

# **Intersetorialidade: diálogo da política nacional da promoção da saúde com a visão dos trabalhadores da atenção básica em Goiânia .**

**Intersectoral action: dialogue between health promotion national policy and basic attention professional vision of health in Goiânia.**

**Intersectorialidad: diálogo de la política nacional de promoción de salud con la visión de los trabajadores de la atención primaria en Goiânia - Brasil**

Maria Fernanda Carvalho<sup>1</sup>, Maria Inêz Barbosa<sup>2</sup>, Erica Tatiane da Silva<sup>3</sup>, Dais Gonçalves Rocha<sup>4</sup>

## **RESUMO**

A Política Nacional da Promoção da Saúde (PNPS), lançada em 2006 pelo Ministério da Saúde visa à gestão transversal, integrada e intersetorial, desafiando o gestor federal a promover um diálogo com o cotidiano dos serviços. O objetivo do estudo foi conhecer a visão e ações dos trabalhadores e gerentes da saúde na atenção básica, em Goiânia, sobre intersetorialidade. Foi delineado um estudo quali-quantitativo, cujos dados foram obtidos mediante aplicação de questionário misto. A análise dos dados, a partir da teoria fundamentada em dados, se deu pela codificação aberta e estatística descritiva. Observou-se que os trabalhadores reconhecem a importância das ações intersetoriais, sem consenso de sua definição. As iniciativas implementadas partiram, predominantemente, do setor saúde, envolvendo, principalmente, os setores religioso e da educação. A avaliação das ações mostrou-se incipiente. Os participantes sinalizaram os problemas endereçados à intersetorialidade em consonância com as linhas de enfrentamento da PNPS e da agenda do Pacto pela Vida.

**PALAVRAS-CHAVE:** Intersetorialidade; Promoção da Saúde; Atenção Básica.

## **ABSTRACT**

The Brazilian National Health Policy (PNPS), created in 2006 by the Health Minister, aims the transversal, integrated and intersectoral actions. That means a challenge to the national policymakers who have to create a dialogue with the daily activities of the health services. The objective of this study is to understand the intersectoral knowledge and actions of basic

---

<sup>1</sup> Distrito Sanitário Norte, Secretaria Municipal de Saúde, Goiânia-GO.

<sup>2</sup> Departamento de Saúde Bucal, Secretaria Municipal de Saúde, Goiânia-GO.

<sup>3</sup> Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Goiás, Goiânia-GO.

<sup>4</sup> Departamento de Saúde Coletiva. Faculdade de Ciências da Saúde. Universidade de Brasília. Email: daisrocha@yahoo.com.br

attention workers and managers. A qualitative-quantitative study was designed. The data was obtained using a questionnaire with open ended questions. The analysis of the answers was made using the grounded theory and the statistics it was used the SPSS program for windows. It could be observed that the workers recognize the importance of intersectoral actions, but there was a significant difference about their conceptions of the matter. The initiatives for implementing the actions came, mostly, from the health sector and involved educational and religious fields. The assessment was seldom conducted. The problems found could be grouped according to the guidelines of the PNPS and the national policy Pacts for Life.

**KEYWORDS:** Intersectoral Actions; Health Promotion; Basic Attention.

## **RESUMEN**

La Política Nacional de Promoción de Salud (PNPS), lanzada en el Brasil en 2006 por el Ministerio de la Salud tiene como meta la gerencia transversal, integrada e intersectorial, lo cual constituye un reto para el(la) gerente de salud de nivel federal pues el(ella) tiene que promover un diálogo con el cotidiano de los servicios de salud. El objetivo del presente estudio fue conocer la visión y las acciones de trabajadores y gerentes de salud en la atención primaria, en la ciudad de Goiânia, capital del Estado de Goiás – Brasil, sobre /intersectorialidade/. Fue delineado un estudio cuali-cuantitativo, cuyos datos fueron obtenidos mediante la aplicación de un cuestionario mixto. El análisis de los datos, a partir de la teoría fundamentada en datos, fue realizado mediante una codificación abierta y por estadística descriptiva. Fue observado que los trabajadores reconocen la importancia de las acciones intersectoriales, sin mostrar consenso sobre su definición. Las iniciativas implementadas partieron predominantemente del Sector Salud, involucrando, principalmente, los sectores religioso y de la Educación. La evaluación de las acciones se mostró incipiente. Los participantes señalaron los problemas dirigidos hacia la intersectorialidad estando en consonancia con las líneas de enfrentamiento de la PNPS e de la agenda del Pacto por la Vida.

**PALAVRAS-CLAVE:** Intersectorialidad; Promoción de Salud; Atención Primaria.

## **INTRODUÇÃO**

Nas duas últimas décadas muitos avanços vêm sendo observados no setor de saúde pública no Brasil, sendo a luta pela reforma sanitária considerada um marco histórico que culminou com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Federal de 1988. Nesta constituição, a promoção da saúde é evidenciada como ação conjunta que envolve vários setores sociais e econômicos juntamente ao setor saúde (NEVES, 2006), apontando para o conceito mais amplo de saúde relacionado na VIII Conferência Nacional de Saúde (PAIM, 1986), o qual considera o indivíduo em sua totalidade (INOJOSA, JUNQUEIRA, 1997). Ou seja, a saúde é considerada resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde (PAIM, 1986).

Frente às transformações do mundo atual e à complexidade dos problemas sociais para além dos limites das formas hegemônicas de intervenção do setor saúde (FEUERWERKER, Tempus - Actas de Saúde Coletiva, vol. 3, n. 3, p. 44-55, jul./set. 2009.

COSTA, 2000), uma mudança de paradigmas é imprescindível para superar a disjunção entre setores e agregar mais atores em torno das questões da sociedade, com programação, realização e avaliação de ações integradas e articuladas (INOJOSA, 2001).

Neste contexto, em 2006, o Ministério da Saúde propôs a Política Nacional da Promoção da Saúde (PNPS) (BRASIL, 2006) visando à gestão transversal, integrada e intersetorial entre o setor sanitário e outros setores do governo, do setor privado e da sociedade, produzindo responsabilidades voltadas à redução das desigualdades em saúde e à qualidade de vida de indivíduos e coletividades. Assim, é um desafio para o gestor federal promover o diálogo da PNPS recentemente implementada com o cotidiano dos serviços públicos em saúde. As diretrizes propostas pela PNPS são: integralidade, equidade, responsabilidade sanitária, mobilização e participação social, intersetorialidade, informação, educação e comunicação e sustentabilidade (BRASIL, 2006).

A intersetorialidade consiste na articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e na avaliação de ações, com o objetivo de alcançar resultados integrados em situações complexas, visando a um efeito sinérgico no desenvolvimento social (INOJOSA, JUNQUEIRA, 1997). As ações interssetoriais são construídas devido à necessidade das pessoas e setores em enfrentar problemas concretos e dependem de produzirem resultados perceptíveis, mesmo que parciais, como forma de promoverem retro-alimentação aos participantes (FEUERWERKER, COSTA, 2000).

Essa dinâmica supõe uma nova forma de gerenciamento para a superação da fragmentação das políticas, além de mudanças nas estruturas de poder da organização municipal, com gestão coletiva e participativa (INOJOSA, 2001). Essa nova lógica não se relaciona, entretanto, apenas ao arranjo institucional interno das administrações, mas é referida à população e o objetivo a ser alcançado é o desenvolvimento social (FEUERWERKER, COSTA, 2000; INOJOSA, 1999; JUNQUEIRA, 1998).

Embora a importância da intersetorialidade seja reconhecida mundialmente, uma pesquisa produzida no Canadá (2007) para a Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde da OMS, sobre experiências de ações interssetoriais da década de 1990 até 2007, envolvendo mais de 15 países, revelou que “há uma ampla documentação sobre a necessidade de trabalho interssetorial, mas há bem menos investigações sobre experiências de implementação, sustentabilidade e avaliação do impacto dos esforços interssetoriais para a saúde”.

No Brasil, a intersetorialidade é apontada como caminho para a mudança do modelo assistencial e reorganização da atenção à saúde. No entanto, as iniciativas são incipientes e seus principais obstáculos no nível local estão relacionados à governabilidade, ao projeto de governo e ao poder local (FERREIRA, 2000).

Para implementação da intersetorialidade, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), implantada pelo Ministério da Saúde desde 1994, tem sido destacada como o espaço privilegiado no âmbito local do SUS (BRASIL 2006; COSTA, PONTES, ROCHA, 2006). A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, que são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias de determinada área geográfica, com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e pela manutenção da saúde desta comunidade (BRASIL, 2005a). Neste contexto, espera-se maior sensibilidade para identificar

Tempus - Actas de Saúde Coletiva, vol. 3, n. 3, p. 44-55, jul./set. 2009.

e agregar parceiros para a problemática da violência, o controle do uso de álcool e drogas e outras questões que vão além do planejamento exclusivo do sistema de saúde.

As autoras deste trabalho, inseridas na ESF da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, apresentam este artigo que tem como objetivo geral analisar a visão e tipo de ações intersetoriais para promoção da saúde na atenção básica, no município de Goiânia. Os objetivos específicos visam: a) Conhecer a visão dos trabalhadores em atenção básica do SUS sobre a existência e o significado de ações intersetoriais para a promoção da saúde; b) Caracterizar as ações intersetoriais articuladas por profissionais de saúde do SUS. c) Identificar os principais problemas e as possibilidades de implementação de ações de intersectorialidade a partir das equipes de saúde da família (ESF), de acordo com a PNPS.

## **METODOLOGIA**

Foi delineado um estudo descritivo transversal de base quanti-qualitativa, que teve como população alvo os trabalhadores lotados no Distrito Sanitário (DS) Norte em Goiânia (n=223). Foram incluídos nesta pesquisa os trabalhadores da atenção básica (médicos, cirurgiões-dentistas, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, fonoaudiólogos, farmacêuticos, auxiliares de consultório dentário, técnicos em higiene dental, auxiliares e técnicos em enfermagem, agentes comunitários de saúde) e gerentes de saúde do SUS. Como critérios de exclusão, foram considerados os profissionais que estavam de férias ou licença médica (n=11), pela dificuldade em serem contactados para resposta do questionário, além dos plantonistas (n=32), uma vez que sua atuação é focada em atendimento emergencial, o que dificulta o estabelecimento de vínculo, um dos requisitos básicos para a busca de soluções dos problemas da comunidade através de ações intersetoriais.

Para a coleta de dados foi utilizado um questionário misto elaborado pelas pesquisadoras, composto por 23 questões, estruturado em três partes: 1. destinada à caracterização dos sujeitos da pesquisa quanto ao sexo, idade, função exercida no trabalho, tempo de trabalho no serviço público de saúde e forma de contrato para o serviço (7 questões); 2. referente ao conhecimento e opinião dos participantes quanto à promoção da saúde e intersectorialidade, bem como à caracterização das ações intersetoriais realizadas por estes trabalhadores no que diz respeito à frequência de realização e ao setor protagonista e demais setores envolvidos (9 questões); 3. voltada exclusivamente para os trabalhadores inseridos na ESF - com finalidade de esclarecer a hipótese de que neste serviço aconteçam mais ações intersetoriais abrangendo questões sobre as atividades em que estão envolvidos, além do atendimento na Unidade de Saúde e de visitas domiciliares, e um quadro visando o apontamento de problemas da população que requerem atuação intersectorial e dos possíveis setores envolvidos para sua resolução (7 questões). Para o recorte a que se propõe este estudo, foram consideradas as questões referentes ao perfil profissional e àquelas relativas à intersectorialidade.

Seguindo as normas e preceitos éticos relativos à pesquisa que envolva seres humanos, este estudo foi devidamente autorizado pelo Secretário Municipal de Saúde de Goiânia e submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, sendo aprovado sob o protocolo de número 013/2007. Os participantes da pesquisa receberam, junto ao questionário, uma carta de apresentação do trabalho e o termo de consentimento livre e esclarecido, contendo informações sobre os objetivos, metodologia, riscos e benefícios do estudo e garantindo o total sigilo da identificação do participante, bem como a

liberdade do indivíduo em recusar-se a participar ou retirar seu consentimento sem qualquer penalidade.

O questionário foi pré-testado em Unidade de Saúde da Família do DS Noroeste. A coleta de dados propriamente dita aconteceu no período de 20 de junho a 03 de julho de 2007 e compreendeu 212 trabalhadores do DS Norte. A taxa inicial de resposta ao questionário foi de 32,05 % (n=68), a qual subiu para 42,92% (n=91) após medidas de sensibilização utilizadas pelas pesquisadoras, como telefonemas para os diretores das unidades de saúde e do distrito, além da solicitação de colaboração à cirurgiã-dentista distrital.

A análise qualitativa do conteúdo das respostas às questões abertas foi efetuada de forma conjunta pelas pesquisadoras, utilizando a teoria fundamentada em dados e a categorização pelo método da codificação aberta (CASSIANI, ALMEIDA 1999), no qual é realizado o exame minucioso dos dados visando sua codificação a partir da identificação das similaridades e diferenças dos fenômenos. A categorização dos problemas apontados pelos participantes cuja resolução requer ação intersetorial foi realizada segundo as ações prioritárias propostas pela PNPS e pelo Pacto Pela Vida, as quais se encontram dentro da Agenda de Compromissos pela Saúde (BRASIL 2006b).

Foi realizada estatística descritiva dos dados, sendo os resultados apresentados em gráficos e tabelas. Para tratamento estatístico dos dados utilizou-se o pacote computacional SPSS for Windows (versão 14.0 - 2005).

## RESULTADOS

A amostra foi constituída de 91 trabalhadores do SUS do DS Norte, sendo a maior parte do sexo feminino (93,4%; n=85). A idade variou entre 25 e 59 anos (média: 39,61; DP:  $\pm 8,22$ ), com predomínio das faixas etárias de 40 a 49 anos (37,4%; n=34) e 30 a 39 (36,3%; n=33). Outras características referentes ao perfil dos participantes encontram-se descritas na Tabela 1.

Tabela 1- Caracterização dos participantes da pesquisa (n=91). DS Norte, Goiânia, 2007.

		N	%
Funções	Médico	5	5,5
	CD	10	11,0
	Enfermeiro	11	12,1
	Psicólogo	3	3,3
	Assistente Social	4	4,4
	Fonoaudiólogo	1	1,1
	Técnico em Enfermagem	3	3,3
	Técnico de Higiene Dental	10	11,0
	Auxiliar de Enfermagem	7	7,7
	Auxiliar de consultório dentário	7	5,5

	Agente Comunitário de Saúde	25	27,5
	Gerente	5	5,5
Trabalhador da ESF	Sim	75	82,4
	Não	16	17,6
Formação Profissional (*)	Instituição Pública	51	56,0
	Instituição Privada	29	31,8
	Instituição Conveniada	3	3,3
Tempo de Formado	= < 5 anos	13	14,3
	6 a 15 anos	36	39,6
	> 15 anos	30	33,0
Tempo de serviço público	= < 5 anos	25	27,5
	6 a 15 anos	42	46,2
	> 15 anos	21	23,1
Contrato de trabalho	Concursado SMS	56	61,5
	Concursado SES	10	11,0
	Concursado MS	2	2,2
	Contrato temporário	9	9,9
	Outro	7	7,7
* 6 profissionais não tinham formação profissional			

Conforme apresentado na Tabela 2, não houve uma visão consensual dos profissionais em relação ao conceito de intersetorialidade. No que se refere à participação em alguma ação para promoção da saúde que tenha envolvido outros setores além do setor saúde (intersetorialidade), 78% (n=71) dos trabalhadores afirmaram participar ou já terem participado. Dos 20 participantes que não possuíam experiência em ação intersetorial, 60% (n=12) revelaram interesse em participar. Já a insuficiência do setor saúde em promover saúde sozinho foi evidenciada por 89 participantes (97,8%).

Tabela 2 - Visão dos participantes relacionada à intersetorialidade (n=91). DS Norte, Goiânia, 2007.

	n	%
Ação /integração entre o setor saúde e outros setores (não especificados).	41	45,1
Ação /integração entre o setor saúde e outros setores.	26	28,6
Setores da população	13	14,3
Setores do serviço público	6	6,6
Setores do serviço público e privado	7	7,7
Ação/integração entre diferentes instâncias, profissionais e especialidades do setor de saúde	6	6,6
Outros conceitos	6	6,6
Não responderam	12	10,9

Em relação às ações intersetoriais realizadas, observou-se predominância da frequência mensal e o protagonismo do setor saúde (Figura 1). Quando questionados sobre a importância destas ações intersetoriais para a promoção da saúde da população, 85,9% (n=62) dos participantes disseram que contribui muito; 8,4% (n=6) julgaram que contribui pouco e 4,2% (n=3) não souberam responder.

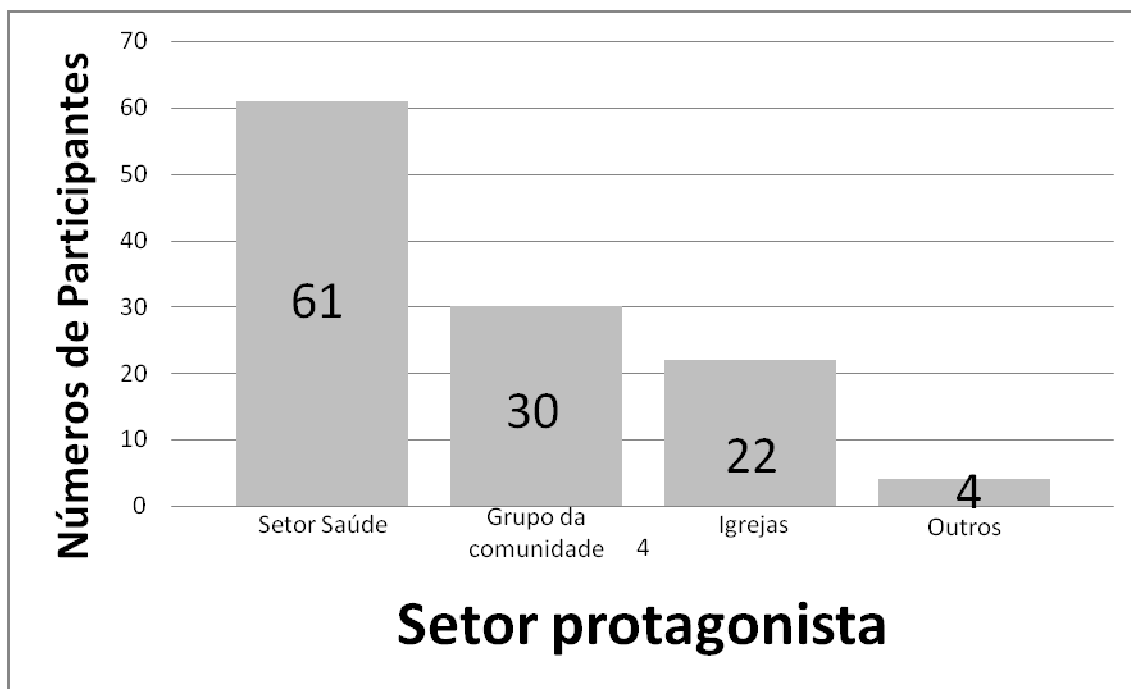


Figura 1 - Caracterização das ações intersetoriais segundo setor protagonista das ações.

É importante ressaltar que a valorização (expressa pela alternativa contribuíram muito) das ações intersetoriais foi maior entre trabalhadores do sexo feminino (86,8% das mulheres, enquanto que para os homens esta taxa foi de 75%). Quanto à faixa etária, observou-se maior valorização entre os mais jovens, variando de 90,9% para a faixa etária de 25 a 29 anos, 88,5% para 30 a 39 anos, 88% para 40 a 49 anos e 66,6% para 50 a 59 anos). Houve também uma maior valorização entre aqueles com tempo menor que 15 anos no serviço público de saúde (variando de 88,9% para aqueles com até 15 anos de trabalho e 77,8% para aqueles com mais de 15 anos), bem como entre os trabalhadores da ESF (88,9% dos trabalhadores da ESF, enquanto que para aqueles que não trabalhavam esta taxa foi de 66,6%).

Dentre os 75 trabalhadores da ESF, 62 profissionais (82,6%) afirmaram realizar atividades, além daquelas realizadas dentro da Unidade de Saúde e de visitas domiciliares, compreendendo: vacinação em escolas ou igrejas (n=31), atividade educativa em escolas ou igrejas (n=42), atividade de saúde bucal em escolas ou creches (n=30), atividade sobre dengue em escolas ou creches (n=31) e outras (n=27). A participação em ações para resolução de problemas de uma pessoa ou grupo da comunidade assistida foi relatada por 70,6% (n=53) dos trabalhadores da ESF. Houve priorização de problemas vinculados ao desenvolvimento sustentável (água tratada, lixo, esgoto, situações de risco) seguidos de problemas relacionados à assistência à saúde.

A avaliação das ações intersetoriais foi evidenciada por apenas 24,5% (n=13) destes 53 profissionais, compreendendo os seguintes mecanismos: constatação da resolução do problema, reunião em equipe, avaliação contínua e avaliação mensal, sem discriminar a metodologia. A percepção de problemas na comunidade que dependem de ações conjuntas de órgãos ou entidades para serem resolvidos foi apontada por 89,4% (n=67) dos trabalhadores da ESF, enquanto que apenas 6,6% (n=5) não perceberam problema algum e 4,0% (n=3) não responderam a questão. Na Tabela 3, são listados os problemas relacionados por estes participantes de acordo com as linhas de enfrentamento.

<b>Linhas de Enfrentamento</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Produção do desenvolvimento sustentável	37	55,2
Fortalecimento da Atenção Básica	15	22,4
Promoção da Prática corporal/atividade física	14	20,9
Prevenção da violência	12	17,9
Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza.	9	13,4
Atenção ao idoso	6	8,9
Alimentação Saudável/Segurança Alimentar	5	7,5
Redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas	5	7,5
Atenção ao adolescente	3	4,5

Em relação aos órgãos ou entidades apontados para solucionar tais problemas, houve predomínio de órgãos do setor governamental (56,71%; n=38), seguido pelo setor governamental em parceria com o setor não-governamental (43,29%; n=29).

## **DISCUSSÃO**

O presente estudo confirma a tendência à feminilização do mercado de trabalho em saúde, fenômeno observado também em vários outros países (DIEESE, 1998).

No Brasil, o setor de serviços de saúde é o que mostra a maior participação de mulheres na composição do emprego dentre todos os setores de atividade econômica. Segundo os dados do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE, 1998) para o Estado de Goiás em 1996, as mulheres ocupam mais de 90% dos vínculos de nutricionistas e assistentes sociais; cerca de 90% dos de psicólogos e enfermeiros; quase 85% dos empregos de pessoal de enfermagem e 81% dos vínculos de terapeutas e fisioterapeutas. As mulheres também detêm a maioria dos vínculos de emprego dos farmacêuticos (67,03%) e dos dentistas (55,49%). Em dezembro de 1995, quase 70% dos trabalhadores do SUS em Goiás eram mulheres.

Quanto à idade dos participantes, os resultados desta pesquisa também corroboram achados da literatura, sendo a prevalência das faixas etárias de 40 a 49 anos e 30 a 39, compatível com a apresentada pelo DIEESE para o Estado de Goiás (1996).



A maioria dos respondentes (82,4%) está inserida na ESF, criada em 1994 e normatizada pela NOB/96 do SUS, que definiu suas formas de financiamento, incluindo-a no Piso da Atenção Básica (PAB). É, pois, uma estratégia do SUS, devendo estar em consonância com seus princípios e diretrizes (BRASIL, 2006), incluindo realização de ações intersetoriais.

A predominância para forma de contratação entre os participantes desta pesquisa foi através de concurso público (SMS, SES, MS), em consonância com a Constituição Federal, art. 37, item II, a qual estabelece que “a investidura em cargo ou emprego público depende de aprovação prévia em concurso público”. (BRASIL, 1988).

Quando os participantes do estudo foram questionados sobre o que entendiam por intersectorialidade, significados variados foram identificados, sendo estes submetidos à categorização por codificação aberta das respostas (CASSIANI, ALMEIDA, 1999). O conceito de intersectorialidade foi agrupado em 4 categorias: 1. ação/integração entre o setor saúde e outros setores não especificados; 2. ação/integração entre o setor saúde e outros setores (população, serviço público e privado); 3. ação/integração entre diferentes instâncias, profissionais e especialidades do setor saúde; 4. outros conceitos.

Houve predominância do conceito de intersectorialidade como ações/integrações entre o setor saúde e outros setores, porém sem especificá-los: “É trabalhar em conjunto com outros setores (Q 51)”, “Interação entre vários setores (Q 67)”, “(...) parcerias entre setores da sociedade (Q 64)”, “Trabalho realizado entre vários setores (Q 85)”. Verifica-se, portanto, a tendência de se tratar apenas de uma tradução literal do sentido etimológico da palavra, sem o devido conhecimento ou apropriação de seu significado.

É importante destacar a confusão entre intersectorialidade e ações intrasetoriais (dentro do próprio setor) e/ou de integralidade da atenção em saúde feita por alguns participantes da pesquisa, os quais conceituaram intersectorialidade como ações envolvendo diferentes instâncias profissionais e especialidades do próprio setor saúde, no trabalho em equipe ou apenas setorial, a partir dos níveis de atenção. Exemplificando: “Interagir em equipe, ou seja, com outras especialidades (Q 11)”, “É o trabalho realizado entre vários profissionais de categorias diferentes (Q 81, Q 86)”.

Houve, ainda, um grupo de respondentes que não conceituou o termo e outro que demonstrou desconhecimento de acordo com respostas como: “Não entendo o que significa (Q 15)”, “São setores ligados, trabalhando com o mesmo objetivo. Na região Norte há vários setores como o Itatiaia e adjacências (Q 03)”.

Neste contexto, percebe-se que os trabalhadores não estão apropriados do termo, em consonância com Moysés, Moysés e Krempel (2004) e Rocha (2006), que afirmam que apesar do termo encontrar-se frequentemente inserido no discurso e documentos da saúde pública brasileira, principalmente, a partir da década de 1990, o conceito não é unívoco e nem os seus usos nas diferentes esferas do SUS.

Por outro lado, a apropriação do conceito de intersectorialidade foi identificada pelos participantes da pesquisa atribuindo o significado de: ação/integração entre o setor saúde e outros setores (população, serviço público e privado). “É a inter-relação de vários atores sociais, que extrapolam o setor saúde, para o enfrentamento e concretização de ações demandadas pela população (Q 70)”, “É a união dos setores como educação, saúde, setor

privado, igrejas em prol da população em geral (Q 48)”. Esta visão é coerente com a PNPS, na qual a intersectorialidade está posta como um dos principais pilares dessas ações.

Neste estudo constatou-se que, embora muitos gerentes e trabalhadores do SUS advoguem uma visão ampliada de saúde, valorizem a importância de ações intersectoriais para a promoção da saúde da população e reconheçam que os saberes e atuações exclusivas do setor saúde são insuficientes para promovê-las, no cotidiano dos serviços não têm concretizado ações efetivas para a implementação da intersectorialidade.

Estes achados corroboram com os dos estudos de Andrade (2006) Teixeira (2006) nos quais é evidenciado que, embora exista consenso em relação ao caráter virtuoso da intersectorialidade, persistem dúvidas quanto à forma de planejar, organizar, conduzir, gerir e avaliar tais intervenções.

De acordo com Teixeira (2006) a institucionalização da prática e programação de ações intersectoriais de Promoção de Saúde, nas diferentes esferas de gestão e mesmo no nível local, deve se beneficiar de debates que favoreçam diálogos entre gestores e pesquisadores da área e ainda de investimentos em processos de educação permanente para dirigentes e técnicos das instituições de saúde, bem como de instituições que desenvolvam ações intersectoriais. Faz-se necessária, também, a mudança de perfil dos sujeitos em um processo de empoderamento político e cultural, tanto no plano individual, de cada profissional e trabalhador da saúde, quanto no perfil do sujeito coletivo, entendido como a população organizada em torno da Promoção da Saúde e da melhoria da qualidade vida (ANDRADE, 2006; McQUEEN, JONES, 2007).

É importante ressaltar que a valorização das ações intersectoriais para a promoção da saúde da população foi predominante entre os participantes mais jovens e com menos tempo de trabalho no serviço público de saúde. Esta conduta parece ser reflexo de uma série de mudanças no processo formativo implementadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em saúde, no sentido de deslocar o eixo da formação centrada na assistência individual, restrita à clínica privada, para um processo de formação mais contextualizado, que leve em conta as dimensões sociais, econômicas e culturais da população.

Neste cenário, é importante pontuar a atuação do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional (Pró-Saúde) (BRASIL, 2005b), o qual apresenta a promoção da saúde como princípio norteador do eixo teórico e estimula a diversificação do cenário de práticas por meio da articulação ensino-serviçocomunidade, contribuindo, assim, para que o perfil dos egressos responda às necessidades do SUS, de modo a contemplar a integralidade das ações no que se refere à atenção, gestão, vigilância e controle social.

Para as ações intersectoriais desenvolvidas pelos trabalhadores do DS Norte, a iniciativa para realização partiu principalmente do setor saúde. Feuerwerker e Costa (2000) e Andrade (2006) sinalizam alguns aspectos que fundamentam porque o setor saúde está mais mobilizado para propor a ação e articulação intersectorial: percepção da determinação social do processo saúde-doença, do impacto de ações não especificamente setoriais (como saneamento básico e urbanização) sobre a saúde e da impotência setorial diante de problemas como a morbidade e mortalidade por causas externas.

Com relação às parcerias, a união com igrejas foi a mais realizada (64,8%) seguida de setores da administração pública, governamental (54,9%), não-governamental (28,1%) e setor privado (23,9%). De acordo com um estudo do Canadá (2007), são considerados representantes do setor público (ou o do governo): saúde, ambiente, instrução (educação), defesa e recursos naturais; enquanto que o setor não governamental inclui atores do setor privado. Entretanto, as autoras deste trabalho optaram por separar o setor não-governamental do setor privado, sendo o primeiro aquele que não visa lucro (ROCHA, 2006).

A associação prioritária com setores da religião e educação pode demonstrar informalidade das ações, convergindo para a idéia de busca por soluções de problemas, muitas vezes pautada por necessidades individualizadas, o que se contrapõe à noção de intersetorialidade discutida por Inojosa e Junqueira (1997), os quais apontam para planejamento conjunto visando o alcance de resultados integrados para efeito sinérgico do desenvolvimento social.

Sobre a iniciativa ou proposição do desenvolvimento de parcerias com igrejas, a articulação a partir do setor saúde se dá, principalmente, para a realização de atividades na estrutura física destas. Além disso, as religiões são vistas e até se oferecem, muitas vezes, como perspectivas substitutivas de cura e para o acesso a um mundo de protetores, como uma relação direta com os poderes por meio de um certo conteúdo mágico, fortalecendo e revitalizando o indivíduo a busca de soluções concretas para um problema imediato, como a fome, por exemplo (VALLA, 2000).

Houve uma baixa taxa de avaliação das atividades intersetoriais entre os trabalhadores da ESF participantes deste estudo. Para Salazar e Grajales (2004) a avaliação contribui para a construção de evidências sobre a efetividade das políticas públicas, colabora para a tomada de decisões além de permitir a comparação entre resultados alcançados e esperados. A produção de evidências da efetividade da implementação de ações intersetoriais para promoção da saúde constitui um desafio global na visão da União Internacional de Promoção e Educação em Saúde (McQUEEN, JONES, 2007).

Quando questionados sobre os principais problemas identificados na comunidade assistida que dependeriam de ações intersetoriais para sua resolução, os sujeitos apontaram diversos problemas que foram categorizados de acordo com as linhas de enfrentamento da PNPS (BRASIL, 2006) e Pacto pela Vida (BRASIL, 2006b).

Os resultados encontrados foram semelhantes aos do trabalho realizado no Canadá (2007), que apresentou análise sobre o desenvolvimento de ações intersetoriais em todo o mundo na década passada, considerando-se contextos sócio-políticos diferentes. O referido trabalho apontou como principais problemas que dependeriam de ações intersetoriais os relacionados a determinantes específicos de saúde das populações e comunidades (crianças, idosos, mulheres indígenas), prevenção de crimes, prevenção de doenças, desenvolvimento econômico/sustentável, geração de empregos, promoção e proteção da saúde, atenção básica em saúde, saúde pública, segurança pública e coesão social (CANADA, 2007).

Em relação ao(s) órgão(s) ou entidade(s) apontado(s) para solucionar tais problemas, houve predomínio de órgãos do setor governamental, seguido pelo setor governamental em parceria com o setor não-governamental, em consonância com Feuerwerker e Costa (2000) de que o setor saúde tem consciência dos problemas externos que interferem na qualidade de vida das pessoas.

Ao final, destaca-se que a intersetorialidade busca superar a fragmentação das políticas ao considerar o ser humano na sua totalidade e na sua complexidade, sendo possível apenas por meio da construção de verdadeiras alianças estratégicas entre diferentes setores governamentais, não-governamentais, privados e da sociedade civil construídas no cotidiano os serviços. Favorece, também, a gestão participativa do setor saúde conforme delineado na Política de Gestão Estratégica e Participativa- ParticipaSUS (BRASIL 2008).

O regime de trabalho dos profissionais da ESF, 40 horas semanais (BRASIL 2006c), favorece o estabelecimento de vínculos e atuação sobre os fatores de risco e os determinantes sociais aos quais a população adscrita está exposta, garantindo atenção integral.

Este estudo evidencia o desafio da operacionalização da intersetorialidade quando muitos não entendem a dimensão do significado deste conceito, além de revelar a importância da realização de pesquisas que aprofundem na avaliação das práticas de promoção da saúde no âmbito da atenção básica, avançando para a verificação da efetividade das ações de intersetorialidade no SUS.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, L.O. **A saúde e o dilema da intersetorialidade**. São Paulo: Hucitec, 2006.

BRASIL. **Constituição Federativa Brasileira**, Título VIII – Da Ordem Social – cap. III, seção II, Brasília, 1988.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, **Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006b**. Divulga o Pacto pela Saúde. [acessado em 22 Jun. 2007]. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Política Nacional da Promoção da Saúde**. MS, Brasília, 2006a.

\_\_\_\_\_. **Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados**. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz, 2. ed. Atual, Brasília, 2005a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Secretaria da Educação Superior. **Programa Nacional de reorientação da Formação dos Profissionais da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria GM/MS 648/06 de 28 de março de 2006c**. Aprova Política Nacional de Atenção Básica. [acessado em 5 Jan. 2008]. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648\\_20060328.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política de Gestão Estratégica e Participativa – ParticipaSUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

CANADÁ. **Crossing Sectors – Experiences in Intersectorial Action, Public Policy and Health**. Agency of Health of Canadá, 2007. [acessado em 3 Set. 2007]. Disponível em [www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2007/cro-sec/index\\_e.html](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2007/cro-sec/index_e.html) - 18k.

Tempus - Actas de Saúde Coletiva, vol. 3, n. 3, p. 44-55, jul./set. 2009.

CASSIANI, S. H. B.; ALMEIDA, A. M. Teoria fundamentada nos dados: a coleta e análise de dados qualitativos. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, 1999, v. 4(2), p.13-21.

COSTA, A.M.; PONTES, A.C.R.; ROCHA, D.G. Intersetorialidade na produção e promoção da saúde. In: CASTRO, A. MALO, SUS **Resignificando a promoção da saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 2006. p. 96-115.

DIEESE. (Departamento Intersindical de estatística e estudos socioeconômicos), **Perfil dos trabalhadores da saúde em Goiás**, Boletim, junho de 1998. [acessado em 13 Set. 2007]. Disponível em <http://www.dieese.org.br/bol/esp/estjun98.xml>.

FERREIRA, V. S. C. **Intersetorialidade em saúde: um estudo de caso**, 2000. Tese (Mestrado), Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador - BA, 2000.

FEUERWERKER, L. COSTA H 2000. Intersetorialidade na Rede Unida. **Divulgação em Saúde para Debate**, 2000, v.22: p. 25-35.

GIRARDI S. N. **Aspectos do(s) mercado(s) de trabalho em saúde no Brasil: estrutura, dinâmica, conexões**. Texto de apoio elaborado o Curso de Especialização em desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde – CADRHU, 1999. [acessado em 13 Set. 2007]. Disponível em [www.opas.org.br/rh/publicações/textosapoio/pub04u1t6.pdf](http://www.opas.org.br/rh/publicações/textosapoio/pub04u1t6.pdf).

INOJOSA, R.M. Sinergias em políticas e serviços públicos. Desenvolvimento social com intersectorialidade. **FUNDAP**, São Paulo, 2001 v. 22: p.102-110.

\_\_\_\_\_. Redes de compromisso social. **RAP**, Rio de Janeiro 1999; v.33(5): p.115-141.

INOJOSA, R.M.; JUNQUEIRA, L.A.P. **O movimento do setor saúde e o desafio da intersectorialidade**. Publicação 20 anos da Fundap, 1997.

JUNQUEIRA, R.G.P., A intersectorialidade do ponto de vista da educação ambiental: um estudo de caso. **RAP**, Rio de Janeiro, 1998, v. 32(2), p.79-91.

McQUEEN, D.V.; JONES, C.M. (Ed.) **Global perspectives on health promotion effectiveness**.

New York: Springer/IUHPE, 2007.

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

NEVES, T.P., Re' exões sobre a promoção da saúde, **REA**, n.62, Maringá, PR, 2006.

PAIM, J.S. **Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde: Direito à Saúde, Cidadania e Estado**, Brasília, 1986.

ROCHA, D.G. Estudo da efetividade das ações de intersetorialidade desenvolvidas pelo SUS-Goiânia, março de 2006. [acessado em 5 Jan. 2007]. Disponível em [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/avaliacao\\_intersetorialidade.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/avaliacao_intersetorialidade.pdf).

SALAZAR, L.; GRAJALES, C.D. La evaluación-sistematización: una propuesta metodológica para la evaluación em promoción de la salud. Um estudo de caso em Cali, Colômbia, **Ciência & Saúde Coletiva**, 2004, v.9(3): p.545-555.

TEIXEIRA, C.F. Promoção da Saúde e SUS: um diálogo pertinente. In: TEIXEIRA, C. F., SOOLA, J. P. **Modelo de atenção à saúde - Promoção, vigilância e saúde da família**, Salvador-BA, EDUFBA, 2006, p.237.

VALLA, V.V. Redes sociais, poder e saúde à luz das classes populares numa conjuntura de crise, **Rev. Ciência Saúde Educação**, 2000, v.4, n.7, p.37-56.