município de João Pessoa.

APÊNDICE B – ROTEIRO ENTREVISTA GESTORES

- 1- Qual o conceito de saúde?
- 2- O que você entende sobre o SUS?
- 3- O que você entende sobre o PSF?
- 4- Como a sua Secretaria se articula com as outras?
- 5- Qual(is) o(s) objetivo(s) de sua Secretaria?
- 6- Quais as ações que são realizadas para a redução da mortalidade infantil?

APÊNDICE C – ROTEIRO ENTREVISTA GRUPO FOCAL PROFISSIONAIS

- 1- Qual o conceito de saúde?
- 2- O que você entende sobre o SUS?
- 3- O que você entende sobre o PSF?
- 4- O que são ações intersetoriais?
- 5- Como se dá a redução da mortalidade infantil?

APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA GRUPO FOCAL USUÁRIOS

- 1- Qual o conceito de saúde?
- 2- Qual o conceito do PSF?
- 3- O que entende por SUS?
- 4- O que são ações intersetoriais?
- 5- Como se dá a redução da mortalidade infantil?

APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO

A pesquisa intitulada “o PSF e as ações intersetoriais: como o PSF se articula com outros programas setoriais e com as políticas públicas”, tem como objetivo principal, analisar as estratégias pelo Programa Saúde da Família (PSF) em João Pessoa e sua influência nas ações intersetoriais e no direcionamento das políticas em nível local a partir de entrevistas. Para tanto, o estudo envolverá os gestores, os profissionais de saúde e os usuários dos serviços. O estudo será de caráter exploratório e de natureza qualitativa.

Esclarecemos que o devido estudo não trará nenhum risco ou prejuízo, de qualquer natureza, para os sujeitos participantes. A participação dos sujeitos se dará de forma voluntária, sem nenhuma compensação financeira, estando ciente de sua contribuição para a pesquisa e a ciência. Os sujeitos, em qualquer etapa da pesquisa, poderão desistir de sua participação, sem nenhum dano ou prejuízo. Por ocasião da publicação dos resultados da pesquisa, será resguardado o anonimato dos sujeitos participantes. Por fim, o pesquisador seguirá todas as recomendações éticas que dizem respeito à participação de seres humanos em pesquisas, conforme a Resolução 196/03 do Ministério da Saúde / Coordenação Nacional de Ética em Pesquisa.

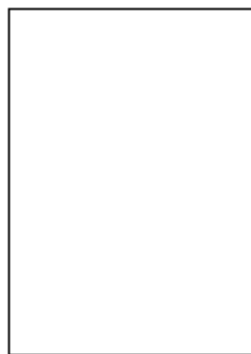
Solicito sua autorização para participar e apresentar os resultados desta pesquisa em eventos científicos e publicar em revistas da área de saúde.

Eu, _____, rg _____
autorizo a minha participação e liberação de informações obtidas pelo pesquisador responsável, conforme aspectos descritos acima.

João Pessoa, _____ de _____ de 2006.

Assinatura do sujeito da pesquisa.

Assinatura do Pesquisador Responsável.



Assinatura digital (Polegar direito, para analfabeto)

Para efeito de dirimir, esclarecimentos e outras informações necessárias, me coloco à disposição dos participantes no endereço e telefone abaixo descritos:

Endereço para contato:

Rua Ribirão Preto, nº 200, Aldeia – Camaragibe/PE.

Fone: (081) 3459-2785.

Campus Univesrsitario – UFPB – João Pessoa.

Departamento de Nutrição.

Fone: (083) 3216-7455.

ANEXOS



PONTA DO SEIXAS (fonte: <http://www.joaopessoaconvention.com.br>)

ANEXO A- COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

**ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO
DA SAÚDE**



COMITÊ DE ÉTICA EM. PESQUISA

C E R T I D ã O

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba - CEP/SES-PB, em sua 15ª Reunião Ordinária realizada em 21.02.06. aprovou por unanimidade o parecer do relator Roberto Teixeira Lima, referente ao projeto de pesquisa de Paulo Roberto de Santana, intitulado "O Programa Saúde da Família – PSF e as ações intersetoriais: Potencial e Limites".

João Pessoa, 22 de fevereiro de 2006

Encaminhe-se ao pesquisador interessado.

Urânia Catão Maribondo da Trindade

Coordenadora do CEP-SES/PB

ANEXO B

Login: paulordsantana

Português

English

Español



SAGAS

Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos
Cadernos de Saúde Pública / Reports in Public Health

LISTA DE ARTIGOS EM AVALIAÇÃO

CSP_1129/08

Título: *AS AÇÕES INTERSETORIAIS E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA ÓTICA DE GESTORES, PROFISSIONAIS E USUÁRIOS DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA, PARAÍBA*

The actions intersectorais and family health strategy in view of managers, professionals and users of health in the city of João Pessoa, Paraíba.

Cadastro : 24 de Novembro de 2008.

[[Abrir informações](#) | [E-mail para Secretaria Editorial](#) | [Arquivar](#) (retirar do processo de avaliação)]

ANEXO C

Prezado(a) Dr(a). Paulo Roberto de Santana,

Acusamos o recebimento do manuscrito n.º 1346/2008: **A redução da mortalidade infantil como exemplaridade das práticas intersetoriais das equipes de saúde da família**, submetido à Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil.

O mesmo entrará no fluxo de trabalhos recebidos e enviados aos pareceristas para avaliação quanto a pertinência de publicá-lo.

Solicitamos a especial gentileza de registrar o número do mesmo, uma vez que em nossa correspondência deverá constar este número.

Agradecemos a sua colaboração com a Revista, e subscrevemo-nos,

Atenciosamente,

Amanda Lima

Secretária

IMIP - Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira
Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil
Rua dos Coelho, 300 Boa Vista
Recife-PE Brasil - CEP 50.070-550
Fone: (0xx81) 2122 4141
E-mail: revista.adm@imip.org.br
Visite nosso site: www.imip.org.br



PARQUE SOLON LUCENA EM NOITE DE NATAL(fonte: www.skyscrapercity.com)