

Janilce Guedes de Lima

**AÇÕES INTERSETORIAIS NAS EQUIPES DA SAÚDE DA FAMÍLIA, DIÁLOGOS  
NECESSÁRIOS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE: ESTUDO DE CASO NO  
PARANOÁ – DISTRITO FEDERAL**

BRASÍLIA-DF, 2013



**Universidade de Brasília  
Faculdade de Ciências da Saúde  
Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde**

Janilce Guedes de Lima

**Ações intersetoriais nas equipes da Saúde da Família, diálogos necessários para a  
promoção da saúde: estudo de caso no Paranoá - Distrito Federal**

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-  
Graduação em Ciências da Saúde, como requisito  
do curso de Mestrado - na linha de pesquisa  
Epidemiologia, Saúde e Educação**

**Orientadora: Profa. Dra. Maria Fátima de Sousa.**

BRASÍLIA

2013

**AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVECCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE E SEJA SEM FINS LUCRATIVOS.**

### **FICHA CATALOGRÁFICA**

LIMA, Janilce Guedes de

Ações intersetoriais nas equipes da Saúde da Família, diálogos necessários para a promoção da saúde: estudo de caso no Paranoá – Distrito Federal.

113 p.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, na linha de pesquisa Epidemiologia, Saúde e Educação da Universidade de Brasília.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Fátima de Sousa.

1. Estratégia Saúde da Família.
2. Intersetorialidade.
3. Políticas de Saúde.
4. Promoção da Saúde.

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

Janilce Guedes de Lima

### **Ações intersetoriais nas equipes da Saúde da Família, diálogos necessários para a promoção da saúde: estudo de caso no Paranoá – Distrito Federal**

Dissertação apresentada para a obtenção de título de Mestre em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Aprovado em 26/02/2013

**BANCA EXAMINADORA**

**Profa. Dra. Maria Fátima de Sousa**

Presidente

**Profa. Dra. Tânia Cristina Morais Santa Barbara Rehem**

Universidade de Brasília (Titular membro externo)

**Prof. Dr. Tiago Araújo Coelho de Souza**

Universidade de Brasília (Titular membro interno)

**Prof. Dra. Wânia Ribeiro Fernandes**

Universidade de Brasília (Suplente membro interno)

**BRASÍLIA**

2013

### *Dedicatória*

Aos meus pais (in memorian), Maria do Carmo e Júlio Ferreira, pelo empenho em ensinar valores que só os pais podem propiciar aos filhos, pelo amor e esforço dedicado para ensinar as trilhas dos caminhos do bem e honestidade aos seus dez filhos.

Ao meu Filho Danilo pela capacidade de compreender que estes momentos são importantes para o futuro de nós dois.

Aos meus irmãos pelas semelhanças e diferenças que nos aproximaram e aproximam cada vez mais, amo todos vocês.

Aos meus sobrinhos, sobrinhas, primos, primas, tias e tios, todos os meus familiares pelo encanto de fazer parte dessa grande família.

Aos professores: Dra. Maria Fátima de Sousa minha orientadora, dedicada, revolucionária por acreditar na construção de uma sociedade justa e igualitária que compartilha com a máxima da conquista da felicidade para todos e todas. Sem sua ajuda e apoio Professora seria difícil realizar este sonho; Dra. Ana Valéria, Dr. Edgar e os demais professores do Departamento de Saúde Coletiva, pela contribuição em tornar este sonho possível. Um abraço com afeto a todos.

Ao meu amor, pelos momentos de compreensão, quando precisou “abrir mão” da minha companhia, o meu coração é teu.

## AGRADECIMENTOS

Ao Pai Celestial pela doçura e amor que nos envolvem ao propiciar a oportunidade de viver a vida com alegria e de poder compartilhá-la com todos que cruzam os nossos caminhos.

As minhas amigas do coração Eliane Almeida (Lili), Vilma Bonifácio, Regina Célia Mendes e Paula Silvana (Paulinha) obrigada pelos nossos encontros, reencontros e certeza de poder contar sempre com vocês.

Ao Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília pela oportunidade. À orientadora, professora Dra Maria Fátima de Sousa pela competência técnica, domínio metodológico, condução durante a pesquisa e pela capacidade de compreender a importância da disseminação do conhecimento que condiz à *práxis* da lição da poetisa Cora Coralina “Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina”.

Aos professores Dra. Ana Valéria Mendonça, Dr. Edgar Hamann e os demais professores do Departamento de Saúde Coletiva, pela contribuição em tornar este sonho possível.

Ao NESP pelo apoio, pelo espaço de contínuo movimento de sementeiras, de expoente que propicia oportunidade de concretização dos anseios acadêmicos de todos que trilhamos e pisamos os caminhos em busca do conhecimento.

Às Equipes Saúde da Família das áreas Rurais do Jardim II e PAD-DF e da Urbana da Quadra 18 e gestores da Regional de Saúde do Paranoá e Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde da SES – DF pelo valor incomensurável no tempo dispensado e na disponibilidade em contribuir com esta dissertação.

À equipe da GEDANT da SES-DF pela grande força e compreensão, muito obrigada! À Alessandra por ter realizado a degravação que sem esse trabalho seria improvável o caminho para chegar aos resultados dessa pesquisa.

À Walquíria e Oleg, camarada, pelo apoio na revisão da dissertação.

À minha mãe e ao meu pai (in memoriam) com ternura, carinho e saudades.

Não basta ter belos sonhos para realizá-los. Mas ninguém realiza grandes obras, se não for capaz de sonhar grande. Podemos mudar nosso destino se nos dedicarmos à luta pela realização dos nossos ideais. É preciso sonhar, mas com a condição de crer em nosso sonho, de examinar com atenção a vista real, de confrontar nossa observação com nosso sonho, de realizar escrupulosamente nossa fantasia.

Sonhos: acreditem neles.

Vladimir Ilitch Lênin.

## **RESUMO**

A Estratégia Saúde da Família organiza-se, ao longo dos anos, na estrutura dos serviços municipais de saúde como potencial indutor para o desenvolvimento das políticas públicas articuladas às ações intersetoriais de saúde na promoção da saúde das famílias e comunidades. O objetivo deste estudo foi analisar, no âmbito da Equipe Saúde da Família, suas contribuições para a promoção da saúde, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) urbanas e rurais da Região Administrativa do Paranoá no Distrito Federal, a partir do potencial destas equipes no desenvolvimento das ações intersetoriais no território-espaço sob a sua responsabilidade. A pesquisa foi de natureza qualitativa fundamentada no método de estudo de caso. Os sujeitos da pesquisa foram os Agentes Comunitários de Saúde, Médicos, Enfermeiros, Técnicas de Enfermagem e Gestores da Subsecretaria da Atenção Primária à Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Os critérios de inclusão adotados foram equipes completas e tempo de implantação. A coleta de dados foi baseada em um roteiro semi-estruturado, com entrevistas coletivas e individuais. Os dados foram obtidos com base no método de análise de conteúdos. Ficou demonstrado, nos resultados da pesquisa, que os entrevistados têm conhecimento do conceito de intersectorialidade incipiente, e que uma articulação precária predomina nos setores da educação e na Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural. Já as ações e serviços encontram-se preponderantes na resolução de problemas assistenciais conforme modelo tradicional, embora as equipes compreendam a necessidade de desenvolver as ações intersetoriais no território de atuação como estratégia para a promoção da saúde.

**Palavras-Chave: Estratégia Saúde da Família, Intersectorialidade, Políticas de Saúde, Promoção da Saúde**



## **ABSTRACT**

The Family Health Strategy comes over time positioning themselves in the structure of municipal health services as a potential inducer for the development of public policies articulated to intersectorial actions in promoting health of families and communities. This article comes from the result of the research performed during the master's program graduate Health Sciences. The objective was to analyze the contributions of the Family Health Team for health promotion in the Basic, urban and rural Regional Health Paranoá, Distrito Federal. The research was based on a qualitative case study method. The research subjects were the Community Health Workers, Doctors, Nurses, Nursing and Technical Managers of the Secretariat of Primary Health Ministry of Health of the Federal District. Inclusion criteria were adopted complete teams and deployment time. Data collection was based on a semi-structured, with collective and individual interviews. Data were conducted based on the method of analysis of content. Was shown in the search results that respondents are aware of the concept of intersectionality incipient; predominantly poor articulation sectors of education and Company giving aid to farmers. Have the actions and services predominated in troubleshooting assistance as traditional model although the teams understand the need to develop intersectorial action on the territory of acting as a strategy for health promotion.

**Keywords:** Family Health Strategy; Intersectionality, Health Policy, Health Promotion

**LISTA DE QUADRO**

<b>Quadro 1 – Distribuição das Regiões Administrativas (RA) nas Regiões de Saúde – DF .....</b>	<b>40</b>
---	-----------

**LISTA DE GRÁFICOS**

<b>Gráfico 1 – Percentual de Cobertura da Estratégia Saúde da Família, DF e Brasil, 1998 a 2011 .....</b>	<b>44</b>
---	-----------

**LISTA DE FIGURA**

<b>Figura 1 – Regiões Administrativas do Distrito Federal .....</b>	<b>40</b>
---	-----------

**LISTA DE TABELAS**

<b>Tabela - 1 Percentual de Cobertura, População e Famílias Cadastrada no Programa Saúde em Casa, Regiões administrativas e Regionais de Saúde, DF, 1997-1998 .....</b>	<b>42</b>
<b>Tabela - 2 Percentual de Cobertura da Estratégia Saúde da Família, DF e Brasil, 1998 a 2011.....</b>	<b>43</b>
<b>Tabela - 3 Percentual e caracterização dos entrevistados por formação profissional, função e gênero, Secretaria de Estado da Saúde, Distrito Federal, 2012 .....</b>	<b>48</b>

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**ACS: Agente Comunitário de Saúde**

**APS: Atenção Primária à Saúde**

**CAPS: Centro de Apoio Psicossocial**

**CEASA: Central Estadual de Abastecimento**

**CS: Centros de Saúde**

**CD: Câmara dos Deputados**

**CODEPLAN: Companhia de Planejamento do Distrito Federal**

**CF: Constituição Federal**

**CONASEMS: Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde**

**CONASS: Conselho Nacional de Secretários de Saúde**

**CRAS: Centro de Referência de Assistência Social**

**DAB: Departamento de Atenção Básica**

**DANT: Doenças e Agravos Não Transmissíveis**

**DCNT: Doenças Crônicas Não Transmissíveis**

**DF: Distrito Federal**

**DODF: Diário Oficial do Distrito Federal**

**DIRAPS: Diretoria Regional de Atenção Primária à Saúde**

**EMATER: Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural**

**ESF: Estratégia Saúde da Família**

**HBDF: Hospital de Base do DF**

**HFA: Hospital das Forças Armadas**

**HRAN: Hospital Regional da Asa Norte**

**HRAS: Hospital Regional da Asa Sul**

**HUB: Hospital Universitário de Brasília**

**IBGE : Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**

**ICS : Instituto Candango de Solidariedade**

**IRA: Insuficiência Respiratória Aguda**

**MS: Ministério da Saúde**

**NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**

**ONG: Organização Não Governamental**

**PA: Pressão Arterial**

**PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde**

**PAISC: Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança**

**PAISM: Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher**

**PNAB: Política Nacional de Atenção Básica**

**PNPS: Política Nacional de Promoção da Saúde**

**PS: Postos de Saúde**

**PSE: Programa Saúde na Escola**

**PSF: Programa Saúde da Família**

**PSC: Programa Saúde em Casa**

**RA: Região Administrativa**

**SAPS: Subsecretaria de Atenção Primária de Saúde**

**SAS: Secretaria de Atenção à Saúde**

**SES: Secretaria de Estado de Saúde**

**SILOS: Sistema Local de Saúde**

**SUS: Sistema Único de Saúde**

**TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

**UBS: Unidade Básica de Saúde**

**UPA - Unidades de Pronto Atendimento**



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>18</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>23</b>
<b>2.1 POLÍTICA, SISTEMA E MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE .....</b>	<b>23</b>
<b>2.2 VALORES, PRINCÍPIOS E BASES ORGANIZATIVOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE .....</b>	<b>27</b>
<b>2.3 SAÚDE DA FAMÍLIA E AS AÇÕES INTERSETORIAIS: DIÁLOGOS NECESSÁRIOS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE .....</b>	<b>30</b>
<b>3 OS (CON) TEXTOS DA SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL E NO PARANOÁ.....</b>	<b>39</b>
<b>3.1 EVOLUÇÃO ORGANIZATIVA DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO DF.....</b>	<b>41</b>
<b>3.2 REGIÃO ADMINISTRATIVA DO PARANOÁ NO DISTRITO FEDERAL .....</b>	<b>45</b>
<b>4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA DO ESTUDO.....</b>	<b>46</b>
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....</b>	<b>50</b>
<b>6 DO PRESENTE PARA O FUTURO. ELEMENTOS PARA REFLEXÃO E AÇÃO .....</b>	<b>62</b>
<b>7 REFERÊNCIAS .....</b>	<b>65</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>71</b>
<b>Apêndice 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>72</b>
<b>Apêndice 2 – ROTEIRO DAS ENTREVISTAS COLETIVAS E INDIVIDUAIS .....</b>	<b>74</b>
<b>Apêndice 3 – INSTRUMENTOS DE COLETA SEMI-ESTRUTURADO ENTREVISTADA COLETIVA E INSTRUMENTOS DE COLETA SEMI- ESTRUTURADO ENTREVISTADA INDIVIDUAL .....</b>	<b>75</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>111</b>
<b>Anexo A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA .....</b>	<b>112</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Este estudo teve por finalidade subsidiar os debates em relação às ações intersetoriais e à promoção da saúde, ao apresentar as contribuições da Estratégia Saúde da Família (ESF) na reflexão da responsabilidade sanitária, no vínculo e na relação cotidiana que existe entre a Equipe Saúde da Família e os indivíduos, famílias e comunidade acompanhada. A Equipe tem o potencial de estimular as ações intersetoriais para a resolução das situações ou problemas identificados ao atuar diretamente com famílias expostas ao risco de adoecer e morrer em razão das desigualdades sociais existentes no país como um todo e, conseqüentemente, no contexto do território adscrito.

A Estratégia foi desenhada para contribuir na ampliação do acesso aos serviços de saúde nos diferentes territórios do País e coaduna com o pensamento de Santos (1997; 2000) que nos faz refletir sobre o homem enquanto sujeito que vive em um espaço dinâmico construído em uma determinada área (população), organizado por instâncias de poder, que se estrutura de forma indissociável entre o mundo e o homem como sujeito. São nestes espaços que pode ressurgir a primazia de ideias humanitárias mais condizentes aos interesses sociais nas comunidades, municípios, estados e todo o país na busca da redução das desigualdades na sociedade.

É no território – espaço, com sua dinâmica histórica e cultural de relações sociais, que a ESF atua para modificar o modelo de atenção à saúde tradicional caracterizado por tecnologias para intervenções sobre problemas e baseado na assistência centrada na figura do médico: hospitalocêntrico, de especialidade, privatista, individual e fragmentado (WESTPHAL & SANTOS, 1999). Este modelo desconsidera a integralidade e a complexidade do indivíduo e o ambiente em que ele vive – bases fundamentais para compreender o processo de saúde-doença, seus determinantes e condicionantes sociais, as quais inserem a saúde no contexto social, político e cultural como aspecto importante para compreender o ser humano de forma holística: aspectos colocados por Morin (2002), quando afirma que o homem é um ser complexo e deve ser entendido a partir de todas as suas necessidades e relações sociais.

Paim (1999) traz algumas ponderações, contrapondo ao modelo assistencial biomédico, fragmentado e hospitalar ainda vigente, outras concepções sobre a organização de Modelos de Atenção, que apontam a necessidade do fortalecimento das ações articuladas e integradas, tais como a oferta organizada de ações e serviços, vigilância à saúde, ações programáticas e saúde da família, cujos meios teóricos e científicos buscam promover a saúde e a qualidade de vida dos indivíduos, família e comunidade. Nesta mesma perspectiva, Teixeira (2000) pondera que, a partir de uma estratégia de organização e de um conjunto heterogêneo de políticas e ações, alguns modelos estão fundamentados teórica e epistemologicamente para a intervenção, considerando cada situação e população em sintonia com as realidades nos diversos níveis de gestão.

A Constituição Federal de 1988 define a saúde como direito de todos e dever do Estado, que institui os princípios e diretrizes do SUS, o acesso universal, equânime e integral a uma rede de serviços organizada, regionalizada e hierarquizada com participação social. Neste contexto, a Atenção Primária à Saúde é preconizada com valores em um conjunto de ações de saúde, que tem avançado na adoção de políticas sociais, de caráter redistributivo e inclusivo.

Em alguns países da América Latina essa experiência da atenção primária foi motivada por agências internacionais, e as políticas sociais da APS se tornaram programas seletivos, simplificados e desvinculados das ações realizadas em outros níveis de atenção. Testa (1985) discorre que esta política, quando adotada de forma restritiva, torna a medicina pobre para os pobres como política racional e econômica de ações promovidas pelo Estado.

O Brasil instituiu uma política pública de reestruturação da atenção à saúde e para se distinguir da concepção seletiva da APS, passou a utilizar o termo “Atenção Básica de Saúde” para o desenvolvimento de ações individuais e coletivas, situadas no primeiro nível de atenção, para promover e proteger a saúde, prevenir doenças e agravos, efetuar tratamento e reabilitação de acordo com as necessidades da família e da comunidade. A Atenção Básica surge como estratégia de mudanças do Modelo Assistencial, com reestruturação e reorganização do sistema de saúde em que os sujeitos sejam mais participativos e autônomos, fortalecidos em seus papéis e suas práticas, constituindo um vínculo entre os

profissionais/equipes e os indivíduos, família e comunidade (VASCONCELLOS, 1998).

A respectiva dinâmica constrói-se a partir de problemas identificados na população mais vulnerável ao risco de adoecer e morrer, e, sobretudo, num determinado espaço político e geográfico, onde as relações cotidianas entre os atores sociais estabelecem verdadeiros pactos para intervir na realidade e desenvolver projetos e ações estratégicas e integradas à promoção do acesso à saúde, no seu sentido mais amplo.

Starfield (1993) sugere novas formas de organização da Atenção Primária à Saúde (APS) com pactos entre diversos setores da sociedade na operacionalização das ações intersetoriais com vistas à promoção da saúde, sublinhando a necessidade dos esforços que vão além da atuação específica dos profissionais de saúde e gestores, com responsabilização do autocuidado pelas próprias pessoas, famílias e comunidade na construção da saúde, bem-estar e qualidade de vida. Portanto, o desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde está interrelacionado às discussões e à assimilação do conceito ampliado de saúde entre os vários atores e setores do campo da saúde pública.

A Estratégia Saúde da Família alia os princípios do SUS aos pressupostos da Atenção Primária à Saúde, definidos por Starfield (2002) como o primeiro contato, longitudinalidade, abrangência do cuidado, coordenação e orientação à família e comunidade. Consideradas as necessidades e complexidades desses sujeitos, a Estratégia enfatiza a promoção de atenção à saúde que, para Connil *et al* (2007), busca romper a ideia de uma atenção simplificada e de baixo custo.

Além disso, Sousa (2001), com relação às diretrizes organizativas da Estratégia Saúde da Família (ESF), identifica que estas têm potencialidade de promoção da equidade, da justiça social e diminuição das iniquidades e, por isso, atuam como um dos princípios do SUS, e que a integralidade “significa articulação, integração e planejamento unificados e de atuação intersetorial, ideias que subsidiam o modelo do PSF”.

Conseqüentemente, para alcançar estes propósitos, a ESF precisa enfrentar desafios que vão além do setor saúde e estão diretamente associados ao acesso ao

emprego, alimentação, moradia, educação entre outros. Ainda é fundamental a compreensão do trabalho em equipe nessa estratégia, por trazer em sua gênese a promoção da saúde e a intersetorialidade, firmadas nos princípios da territorialização, vinculação, integralidade na atenção com o estímulo à participação social, constituindo-se em aspectos fundamentais à conquista da saúde das famílias sob sua responsabilidade.

Santana (2008) observa a Estratégia Saúde da Família como tema relevante e um espaço privilegiado de porta de entrada do SUS com potencialidade e singularidade na consolidação das ações intersetoriais. Ferreira (2000), comentando sobre a intersetorialidade no Brasil, aponta-a como caminho para a mudança do modelo assistencial e a reorganização da atenção à saúde, entretanto, identifica as respectivas iniciativas como incipientes e nota que seus principais obstáculos estão no nível local e relacionado à governabilidade, ou seja, ao projeto de governo e poder local.

Neste sentido, ao analisar as contribuições das ações intersetoriais desenvolvidas pela ESF, é preciso ter um olhar crítico, sobretudo, no tocante às suas potencialidades e possibilidades no alcance da promoção da saúde no âmbito local, das Unidades Básicas de Saúde nas áreas urbana e rural.

No aprofundamento do estudo, o objetivo geral foi definido como “analisar as contribuições das Equipes de Saúde da Família (ESF), relacionadas às ações intersetoriais, como potenciais para a promoção da saúde junto aos indivíduos, famílias e comunidades vinculados às Unidades Básicas de Saúde do Paranoá no Distrito Federal”.

Sendo estruturados quatro objetivos específicos: (i) Compreender as motivações técnicas e políticas para o desenvolvimento das ações intersetoriais nas Equipes de Saúde da Família nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) Rural PAD-DF e Jardim II e na UBS urbana Quadra 18; (ii) Conhecer as ações intersetoriais existentes nas Equipes de Saúde da Família nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) Rural PAD-DF e na UBS urbana Quadra 18. (iii) Identificar as ações desenvolvidas pelas equipes e a sua articulação intersetorial na área de atuação das Equipes de Saúde da Família nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) Rural PAD-DF e Jardim II e na UBS urbana Quadra 18 e; (iv) Verificar junto aos sujeitos estratégicos quais as

contribuições da Equipe Saúde da Família na integração das ações intersetoriais nestas unidades de saúde.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

“... a gente só aprende fazendo, lendo, ficando atenta para as ideias que circulam, os pontos de vista; é assim que se aprende...”

Izabel Santos.

### 2.1 Política, Sistema e Modelo de Atenção à Saúde.

A situação de crise econômica mundial direcionou a organização dos serviços de saúde, em alguns países, na condução de uma política mais racional no uso dos recursos em saúde, propondo tecnologias mais simplificadas, limitando a utilização das tecnologias pesadas e caras nos serviços de saúde, inserindo as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos (ALMEIDA, 1999; GIL, 2006).

A conjuntura política e social no Brasil passou, nos últimos anos, por melhorias no desenvolvimento de políticas públicas com adoções de programas pontuais, no entanto, muitas ações ainda estão por vir. Mesmo tendo ocorrido a implantação de ações para a inclusão social, a grande maioria da sociedade brasileira permanece ainda em condições de vida abaixo da linha de pobreza como resquícios de uma política imposta pelo modelo social e econômico excludente, marcado por injustiças e desigualdades sociais. Neste contexto, é urgente a priorização de mudanças necessárias para a implantação de políticas públicas, equânime, que busquem inserção social das populações vulneráveis, as quais anseiam por respeito e por direito de viver como cidadãos, em condições de vida dignas.

Os problemas sociais e os de saúde são situações complexas. Para Sousa (2007), essa problemática apresenta tendências à superposição de padrões epidemiológicos distintos e grandes desigualdades sociais e econômicas entre as regiões, estados e municípios, e, sobretudo, desigualdades de acesso às ações e serviços de saúde. Estas desigualdades que acometem a população brasileira, tais como a elevada taxa de mortalidade infantil e materna, desnutrição, pobreza, surtos, endemias, aumento da morbimortalidade por acidentes e violência em área urbana

que acomete principalmente os adolescentes e jovens, expressam-se na área da saúde, constituindo um grande desafio a ser equacionado pelo SUS.

Para Giovanella (2006), existe a segmentação social, porém, o sistema universal tem expandido cobertura para amplas parcelas populacionais, antes sem acesso, com oferta diversificada de serviços. Embora insuficiente, há uma abrangência do sistema público para os indivíduos/famílias e comunidades, sujeitos que dependem da Política Nacional de Saúde.

O SUS, norteado por princípios políticos e organizativos, preconiza a construção da saúde em seu aspecto mais amplo como direito de todo cidadão e dever do Estado de proporcionar o acesso à educação de qualidade, moradia, emprego, terra, lazer, cultura, alimentação e outros benefícios sociais. Esse sistema foi instituído a partir da década de 1990, representando importante flexão no padrão historicamente consolidado da organização dos serviços de saúde como Política Nacional de Saúde, integrante da Seguridade Social, para a adoção de políticas de atenção, numa rede de proteção social em todos os ciclos de vida da pessoa, fundamentada nos direitos sociais expressos no artigo 196 da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988).

A Seguridade Social estabelece laços estreitos com o direito de cidadania em conformidade com o SUS que tem como princípios o acesso universal e equânime aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção para todos os cidadãos brasileiros, independentemente da cor, classe social, etnia e ocupação; a descentralização das atribuições, redistribuição e corresponsabilidades nos diversos níveis de gestão e; a participação social na definição e no acompanhamento da execução da política de saúde que, sem sombra de dúvida, somente será garantida por meio de mobilização e organização societária, alicerçadas em um Estado de direito democrático.

A implantação do SUS fortaleceu a atenção básica com medidas governamentais por intermédio de um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo (BRASIL, 1998). Nesse processo histórico, acumulou-se conhecimento entre gestores e trabalhadores, gerando condições plenas para identificar os determinantes sociais e conduzir a tomada de decisão, reconhecendo as necessidades de saúde das comunidades, na práxis da atenção integral à saúde,



potencializando a superação da dicotomia entre as ações curativas, preventivas e a promoção da saúde, tanto nos espaços de expressão autônoma individuais quanto coletivos, ou seja, dos sujeitos e comunidade.

A promoção da saúde no campo prático e teórico vislumbra, para a qualidade de vida, estratégias capazes de operacionalizar as políticas públicas saudáveis no estabelecimento de ações intersetoriais e a institucionalidade social, concretizadas no desenvolvimento local saudável e sustentável (BUSS, 2000). Nesse aspecto, a promoção da saúde deve ser compreendida como conjunto de procedimentos que buscam diversidade de ações articuladas e intersetoriais para aumentar o potencial individual e social da inclusão de todos que ultrapassem linha de cuidado, no desenvolvimento de políticas públicas para uma vida saudável, que se fortalece no estabelecimento de parcerias na indução de mudanças políticas, sociais, econômicas, culturais e ambientais na garantia de direito de cidadania e autonomia dos sujeitos e da coletividade.

A Constituição Federal define que a saúde deve ser garantida mediante políticas sociais e econômicas. Todavia, a construção da saúde como bem traduzido como o direito à vida, requer esforços na organização social que possibilite a passagem do discurso para a prática, vencendo desafios na superação de obstáculos, dificuldades com a implantação de políticas de inclusão social e combate à pobreza, visando a redução das desigualdades sociais que, historicamente, são impostas pelas classes dominantes deste país.

Para avançar na oferta de um modelo de atenção à saúde eficiente, integral, universal e equânime para as pessoas e a coletividade, é preciso fazer cumprir os pressupostos descritos nos marcos legais, na Constituição Federal de 1988 e nas Leis Orgânicas de Saúde (8.080/90 e 8.142/90), os quais reconhecem a saúde como direito de todos e dever do Estado e como direito universal e fundamental do ser humano (BRASIL, 1988, 1990a; 1990b).

Em consonância com Santana (2008), a saúde versada, neste estudo, é definida como um bem maior da vida, não sendo um comércio como para alguns, mas, sim, um bem coletivo, de direito social, em que cada um tenha assegurado o direito à vida, ou seja, a saúde é um direito composto pelo exercício permanente da cidadania plena entre os membros de uma nação.

É preciso, nesta perspectiva, mudar o cenário atual de desigualdade e injustiça social que deteriora as condições de vida da maioria da população, a qual se encontra em situações de risco de adoecer e ou de morrer. E, para o alcance da saúde como um bem maior resta desafios a serem vencidos nos campos político, social, econômico e cultural, sendo também incluída nesse processo a luta incansável para romper com o paradigma do modelo assistencial biomédico, fragmentado, individual, de baixa resolubilidade e forte desigualdade de acesso da população aos serviços e ações (PAIM, 2003; MERHY; TEIXEIRA, 1989), além de desarticulado da realidade do sujeito que necessita de atenção à saúde integral e, conseqüentemente, busca o aumento da qualidade de vida.

A saúde como direito concernente à organização dos serviços de saúde e adoções de tecnologias para intervenções em problemas e necessidades bem como melhoria das condições de vida, é um progresso que se constrói a partir da estratégia heterogênea de organização, de políticas, de ações e do respeito à realidade municipal, estadual e nacional (TEIXEIRA, 2000), fundamento teórico e epistemológico para ação com o propósito de atingir mudanças no perfil epidemiológico e social da sociedade.

Nessa perspectiva, alguns modelos foram desenvolvidos no país, embasados na organização, na vigilância da saúde, em ações programáticas e/ou na saúde da família (PAIM, 1999), adequados aos meios teóricos e científicos na promoção da saúde e da qualidade de vida dos indivíduos, família e comunidade, ancorados no conceito ampliado de saúde que reconhece o ser humano como ser integral.

Teixeira (2000) apresenta também modelos alternativos que, além do atendimento à “demanda espontânea”, realizam ações de prevenção de riscos e agravos e de promoção à saúde das pessoas e da coletividade nos territórios onde estas vivem e/ou trabalham na área de abrangência dos serviços. Conhecer os problemas de saúde e seus determinantes é fundamental para o planejamento local e tomada de decisão para a organização da atenção à saúde no âmbito do território, possibilitando melhores condições de vida dos indivíduos, família e comunidade.

Dentre os modelos alternativos, estão os seguintes: (i) O Programa Saúde da Família que desenvolve ações no âmbito territorial, com ênfase nas atividades

educativas e de prevenção de riscos e agravos específicos, com ações básicas de atenção à saúde para grupos prioritários, com destaque no indivíduo, família e comunidade; (ii) A Promoção da Saúde como medida de proporcionar melhoria das condições e estilos de vida de grupos populacionais específicos, com base nas atividades de Educação e Comunicação em Saúde e na formulação de políticas públicas nas esferas de gestão nacional, estadual e municipal; (iii) O Programa Cidades Saudáveis que, com a visão ampliada da gestão governamental, busca a promoção da cidadania e o envolvimento da comunidade no planejamento e execução de ações intersetoriais, dirigidas à melhoria das condições de vida e saúde, principalmente em áreas territoriais das grandes cidades onde se concentra maior contingente populacional exposto aos riscos e às condições de vida precárias, associados aos fatores socioeconômicos, ambientais e culturais.

## **2.2 Valores, Princípios e Bases Organizativas da Atenção Primária à Saúde.**

Nos últimos anos, a Atenção Primária à Saúde (APS) passou por um processo de destaque mundial, adquirindo o papel de estruturar redes integradas de atenção à saúde. Na América Latina, atualmente, é uma estratégia para organizar os serviços e promover a equidade em saúde (CONNIL, 2007).

No Brasil, a formulação da Política de Saúde com a regulamentação do SUS baseia-se em princípios políticos de universalidade, equidade e integralidade e nos princípios organizativos da descentralização, hierarquização e participação popular. Neste processo, no ano de 2006, o Ministério da Saúde instituiu por meio da Portaria nº 648 GAB/MS, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), situada no primeiro nível de atenção, para desenvolver um conjunto de ações individuais e coletivas de promoção e proteção à saúde, prevenção de doenças e agravos, tratamento e reabilitação da saúde dirigida à população que vive em um território definido.

O trabalho em equipe neste nível de atenção é pautado por responsabilidade sanitária, prática democrática e participativa, que aborda o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade segundo sua inserção sociocultural na busca da promoção de sua saúde para possibilitar viver de modo saudável. Na Atenção Básica a equipe faz uso de tecnologias complexas e de baixa densidade

para resolver os problemas de maior incidência e magnitude em seu território (BRASIL, 2006).

Vale ressaltar que a Atenção Primária à Saúde surge como estratégia para reorientar a organização do sistema de saúde tendo como pressuposto responder as necessidades da população, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes sociais para promover a saúde como direito social. Para Starfield (2002), a efetividade da organização dos serviços de saúde no âmbito da Atenção Primária possibilita a melhoria da atenção resultando em impactos positivos na saúde da população e na eficiência do sistema.

Sousa (2007) reforça que a Atenção Primária à Saúde é construída de acordo com contextos socioeconômicos, culturais e de intencionalidades, que transitam entre um nível do sistema de saúde ou em um conjunto específico de serviços de saúde ou de intervenções como primeiro ponto organizativo de uma rede de atenção. Nesta perspectiva, a Atenção Primária à Saúde abrange concepções, desde os cuidados ambulatoriais, como porta de entrada à política de reorganização do modelo de atenção e de reorientação do sistema de saúde integral, sustentada teórica, ideológica e praticamente para a garantia do direito universal à saúde.

Oportunamente, a Atenção Primária ocupa os espaços políticos e organizativos. Entretanto, para que ela se torne hegemônica, é necessário que o modelo assistencial ainda vigente, centrado na doença, hospitalar e de especialidade, passe por mudanças culturais, de reordenamento nas ações dos gestores, profissionais e comunidade. A adoção de papéis mais dialógicos, autônomos e participativos viabiliza a reorganização do sistema de saúde fortalecendo o vínculo entre os sujeitos, e, nesta dinâmica, os atores sociais podem construir relações cotidianas de atenção na promoção e proteção à saúde dos indivíduos e da comunidade.

Starfield (2002) define a Atenção Primária à Saúde como um conjunto de serviços de sistema de saúde que oferece acesso na porta de entrada do sistema a todas as necessidades e problemas na atenção à pessoa no seu autocuidado, num determinado espaço de tempo, com a finalidade de promover a saúde. Neste nível de atenção são identificadas e coordenadas as respostas às necessidades de saúde, nos diferentes aspectos de promoção, proteção, tratamento, reabilitação da

saúde, prevenção de doenças e agravos, com a agilidade necessária para o diagnóstico e tratamento precoce dos problemas mais comuns e relevantes que ocorrem nos indivíduos, famílias e comunidade (BRASIL, 2006).

Starfield (2002) contempla quatro atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde, ressaltando que apenas este nível da atenção consegue permear todos os atributos, descritos a seguir:

(1) Primeiro contato – acessibilidade e uso do serviço para cada problema ou episódio de saúde, disponíveis à população na ocorrência de um problema ou necessidade em saúde, pelo fácil acesso às Unidades Básicas de Saúde. Estas deveriam ser o primeiro local que as pessoas procurassem em tais situações.

(2) Logitudinalidade – estabelece a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e uso consistente ao longo do tempo. As relações entre a equipe de saúde e os usuários na Atenção Primária à Saúde são contínuas e de longa duração, independentemente da presença ou não de problemas de saúde, oferecendo atendimento direto, específico ao longo do tempo, com acompanhamento em todo o ciclo de vida desde o nascimento, passando pela infância, adolescência, juventude e fase adulta até o processo de envelhecimento.

(3) Integralidade – proporciona a efetuação de um conjunto de ações, pela equipe de saúde, atendendo as necessidades mais comuns da população adscrita e a responsabilidade pela oferta de serviços e ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação integradas aos diversos níveis da atenção, apresentando resposta a um conjunto de necessidades de saúde individual e coletiva, sem se ater a um recorte de problemas.

(4) Coordenação da atenção – indica a capacidade de garantir a continuidade da atenção, pela equipe de saúde, com reconhecimento dos problemas que requerem seguimento em outros pontos da rede de atenção; coordena as ações de saúde considerando o histórico de atenção ao usuário (terapias ou ações já utilizadas), bem como as necessidades do presente, atuando com o compromisso de buscar a resolução dos problemas e prestar atenção continuada à pessoa/família, e colaborando com outros profissionais nos casos de pessoas encaminhadas a outros níveis da atenção.

A Atenção Primária é uma abordagem que forma a base e determina as ações em todos os outros níveis de atenção. Neste nível, os problemas e situações são identificados e coordenados à resolubilidade conforme as necessidades de saúde da pessoa e da coletividade, representando uma proposta muito além dos programas de cuidados básicos em saúde. A Atenção Primária concebe a necessidade de saúde universal de qualidade no acesso a esse nível e busca manter a mesma abordagem nos demais níveis de atenção no Sistema de Saúde.

Para tanto, preconiza-se um conjunto de ações integradas direcionadas ao indivíduo, família e comunidade com o propósito de promover a saúde, prevenir doenças e agravos, ofertar diagnóstico, tratamento e reabilitação de acordo com as necessidades individuais e coletivas, com base no desenvolvimento de práticas sanitárias, democráticas e participativas, e do trabalho em equipe entre profissionais, gestores e comunidade adscrita num território determinado.

Desta forma, busca-se compreender a saúde como um direito humano que precisa de investimentos para o desenvolvimento de políticas sociais dirigidas às populações excluídas, por meio de um conjunto de ações aprimoradas que tem como resultante a melhoria das condições econômicas e sociais: processo em que os governos devem protagonizar a gestão dos sistemas de saúde, estimulando os mecanismos tecnológico, econômico e político para a redução das desigualdades em todo o território nacional.

### **2.3 Saúde da Família e as ações intersetoriais: diálogos necessários para a promoção da saúde**

No ano de 1994 é criado o Programa Saúde da Família (PSF), denominado como Programa Saúde da Família Dentro de Casa, Coordenado pela Fundação Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, como estratégia para promover mudanças no modelo de atenção vigente, com equipe formada por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e com quatro a seis agentes comunitários de saúde, responsável por oitocentas a mil famílias adscritas em um determinado território e definido a seguir:

O Programa Saúde da Família faz parte de uma estratégia desenvolvida para promover mudanças no atual modelo de assistência à saúde do país, espera-se que ele contribua para a organização do Sistema local de Saúde (SILOS), com base nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL, 1994).

Para o Ministério da Saúde, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é uma das prioridades. Atualmente, há 33.434 equipes de Saúde da Família com 256.959 agentes comunitários de saúde, articuladas a 1.909 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em 5.298 municípios, com cobertura de 105,5 milhões de brasileiros (BRASIL, 2012). A ESF mantém os princípios constituídos no Sistema Único de Saúde (SUS), apoiada nos atributos da Atenção Primária à Saúde. Apresenta uma proposta consecutiva de transformação da realidade, com base no planejamento territorial, na ampliação dos mecanismos de participação social, na gestão com o desenvolvimento da oferta das ações e serviços, inclusão e integração das populações vulneráveis, em situação de injustiças sociais.

Fundamentada nos direitos sociais expressos na Constituição Federal de 1988, a ESF é uma estratégia de promoção de políticas públicas integradas nos âmbitos das ações intersetoriais de saúde e da promoção da saúde para a família e comunidade que reside em um território definido, objeto deste estudo (BRASIL, 2010). O território é um espaço político de atuação, vivenciados na realidade, nas relações sociais, culturais e históricas, individuais e coletivas, dos encontros, conflitos e contradições, muitas vezes, apontam à reflexão da vida em sociedade no encontro de elementos necessários ao exercício de uma política que resultem em movimentos, acontecimentos solidários e de ideias humanitárias (SANTOS, 1997).

Como porta de entrada do Sistema num território definido, a ESF desenvolve ações básicas no papel técnico e político, empenhadas em compreender sua atuação/ação de promover a saúde numa lógica de mudança das práticas tradicionais com ações que possam contribuir com a qualidade de vida daqueles que moram no território-espaço sob a sua responsabilidade. Com a finalidade de mobilizar esforços para suscitar a reestruturação do Sistema, a ESF enfrenta e equaciona os problemas identificados, atendendo as demandas organizadas de

forma integrada, resolutive, de qualidade e articuladas a outros setores para a realização de ações que extrapolam o campo da saúde para o desenvolvimento de políticas públicas, em especial voltadas à população na área adscrita.

Rosa *et al* (2005) enfatiza que, além de outras condições, a equipe tem a capacidade de resolver aproximadamente 85% dos problemas de saúde e prevenir doenças, a qual se expressa na melhoria da qualidade de vida da população. Reforçando isso, Feuerwerker (2005) e a Organização Mundial de Saúde (2008) indicam que a organização dos serviços de saúde no nível primário contribui para maior e melhor eficiência do sistema, podendo resolver até 80% dos problemas de saúde. E, nesta mesma linha teórica, Starfield (2002) enfatiza que o sistema organizado, desde o primeiro nível de atenção, possibilita melhores condições de saúde à população. No entanto, Campos *et al* (2010) faz referência que a efetividade da organização do sistema depende do montante de investimentos públicos e da adoção de modelos de processo de trabalho e gestão.

Chamamos a atenção, em consonância com vários autores, à importância do investimento na ESF que tem como resultado a obtenção da promoção da saúde para a comunidade acompanhada. Na Estratégia Saúde da Família, tida como porta de entrada do SUS, a equipe deve entender o seu papel amplamente, no sentido de garantir a promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, diminuição dos riscos à saúde e organização da rede de serviços; proporcionar a equidade, a justiça social como direito à saúde, a vida como um bem da coletividade que deve ser assegurado de forma integrada, conforme as necessidades da população, reduzindo as iniquidades e estimulando o debate intersetorial ancorado no conceito de saúde num *locus* privilegiado de responsabilidade sanitária da equipe.

Para Sousa (2007), a integração entre o Programa Saúde da Família (PSF) e outros serviços e níveis de atenção, e a articulação com outros setores, propiciam importantes contribuições para o debate sobre o SUS e, particularmente, sobre o PSF, em torno do qual transcorre a polêmica sobre universalização *versus* focalização da política. Ao contrário do ponto de vista defendido por muitos autores, para a pesquisadora, a seletividade presente no recorte da Estratégia Saúde da Família (ESF) ao privilegiar os territórios com maior vulnerabilidade socioeconômica, constitui um espaço de promoção da equidade em saúde, ao proporcionar maior



oferta de serviços nos locais onde estão presentes as maiores necessidades da população adscrita.

Urge a necessidade de criar mecanismos para a consolidação da ESF marcada pelo seu vínculo com a comunidade tendo o empoderamento como forma de participação que, segundo Kleba; Wendausen (2009) compreende o processo de mobilização e práticas objetivando melhores condições de vida da comunidade. O empoderamento e a coparticipação podem tornar-se instrumento de motivações para iniciativas de maior responsabilidade à tomada de decisão entre os pares, construídos com parceiros da saúde e os outros setores. Com base na competência, gestão e gerência, técnica e política do seu trabalho, a ESF avança para a realização das ações e serviços à luz da realidade social, econômica e cultural na área adscrita.

Neste contexto, as equipes assumem responsabilidade sanitária no território com toda a dinamicidade existente, sobretudo, respeitando o sujeito em sua singularidade, integralidade, e inserção sociocultural, configurando no primeiro contato dos indivíduos com o Sistema de Saúde, orientados pelos princípios do Sistema Único de Saúde e os atributos da Atenção Primária à Saúde, uma relação fortalecida, biunívoca entre equipe e comunidade. Neste processo, eles podem (re) construir sua *práxis* na formulação de políticas públicas para promoção da saúde no âmbito local.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é um tema atual e ainda necessita ser aprofundado. Em estudos realizados por Sousa (2001; 2009) e por Teixeira (2003) identifica-se que as equipes de saúde da família, ao instituírem boas práticas no percurso de implantação da Estratégia, não foram suficientes para a atenção integral, em decorrência da fragilidade na hierarquização, referência e contrarreferência da rede de serviços do SUS. Como já citado anteriormente, Campos *et al* (2010) alerta que a efetividade depende dos recursos públicos investidos, bem como da adoção de modelos de processos de trabalho e gestão contribuindo para a organização dos serviços de saúde oferecidos à população. Para tanto, a reorganização do modelo de atenção requer necessariamente superar os obstáculos relacionados à governabilidade e à governança local entre os atores envolvidos na consolidação da ESF. Rosenau e Czempiel (2000) reforçam a

importância do espaço de poder no aprimoramento das políticas e governança na realização de atividade conforme objetivos comuns para o alcance da qualidade de vida da comunidade.

A intersetorialidade como um dos princípios do SUS potencializa a mudança do modelo assistencial, direciona a reorganização da atenção à saúde e coaduna com as diretrizes desta Estratégia. Para o desenvolvimento das ações intersetoriais e da promoção da saúde entendidas como práticas cotidianas inerentes ao trabalho das Equipes Saúde da Família e como um espaço de debate da gestão de políticas sociais nos diversos níveis de gestão, estas exigem processos de articulação e de integração de ações para convergir. Sobretudo, é importante a mudança do perfil dos sujeitos envolvidos no processo de empoderamento político e cultural, no plano individual e coletivo (ANDRADE, 2006).

O relatório da 12ª Conferência Nacional de Saúde destaca a “articulação setorial entre os diversos Ministérios como caminho para a consolidação da reforma sanitária”. Isto significa “conferir prioridade a problemas de saúde e garantir sua abordagem de forma intersetorial como política de governo”, como preceito constitucional do direito para o desenvolvimento sustentável, integrador e distributivo, com justiça social, haja vista que a intersetorialidade deve ser adotada como prática permanente de articulação nas diversas esferas de gestão e de orientação das políticas públicas (BRASIL, 2005:43).

A definição de prioridades para a tomada de decisão, norteada pelos princípios do SUS da atenção integral, universal, equânime com participação social, envolve novas práticas de gestão articulada entre áreas afins podem desencadear ações intersetoriais para ampliação do acesso à saúde e promover qualidade de vida ao indivíduo, família e comunidade e, nesse processo, Andrade (2006) ressalta que a saúde enfrenta o desafio de mudar suas práticas na busca do trabalho intersetorial.

A atuação cotidiana em cada esfera de governo entre gestores, trabalhadores e comunidade, com base na compreensão da saúde e suas práticas sociais, pode propiciar mudanças no modo de viver e nas relações interpessoais e comunitárias de organização, nos seus aspectos econômicos, políticos, sociais e culturais da realidade. Ela pode direcionar o desenvolvimento de ações efetivas de

promoção da saúde e de condições de vida, nas quais os avanços só podem ser impetrados com planejamento integrado e ações articuladas entre os diversos setores na construção de políticas públicas para que de fato, no *locus* social, seja alcançada a promoção de saúde e qualidade de vida no território, cidade, estado e país.

As políticas públicas articuladas com as ações intersetoriais, com base no desenvolvimento social, econômico, cultural e ambiental sustentável, possibilitam qualidade de vida e promoção da cultura de paz para o alcance da cidadania plena, temas discutidos desde a 1ª Conferência Global sobre Promoção da Saúde, a Conferência de Ottawa (Canadá), em 1986 (BUSS, 2000).

A promoção da saúde no Brasil foi iniciada na década de 1980, no debate de ideias da Reforma Sanitária, com amplas discussões na 8ª Conferência Nacional da Saúde no ano de 1986. Seus conceitos e objetivos para a sociedade brasileira foram análogos às propostas da Conferência de Ottawa, e em seus relatórios finais a saúde foi definida de forma ampla, incluindo necessidades básicas, onde o ambiente deve ser propício para crescimento e desenvolvimento, reafirmando a saúde como direito universal e fundamental na busca da realização plena do ser humano.

Também na 1ª Conferência Latino-Americana sobre Promoção da Saúde, em Bogotá (Colômbia), em 1992, com participação de aproximadamente quinhentos representantes de países membros, foi discutida estratégias para melhorar os padrões sanitários da coletividade no intuito de alcançar a equidade na Região; além disso, diversas estratégias em diferentes fóruns de discussão ao longo dos últimos anos levaram à definição e aprovação das diretrizes para a consolidação de uma política nacional de promoção da saúde no SUS. A promoção da saúde compreendia uma agenda integrada, multi e transdisciplinar, visando potencializar mudanças nos âmbitos de atenção à saúde, da gestão de políticas públicas e da proteção e desenvolvimento social para todos (BUSS, 2000).

A estratégia da promoção da saúde é integral, especialmente, quando articula e fortalece vínculos das ações intersetoriais, envolvendo o setor público e organizações não governamentais, bem como movimentos populares e sociais. Nesta estratégia, os diversos setores da sociedade proporcionam a solidariedade e a

corresponsabilidade de proteção, cuidado, promoção da saúde e qualidade de vida para todos.

Na década de 1990 iniciam-se as reflexões sobre a necessidade de elaborar uma Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Este processo foi longo e descontínuo, mas propiciou acúmulo de conhecimento com debates entre as três esferas de gestão do SUS e tais agentes da sociedade civil como instituições de ensino e pesquisa. Segundo Teixeira (2006), a institucionalização da prática e programação de ações intersetoriais de promoção de saúde, nas diferentes esferas de gestão, deve ser beneficiada pelos debates que favoreçam diálogos entre os gestores e pesquisadores da área e ainda pelos investimentos em processos de educação permanente para dirigentes e técnicos das instituições que desenvolvem ações intersetoriais.

Entretanto, a aprovação da PNPS pela Comissão Intergestores Tripartite, composta pelo Ministério da Saúde (MS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), só ocorreu no ano de 2006, por meio de Portaria do Ministério da Saúde nº. 687. Este foi um passo importante, sobretudo, para a institucionalização da promoção da saúde pautada na consolidação do SUS e priorizada no Pacto pela Vida/Portaria Ministerial nº 399 do mesmo ano. O investimento na construção de estratégias intersetoriais locais de mecanismos de participação e de ações em rede objetiva reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes, capaz de estabelecer corresponsabilidade de gestão no planejamento para potencializar os fatores protetores da saúde dos indivíduos e da coletividade (BRASIL, 2006).

Nessa perspectiva, para garantir a integralidade das ações articuladas, a PNPS preconiza em suas diretrizes mecanismos estratégicos de organização a fim de promover a saúde nas três esferas de gestão do SUS (Brasil, 2006). O conceito de Promoção da Saúde, adotado no ano de 2006 pelo Ministério da Saúde, fomenta a saúde como pressuposto básico da vida, qualidade das condições no modo de viver das pessoas em todo o território nacional.

Para tanto, a PNPS é um instrumento de comunicação dialógica, de ações transversais, integrativas e intersetoriais entre as diversas áreas do setor saúde e

outros setores públicos como: Educação, Meio Ambiente, Agricultura, Trabalho, Indústria e Comércio, Transporte, Esporte e Lazer, Segurança, Direitos Humanos. Articulados aos setores privados como as empresas e organizações não governamentais (ONG) e da sociedade civil (entidades civis, conselhos, entre outros), eles compõem uma rede de compromisso e (co) responsabilidade em que todos os partícipes possam conquistar qualidade de vida do indivíduo, família e comunidade (BRASIL, 2006).

A referida política prioriza, investe objetivamente na saúde e na qualidade de vida da população, requisito para os gestores do SUS desenvolverem métodos de trabalho de planejamento e gestão para o aperfeiçoamento das técnicas de articulação intersetorial. Na construção das ações articuladas, nas resoluções dos problemas e situações de desigualdades sociais, econômicas e culturais visando o desenvolvimento de territórios saudáveis para todos.

Assim, as ações intersetoriais surgem de situações sociais complexas e requerem soluções integradas no estabelecimento de redes sociais e o uso potencial dos recursos humanos, materiais e financeiros articulados. Para Junqueira (2004), a conjugação entre os saberes e experiências no planejamento, execução e avaliação é necessária para alcançar sinergismos das ações com foco em políticas públicas que envolvem toda a população.

As reflexões sobre a promoção da saúde e as ações intersetoriais, no debate para a elaboração do planejamento democrático, ascendente e transversal, são importantes para o aperfeiçoamento e ou manutenção de um ambiente saudável, sustentável para a difusão da qualidade de vida da comunidade em seu território. O modo de vida saudável marca as ações do Ministério da Saúde relacionadas às políticas estratégicas no investimento em ações intersetoriais para a cooperação técnica dos recursos disponíveis à promoção da saúde no diversos níveis do Sistema.

Nesse processo, foi instituído o Programa Saúde na Escola (PSE) por meio do Decreto Presidencial nº 6.286, de dezembro de 2007 que integra o trabalho entre o Ministério da Saúde e o da Educação na busca de ações intersetoriais visando ampliação das ações de saúde dirigidas aos alunos da rede pública de ensino com a

atuação da atenção básica no *locus* privilegiados da Equipe Saúde Família para o desenvolvimento, de pelo menos, dos componentes da avaliação clínica e psicossocial e as ações de prevenção a doenças e agravos e de promoção à saúde (BRASIL, 2008; 2009).

Para tanto, o País definiu diversas metas prioritárias para a promoção da saúde, principalmente, ao estimular alimentação saudável e atividade física, combate e prevenção ao tabagismo, redução da morbimortalidade por abuso de álcool e outras drogas, prevenção de acidentes de trânsito e outros acidentes, promoção do desenvolvimento sustentável e o estímulo à cultura de paz, visando o fortalecimento da PNPS (BRASIL, 2006).

Nesta perspectiva foi elaborado o Plano de ações estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil no período de 2011-2022, que discorre sobre a tendência do novo perfil epidemiológico e social da população brasileira que as doenças crônicas aparecem como problema de saúde de maior magnitude, correspondendo a 72% das causas mortes, atingindo as camadas mais pobres. A taxa de mortalidade no ano de 2007 foi de 540 óbitos por 100 mil habitantes, apesar de elevada observou-se redução de 20% na última década, principalmente das doenças do aparelho circulatório e respiratórias crônicas. Mas houve aumentas das taxas de mortalidade por diabetes e câncer no período. A redução em parte pode ser atribuída à expansão da atenção básica, a melhoria da assistência e redução do tabagismo nas duas últimas décadas passando de 34,8% em 1989 para 15,1% em 2010 (BRASIL, 2011).

Vale ressaltar que existe potencial para as mudanças e transformações sociais, mas ainda é preciso maior ênfase na atuação dos gestores, profissionais de saúde e todos os atores envolvidos para a valorização dos princípios da promoção da saúde, a fim de serem plenamente incorporados à prática cotidiana do indivíduo, da família e da sociedade para responder aos desafios apresentados que o setor saúde não tem condições responder de forma isolada.

### 3 OS (CON)TEXTOS DA SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL E NO PARANOÁ

O território do Distrito Federal (DF) é de 5.822,1 Km<sup>2</sup> e fica localizado na região do Centro-Oeste (GDF, 2011), análogo a um estado da federação. No censo de 2010, a população foi de 2.570.160 habitantes, com 1.341.280 mulheres e 1.228.880 homens, representando a densidade demográfica de 444,7 km<sup>2</sup> (IBGE, 2010). O DF está organizado em 29 Regiões Administrativas (RA). Apresenta o PIB de 977,59 *per capita*, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,874, o índice de Gini foi 0,58, o fator educação do IDH de 0,935, com taxa de analfabetismo de 3,5%. No ano de 2010 foram registrados 44.210 nascimentos, a taxa bruta de natalidade de 17,3 por mil habitantes e a taxa de mortalidade infantil de 12,7, passando, no ano de 2011, para 11,9 por mil nascidos vivos (IBGE, 2010; GDF, 2011).

A esperança de vida dos brasileiros, em 2010, foi de 73,1 anos em média, porém com grandes variações regionais e entre os sexos. As mulheres vivem, em média, 7,6 anos a mais que os homens (IBGE, 2010).

A Secretaria de Saúde do Distrito Federal possui uma rede de serviços de saúde organizada em rede hospitalar e ambulatorial nas regiões administrativas. Na RA de Brasília estão localizados o Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF), o Hospital Regional da Asa Norte (HRAN), o Hospital Regional da Asa Sul (HRAS), além do Hospital Universitario de Brasília (HUB) e do Hospital das Forças Armadas. As demais RA possuem um total de 12 hospitais públicos e quatro Unidades de Pronto Atendimento (UPA).

Verificamos, na figura 1 e no quadro 1, a distribuição das regiões administrativas; embora o IBGE considere apenas 20 regiões administrativas, atualmente são 29 Regionais Administrativas (RA), formalmente, e 15 Regionais de Saúde. Observa-se no contexto da regional de saúde que, no primeiro processo de regionalização, algumas regionais administrativas são aglutinadas e que há duas regionais na mesma região, a exemplo de Brasília que está dividida em Asa Sul e Asa Norte.

As regionais de saúde foram criadas no ano de 1998 com atribuições para realizar o planejamento das ações de saúde de acordo com as necessidades sociais e sanitárias, com acompanhamento da população por meio do controle social; incentivar e coordenar as ações de saúde nas unidades de saúde, na referência e contrarreferência; articular as políticas intra e intersetorial; coordenar e executar a

política de recursos humanos, materiais, econômicos e financeiros das unidades de saúde na área de abrangência de cada regional (GDF, 2007; 2011).

**Figura 1. Regiões Administrativas do Distrito Federal**



Fonte: GDF, 2007

**Quadro 1. Distribuição das Regiões Administrativas (RA) nas Regiões de Saúde - DF**

Denominação	Regiões Administrativas (RA)	Diretorias Regionais de Saúde
RA I	Brasília (Asa Sul)	Asa Sul
RA XXVII	Jardim Botânico	
RA XVI	Lago Sul	
RA XVII	Riacho Fundo I	
RA XXI	Riacho Fundo II	
RA XIX	Candangolândia e Núcleo Bandeirante	Núcleo Bandeirante
RA VIII	Núcleo Bandeirante	
RA XXIV	Park WAY <sup>2</sup>	
RA X	Guará –Estrutural	
RA XXIX	SAI	Guará
RA XXV	Setor Comp. de Ind. e Abastecimento <sup>3</sup>	
RA I	Brasília (Asa Norte)	
RA XVIII	Lago Norte	Asa Norte
RA XXIII	Varjão	
RA XI	Cruzeiro	
RA IX	Ceilândia	Ceilândia
RA IV	Brazlândia	Brazlândia
RA III	Taguatinga	Taguatinga
RA XX	Águas Claras <sup>1</sup>	
RA XII	Samambaia	Samambaia
RA XV	Recanto das Emas	Recanto das Emas
RA V	Sobradinho I	Sobradinho
RA XXVI	Sobradinho II <sup>4</sup>	
RA VI	Planaltina	Planaltina <sup>1</sup> .
RA VII	Paranoá	Paranoá
RA XXVIII	Itapoã	
RA XIV	São Sebastião	São Sebastião
RA II	Gama	Gama
RA XIII	Santa Maria	Santa Maria

Fonte: SES/DF



O Sistema de saúde apresenta características complexas da rede de serviços, desde a sua criação, sendo organizado de forma descentralizada, regionalizado e hierarquizado com a rede de saúde em que predomina a assistência hospitalar, de especialidades e com atendimentos pouco integrados à rede básica de saúde. A Atenção Primária está estruturada com 137 Unidades Básicas, distribuídas em 67 Centros de Saúde (CS) transformados para o atendimento pela Equipe de Saúde da Família, 40 Postos de Saúde (PS), urbanos e rurais, e 30 Unidades Básicas de Saúde (UBS) alugadas que funcionam com uma ou duas Equipes de Saúde da Família. Sessenta e um (61) Centros de Saúde funcionam no modelo tradicional de atenção primária, sem território definido e população adscrita. Setenta e seis (76) UBS são distribuídas em seis (6) centros de saúde, contemplando entre uma e cinco equipes de saúde da família apoiadas por 13 Núcleos de Apoio às Equipes Saúde da Família (NASF).

### **3. 1 Evolução organizativa da Estratégia Saúde da Família no DF**

Neste contexto, a Estratégia Saúde da Família tem como princípio básico a reorganização da Atenção Primária à Saúde no Brasil em todas as esferas de gestão. A rede de Atenção Básica no Distrito Federal (DF) está desenhada de modo que cada centro de saúde atenda aproximadamente 30 mil habitantes.

No ano de 1997, iniciou-se a implantação da Equipe Saúde da Família como Programa Saúde em Casa (PSC), pela Secretaria de Estado da Saúde (SES-DF) e pela Fundação Hospitalar do DF (FHDF), como estratégia para a reformulação do modelo de atenção à saúde, fortalecimento do SUS e melhoria da qualidade de vida, considerando a população adscrita das cidades satélites do DF, o perfil epidemiológico e a cobertura completa, e a família como objeto de atenção (GDF, 1998; ESCOREL *et al*, 2007; HILDEBRAND, 2008). Antes de implantar as equipes foram organizadas, nas regionais de saúde, reuniões com a comunidade por meio da metodologia de planejamento estratégico e democrático (PED) (CAPITANI, 2002).

O programa foi estruturado com o papel na responsabilização da saúde da população adscrita no território definido, na lógica organizativa da Estratégia Saúde da Família. Os objetivos deste eram ampliar o acesso, racionalizar as ofertas de

ações e serviços e melhorar os resultados sociais na área adscrita, descritos a seguir: (i) oferecer suporte às comunidades para que resolvessem seus problemas de saúde no próprio local de moradia; (ii) diminuir a procura aos serviços especializados, principalmente no pronto socorro, garantindo a atenção integral e acesso adequado às especialidades; (iii) contribuir com a mudança de indicadores de morbimortalidade da população com ênfase na redução da mortalidade infantil; e incentivar as pessoas e a comunidade, individual e coletivamente, a contribuírem na adoção de atitudes para a melhoria da qualidade de vida (vivência da autora; GDF, 1998; HILDEBRAND, 2008).

Podemos afirmar que oportunamente o acesso à atenção integral próximo de casa dos indivíduos e famílias foi garantido, no período de 1997 a 1998, principalmente pelo percentual de cobertura que chegou a 88, 2%, com 278 equipes implantadas nas 12 regiões administrativas do DF mais populosas e de maior vulnerabilidade social e econômica, conforme demonstrado na tabela 1.

As equipes eram compostas por 1 médico, 1 enfermeiro, 3 auxiliares de enfermagem e de 4 a 5 agentes comunitários de saúde, responsáveis pelo acompanhamento de aproximadamente 1000 famílias por área, com 200 a 250 famílias por microáreas, sendo posteriormente incorporada a equipe de saúde bucal com 1 dentista, 1 técnico em higiene dental e 1 auxiliar de consultório dentário, a cada duas equipes. (vivência da autora; GDF, 1998, HILDEBRAND, 2008).

**Tabela 1. Percentual de Cobertura, População e Famílias Cadastrada no Programa Saúde em Casa, Regiões Administrativas e Regionais de Saúde, DF, 1997-1998.**

Regiões Administrativas (RA); Regionais de Saúde	População	População Coberta		Famílias Cadastradas		Número de Equipes		Cobertura (%)	
		1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998
XIX N. Bandeirante VIII Candangolândia	58.071	0	68.532	0	17.081	0	16	0	118
IX Ceilândia	365.549	165.000	365.549	31.110	73.109	33	81	45	100
IV Brazlândia	49.138	49.138	49.138	5.655	5.655	10	10	100	100
III Taguatinga	228.620	0	75.819	0	13.792	0	17	0	33
XII Samambaia	145.514	145.514	166.669	17.859	34.443	16	32	100	114
Recanto das Emas	75.000	75.000	75.000	12.772	13.535	13	14	100	100
Sobradinho I	98.391	55.000	55.000	8.944	8.944	5	8	56	56
Planaltina	120.000	120.000	120.000	16.177	16.177	14	29	100	100
Paranoá	61.000	61.000	61.000	9.218	9.218	12	12	100	100
São Sebastião	46.883	46.883	46.883	10.316	12.123	9	10	100	100
Gama	174.760	0	128.342	0	288.828	0	29	0	73
Santa Maria	86.365	86.365	92.593	17.816	20.855	16	20	100	107
Total	1.480.291	803.900	1.304.927	129.927	253.760	128	278	54	88

Fonte: GDF, 1998a, adaptado.

No final do governo (1998), o número de equipes do PSC foi ampliado para 300, alcançando 95% de cobertura populacional no DF e aumentando também para 127 equipes de saúde bucal, somando aproximadamente quatro mil trabalhadores contratados. A proposta também era agregar, dentre outros, os profissionais de educação física e assistente social. Nos anos posteriores, as equipes do Programa Saúde em Casa foram desarticuladas pelos governos subsequentes, inclusive os agentes comunitários não pertenciam mais à área onde moravam. (vivência da autora; GDF, 1998, HILDEBRAND, 2008).

Ao observar a tabela 2, verifica-se que a cada nova gestão no DF ocorria mudanças na implantação da Atenção Primária, com intervenções e declínio representando uma trajetória que no ano de 2003, devido o cancelamento da parceria entre a SES-DF e o Instituto Candango de Solidariedade (ICS) houve interrupção do PSF, representando abandono na implantação da política de atenção básica, pela inexistência e descontinuidade da ESF. Inverso ao caminho do nível nacional como mostra os dados ao longo do período de 1998 a 2011.

**Tabela 2. População por Número de Equipes e Percentual de Cobertura da Estratégia Saúde da Família, DF - Brasil, 1998 A 2011.**

Ano	População DF	Nº de Equipes DF	Percentual Cobertura DF (%)	População Brasil	Nº de Equipes Brasil	Percentual Cobertura Brasil (%)
1998	1.480.291	278	88,00	159.644.929	3.062	7,00
1999	1.877.015	121	10,00	159.644.929	4.114	9,00
2000	1.969.868	60	11,00	163.957.179	8.513	17,00
2001	2.097.447	60	10,00	172.385.826	13.155	26,00
2002	2.097.447	40	7,00	172.385.826	16.698	32,00
2003	2.145.839	0	0,0	174.648.205	19.068	36,00
2004	2.189.789	38	6,00	177.243.280	21.232	39,00
2005	2.189.789	40	6,00	177.255.248	24.564	44,00
2006	2.334.322	24	4,00	185.619.807	26.729	46,00
2007	2.384.998	33	5,00	188.206.105	27.324	47,00
2008	2.384.998	39	6,00	188.206.105	29.300	50,00
2009	2.606.884	79	12,00	191.506.729	30.328	51,00
2010	2.570.160	120	13,00	190.732.694	30.782	52,00
2011	2.608.099	113	16,00	192.379.287	32.079	53,00

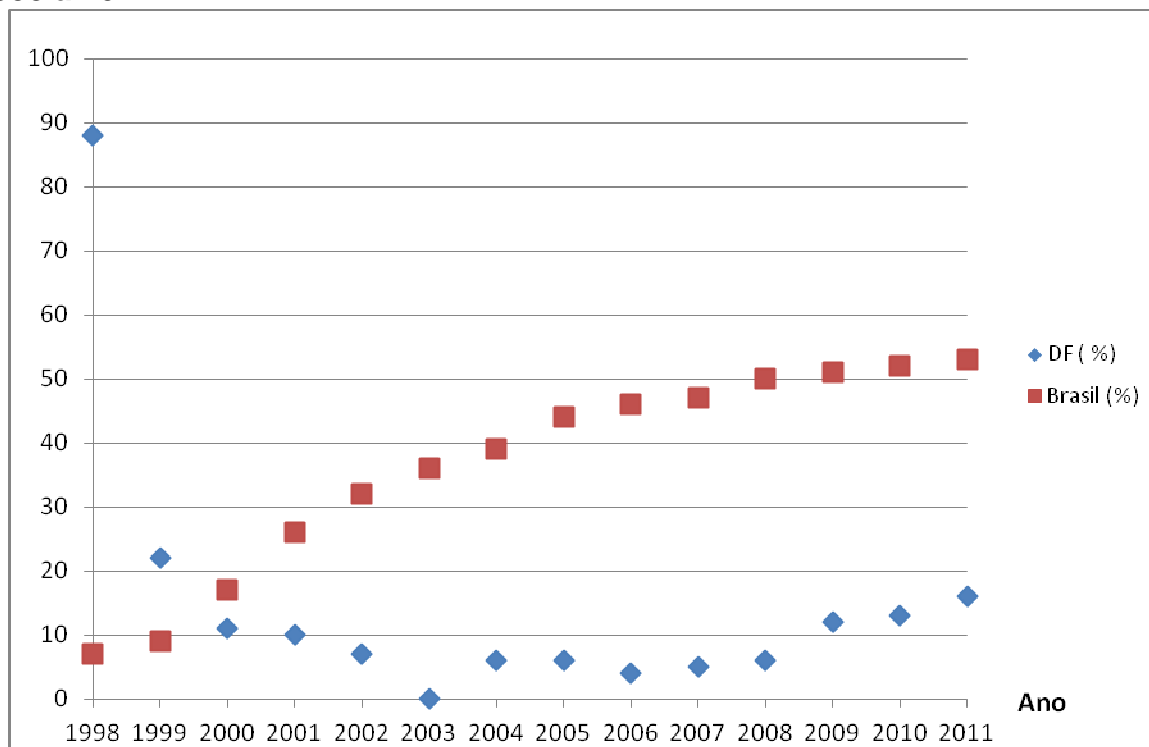
Fonte: SIAB- MS; SES-DF.

A cada nova gestão no DF, houve clara descontinuidade na implantação da Atenção Primária, apresentando, no ano de 1998, mais de 88% de cobertura pelo PSC e demonstrando, nos anos subsequentes, a tendência acentuada à queda, até que no ano de 2003 aconteceu o total abandono da política de atenção básica, sem

Equipes contratadas; além disso, ao longo do período analisado ocorreram aumentos incipientes no percentual de cobertura, não correspondendo ao nível de exigência de compromisso que esta estratégia tem para com a saúde da população.

O caminho percorrido pelo Ministério da Saúde, ou seja, pelos municípios em âmbito nacional, mostra, ao longo do período de 1998 a 2011, uma tendência progressiva ascendente, inversamente proporcional à observada nos rumos optados pelo governo do Distrito Federal após 1998, o gráfico 1 mostra variação com queda significativa na cobertura da Equipe Saúde da Família, pressupondo que os governos subsequentes tomaram a decisão inversa ao desenvolvimento de políticas públicas, evitando a continuidade no investimento da cobertura da população pela Estratégia Saúde da Família como ações fundamentais ao acesso à saúde mais próximo da moradia, diminuindo o vínculo entre as equipes e as famílias.

**Gráfico 1. Percentual de Cobertura da Estratégia Saúde da Família, DF e Brasil, 1998 a 2011.**



Fonte: SIAB- MS; SES-DF.

Em agosto de 2010 o Distrito Federal, como processo de fortalecimento da Atenção Primária, criou a Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), por meio do Decreto nº. 32.104 publicado no DODF nº. 164 do referente ano. Esta Subsecretaria é composta pelas gerências e núcleos da Diretoria de Atenção

Primária (DIRAPS) no nível regional e central e tem a finalidade de garantir à população do Distrito Federal promoção, proteção e recuperação da saúde com base nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (GDF, 2011). No entanto, ainda não foram demonstradas mudanças que apontem no aumento importante na cobertura da Estratégia Saúde da Família.

No ano de 2010 foram distribuídas 120 equipes completas e com uma cobertura populacional de 13%, existindo também 16 equipes incompletas, várias sem espaço físico para atuação, somadas as dificuldades, a precariedade nos meios de transporte das equipes para o deslocamento dos profissionais visando o desenvolvimento das atividades nas microáreas, e no apoio à população que precisa da condução aos serviços de maior complexidade da atenção à saúde.

A ação da ESF visa promover o fortalecimento e a reorganização da atenção primária do DF para oferecer uma Atenção Primária à Saúde de qualidade, tendo cada equipe sob sua responsabilidade três mil pessoas cadastradas, conforme o número de pessoas estabelecido pelo Ministério da Saúde, que define entre três e quatro mil pessoas por equipe (BRASIL, 2012). Organizadas e integradas aos demais níveis de atenção, considerando os da Atenção Primária, as ESF efetuam o primeiro contato, a integralidade do cuidado, longitudinalidade e a coordenação da atenção em saúde (STARFIELD, 2002).

### **3.2 Região Administrativa do Paranoá no Distrito Federal**

A Região Administrativa VII fica no Paranoá no Distrito Federal (DF), à distância de aproximadamente 35 km de Brasília. A rede de serviços de saúde da Região Administrativa do Paranoá do Distrito Federal (DF) é composta por um hospital Regional, um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), duas equipes de saúde bucal e seis Unidades Básicas de Saúde. Destas, duas são urbanas e quatro são de área rural.

A área rural do Paranoá está entre as Regiões Administrativas com maior extensão de área rural, pela extensão há necessidade de ampliar o número de equipes para facilitar o acesso a serviços e ações nesta área, consistindo a proposta em aumentá-lo para mais quatro equipes. Atualmente são cinco Equipes Saúde da

Família completas, com uma cobertura populacional aproximada de 33%. Existe uma equipe do PACS com 20 ACS cobrindo 29% da população. A população identificada de acordo com o Censo de 2010 foi, especificamente no Paranoá, de 53.618 habitantes, sendo 25.982 homens e 27.636 mulheres. Foram registrados 1.236 nascimentos e a taxa de mortalidade infantil de 10,5, estando esse indicador abaixo do observado no Distrito Federal que é de 11,9 por mil nascidos vivos. (IBGE, 2010; GDF, 2011).

A indisponibilidade de terrenos para a construção da Unidade Básica de Saúde destinada à ESF configura um dos entraves para ampliação das mesmas, somadas as dificuldades na licitação para a aquisição de materiais e equipamentos para o funcionamento desta Estratégia (GDF, 2011).

#### **4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA DO ESTUDO**

A pesquisa é de natureza qualitativa e utiliza como método o estudo de caso. A escolha do método permitiu maior compreensão da essência dos fenômenos que, segundo Yin (2005), se caracteriza por enfatizar a interpretação em contextos sócio-históricos, possibilitando retratar a realidade da forma mais completa possível e aprofundar as questões de pesquisa.

O método qualitativo e as técnicas que mediaram este estudo foram baseados em Minayo (2007), que faz referência à utilização do grupo como técnica de pesquisa, nos pressupostos da dinâmica interativa, organizada no contexto de entrevistas coletivas como estratégia e complementada por entrevistas individuais, para a coleta de dados, considerada a técnica mais comum em métodos qualitativos de pesquisa. Os dados coletados foram discutidos à luz do referencial teórico. A análise documental teve o seu conteúdo submetido ao exame crítico e, segundo Bardin (2004), é importante para identificar fragmentos e ideias na construção das categorias analíticas.

A pesquisa teve como objetivo geral analisar as contribuições das Equipes Saúde da Família (ESF), relacionadas às ações intersetoriais para a promoção da saúde junto às famílias vinculadas às Unidades Básicas de Saúde do Paranoá no

Distrito Federal. Os sujeitos que participaram dessa investigação foram: Médicos, Enfermeiros, Técnicas de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde, além de Gestores da Subsecretaria da Atenção Primária à Saúde da Secretaria de Estado de Saúde (SES) do Distrito Federal (DF) dos níveis central e regional. Os critérios de inclusão de participação utilizados foram os profissionais que compõem equipes completas e o tempo de implantação da Estratégia Saúde da Família, conforme as normativas da SAS/DAB/MS (BRASIL, 2011).

O universo do estudo foi a Região Administrativa (RA) do Paranoá – DF, por preencher os seguintes critérios: (a) porte populacional de 53.618 habitantes, com percentual de 2,08% em relação à população total do DF; (b) 8 equipes da ESF, cobertura de 33% da população com tempo de implantação de anos, sendo uma das áreas mais antigas; (c) a existência de políticas, programas, projetos e ações de governo que propiciam a articulação de ações intersetoriais, como promoção de saúde, visto que a RA faz parte do projeto Cidade Saudável; (d) a possibilidade de leitura de uma realidade onde o pesquisador pode afastar-se das relações entre sujeitos em questão e (e) a facilidade na obtenção das informações necessárias à realização deste estudo.

Optando por estudo de caso, focamos o presente estudo em três Unidades Básicas de Saúde da Família, uma das quais está localizada na área urbana e duas na área rural. A equipe da UBS urbana conta 4.130 pessoas cadastradas, com a cobertura de 85% pela ESF, e acompanha as famílias das microáreas situadas nas quadras 18, 20, 22 e 26. A primeira Equipe da área rural, a do Jardim II, considerada a área mais distante do DF, com 1.456 pessoas cadastradas e 100% de cobertura da área adscrita, acompanha as famílias de sete microáreas nas localidades do Jardim II, Sussuarana, Itapeti, Granja Progresso, São Bernardo, Cabeceirinha e Buriti Vermelho. A segunda é a equipe do PAD DF com 1.161 pessoas cadastradas com cobertura de 100% da área adscrita e acompanha as famílias de duas microáreas nas localidades do PAD- DF e Lamarão.

A pesquisa de campo teve início em agosto de 2012, quando foram realizados contatos telefônicos informando sobre a pesquisa e convidando os sujeitos a participarem da mesma: ao todo foram vinte entrevistados, atores políticos e técnicos, para conhecer os discursos nas diferentes funções e posições

institucionais das esferas central, regional e local. Compõem estes grupos os profissionais membros das equipes da Estratégia Saúde da Família, sendo dois enfermeiros, três médicos, quatro técnicos de enfermagem, sete agentes comunitários de saúde e quatro gestores, sendo um Coordenador da Equipe Saúde da Família, um da Subsecretaria da Atenção Primária à Saúde, um Diretor da Atenção Primária à Saúde e um Coordenador das Práticas Integrativas da Regional de Saúde da RA do Paranoá. A enfermeira da equipe da área urbana se encontrava de férias no momento da coleta de dados.

A tabela 3 apresenta o percentual dos entrevistados segundo a profissão e o gênero por função desempenhada. Os dados demonstram que houve predominância dos ACS, com percentual de 35% do total dos participantes e o menor percentual correspondeu aos enfermeiros com 10% dos entrevistados, sendo ainda observada a maior participação do sexo feminino na pesquisa.

**Tabela 3. Frequência (n) e Percentual (%) e caracterização dos entrevistados por formação profissional, função e sexo, Secretaria de Estado da Saúde, Distrito Federal, 2012.**

Formação Profissional	Sexo				Total	(%)
	F	(%)	M	(%)		
<b>Médico</b>	3	100	0	0	3	15
<b>Enfermeiro</b>	1	50	1	50	2	10
<b>Técnicos de Enfermagem</b>	2	50	2	50	4	20
<b>Agentes Comunitários de Saúde</b>	6	86	1	14	7	35
<b>Gestores</b>	3	75	1	25	4	20
<b>Total</b>	15	75	5	25	20	100

Fonte: Pesquisadora

Para a realização das entrevistas foram agendados previamente data e horário e, selecionados os profissionais segundo critérios mencionados anteriormente. As entrevistas foram realizadas no local de trabalho. No início das entrevistas, apresentamo-nos e, em seguida, informamos os objetivos do estudo, procedemos à leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), apêndice 1, e colhemos as assinaturas daqueles que concordaram em participar do estudo.

Os participantes autorizaram a utilização de gravadores e imagens para a coleta de dados. A identidade e relatos dos sujeitos foram mantidos em sigilo, conforme o TCLE. O tempo de duração das entrevistas foi em torno de 1h30min. A



pesquisa foi apreciada e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde da Secretaria de Estado de Saúde – DF, sob o processo de nº 0572012 e parecer nº 104/2012, anexo A, para o cumprimento das disposições da Resolução nº 196/96, referentes às pesquisas envolvendo seres humanos.

O trabalho foi conduzido num processo dialógico com os participantes, conforme o roteiro orientador semiestruturado que propiciou a troca de experiências, numa construção de confiança estabelecida, interrelação das ideias, valores, potenciais e dificuldades do processo de funcionamento da ESF e das ações integradas às políticas públicas desenvolvidas no âmbito das Unidades Básicas de Saúde.

No decorrer das entrevistas, foram evitadas atitudes que pudessem deixar transparecer pontos de vista da própria pesquisadora, a fim de afastar os vieses de informação. No final das entrevistas agradecemos aos profissionais pela participação e disponibilidade e comprometemo-nos que, ao concluirmos a pesquisa, seus resultados seriam divulgados junto aos sujeitos participantes tanto das Unidades Básicas de Saúde da Família quanto dos níveis central e regional. Após a realização de entrevistas individuais e coletivas foi realizada a análise dos dados coletados.

O roteiro de entrevistas das ESF e dos gestores foi elaborado com base nos objetivos do estudo para identificar elementos e fatos, de forma a possibilitar a interação entre a teoria e os desdobramentos empíricos, o que subsidiou as categorias analíticas. Construímos as seguintes categorias (C) empíricas: (C1) Concepções das ESF e gestores sobre a Intersetorialidade; (C2) Promoção da Saúde no Paranoá: visões das equipes e gestores da ESF; (C3) Ações intersetoriais desenvolvidas pelas equipes Saúde da Família; e (C4) Potenciais e limites para o desenvolvimento das ações intersetoriais pelas equipes ESF.

A organização dessas categorias foi parte integrante de todo o processo de descrição analítica nos contextos históricos, sociais, econômicos e culturais do objeto, universo da investigação. Assume igual importância a análise dos diálogos individuais e coletivos, marcados por manifestações de agentes políticos e técnicos.

A análise das entrevistas foi realizada de acordo com o processo de ordenação de dados, categorização e análise final, conforme os passos propostos por Minayo (2007), subsidiados por revisão bibliográfica.

A categorização e a interpretação dos dados originados das entrevistas individuais e coletivas foram fundamentadas na técnica de análise de conteúdo. Os dados interpretados no contexto do grupo de pesquisa possibilitaram a análise e discussão dos resultados do estudo. Foram identificados conceitos básicos, segundo alguns autores, que serviram de apoio para identificar e aprofundar aspectos relevantes do estudo e que apoiaram a análise teórico-metodológica do tema.

A opção por esse método está intimamente ligada à busca persistente pela compreensão das práticas das Equipes da ESF e suas interrelações com as ações intersetoriais expressas nas ações das Unidades Básicas da RA VII do Paranoá – DF. Portanto, procura-se na linguagem da *práxis* a compreensão dos fatos que compuseram a dinâmica entre os sujeitos e suas ações, a base desse trabalho.

## **5 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A apresentação dos resultados configura a análise dos dados percorridos, a partir dos documentos sobre as políticas públicas e política de saúde, modelo de atenção, atenção primária à saúde e a Estratégia Saúde da Família (PAIM, 1999, 2003, 2006; MERHY; TEIXEIRA, 1989; CAMPOS, 2010; SOUSA, 2001, 2007; SOUSA E HAMANN, 2009; TEIXEIRA, 2003; STARFIELD; GIOVANELLA, 2002; ESCOREL, 2007; HILDEBRAND, 2008) e dos elementos empíricos dos sujeitos da pesquisa. Como parte de um processo contínuo e dinâmico de (re)construção, referenciando os consensos e dissensos entre a imagem objetiva e a realidade que foram refletidos nas palavras dos sujeitos técnicos e políticos envolvidos na pesquisa, o referencial teórico foi utilizado para iluminar a análise a partir dos discursos dos entrevistados.

Quando os participantes foram questionados sobre a intersetorialidade e ações de promoção da saúde, significados variados foram identificados, sendo estes submetidos à categorização das respostas.

## **Categoria 1- Concepções das ESF e gestores sobre a Intersetorialidade**

- **Subcategoria - Concepções das ESF sobre a Intersetorialidade**

Nas entrevistas sobre a concepção de ações intersetoriais na Unidade Básica de Saúde, o foco da(s) resposta(s) perpassa as demandas de ações assistenciais, orientações preventivas aos indivíduos e às famílias, bem como o trabalho articulado com as escolas, e cita a parceria com a EMATER. Refere ser o principal objetivo da equipe a ação de prevenção às doenças e que a percepção para a resolução de problemas na comunidade depende da ação conjunta no desenvolvimento das ações intersetoriais direcionadas às famílias e comunidade a partir do conhecimento sobre os condicionantes e determinantes do processo de saúde, reafirmando os estudos apontados por Giovanella (2002). Os relatos coloquiais estão a seguir:

[... é o intercâmbio com outros serviços, a gente tem a participação do NASF, os assistentes sociais, o CAPS, contato com o Conselho Tutelar e o Ministério Público...] (B1) [... a gente fez com a escola um programa de educação para a prevenção de drogas...] (A1). [... na escola foi realizada uma palestra sobre atividade física e alimentação saudável, no salão da paróquia em conjunto com a EMATER...] (A2). [... compatível com a educação em saúde o trabalho da equipe, não pode responder, precisa do apoio da escola, a educação, o serviço social, o CRAS, a Coordenação e a Administração poderia ajudar...] (A3). [...a equipe tem integração com a comunidade, igreja, campeonatos de futebol, cooperativa dos produtores rurais, a integração além da escola, a polícia civil, militar e corpo de bombeiro...] (C1).

Entretanto, não foi verificado nos discursos dos entrevistados, membros das equipes, uma concepção direta do significado conceitual sobre a intersetorialidade, demonstrando pouca familiaridade teórica sobre o termo. Alguns entrevistados conceituaram intersetorialidade como a relação com o NASF que abrangem profissionais e especialidades do próprio setor, ou seja, a relação intrassetorial. Apenas um entrevistado referiu que as ações intersetoriais são entendidas como intercâmbio com outros setores.

- **Subcategoria - Concepções dos gestores sobre a Intersetorialidade**

[...todo trabalho realizado em conjunto com outros setores com o mesmo objetivo...] (E1).[...um trabalho conjunto, desenvolvido entre os diversos setores, ou de uma instituição, ou de uma empresa, ou de um governo, uma forma de socializar o trabalho...] E2.[...intersectorialidade é a participação de diferentes setores para produzir saúde ... ](E3). [...as ações de saúde que, somadas com outros setores, podem possibilitar melhores condições de saúde e de vida às pessoas e à comunidade ...] (E4).

Nas preleções dos gestores, percebeu-se uma definição mais acurada do termo intersectorialidade, demonstrando apropriação do significado do mesmo. Houve predominância do discurso da articulação das ações de saúde com outros setores, em sintonia com as diretrizes da PNPS.

Constatou-se que há um dissenso entre os discursos dos profissionais de saúde e dos gestores sobre a intersectorialidade, o termo na literatura da saúde pública, não é um conceito unívoco e pode interferir nas intervenções cotidianas para a realização de ações de promoção da saúde nas diferentes esferas do SUS.

Promoção da saúde, para Buss (2000), deve ser um conjunto de valores associados com a qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação, parceria numa combinação de ações estratégicas de Estado para o desdobramento de políticas públicas saudáveis que envolvem ações da comunidade e habilidades individuais e de reorientação do sistema de saúde com a articulação de parcerias, ou seja, a corresponsabilidade multifatorial para a resolução de problemas de acordo com os determinantes sociais e políticos.

## **Categoria 2 - Promoção da Saúde no Paranoá: visão das equipes e gestores da ESF**

Esta categoria está organizada em subcategorias para melhor compreensão dos discursos. Os profissionais demonstraram, em suas falas, certa dificuldade do nível local em realizar ações de promoção à saúde e revelaram que realizam ações educativas de forma esporádica, mas reconhecem a necessidade de trabalhar de maneira organizada na perspectiva de desenvolver também ações de promoção da saúde junto à comunidade, conforme descrito a seguir:

- **Subcategoria - Promoção da Saúde no Paranoá: visão das equipes**

[... às vezes a gente faz ações educativas, embora ainda tenha muito a fazer...] (A1). [... nosso objetivo maior é trabalhar com o preventivo, mas a realidade da comunidade é totalmente diferente do que a gente quer...] (A2) [... um polo de atividade física para a população que poderia ter mais lazer.] (A3). [...na rotina do dia a dia de promoção às vezes eu fico com a sensação que a gente trabalha mais no aspecto curativo, talvez mais que promoção de saúde...] (B1). [... o intuito era a promoção, mas na prática a gente lida mais com a doença, a gente tenta se adaptar ao que a comunidade deseja e necessita...] (B3). [...na verdade, a intenção é a promoção, mas o que a gente observa é que ele vem procurar quando realmente sente a necessidade, procura o grupo, a equipe...] (B4).[... a gente faz na escola ação educativa, com muitos alunos, palestra em relação à dengue, à educação de limpeza, do cuidado com o lixo, quantas famílias a gente atingiu ali, através de um aluno ...] (C1).

Foi observado ainda, nos discursos dos entrevistados, pouca compreensão dos conceitos de ações preventivas e ações de promoção da saúde, ou seja, estes atribuíram o mesmo significado quando se referiram a estas ações. Mesmo entendendo que ações de promoção da saúde têm papel fundamental no *locus* privilegiado da equipe, não há organização suficiente para a realização de ações integradas na rotina do trabalho dessas equipes. O atendimento é voltado às demandas espontâneas para a resolução dos problemas predominantemente assistenciais, em detrimento das ações de promoção e proteção à saúde.

Vale ressaltar a opinião de Heidmann *et al* (2006), quando discorre sobre a necessidade de incrementar as ações de promoção da saúde na rotina das Unidades de Saúde, refere como importante estimular as ações integradas à saúde, a interrelação autônoma entre os sujeitos, indivíduos, família e profissionais de saúde para a obtenção de saúde e melhores condições de vida. Como citado anteriormente, Rosa *et al* (2005) enfatiza que, além de outras condições, a equipe tem a capacidade de resolver aproximadamente 85% dos problemas de saúde e prevenir doenças, o que se expressa na melhoria da qualidade de vida da população.

- **Subcategoria - Promoção da Saúde no Paranoá: visão dos gestores**

Os gestores expressaram a necessidade de investir na mudança da prática das equipes em relação ao modelo de atenção desenvolvido nas áreas; embora a RA do Paranoá desenvolva projetos de promoção à saúde, notou-se distanciamento no envolvimento das equipes da ESF quanto às ações dos gestores com os diversos setores, como descrito a seguir:

[ ...a gente tem que trabalhar muito com os profissionais para mudar a visão assistencialista. A gente tem que pensar mais na promoção, melhorar a visão das equipes de Saúde da Família, mais centrada no médico. Aqui no Paranoá, para a promoção da saúde desenvolve projetos com incentivo do Ministério da Saúde, a implantação da política de promoção da saúde...] (E1). [...várias equipes participam para implantar ou melhorar a questão das atividades físicas como componente de promoção da saúde, prevenção, alimentação saudável e o combate ao tabagismo com o objetivo de sistematizar os trabalhos...] (E2). [...ações estreitas com diversos setores, junto à Secretaria de Desenvolvimento Social, principalmente nas questões relacionadas à vulnerabilidade social, com a Secretaria de Esporte em ações desenvolvidas, diferentes grupos na sociedade no sentido de trabalhar com a prática esportiva à promoção de saúde, trabalhamos com universidades, na formação dos estudantes para a pesquisa (E3). [... tivemos encontros com os outros setores, os objetivos que nós queremos alcançar é uma comunidade mais saudável, enquadrada conforme a lei, a Constituição...] (E4).

Nos discursos foi observada a dissonância entre as visões dos profissionais de saúde e dos gestores sobre a promoção da saúde. Por um lado, os profissionais de saúde referem-se às dificuldades em realizar ações de promoção da saúde, pela exigência cotidiana da demanda desenvolvendo, quase exclusivamente, ações assistenciais, e não compreendem a necessidade de mudança do paradigma do modelo assistencial vigente e do salto qualitativo para a integralidade das ações e serviços de saúde. Além disso, foi observado um distanciamento da equipe das famílias e comunidade, não havendo pertencimento do trabalho em equipe, ou seja, na ausência de uma reflexão crítica sobre a prática, do pensar criticamente sobre o hoje e/ou o ontem, para melhorar a próxima prática sobre o processo de trabalho, como nos ensina Freire (1996).

Para Sousa e Hamann (2009) e para outros autores, como Paim, (2003); Merhy; Teixeira, (1989); Campos (2010), a Estratégia Saúde da Família ainda tem uma agenda incompleta, o que requer, além destas, medidas efetivas para superar o modelo biomédico hegemônico e ampliar as condições para fortalecer o modelo de atenção holístico, multi e transdisciplinar, com adoção dos atributos da Atenção Primária sob a ótica da promoção da saúde.

Por outro lado, os gestores consideram que as equipes estão preparadas para a realização de ações articuladas de promoção da saúde. Contudo, a indefinição de prioridades no campo da saúde pública pelos gestores, bem como o “distanciamento” entre estes e as equipes, fragilizam a construção de ações na promoção da saúde; embora haja a participação de alguns setores, mesmo que tímida, é preciso reforçar a responsabilização em todos os níveis de gestão (BUSS, 2000). Como refere Paim (2003), precisa-se de uma agenda estratégica com planejamento para efetivar a organização de ações e serviços integrados com vistas a consolidar o modelo de atenção em consonância com o SUS, a fim de promover a qualidade de vida da população no espaço territorial.

Nos discursos dos entrevistados predominou a execução das ações educativas junto aos parceiros presentes na comunidade adscrita. A equipe considera importante o seu papel de educadora e formadora de opinião, em especial, com os alunos como interlocutores no núcleo familiar e na comunidade, como exposto a seguir:

### **Categoria 3 - As ações intersetoriais desenvolvidas pelas equipes Saúde da Família**

[...a gente faz ações educativas, tem muito a fazer...] (A1). [...teve uma palestra sobre a atividade física e alimentação saudável, foi toda a escola, no salão da paróquia em conjunto com a EMATER...] (A2). [... na educação em saúde, nós somos professores quando se trabalha com a Estratégia Saúde de Família...] (A3). [... o CRAS fez um trabalho com os ACS na questão do programa Bolsa-Família...] (B1). [...palestra sobre o empoderamento das mulheres, a integração com a escola é muito importante, com a cooperativa e a comunidade...] (C4). [...participa do trabalho e de pesquisa com a EMATER, cooperativa, escola com ação educativa com muitos alunos, quantas famílias a gente atingiu através de um aluno,...] (C1) [...uma boa

integração com a EMATER, qualquer coisa ligada à saúde e ao produtor, sobre agrotóxico, a gente chama a EMATER e vice-versa, a escola...] (C3).

Os entrevistados também referem que as ações intersetoriais são realizadas pela equipe. Entretanto, estas ainda são embrionárias, o que, segundo os participantes do estudo, requer apoio dos gestores para estimular a autonomia dos sujeitos em relação à *práxis* no âmbito de sua atuação. Para Escorel *et al* (2007), o trabalho em equipe com capacidade de promover atenção integral com abordagem social ampliado e objetivos claros de inclusão social da população sob sua responsabilidade, pressupõe qualificação profissional da equipe para exercer ações de caráter multiprofissional. Deste modo, a capacidade técnica subsidia o trabalho inter e transdisciplinar da equipe na comunidade, que, somada às ações intersetoriais, é um passo importante para equacionar os problemas à luz da realidade, configurando-se como um campo favorável ao desenvolvimento da promoção da saúde e da qualidade de vida da população adscrita.

Destacamos que o conhecimento científico da equipe em relação à intersetorialidade, para apropriação conceitual, entre teoria e prática integradas às ações planejadas para resolução de situações e de problemas conforme a realidade norteiam as intervenções e viabilizam a concretização das políticas públicas saudáveis por meio de diversos instrumentos que incluem ações intersetoriais coordenadas objetivando a equidade em saúde. A discussão teórica permite qualificar o entendimento em torno da realidade social vivida pela família e comunidade. Andrade (2006) reforça a necessidade de articulação e pactuação de saberes e práticas entre os diversos setores como formas de impulsionar a promoção da saúde e a qualidade de vida da comunidade. Estes aspectos poderão proporcionar maior desenvolvimento do trabalho articulado com os diversos setores existentes no território e na região administrativa do Paranoá.

No que se refere às ações intersetoriais desenvolvidas pelas equipes da ESF, nos discursos dos gestores e dos profissionais foram observadas ideias semelhantes com relação à articulação entre a equipe e os setores presentes na área adscrita. Importante ressaltar que nos discursos dos gestores foi observada estreita relação, além de outros parceiros, entre a universidade, porém entre os



profissionais das equipes não houve relatos da participação no trabalho com a universidade e equipes, conforme depoimentos a seguir:

[...trabalham em conjunto com associações de diabéticos, igrejas, associação de moradores, a educação com o Programa Saúde na Escola, na área rural com EMATER, com o CRAS, a UnB...]E1 [...organizar a Regional de Saúde junto à Administração e a Regional de Ensino com o projeto Ginástica nas Quadras, e as práticas integrativas de saúde associadas à alimentação saudável para melhorar e promover a saúde da pessoa e da comunidade...] (E2). [...ações intersetoriais com diferentes Secretarias de Governo, ações estreitas com a Secretaria de Desenvolvimento Social, a Secretaria de Esporte, Secretaria de Educação, Secretaria de Justiça, Secretaria da Criança, universidades, na formação dos estudantes e pesquisa, e junto aos grupos organizados, Conselhos de Saúde, debatendo intensamente a proposta de reorganização da atenção primária, envolvendo os Conselhos Gestores de saúde nas equipes...] (E3). [...as ações da saúde, basicamente entre outras ações há os grupos do hiperdia, PAISC, PAISM, se desenvolve também intercâmbio com a comunidade, a EMATER e a escola, os líderes, grupos religiosos...] (E4).

#### **Categoria 4 - Potenciais e limites para o desenvolvimento das ações intersetoriais pelas equipes ESF**

- **Subcategoria - potenciais para o desenvolvimento das ações intersetoriais pelas equipes ESF**

Os participantes discorreram que podem ser constatadas as potencialidades identificadas nos seguintes discursos:

[... se a gente tiver apoio de outros setores, poderia atender mais a saúde bucal, ter apoio de outros profissionais; se tivesse essas parcerias, seria legal...] (A3). [... no trabalho, o que a gente pode fazer é aumentar o número de atividades na escola...] (A1). [...os mutirões que a gente fazia tinham grande efeito, fazia no sábado, atingia um número grande de pessoas, tinha encontro com as famílias...] (C1). [...Ações relacionadas ao exercício físico, formar uma mini-academia na pracinha, as ideias surgem...] (B1)

[...desenvolver coisas mais complexas para a promoção da saúde, o grupo precisa de um incentivo...] (B2). [... quem poderia ajudar são os governantes, um nível mais imediato...] (B6).

Os entrevistados discorrem sobre a importância do incremento para melhor vinculação entre a equipe local e a Regional de Saúde/Diretoria Regional de Atenção Primária em Saúde (DIRAPS) e demais Coordenações como espaços democráticos, de planejamento e de organização das ações integradas da ESF com outros parceiros presentes no território. No entanto, não foi observado um plano de ação para a realização das ações envolvendo os diversos setores presentes no território. As ações intersetoriais podem ocupar estes espaços de participação dialógica e articulada na busca da resolução para as necessidades, situações e dificuldades identificadas junto à comunidade.

Segundo Sousa (2007), para a adoção desta prática inovadora, é fundamental a releitura crítica da realidade balizada pela responsabilização ética e moral dos sujeitos partícipes, na busca de uma nova consciência sanitária que preconize fortalecer as bases conceituais, técnicas e ideológicas da ESF.

Acrescente-se que é fundamental compreender a saúde como um fenômeno de significação histórica, social, política, ideológica e cultural, aspectos relevantes para direcionar mudanças no modelo de atenção e a reorganização das ações e serviços conforme as diretrizes políticas e organizativas na consolidação do SUS no âmbito do território da Estratégia e nos demais níveis das esferas de gestão.

- **Subcategoria - limites para o desenvolvimento das ações intersetoriais pelas equipes da ESF**

Um dos entrevistados informa que as ações preventivas são consideradas um dos principais objetivos do trabalho da equipe, mas na realidade este se concentra na assistência, e que o vínculo, a integralidade e a qualidade da atenção prestada às famílias e à comunidade ficam prejudicados, por causa dos problemas gerenciais, administrativos e de comunicação, apontados na relação entre os gestores, profissionais da equipe e comunidade, declarando:

[... encontro obstáculos nas questões administrativas, na comunicação com a Regional, os gestores poderiam discutir com a comunidade, com a igreja, o

colégio, a EMATER, associações...] ( A2). [...a falta de recursos da Secretaria nos limita em fazer outras coisas; se a secretaria disponibilizasse materiais, acredito que funcionaria bem melhor...] (B2). [...o PSF aqui no Paranoá tem falta de pessoal, material, o problema não vem só de integração... ] (B6) [...a integração que a gente tem com a EMATER, cooperativa, escola, igreja, tem trânsito livre no território não tem problema, o problema é fora, tem que mandar ofício e não tem retorno da Secretaria para as ações intersetoriais pela burocracia...] (C1). [...as ações com outros setores com que a gente poderia fazer parcerias, acho difícil; a gente quer fazer um grupo e não consegue, a população é resistente e a equipe não consegue falar com o administrador...] (B1).

Os entrevistados relatam que a equipe se esforça para realizar as ações coletivas, mesmo diante das dificuldades técnicas, administrativas e financeiras entre a equipe e os gestores. Estes entraves podem afetar o trabalho da equipe no desenvolvimento de ações individuais e coletivas de promoção da saúde na área adscrita, em consonância com o pensamento de Sousa (2007) e Campos (2010) que chamam a atenção às dificuldades no financiamento para a Atenção Básica, as quais podem comprometer o acesso na universalização da Estratégia Saúde da Família, potencializando as fragilidades no investimento em recursos humanos e tecnologias, prejudicando o apoio técnico, político e científico, meios essenciais para governança e sustentabilidade da organização dos serviços da rede do SUS.

Em seguida os entrevistados referem como problema a indisponibilidade do transporte para o deslocamento da equipe e o curto tempo de permanência da equipe no território comprometendo provavelmente a qualidade do trabalho prestado e limitando a organização das ações de promoção da saúde, de acordo com os relatos a seguir:

[...um dos obstáculos do nosso atendimento é o transporte: somos a última equipe a chegar e a primeira sair, chegamos em cima da hora e já está um grupo de pessoas esperando...] (A2) [... nas ações preventivas, falta apoio para realizar ações educativas de saúde, a gente tem vontade de desenvolver com a comunidade...] (A3). [...a gente tem dificuldade de formar um grupo, o grupo de

caminhada é pequeno, apesar da divulgação, a gente tem essa dificuldade na promoção da saúde...] (B3).

São observados problemas de caráter burocrático, que poderiam ser resolvidos pelos gestores, e que a falta de articulação, que existe entre equipes e gestores, reduz os possíveis avanços na construção das ações intersetoriais nos diferentes níveis de gestão. Estas prerrogativas têm consonância com o que Ferreira (2000) destaca ao referir que as iniciativas ainda são incipientes devido aos obstáculos à governabilidade das instâncias locais de poder.

Neste sentido, faz-se necessário construir estratégias capazes de superar algumas dificuldades observadas. O planejamento conjunto pode ser um dos mecanismos que precisam ser postos em evidência para a viabilização de ações intersetoriais integradas, com participação da população, profissionais de saúde e gestores como representantes do Estado, para a tomada de decisão na elaboração de uma agenda de prioridade para saúde incrementando a responsabilização na condução de políticas sociais e das políticas públicas saudáveis para ofertar saúde de qualidade e equânime à população como direito de cidadania.

Os gestores referem que persistem ainda entre as equipes a prática do atendimento individual e a ausência de um trabalho multiprofissional de equipe, conforme destacado nos discursos a seguir:

[... a gente tem que trabalhar muito com os profissionais para mudar a visão assistencialista centrada no médico, a gente tem que pensar mais na promoção, as ações intersetoriais que são mais voltadas para as ações de promoção, de prevenção são pouco realizadas, tem que mudar essa cultura assistencialista...] (E1) [...o Governo não tem essa cultura do trabalho intersetorial, cada um desenvolve sua política e não conversa com o outro do mesmo território, como no caso aqui, o caso de Paranoá e Itapoã; fazer um trabalho em rede é um desafio até dentro da nossa própria instituição, cada setor da nossa Regional está preocupado em trabalhar os seus objetivos e não tem esse espaço e essa oportunidade de conversar com o outro para melhorar o serviço...] (E2) [...alcançar cobertura de 100% da população do Paranoá com equipes da estratégia da Saúde da Família. Há decisão política para a expansão da cobertura no Paranoá, mas existem dificuldades na obtenção de

terrenos para construir unidades próprias ou alugar imóveis para as equipes... ]  
(E3) [...não ter uma presença mais próxima dos gestores com o coordenador da equipe...] (E4)

Para os gestores, um limite é a concepção dos profissionais em relação ao modelo de atenção, no qual persiste a visão cultural do modelo assistencial centrado na figura do médico. A articulação intrainstitucional é um desafio, principalmente pela dificuldade de integração do trabalho entre os gestores das equipes e das regionais. O trabalho intersetorial ainda não faz parte da agenda prioritária do governo.

Segundo os entrevistados, o planejamento e as ações são desarticulados nos diversos níveis de gestão. Contribuindo nesse debate, Buss (2000) considera importante o envolvimento entre população, profissionais, políticos e dirigentes públicos de todos os setores e níveis de atuação para a construção democrática, exercício pleno de cidadania e do controle social como espaço para gerar uma agenda de prioridades com vistas à promoção à saúde. Andrade (2006) menciona que a área da saúde é desafiada a mudar os seus paradigmas para trabalhar de forma intersetorial.

Nesse contexto, a elaboração de um plano de ação intersetorial, conjunta e articulada, com intervenções claras e objetivas, é um processo que poderá impulsionar a oferta de políticas públicas saudáveis nos territórios das Equipes e da Regional de Saúde e no âmbito do Distrito Federal.

## **6 DO PRESENTE PARA O FUTURO. ELEMENTOS PARA REFLEXÃO E AÇÃO**

Este estudo pretendeu se inserir no debate sobre a análise das contribuições da Estratégia Saúde da Família no desenvolvimento das ações intersetoriais para a promoção da saúde e, pela complexidade multifatorial do tema não ambiciona propor conclusões, mas provocar reflexões pela diversidade das potencialidades da Estratégia Saúde da Família em relação às ações intersetoriais.

Os diálogos e discursos expressaram os consensos e dissensos entre as ideias e a realidade, manifestados pelos profissionais e gestores partícipes da pesquisa. Identificamos que as ações intersetoriais para a promoção da saúde constituem desafios pela fragmentação na execução das políticas públicas e dificuldades enfrentadas no trabalho cotidiano das equipes.

Nos diálogos, os problemas burocráticos e o apoio ineficiente dos gestores, prejudicam o vínculo da equipe com as famílias das áreas e micro áreas, principalmente, limitando o atendimento às necessidades e demandas na área de atuação, sem reconhecer a saúde como direito, em detrimento do modelo de atenção e dos princípios do SUS.

Foi identificado que alguns sujeitos não demonstraram conhecimento sobre o conceito de intersetorialidade e a dimensão do seu significado, podendo isso corresponder a limites na capacidade técnica e política de articulação e negociação na formulação de políticas intersetoriais e à diminuição da competência operacional em realizar ações e serviços, no âmbito da atenção básica, nos territórios adscritos bem como nos demais níveis de gestão.

Embora, os profissionais da ESF e os gestores tenham dificuldades em realizar ação intersetorial para a promoção da saúde na área de sua atuação, o DF tem marcado em sua história, uma experiência extremamente exitosa, que a partir da tomada de decisão política do governo priorizou a saúde com ênfase na implantação de um novo modelo à luz dos princípios do SUS e na democratização do setor, priorizando investimentos de recursos financeiros, humanos, materiais entre outros, levando saúde à grande maioria da população, viabilizando as potencialidades da ESF.

Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal precisa fazer parte, prioritariamente, na agenda de governo, na tomada de decisão de reestruturar, organizar e fortalecer a atenção primária com ênfase na compreensão dos pressupostos da Estratégia Saúde da Família.

É preciso também investir em um projeto estratégico de planejamento ascendente e democrático para o desenvolvimento de novas formas de relação, habilidades, cooperação na articulação com os diversos atores sociais, considerando as interrelações políticas, sociais e culturais para promover a atenção à saúde organizada nas instâncias locais, regionais e do DF, com base no cadastro das famílias, conhecer os condicionantes e determinantes do processo saúde-doença-cuidado da comunidade acompanhada pela ESF.

Para tanto, é importante corrigir algumas lacunas no processo de conhecimento e investir na educação permanente para inclusão de novos saberes e práticas na readequação e ou mudança do processo de trabalho das equipes, com atuação interdisciplinar e dialógica, potencializando a (co) responsabilidade para avançar na qualidade profissional e no modelo de atenção à saúde.

Desta forma, o estudo refere-se à importância de investir no conhecimento epistemológico da intersectorialidade, entre outros temas, sendo a realização de capacitações e ações de educação permanente, imprescindível como *práxis* das ESF visando mudanças no pensar, aprender, apreender, compreender e agir no processo de trabalho cotidiano das equipes. Somadas às ações intersectoriais visam-se a promoção da saúde dos sujeitos, tanto nos aspectos individuais quanto nos coletivos e a realização da atenção integral com seguimento e compromisso, aumentando a capacidade de agir conscientemente, o que de acordo com Arendt (2008) consiste no agir para o concreto, no consentir e ser consentido, implicando no agir coletivo, bem como no refletir sobre a realidade na qual está inserida e, desta forma, modifica-la. A (re)leitura crítica da realidade, com novas práticas sanitárias mediada pela participação, das responsabilidades ética e moral dos sujeitos e conscientes poderá impulsionar as ações intersectoriais na busca da qualidade de vida da comunidade.

O governo está chamado ao desafio de tomar a decisão política de realizar o projeto democrático com a participação dos diversos atores sociais, de forma processual e conjunta para a inclusão de ações intersetoriais com objetivos e metas com o intuito de promover políticas públicas que ultrapassem o governo e se tornem política de Estado.



## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, F. Epidemiologia & Saúde, 5ª edição, MEDSI. Rio de Janeiro, p. 473-87; 1999.

ANDRADE, L.O.M. A saúde e o dilema da intersectorialidade. São Paulo: Hucitec; 2006.

ARENDT, H. A condição humana. Rio de Janeiro: Forense Universidade; 2008.

BARDIN L. Análise de conteúdo. 3rd Ed. Lisboa: Edições 70; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Seção 1,24 out.2011, p. 48-55.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2012/Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 4ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. 12ª Conferência Nacional de Saúde. Conferência Sergio Arouca: Brasília. Relatório Final/Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde: Brasília; 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: Uma Estratégia para a Reorganização do Modelo Assistencial. Brasília: Ministério da Saúde. 1998.

\_\_\_\_\_. 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.

\_\_\_\_\_. Fundação Nacional de Saúde. Programa Saúde da Família - Saúde. Dentro de Casa Departamento de Operações Coordenação de Saúde da Comunidade. Brasília, 1994.

\_\_\_\_\_. Lei nº 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* 1990a; 19 de setembro.

\_\_\_\_\_. Lei nº 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* 1990b; 28 de dezembro.

\_\_\_\_\_. Senado Federal. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal. 1988.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1): 163-177; 2000.

CONNIL, E. M. *et al.* Sobre a Importância da parcimônia, do diálogo e da continuidade para a institucionalização da avaliação da atenção básica. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 11, n. 3. p. 564-566; 2006.

CAPITANI, G. R. S. PED: Planejamento Estratégico Democrático ou Processo Educacional Democrático (A Experiência no Saúde em Casa). Dissertação

(Mestrado em Educação) Faculdade de Educação. Universidade de Brasília. Brasília; 2002.

CAMPOS, G. W. *et al.* Reflexões sobre a atenção básica e a Estratégia de Saúde da Família. *In:* Campos G. W., GUERRERO A. V. (ORG.). Manual de Práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada. 2ª Ed. São Paulo: Ed. HUCTEC; 2010.

SCOREL, 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/Pan AM J Public Health.* 21(2): 164-176; 2007.

\_\_\_\_\_. Avaliação da implantação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados, Brasília: Ministério da Saúde, secretaria de políticas de saúde, Atenção Básica de Saúde; 2002.

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

FREIRE, P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, (Coleção Leitura). ISBN 85; 1996.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal Relatório Anual de Atividades - 2011; 2011.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal Plano Distrital. Reorganização da Atenção Primária à Saúde. Brasília: [S.N.]; 2010.

\_\_\_\_\_. Plano de Saúde do Distrito Federal: 1997-1998. BRASÍLIA: [S.N.]; 1997a.

\_\_\_\_\_. Subsecretaria de Projetos Especiais. Projeto implantação do Programa Saúde em Casa. Brasília: [S.N.]; 1997b.

\_\_\_\_\_. Subsecretaria de Projetos Especiais. Relatório das Atividades do Pólo de Saúde da Família. Brasília: [S.N.]; 1998a.

\_\_\_\_\_. Fundação Hospitalar do Distrito Federal. Plano de Saúde 1988. Brasília: [S.N.]; 1998b.

GIL, C. R. R. Atenção Primária, Atenção Básica e Saúde da Família: Sinergia e Singularidades do contexto Brasileiro. Caderno Saude Publica, Rio de Janeiro, v. 22 N.6 p.1171- 81, jun.; 2006.

GIOVANELLA, L. A atenção Primária em saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. Cad. Saúde Pública, 22:951-63; 2006.

HILDEBRAND, S. M. O modelo político – tecnológico da atenção à saúde da família no distrito Federal: 1997- 2006. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde).Faculdade de ciências da saúde, Universidade de Brasília, Brasília, DF; 2008.

Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. Censo Geográfico e Estatístico, 2010. Brasil; 2010. [acessado 2012, dez]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/censo/>.

JUNQUEIRA, L. A. P. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. Rev. Saúde e Sociedade. São Paulo. v. 13, n. 1; 2004.

KLEBA, M. E.; WENDAUSEN, A. Empoderamento: processo de fortalecimento dos sujeitos nos espaços de participação social e democracia política. Saúde e Sociedade. São Paulo. v.18, n.4. p. 733-743; 2009.

HEIDMANN *et al.* Promoção à saúde: Trajetória histórica de suas concepções. Texto & Contexto Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina Florianópolis – SC, Brasil, 2006.

MERHY, E. E. at al. Programa Saúde da Família: Somos Contra ou a Favor? Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v. 26, p. 118 – 22; 1999.

MINAYO M.C. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: Abrasco; 2007.

MORAIS, N. O. L.; CASTRO, A. M. Promoção da saúde na atenção básica. Rev. Brasileira Saúde da Família. Brasília, 2008, Disponível em: <http://bvms.saude.gov.br>.

MORIN, E. Os sete saberes necessários à educação do futuro. 6ª. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: UNESCO; 2002.

PAIM, J. S. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: ROUQUAIROL, M. Z. & \_\_\_\_\_. Vigilância da Saúde: Dos Modelos Assistenciais para a Promoção da Saúde. In: CZERESINIA, D. et al. (ORG.) Promoção da Saúde: Conceitos, Reflexões, Tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2003.

\_\_\_\_\_. Desafios da Saúde Coletiva no Século XXI. Salvador: EDUFBA; 2006.

ROSA W.A.G.;LABATE, R.C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. Rev. Latino-am Enfermagem, nov.- dez. 13(6): 1072-34; 2005.

ROSENAU J.N; CZEMPIEL E. Org. Governança sem governo: ordem e transformação na política mundial. Brasília, São Paulo: Editora da Universidade de Brasília, Imprensa Oficial do Estado; 2000.

SANTANA, P. R. *et al.* As ações intersetoriais e a estratégia saúde da família na ótica de gestores, profissionais e usuários da saúde no município de João Pessoa, Paraíba. Rev. Tempus – Actas de Saúde Coletiva, v. 3, n. 2 p. 76-87, Abr. / jun.; 2008.

SANTOS, M. A. O espaço do cidadão. São Paulo: Nobel; 2000.

\_\_\_\_\_. A Natureza do Espaço. São Paulo: Hucitec; 1999.

\_\_\_\_\_. A natureza do espaço. Técnica e tempo. Razão e emoção. São Paulo: Hucitec; 1996.

SANTOS, M. A. A Natureza do Espaço. São Paulo: Hucitec; 1999.

SOUSA, MF. Agentes Comunitários de Saúde: choque de povo. São Paulo: Ed. Hucitec; 2001a.

\_\_\_\_\_. A cor-agem do PSF. São Paulo: Editora Hucitec; 2001b

\_\_\_\_\_. Programa de Saúde da Família no Brasil. Análise da desigualdade no acesso à atenção básica. Brasília: Editora do Departamento de Ciências da Informação e Documentação da Universidade de Brasília; 2007.

SOUSA M. F.; HAMANN E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? Ciência &Saúde Coletiva, 14 (Supl. 1): 1325-1335; 2009.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2002.

TEIXEIRA, C. F. Modelos de Atenção à Saúde: Promoção, Vigilância e Saúde da Família. Salvador: EDUFBA; 2006.

\_\_\_\_\_. A mudança do modelo de atenção no SUS: desatando nós, criando laços. Saúde em debate; 27 (65): 257-277; 2003.

\_\_\_\_\_. O futuro da prevenção. Casa da Qualidade Editora, Salvador; 2000.

\_\_\_\_\_. Reforma Sanitária. São Paulo: Cortez, 232 p.; 1989.

TESTA, M. Pensar em saúde. Porto Alegre: Artes Médicas/Abrasco; 1992.

VASCONCELLOS, M. P. C. Reflexões sobre a saúde da família. In: MENDES, E. V. (Org.) A organização da saúde no nível local. São Paulo: Hucitec, cap.6; 1998.

WESTPHAL, M. F. & SANTOS, J. L. F. Práticas emergentes de um novo paradigma em saúde: o papel da universidade. Estudos Avançados, 13(35), 71-88; 1999.

YIN, R. K. Case Study Research – Design and Methods, Sage Publications Inc., USA; 1989.

## APÊNDICES

## **APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

### **Análise das contribuições das Equipes da Estratégia Saúde da Família nas Ações Intersectoriais na Regional de Saúde do Paranoá no Distrito Federal**

O senhor (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “**Análise das contribuições das Equipes da Estratégia Saúde da Família nas Ações Intersectoriais na Regional de Saúde do Paranoá no Distrito Federal**”.

A mesma busca identificar as ações intersectoriais desenvolvidas pelas Equipes da Saúde da Família e suas contribuições na promoção da saúde, junto as Unidades Básicas de Saúde da Regional de Saúde do Paranoá no Distrito Federal. Desta forma, solicito a gentileza de participar do grupo focal como membro da Equipe Saúde da Família neste estudo.

Esta pesquisa tem por objetivo analisar as contribuições das Equipes de Saúde da Família (ESF), relacionadas às ações intersectoriais, como potenciais para a promoção da saúde junto aos indivíduos, famílias e comunidades vinculadas as Unidades Básicas de Saúde do Paranoá no Distrito Federal. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, ancorado no estudo de caso e possui como técnica de coleta de dados a realização de grupos focais. A interpretação dos dados será fundamentada a partir da técnica de análise de conteúdo.

Sua contribuição à pesquisa se dará na condição de participante de um grupo focal, que terá duração aproximada de duas horas com base em questões que possam identificar ações intersectoriais executadas na Unidade Básica de Saúde de sua atuação. Vale ressaltar que a sua participação é voluntária podendo ser recusada a qualquer momento, sem sofrer qualquer prejuízo ou penalidades; não terá nenhum tipo de despesa, nem receberá pagamentos ou gratificações pela participação; a garantia de receber respostas a quaisquer esclarecimentos, perguntas ou dúvidas acerca dos procedimentos relacionados à pesquisa e poderá receber informação atualizada durante o estudo e; as informações colhidas no grupo focal ficarão sob a guarda do pesquisador e serão utilizadas para fins educativos ou publicação científica sem que a identidade seja revelada.

Caso este termo tenha alguma palavra ou informação que não entenda, peça explicação e, não tendo dúvidas sobre o estudo ou sua participação pedimos dar o seu consentimento livre e esclarecido, fazendo constar a sua assinatura ao final deste documento.



*“Declaro que li, ou alguém leu para mim, as informações contidas neste termo de consentimento, antes de assiná-lo; que fui informado sobre os principais aspectos relacionados ao estudo a ser realizado; como também, que tive tempo suficiente para ler e entender as informações acima. Declaro, também, que toda a linguagem técnica utilizada na descrição deste estudo de pesquisa foi explicada e que recebi respostas para todas as minhas dúvidas. Confirmo também que recebi uma cópia deste formulário de consentimento. Concordo que sejam utilizadas gravação e imagem no*

## **APÊNDICE 2 – ROTEIRO ENTREVISTA COLETIVA – PROFISSIONAIS DA EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA**

1. Quais as ações que vocês desenvolvem no cotidiano do seu trabalho?
2. Que outras ações vocês desenvolvem em sua área de atuação?
3. Quais as ações desenvolvidas que você identifica como ações intersetoriais?
4. Quais as ações intersetoriais realizadas que você/ESF identifica como relevantes para a promoção da saúde?
5. Quais as ações que poderiam ser realizadas (potenciais) pela equipe da estratégia saúde da família no desenvolvimento das ações intersetoriais?
6. E quais delas impulsionariam a promoção da saúde?
7. Quais os limites (dificuldades) da estratégia saúde da família na promoção das ações intersetoriais?
8. O que você(s) poderia (m) fazer para que as ações intersetoriais fossem realizadas nas áreas de atuação da ESF?

## **ENTREVISTAS INDIVIDUAIS - QUESTÕES PARA OS GESTORES DO REGIONAL DE SAÚDE DO PARANOÁ**

1. O que você entende por intersetorialidade?
2. Quais as ações intersetoriais desenvolvidas pela equipe das Estratégias Saúde da Família?
3. Quais as ações planejadas na regional para fomentar as ações intersetoriais a ser realizada pelas equipes da Estratégia Saúde da Família?
4. Qual o potencial das ações intersetoriais desenvolvidas pelas Equipes da Estratégia Saúde da Família na regional?
5. Que limites (dificuldades) a Estratégia Saúde da Família tem para o desenvolvimento das ações intersetoriais na região?
6. Diante dos limites (dificuldades) o que propõe a regional para assegurar o desenvolvimento das ações intersetoriais pelas equipes da Estratégia Saúde da Família?

### **APÊNDICE 3 – Instrumento de coleta semi - estruturado. Entrevistada coletiva**

#### **Entrevista coletiva A**

#### **Entrevistadora: Que ações vocês desenvolvem na unidade, como é a rotina de trabalho?**

**A1** – a gente tem feito basicamente ações assistenciais, as pessoas vêm aqui falar sobre suas demandas e a gente faz as orientações e, na medida do possível as ações preventivas que é nosso objetivo principal prevenção, prevenção para as doenças sexualmente transmissíveis, para hipertensão e diabetes, complicações em gerais e a gente vai atendendo de acordo com a demanda local.

**A2** - complementando essas ações, é nosso objetivo maior é trabalhar com o preventivo, mas, a realidade da comunidade é totalmente o que a gente quer de fato, trabalhar com o preventivo, mas, nosso maior trabalho é remediar mesmo de um modo geral um dos obstáculos maior do nosso atendimento para ser mais proveitoso é a questão do transporte principalmente, nós somos a última equipe a chegar e a primeira sair, uma hora, duas horas de espaço que você tem para você está em contato a comunidade no seu dia – a - dia, saber sobre a sua saúde tanto materialmente como psicologicamente eu acho nosso espaço, nosso tempo pouco nosso objetivo fazer a visita, deixa a desejar, a gente chega em cima da hora e já está um grupo de pessoas esperando e as vezes até na hora do almoço ainda tem pessoas esperando, outro fator também que eu acho que pesa muito uns dias trás a gente tinha um carro que conduzia a gente até as micro áreas a gente tinha o prazer de visitar as micro áreas e também de atender o pessoal que moram lá e agora a gente sem essa condução o pessoal tá vindo a dificuldade de transporte, as pessoas vem de moto nessas estradas, agora no momento é de grande poeira, o risco de acidente é grande, ora isso no fundo no fundo esse aproveitamento, a produção no final do mês, ela fica a desejar, em vez de atender 100 pessoas, a gente fica a bem dizer de 50 a 60%, então, a gente tem comentado nas reuniões que participa com os gestores, mas, ainda não veio uma alternativa, uma solução a gente dar um atendimento qualificado, um atendimento com calma, com eficiência que precisa ter detalhe e contra partida complementar com nossas rotinas, a população alvo aqui principalmente é o pessoal dessas doenças crônicas, tipo como a doutora, já falou é o hipertenso, o diabético, e nesse tempo também aparece muitas as doenças do

trato respiratório, devido a poeira não é, a mudança de clima, a gente teve um atendimento até considerável nesse sentido as gripes, as viroses, as bronquites que tem muitos aqui e na medida do possível a gente tenta o melhor possível, mas algumas coisas como recursos materiais, por exemplo, se tivesse mais e adequado, a gente estaria talvez em outro estágio, mais avançado que pudéssemos dizer nós ganhamos um espaço, mas, eu particularmente, já estou aqui dois anos, vai fazer dois anos com a evolução eu acho que a gente fez foi regredir, nesse sentido, não, não quer dizer que isso não tenha alternativas eu até falo que não é difícil ser resolvida, encontro muitos obstáculos nas questões administrativas, ou seja, na parte burocrática às vezes, a gente que eu acho muito complexa, as coisas deveriam ser mais simples, entendeu, são de um modo geral, parte de equipamento, de condução, recurso de um modo geral, até que a equipe em termo de recursos humanos a equipe está até boa, eu estou até satisfeito nessa parte entendeu porque só esta faltando, apenas se fosse o caso para ficar completa um odontólogo, um profissional odontólogo, porque o índice de cárie nossa é muito grande, muito grande e são situações críticas, a gente tem ajuda daqui do vizinho do PAD-DF, mas infelizmente não supre as necessidades, é muito pouco, um atendimento dois na semana, coisa e tal, mas, de qualquer maneira a gente fica triste por não está abraçando na altura a população. Não temos, o nosso meio de comunicação é muito ineficiente, tem alguma coisa haver, lógico que tem hoje em dia as coisas estão muito integrada para fazer parte dessa integração precisa-se acessórios tal como, por exemplo, uma internet, internet adequado, uma via telefônica que a gente possa se comunicar com a nossa regional para fazer um intercambio melhor, essas coisas todas eu acho que facilitaria mais um pouco, o atendimento, integração assim, integração mais junta, mais assim nós ficamos distantes, eu mesmo me sinto distante do ponto referente nosso, a gente fica sabendo coisas, por último, através de verbalmente, comentários, oficialmente dificilmente a gente participa. Uma vez uma reunião com a central e às vezes não acontece e tudo através de um protocolo que a gente manda e vem, eu acho muito ineficiente para quem quer chegar a um objetivo maior porque eu acho que o nosso objetivo principal não está sendo realizado como poderia ser, não quero culpar ninguém, apenas uma questão do ponto de vista e que eu acho que merece uma atenção em todos os sentidos no seu trabalho e dos próprios colegas e também para outras pessoas que por ventura vier a ter acesso, cujo ditado é certo e antigo, uma andorinha só não faz verão. Então, a

oportunidade de você esta fazendo esse trabalho seu, veio para gente discutir, não sei até onde se vai chegar, mas de qualquer maneira minha intenção é que abra mais um espaço para estas questões. Eu acho mais importante assim, quando eu vejo assim um comentário ó o PSF, eu vi um comentário uma vez e a pessoa, me contou, e eu acho que ela fazia parte dessa equipe. O PSF de Mato Grosso fechou um postinho de saúde mais avançado, Porque a equipe preventiva do PSF não deixava paciente chegar, no sufoco no pronto socorro porque trabalhava efetivamente com resultado, com acessórios que deixava o centro de referência lá maior, o hipertenso não ia porque não tinha crise, era bem acompanhado e o diabético, uma gestante, uma crise de uma pessoa com problema respiratório, nós também poderíamos tomar isso como referência, nosso objetivo trabalhar com o preventivo, mas a gente ainda não chegou a esse ponto, devido esses detalhezinhos. O acesso para ir à cidade, você precisa ver, são pessoas de poder aquisitivo econômico muito a desejar, para ir ao hospital sair de ônibus de uma linha só e volta a noitinha então tudo isso tem que pagar o transporte que as vezes não tem, uma situação critica que as vezes não resolve aqui e tem que se virar mesmo. Então, assim se é uma prioridade é uma coisa que a Constituinte dá, é lei que dá prioridade ao cidadão, mas não acontece onde é que esta o erro, mas se é um direito meu, do cidadão, da comunidade foge até da minha alçada, já posso até imaginar, mas eu acho que os gestores, as pessoas que estão mais, particularmente mais integradas, nessa parte poderia esta aqui igual você está hoje trazendo mais reuniões para discutir com a comunidade com outros a própria igreja, o colégio, a Emater, associações, eles que têm é que falar mais com vontade, eu apenas estou intermediando, sentindo um pouco como profissional e como ser humano.

**A3:** as ações têm pouco tempo que eu estou aqui que desenvolve, percebi são ações preventivas como imunização, prevenção de câncer de colo de útero e acho que a meu ponto de vista pessoal a gente ainda trabalha pouco com educação em saúde, por que nós somos professores por mais que a gente fala que não quer ser, mas quando trabalha com a estratégia saúde de família, a gente tem que ser professor da comunidade e às vezes a gente sente um pouco de falta de apoio para está realizando essas ações educativas de saúde como datashow, caixa de som, microfone, as vezes a gente tem que pegar emprestado para poder realizar, a gente queria mais um apoio, cartaz, é pincel, folha branca que as vezes a gente não tem,

então eu acho que são ações que a gente tem vontade de desenvolver com comunidade eu já percebi que a comunidade tem uma adesão boa e assim eles participam, quando você faz alguma coisa, é isso.

**A1** - O que acontece é que assim fazendo um adendo, assim às vezes que a gente faz de educação, embora ainda tenha muito a ser feito, a gente vai fazendo, por exemplo, uma consulta, ou então no momento do enfermeiro ou do técnico com o paciente a gente acaba orientando se você não tiver a pressão controlada você tem mais chance de adoecer você tem mais chance de infarto e naquele é um momento que a gente tá tendo para fazer um tipo de educação individual mas isso de forma individual realmente, o que na verdade é interessante que a gente consiga fazer mais grupos.

**A3** – de forma individual prevalecem as ações, mas conseguiremos fazer o trabalho com mais grupos e nós vamos conseguir.

**A2** – complementando esse grupo já existiu, ele está no momento dormindo é podemos falar assim dormindo, mas é uma questão a gente não está de braços cruzados questão é porque todos esses detalhes que falei e para concluir isso precisam de acessórios dessas coisas todas, temos nosso tempo escasso, pra você ter uma idéia o cidadão chega aqui de nove e quarenta e sai três e meia, então assim nós já estamos fazendo estratégias tem um programa para bem dizer a gente tem um projeto quase acabado, nós queremos reestruturar como é que a gente fala acordar esses programas principais, básicos, diabéticos, de hipertensos, vigilância o peso, PAISM, programa da mulher, da criança, esses programas mais básico que a gente tem condições de fazer isso é acho que até no próximo mês a gente já está querendo começar novos grupos, reativar, nós temos também nossa equipe que já foi capacitada, nos vamos trabalhar com a possibilidade de estar lançando aquele o programa de combate e o controle do tabaco, um programa que já foi feito no passado, atrasado, mas não chegou ao objetivo principal, mas queremos ainda este ano tentar fazer este novo programa, este curso para a comunidade e esperamos que a gente até o final do ano conclua não só ele como os outros que foram citados.

**Entrevistadora - Que ações que vocês desenvolvem que identifica como ações intersetoriais na ESF?**

**A3** - a gente teve parceria com a enfermeira, foi uma parceria com a equipe daqui com a do capão seco para nos ajudar nos exames cito patológicos a gente contou com a ajuda da colega na ação coletiva para realizar os exames.

**A1** - teve uma vez que a gente fez, de fazer junto com a escola um programa de educação para a prevenção de drogas.

**A2** – foi a gente, foi na escola três vezes, o trabalho que a fez com a professora responsável pela educação física, então a gente teve uma palestra a respeito da atividade física e alimentação saudável, eu achei interessante foi toda a escola, foi feita aqui no salão da paróquia, e em conjunto a EMATER deu suporte na parte dos equipamentos, achei muito proveitoso. Também na semana de combate a tuberculose teve uma palestra que achei significativa para os alunos em dois turnos manhã e tarde, onde foi explicado tudo sobre a tuberculose, o que é, como se manifesta, como transmite e, também da droga a gente ensaiou, marcamos um dia, mas eles não nos procuraram, não deram satisfação, hoje você está vendo na mídia todo dia a droga, domina a família, um grupo de pessoas e, parece que é irreversível, aparentemente a gente vê parece, não tem domínio, parece que a pessoa vai e não volta, é um buraco sem fim então, é preocupante, porque a maioria é jovem, de fato as pessoas confirmam o usuário de drogas eles tem a tendência de querer simplificar esse ato, esse vício, trazer para as praças, para perto das outras pessoas, eu acho que as pessoas tem limite, ser feito um trabalho de modo geral, no Brasil todo está assustador. Então nós temos parceria muito forte a EMATER, toda vez que chegamos a Emater abre os braços oferece um leque de oportunidade de participar desses eventos, nas reuniões, a escola e de um modo geral a associação também o pessoal adere bem ao chamado, que a gente pode dizer assim o chamado, dos atrativos da participação desses grupos da vigilância do peso e das atividades físicas, agora mesmo eles tiveram iniciativa aqui no centro comunitário, eles próprios se reuniram e arrecadaram alguns reais e compraram alguns equipamentos básicos para poder fazer atividades físicas no período no término do serviço, achei interessante inclusive eu numa palestra citei para que as pessoas procurassem se integrar na medida em que se unem se fortalecem e aparece mais recursos aparece mais então essa parceria tem feito em conjunto com a comunidade em geral.

**A1** – a escola acaba identificando aquele aluno que tem mais dificuldade e passa para a gente quer seja dificuldade de comportamento, dificuldade de visão a ai eles acabam tendo a gente como um apoio para referenciar essas crianças.

**A4** - Eu sou o intermediador das notícias que vem da regional, matérias que tem que vir aqui, eu sou responsável de trazer, vacinas, tem essa dificuldade também quando não posso também já fica difícil para a equipe que já não tem o outro que mora lá. Inclusive essa parte também vacinal, igual dessa vez que nós tivemos lá que o Marcus mandou um memorando lá ate que a gente conseguiu carro, transporte é uma grande dificuldade que a gente tem aqui, conseguiu e então teve bom aproveitamento igual a gente se deslocou daqui e foi para Susuarana, butiti vermelho, tapeti, onde foi feito, foi aproveitado muitas vacinas foi feito naquele local se tivesse convocado eles para cá não teria feito nem a metade do que foi feito lá no nível local.

**A2** - preventivos como os imunobiológicos, ou seja, a campanha da gripe. Toda quinta tem vacinação aqui. Mas como foi um momento de campanha nacional a gente teve que pedir um carro para poder vir um carro exclusivo, o qual, João veio dirigindo e a gente aproveitou e foi fazer nas micro-áreas que faz parte da nossa área, da equipe e ele já citou buriti vermelho, Susuarana, Veja Progresso, Tapeti, São Bernardo.

**A4** - teve um grande aproveitamento, porque se fosse convocado para cá não teria vindo nem a metade.

**Entrevistadora – Qual o potencial da equipe para realizar as ações intersetoriais?**

**A3** – eu acho se a gente tiver apoio de outros setores, a gente poderia atender mais a saúde bucal, porque de vez em quando marca, mas é muito pouco e a gente ter apoio de outros profissionais também para vir aqui como o nutricionista, educador físico, que a gente se tivesse essas parcerias, eu acho que seria legal.

**A1** - Eu acho que o trabalho que a gente pode fazer também é aumentar mais o número de atividades na escola, acho que é uma coisa que pode começar.

**A3** – compatível com a educação em saúde vai começar devagar, mas o importante é iniciar. O controle ao uso de droga compromete o trabalho da equipe, que sozinha



não pode responder e que a escola apoiando, a educação, o serviço social, o CRAS, a Coordenação como um todo e até da Administração poderia ajudar.

**A1**– eu vejo assim a educação ambiental também.

**A3** – um polo de atividade física para a população que não tem, mas poderia ter mais lazer.

**A2** – e sem falar no saneamento básico, aqui tem um assentamento precisa ver não ficar só no que a gente fala. A falta de saneamento básico, de pavimentação, agora é o tempo de seca, o número de ocorrências aumentam pessoas afetadas pelas IRAS. Não tem esgotamento é esgoto aberto, é fossa, perto da captação de água que afeta as pessoas as verminoses, as micoses. O fator que afeta culturalmente é o alimentar, passa a comprar no mercado um saco de salgadinho e um refrigerante você gasta 10 reais para toda a família, aparentemente fica satisfeito, mas é uma ilusão, crescer com saúde então esse fator pudesse ser mais abordado e ser discutido com a comunidade, conosco, a EMATER em si e com a escola. Aqui é fonte, têm as chácaras fornecedoras de legumes de um modo geral, as verduras que vão para CEASA, esta bem aqui pertinho. Então, está perto e longe. Agora tem que ser discutido uma política que possa beneficiar a comunidade, pelo menos projeto a gente tem.

**A1**- a ação da EMATER com o PSF que teve parceria com áreas agrícolas, empresa agrícolas que usavam o lixo como material para compostagem utilizava tudo como matéria prima, como produção e isso foi feito com sucesso, não aqui no Distrito Federal, mas fora, talvez uma parceria com a Emater pudesse ser importante. Uma ação que não depende só da gente.

**Entrevistadora - Quais as dificuldades para realizar as ações intersetoriais?**

**A2** – a gente aqui trabalha em comunidade, em sociedade, é uma agregação que trabalha em conjunto, mas o espírito das pessoas, quer individualizar as coisas, Dos projetos, da oportunidade, as vezes eu tenho uma boa vontade, mas está faltando a questão financeira e você tem o financeiro e a gente se associa, não é mesmo e a gente vai expandindo a gente está uma potência, mas o princípio não sei como é que funciona o próprio governo em si. Ontem eu vi uma reportagem, o Brasil quer competir na parte industrial, mas não tem como, citou muito bem a Koréa, até areia e

água ela importa, mas ela teve um raciocínio nobre, ela investiu na educação do pessoal que tinha, hoje é uma potência destacada no mundo. Um país pequenininho que cabe dentro do estado Maranhão, não tem recurso nenhum, mas tem recurso humano que é a inteligência. O fator controlável.

**A1** - esses países que são mais pobres de riqueza natural, eles acabam investindo mais na educação como Japão, investe muito na educação, o que acontece mesmo eles sendo um país pobre de riqueza natural como eles investiram bem na educação acabam sendo um país que se destaca, a educação se mostrou muito uma riqueza que faz o país, o ambiente esperado, a educação se torna na verdade uma riqueza mais importante do que a riqueza natural se a pessoa souber investir.

**A2** – o objetivo da saúde, se um político que nos representam desenvolve toda uma estratégia de combate a miséria, a fome, com o desenvolvimento social, o acesso a condução, emprego, os políticos que estão aí, são os verdadeiros pivôs que deveriam está puxando esse carro que é o Brasil, mas no desenvolvimento que poderia está melhor hoje, a gente diz o Brasil é tão rico, porque não tem tecnologia para fazer aquilo que a Korea faz, o Japão faz, a gente vende por um real e compra por cem reais, que vem o computador, para saúde também precisa de recursos mais refinados e aprimorados, aparelhos melhores um postinho mais com equipamentos que um engenheiro fez especificamente simples, mas eficaz. Teve uma reportagem quando estava reformando aqui nos ficamos um mês e dez dias, ou quinze dias, no centro comunitário alguém achou que aquilo era um espaço para fazer uma reportagem, o DF TV veio e fez uma reportagem equivocada, porque não consultou a gente, não sentou para conversar, ficou sabendo por usuários por menores que só a gente da saúde sabia, então mostrou um parelho que tinha até uma teia de aranha, muito relativo, não tinha aparelho para aferir uma PA. Para você ter uma idéia tinha uma balança antiga que não vale a pena citar aqui, você ter uma idéia de que as coisas para funcionar precisa de acessórios a gente fabrica, a gente adquire, mas não depende da gente, precisa do gestor, que tem a visão da realidade do posto de saúde. Então sem os recursos materiais para aferir uma pressão, para medir uma glicemia, um colesterol, triglicérideo, a pessoa tem que se deslocar para fazer os exames uma radiografia, a gente tenta equilibrar, mas não depende da gente e as ações ficam a desejar na boa vontade, a gente se depara com obstáculos que do meu ponto de vista é superável, mas o que acontece fica na mesmice e

acaba no final afetando no atendimento qualificado, no atendimento assim que eu acho que poderia fazer o diferencial, uma pessoa que chega aqui com problema de uma sinusite, ou outra coisa, mas o recurso é pouco orientado, a gente busca esclarecer, mas a pessoa não absorve aquela coisa assim um atendimento cem por cento, mas de oitenta por cento de um modo geral. Assim, a gente poderia estar mais integrado com a EMATER, com colégio, o colégio seria um companheiro para execução das ações preventivas para os alunos, educação para as crianças, que pode se destacar com qualquer área, a saúde tem muita coisa primitiva, a pessoa pega verminose não aprende a manusear direitinho os alimentos, principalmente in natura, uma folha, legumes se não lavar, não proteger a verdura, pode pegar verminose, hepatite, e outras. O colégio pode ajudar ter uma aula de saúde o tema vai falar sobre verminose e aí a equipe vai e esclarece, e se isso for feito constantemente, eu tenho certeza que a criança cresce instruído com uma mente diferenciada. A equipe foi na escola que mostrou o que vai contaminar e aprende e aí partir para novos conhecimentos.

**A3** – poderia ainda participar de reunião de um modo geral e ir atrás de parceiros mesmos, como a escola, a comunidade.

### **Entrevista coletiva B**

**Entrevistadora: Que ações vocês desenvolvem aqui na unidade, como é que é a rotina de trabalho?**

**B1** - Bom, depende das funções. Mas a gente tem um plano de saúde prioritariamente são os bebês, eu e a enfermeira, consultas, e grupos, como os hipertensos, diabéticos, gestantes, as técnicas de enfermagem é, acolhimento, bebês também, triagens, marcação de consultas. Realizamos atividades de atendimento aos os bebês, os grupos, todo mundo participa um pouco de tudo na verdade. Por exemplo, no grupo eu faço pré-natal, Andréia a enfermeira prioritariamente faz técnicas de grupos de hipertensos e diabéticos. Todos da equipe a Enfermeira, agentes comunitárias organizam e participam de grupo de massagens, grupos de caminhadas e xantala, os agentes comunitários de saúde também participam.

**Entrevistadora: Dessas ações quais vocês identificam como ações intersetoriais?**

**B1** Intersetoriais? Intercambio com outros serviços. Então assim a gente teria assim a participação NASF, CAPS, contato com o Conselho Tutelar, MIRRAD. Ministério público a gente não aciona diretamente, Ministério Público só através do CAPS, assistente social no NASF.

**Entrevistadora: E que ações dessas são intersetoriais para a promoção de saúde?**

**B1** nutrição que é prevenção, que faz parte da equipe do NASF é, bem lembrado, elas fazem é, grupo para a orientação e prevenção da obesidade, controle de peso, isso fisioterapeuta também com as gestantes, que explica a forma correta de dormir, no dia a dia. Ajuda na rotina do dia a dia. Promoção é, assim as vezes eu fico com a sensação que nesses grupos a gente trabalha mais talvez no aspecto curativo. Já teve o problema e a gente correndo atrás *para* resolver os problemas, talvez mais até que promoção de saúde.

**B2:** Não deveria ser, mas na realidade é o que acontece as pessoas trazem os problemas, trazem as suas doenças e esses grupos ajudam a gente a resolver.

**B3:** É o intuito era a promoção, mas na pratica a gente lida mais com a doença. Por que a gente tenta se adaptar ao que a comunidade deseja, e que necessita deles, porque as pessoas só procuram quando acontece se você tem um evento aqui um grupo formado eles nunca vem antes. É a gente tem certa dificuldade de formar um grupo, é verdade, tem muito que caminhar, ainda não deu muito certo. Assim eu acho pelo nosso universo pela quantidade de pessoas que a gente atende que é cadastrado, o grupo de caminhada, por exemplo, é pequeno, apesar da divulgação, do convite. Então nesse sentido a gente tem essa dificuldade da promoção.

**B4** - o grupo que na verdade a intenção é a promoção, mas o que a gente observa que ele vem procurar quando realmente sente a necessidade, no caso do obeso ele vê que ele tendo várias consequências da obesidade, ai que ele procura o grupo.

**Entrevistadora: Qual o potencial da equipe para realizar as ações intersetoriais?**

**B5** - Eu acho que a gente já faz e oferece, agora cabe a eles participar, procurar, porque o posto é disponível, tem as ACS com as visitas, é difícil achar às vezes os pacientes em casa, tem a gente aqui sempre no posto, tem enfermeira, médica, tem

o grupo de auto-massagem. Tem o grupo da caminhada, xantala, o grupo dos hipertensos, tudo isso. E assim o que a gente vê que é oferecido a prevenção. Tudo é oferecido, é divulgado, pré-natal o ACD para os bebezinhos, a saúde para o idoso é oferecida, o trabalho de fato para eles, o que a promoção é oferecida, mas a gente não tem o retorno, de acordo com a quantidade de famílias e pacientes que a gente tem cadastrados, o número que nos procurar é pouco, muito pouco mesmo, então assim, eu acho que o que a gente faz, tem feito está aqui a gente disponibiliza, e a gente vai atrás, procura, mas os próprios pacientes não procuram, procuram quando já está muito mal, mas assim, eu acredito que o que a gente tem mesmo que fazer, eu acredito que está sendo feito a promoção de saúde.

**B1:** Esses contatos já foram bem estabelecidos, a gente quer fazer um grupo, eu tentei muitos anos fazer um grupo de pré-natal e num horário só para o grupo, não vem ninguém, se eu não condicionar o grupo à consulta não consigo, hipertenso e diabético a consulta e trocar cartão, medicamento, só o grupo não consegue. Eu acho que é uma dificuldade de todo mundo. A população é resistente.

**Entrevistadora: Para impulsionar a promoção da saúde?**

**B1:** Ações, por exemplo, relacionadas a exercício físico, a gente batalha muito, já está um tempo, na Administração tentando formar uma mini-academia aqui nessa pracinha, então você esbarra no Administrador que não consegue marcar para falar com ele, as ideias surgem e a gente esbarra numa série de dificuldades para implantar.

**B2:** Até falta de recursos da própria Secretaria mesmo, nos limitam bastante, fazer outras coisas, acredito, se a secretaria disponibilizasse, o grupo de auto-massagem, uns pesinhos, a fisioterapeuta tivesse materiais, bola, acredito que funcionaria bem melhor, então a Secretaria de fato nos limita por falta de recursos, a gente não tem, acho que limita bastante desenvolver coisas mais complexas, para a promoção da saúde. O grupo na verdade precisa de um incentivo, por mais que a gente divulgue o grupo da auto-massagem, caminhada, mas ser humano é assim precisa de incentivo.

**B5 -** Outra a dificuldade é com a disponibilidade dos pacientes uma boa parte trabalha durante o diurno, no horário que agente atende, eles muitas vezes não vão

priorizar um convite nosso de alguma palestra, eles têm que trabalhar. Outra dificuldade que a gente tem *pra* realizar atividades de promoção da saúde, a gente tenta adaptar, divulgar através dos parentes as informações. A maioria das pessoas trabalha aqui e outras no Plano, saem de noite e chegam a noite, é complicado, quando precisa procuram o hospital. É difícil de reunir o povo para a promoção, para atendimento, curativo tem, quer encaixe, e marcar para ontem, quer ser atendido na hora.

**Entrevistadora: Quais os principais problemas que vocês identificam?**

**B1:** Problemas atualmente é droga, violência e os pacientes, principalmente mães e avós adoecendo por conta disso. De forma pontual, os pacientes chegam doentes, os familiares, a gente pede ajuda ao NASF e o apoio do CAPS.

**Entrevistadora: que ações intersetoriais poderiam ser realizadas para conseguir qualidade de vida, para as pessoas que moram nessa área?**

**B1:** ações com outros setores , poderia fazer parcerias, acho difícil na prática. A gente conversa assim formalmente, é que é um problema tão grande, a gente se sente meio impotente na verdade, várias pessoas sofreram assaltos à luz do dia aqui perto, assalto a mão armada, então assim é muito complicada, a gente se sente meio formiguinha nessa história. Eu, pessoalmente acho que deveria ter um colégio, horário integral, jovens não ficarem tão soltos na rua. Acho que deveria ser uma ação governamental coisa mais alta, não vai ser aqui nossa equipe lidando com um *problemão* desses é muito difícil. A gente tem pessoas assim aqui na comunidade, marginais perigosos, perigosíssimos. Já vieram aqui para atendimento, então como que a gente poderia fazer para promover saúde eu sinceramente não sei na pratica, acho que tem muito discurso, mas na prática como a gente agir, então a gente fica assim uma pontinha de ice berg, vem a mãe doente, vem a avó doente, vem família descompensada e a gente vai apagando o fogo a verdade é essa. É isso mesmo, é a tal da chama você tenta aliviar, mas aliviar pontualmente, na verdade é um paliativo. O momento que a gente está vivendo é isso.

**B6** - Eu acho que boa parte aqui já foi resumida. Quanto aos problemas que enfrentamos diariamente, que tentamos resolver, e os que vão surgir, a gente aqui é uma equipe e a gente tenta buscar a solução do problema não numa só pessoa,

mas numa integração de toda equipe. E assim a gente tenta buscar outras formas, outros métodos e novas pessoas para isso, então a gente está procurando soluções, ajudas. Quem poderia ajudar é quem menos está ajudando, os governantes politicamente falando. Um nível assim mais imediato é as parcerias que a gente já tem. Ajuda também de forma paliativa, de uma forma que eles podem, com limitações, se tivesse um número maior dos gastos, acho que ajudaria bastante. Mais equipe de PSF também, aqui no Paranoá, equipe urbana só tem uma, falta pessoal o povo aqui acha muito. Falta material, o problema não vem só de integração, até porque essas parcerias que a gente tem também tem limitação, Mas agora, a gente ficou sabendo que conseguiram uma Combi para fazer visita domiciliar, nossa a gente comemorou maravilha, mas até então não tem, a assistente social faz o que pode um ajudando o outro com suas limitações grandes.

**B2** – O NASF vem aqui mensalmente para uma reunião de equipe, e depois durante o mês desenvolve o que foi combinado na reunião, como exemplo, terapia ocupacional, fisioterapeuta, nutricionista, assistente social, conjunto de ações interdisciplinar.

### **Entrevista Coletiva C.**

#### **Entrevistadora: Que ações a equipe desenvolve na unidade, na rotina de trabalho?**

**C1** - Bom, sou coordenadora da equipe, a minha rotina aqui é o atendimento integral as famílias adstrita na área, o pré-natal, atende aos grupos de risco, e acompanha o CD (crescimento e desenvolvimento) é, temos o grupo de idosos, grupo de hipertensos, diabéticos, de adolescente então a gente tenta realmente fazer uma atenção integral.

**C2** - a minha parte é no cadastramento, acompanhar e todo mês passar com o cadastro na planilha, ver o que mudou na casa, alterar todas as modificações e alterar o cadastro, fazer o agendamento das consultas de CD, gestantes, os grupos é a gente que marca que acompanha, e as consultas agendadas também da população que vai de acordo com que vai pedindo, necessitando vai agendando.

**C3** - meu trabalho é agendar também as consultas, visitar todo mês. Eu tenho 68 famílias, que visito todas uma vez por mês. Agendo as consultas de CD, dos

hipertensos, diabéticos e pré-natal e ainda vejo, observo o quê que mudou na casa, tudo isso é o ACS que faz.

**C1** - É, assim, se quando tem alguma atividade extra é, por exemplo, o ACS é muito integrado no lamarão no futebol no grupo e bem ativa dentro da comunidade daqui igreja, então como eles moram aqui, eles têm essas atividades extras, mas não como ACS e aqui do Posto são muito enfronhados na comunidade, nas atividades, nos campeonatos, aqui tem muito campeonato de futebol, participam, tem a cooperativa dos produtores rurais , que está sempre fazendo alguma atividade, a gente na medida do possível a gente participa.

**C4** - participa muito, sexta – feira agora vai ter uma palestra sobre o empoderamento nas mulheres, uma palestra da secretária, e ele mandou o convite *para cá*, para a gente convidar os casais e a gente até tem a intenção de ir.

**C3** - Outro dia palestra na escola sobre a Dengue.

**C1** - Na escola dar palestra sobre as profissões, outro dia teve reunião da comunidade, toda liderança da comunidade veio aqui no posto, a gente está bem entrosado.

**Entrevistadora: Das ações desenvolvidas quais dessas ações vocês identificam como ações intersetoriais?**

**C4** - Bom, eu acho que essa integração com a escola é muito importante, com a cooperativa também porque a cooperativa tem um número grande de funcionários, então agente tem que ter esse contato com a cooperativa porque tem muita doença do trabalho, E então a gente tem que apoiar, a questão dos idosos ou às vezes, a gente tem um contato muito grande também com a EMATER, e a EMATER nos ajuda demais aqui, então, por exemplo, esses idosos que querem aposentar, a gente entra em contato com a EMATER, a EMATER ajuda, a EMATER entra em contato com o CRAS do Paranoá, o CRAS *ta* fazendo, fez um trabalho com os ACS *pra* ver a questão do bolsa família.

**C1** – o trabalho com a cooperativa, EMATER, estudo da EMATER a gente participa. Por exemplo, qualquer ação que ela vai fazer envolva a gente, alguma coisa ligada a saúde e ao produtor. Como por exemplo, vai ter alguma coisa sobre agrotóxico, se



for a gente que está coordenando, a gente chama a EMATER e vice e versa, a EMATER chama a gente, na escola, uma boa integração agora a gente está, mudou a diretoria da escola aqui do PADDF eram 1600 alunos, fez uma palestra.

**C4** - sobre a Dengue e droga, essa semana eles, me chamaram porque eles estavam, vieram vários profissionais para a gente vai mostrar cada profissão para os adolescentes que estão formando, veio professor, sociólogo, então tudo isso, acho que é isso basicamente a cooperação da equipe com a comunidade.

**Entrevistadora: Dessas ações intersetoriais quais que vocês identificam como importantes para promover a saúde?**

**C1** – O envolvimento com a escola é muito grande, lá na escola são 1600 alunos, então uma ação que a gente faz na escola que seja uma ação educativa é um feito muito grande porque são muitos alunos. A palestra mesmo, o momento que a gente teve lá com relação a dengue, quantas famílias a gente atingiu ali através de um aluno, com relação à educação de limpeza, do lixo, do cuidado, então assim eu acho que essa ação que a gente faz na escola.

**C4** - Atinge mais famílias, acho que todas são importantes porque vai atingir de certa forma a comunidade, mas eu acho quando você faz dentro da escola os alunos eu acho que eles acabam, é igual foi com o tabagismo. Foi moda e que hoje quando o pai fuma a mãe os meninos cobram para não fumar, mãe por causa da gente tem o grupo de tabagismo, muita das motivações que a gente, da pessoa que vem ela fala o que motivou vim para participar do grupo, e muitas pessoas falam que a motivação são os filhos que pediu “ o papai não fuma”. Então acho que essa pressão dos alunos com os pais tem uma força grandiosa.

**Entrevistadora: Dessas ações quais vocês identificam como ações potenciais para realização das ações intersetoriais?**

**C4** - acho que a gente poderia ter um envolvimento maior com as famílias, só que a gente está sem transporte, nós estamos tendo dificuldade de chegar nas famílias na casa deles. Quando você vai fazer uma visita, vai enfermeira, o médico e o ACS, o ACS tem um olhar visitando, o olhar da enfermagem, o olhar do médico, um olhar muito critico. As vezes a gente chega, “gente vocês viram, é como é que estava aquela comida seca no fogão? Você viu que estava o gato com uma ferida não sei o

que?” eu acho que o olhar da gente é um olhar mais de doença de o que ameaça mais a saúde. O agente comunitário tem esse olhar, mas como a gente já fez, tem toda formação da doença, do processo de adoecimento, então a gente tem um olhar mais incisivo naquilo que poderia melhorar, então isso eu acho que está fazendo falta, porque e outra coisa, o ACS vai fazer a visita, ai ele não afere a PA, aqui no DF não afere a PA o quê que acontece chega lá se a enfermeira vai, ou técnico vai, ou médico vai, ele vai aferir, “olha o Senhor está tomando o remédio?” Isso é uma forma de cobrança ou dizer o quê que está errado com aquele paciente que não está conseguindo compensar.

**Entrevistadora: O que mais vocês acham que poderiam fazer?**

**C1** - Bem, eu acho que os mutirões que a gente fazia a um tempo atrás, e que achava que tinha um efeito muito grande, é que a gente conseguia trazer de outros lugares, trazer um grupo para o CRAS, trazer um grupo do DESAT, do CEREST, igual a gente fazia, mas agora a gente está impedida, porque a gente não tem mais como fazer, primeiro porque durante a semana não tem jeito, os trabalhadores durante a semana eles não podem participar, ai a gente fazia no sábado, agora a chefia os nossos supervisores, simplesmente diz que não é para fazer esses eventos mais, porque quando a gente trabalha no sábado, gera uma folga ou hora extra, e ai a gente não recebe, por isso a gente deixou de fazer, e era uma coisa que a gente fazia que era muito bom, a gente atingia um número grande de pessoas no sábado eles não estão trabalhando pode vir as famílias, a gente fazia encontro com as famílias, fazia de tudo nesse dia, mas infelizmente por causa do sistema, o administrativo, das gestões a gente está impedido praticar isso, e durante a semana não adianta eles estão trabalhando, e o dia que tem o grupo a gente tem que valorizar eles fazem todo empenho para poder está aqui.

**Entrevistadora: a gente acabou falando também das dificuldades. Tem outras dificuldades?**

**C4** - tem dificuldade do transporte do funcionário do Paranoá até aqui, a gente está com problema, a equipe chega aqui as 9:30 tem que sair 4:30, 4:00 porque tem uma Kombi só que, pega a equipe do Jardim que é uma comunidade nossa distante. Essa é uma dificuldade.

**C1** - tem dificuldade dentro da própria Secretaria, então quando você parte para as ações intersetoriais a dificuldade fica maior. Porque é tudo muito burocrático, é ofício para lá, é ofício para cá, e não pode ser resolvido por telefone, e tem um tempo do ofício ir, do ofício voltar. Então aqui essa integração que a gente tem com a EMATER, cooperativa, escola, igreja, que a gente tem uma, um trânsito bem mais livre, a gente faz isso aqui meio sem burocracia, no território a gente não tem problema a gente faz sem burocracia. Mas partiu *pra* outro lugar é um problema, “nós queremos, mas tem que mandar ofício, manda ofício para fulano”, e ai você manda, não tem retorno se recebeu, se não recebeu, agora uma integração que a gente faz bem além da escola que a gente já fez nesses mutirões, é com a polícia civil, com a polícia militar, com bombeiro. A gente já fez isso, inclusive na época a gente trabalhava no jardim.

**C4** - Agora uma dificuldade que eu acho não sei qual resposta que vai ser ai, que eu acho assim, não berra muito, mas está muito desenvolvimento do programa, é a cultura do país de que só temos que atender, nós temos que ter o tempo todo medidas curativas e não preventivas. Então a gente está aqui desde 2004. Deixa eu te falar, o que eu acho difícil, a grande dificuldade que eu acho no PSF é, a cultura do nosso povo de que, PSF é só tratamento curativo, eu acho a nossa maior dificuldade é essa, esse, essa cultura do curativo e não do preventivo.

**C1** - É, pois eu acho que a gente ta caminhando.

**C4** - é estamos caminhando, mas assim, eles acham assim, agora não tanto, mas que é muito importante você parar *pra* falar, por exemplo, um tanto de consultas tipo pronto-socorro. Então assim como pressão alta, de diabetes, nada disso, agora é atender, pedir exames e dar remédios, então isso é muito lento, agente já andou, mas é muito lento.

**C2** - tanto é que nós nas consultas marcadas, agora se a gente marcou lá passou na casa marcou.

**C1** - Uma consulta de rotina que não é curativa.

**C2** - Ai eles, a comunidade não dá valor.

**C4** - Mas isso eu sei que é nacional, ao meu ver, a gente ta tentando.

**Entrevistadora O que poderia fazer para implementar as ações intersetoriais?**

**C4** - acho que é persistir no que a gente faz porque com a ultima reunião que a gente fez a gente chamava, por exemplo, a comunidade, não vinha quase ninguém para participar, então a gente chamou os líderes, então o líder da igreja, o líder da COOPADDF, o líder da EMATER, da escola. A gente fez uma coisa assim para que atinja eles e para ver se a gente consegue multiplicar isso, a gente não sabe até que ponto vai multiplicar, mas eu acho que é persistir, nós estamos aqui.

**C1** - estou desde 2008

**C4** - É, então desde 2008 veio para o posto depende muito de quem está guiando, eu ou ela, nós tínhamos outra enfermeira que a gente não tinha esse foco. A gente tinha um foco, então desde que ela veio para cá a gente tem batido nessa tecla do bom acolhimento, a gente trabalha muito nosso acolhimento, como o paciente está sendo recebido, o que está sendo dito. A reunião, a postura de, “não isso é para marcar, isso é urgência, isso é para o grupo, isso é CD”. Então a gente tem dia para CD. Tudo isso a gente tem que reforçar, não retroceder, mesmo com a pressão da comunidade, e sim tentando mostrar para eles o porque, então qualquer reunião nossa a gente aproveita para falar, o quê que é PSF, é baseada em que, porque que a gente faz assim entendeu? Eu acho que é assim é bater “água mole em pedra dura, tanto bate até que fura”, até eles entenderem, que eu acho que já melhorou muito.

**C4** - Já melhorou demais, eu acho que é isso persistir nesse caminho.

**C1** - É, e tentando sempre esses contatos, a ligação com a EMATER, escola, o CRAS, então é isso, batendo mesmo.

**C4** - Eu acho que tem que fortalecer sempre as parcerias, então quando a gente relaxa um pouquinho, a gente já não está fazendo, falei nós temos que visitar diretor.

**C1** - É.

**C4** - eu fui essa semana lá e tal, vamos lá porque é uma pessoa nova, uma pessoa que está fazendo a diferença, lá do *Lamarão* também mudou a diretoria, então vamos lá, vamos conversar com a EMATER sobre isso. Eu falei a gente estava com menino com muita crise de asma, meninos que moram perto da cooperativa, por

causa da chaminé, de um pó que sai lá da cooperativa, e as casa são sem forro, então a gente foi lá, a gente fez a reunião com o pessoal, explicou o que estava acontecendo, e a gente precisa de uma postura da cooperativa então acho que mais de cinco casas foram forradas, então, a gente faz muito isso, então um grupo difícil, nós identificamos o risco e a gente vai até o risco, olha está acontecendo isso, há um tempo a gente viu um local de água parada numa fazenda aqui, a gente foi até lá e também mostrou que aqui pode ter risco de doenças, aí parecia que era o mosquitinho da dengue, então assim são as nossas situações, quer dizer a gente relaxa um pouco.

**C1** - É difícil ta vendo, muito complicado sempre tem pessoas esperando.

#### **APÊNDICE 4 – Instrumento de coleta semi-estruturado. Entrevistada individual - Gestores**

##### **Entrevista 1,**

**Entrevistadora:** Boa tarde gostaria de perguntar, o que você entende por intersetorialidade?

**E1:** Todo esse trabalho que é realizado em conjunto com outros setores que não seja da saúde, E não só os setores vinculados aos órgãos públicos, mas também os outros setores, as a rede social, que tem com a comunidade as ONGs tudo são

ações intersetores, são ações que você faz trabalhando em conjunto com o mesmo objetivo.

**Entrevistadora: E quais as ações intersetoriais que são desenvolvidas pela Equipe Saúde da Família?**

**E1:** Aqui nós estamos vivendo agora um processo, por exemplo, no Itapoã eles estão fazendo toda uma mudança de território devido aumento da população então vai mapeando, então não desenvolve muitas ações, mas trabalham sim já em conjunto com associações de diabéticos, trabalham com pessoal das igrejas, é associação de moradores. E Trabalham também muito junto com a educação, já fazem ações tem o Programa Saúde na Escola que já desenvolve um trabalho junto, tem essa rede social muito boa aqui no Paranoá, Itapoá que eles já desenvolvem várias ações conjuntas, e na área rural tem uma afinidade grande também com o pessoal do Conselho de Desenvolvimento Rural – EMATER. Na área da Assistência social eles fazem algum trabalho junto com o CRAS, com todos esses órgãos aqui da, com a UnB, fazem um trabalho muito bom com a UnB, junto com nas escolas faz, esses projetos que tem voltados mais para adolescentes, *pró-vítima* já desenvolve algumas ações nesse sentido, não todas as equipes.

**Entrevistadora? Essas ações elas são planejadas? E quais dessas ações que são planejadas?**

**E1:** As ações que são planejadas são as mais voltadas para o Programa Saúde na Escola, e as que são realizadas também junto com a rede social. Às vezes também eles fazem alguma reunião com a comunidade elaborar o planejamento.

**Entrevistadora: Às vezes tem uma reunião também com a comunidade?**

**E1: É às** vezes tem uma reunião para organizar alguma atividade, e acontece também assim, de acordo com a demanda quando vai surgindo. As vezes acontece sem planejamento mesmo, mas as que acontece geralmente são planejadas, não ocorre com muita frequência ainda não, nós estamos agora tentando ampliar essas ações até porque agente pleiteia ser um município saudável, cidade saudável que ai essas ações tem que ser implementadas.

**Entrevistadora: Você acha que a cidade saudável, regional saudável vai impulsionar o planejamento?**

**E1:** É o projeto da cidade saudável ela, nós vamos ter que formar um grupo técnico, um GT com 10 pessoas que vão ser capacitadas e desse grupo 6 são de outros setores além da saúde, então junto a Administração do Paranoá, trabalhando integrado, vai incluir a Polícia Militar, o CRAS, a Educação, então assim, isso vai impulsionar eu acho.

**Entrevistadora: E qual o potencial para realizar as ações intersetoriais com as equipes de saúde? As possibilidades para realizar as ações intersetoriais além das existentes atualmente.**

**E1:** Poderia fazer muito mais. As pessoas ainda estão muito voltadas, os profissionais ainda estão muito voltados para a parte de assistência em si, então, as ações intersetoriais que são mais voltadas para as ações de promoção, de prevenção são pouco realizadas, então assim, ainda tem que mudar essa cultura, ainda existe aquela cultura assistencialista.

**Entrevistadora: O modelo assistencial de especialidades, fragmentado.**

**E1:** É aquele modelo, então agente tem que trabalhar muito isso aí com os profissionais ainda, para mudar essa visão assistencialista daquele trabalho muito centrado no médico, a gente tem que pensar mais na promoção, isso ainda tem que melhorar muito.

**Entrevistadora: E quais os limites? Tem um grande potencial?**

**E1:** O potencial que eles têm é todo o apoio da gestão. Para isso a gente está pleiteando a implantação da cidade saudável, o projeto Jogo de Cintura que também exige um pouco de ações intersetoriais então, eu acho que isso aí favorece, pois eu acho quando o gestor é contrário fica mais complicado, quando o gestor não entende essa necessidade, aqui não eles tem todo apoio da gestão, então acho que isso que favorece, agora o limite que eu acho é própria visão do servidor de atuar mais na parte de assistência tem que desenvolver isso com ele essa prática, mudar a cultura.

**Entrevistadora: Essas são as dificuldades e assim diante desses limites essas dificuldades qual seria a proposta que a Regional tem para superar e impulsionar mais as ações intersetoriais?**

**E1:** Acho que esses projetos que a gente está tentando, e envolve mesmo incentivar mais as equipes, em toda reunião, em tudo incentivar as praticas de promoção. E não ficar tão voltado assim na produtividade, tanto de consulta, e fazer os profissionais enxergar a melhoria do indicador de saúde e não produtividade, quantidade, mas a gestão por resultados mesmo, para você ver a melhoria dos indicadores e não, eu acho que a gente tem que trabalhar mais isso com eles, planejamento das ações, metas, fazer o diagnostico, estipular as metas, avaliações, monitorar as ações em busca de alcançar a melhoria daquele indicador de promoção da saúde ainda falta.

**Entrevistadora: Ai você acha então que chegando mais perto, envolvendo mais as equipes tendo esse acompanhamento melhor da gestão poderia superar essas dificuldades e proporcionando mais as ações intersetoriais a luz da promoção da saúde?**

**E1:** Eu acho que a gente tem que implementar mais isso com eles, e mostrar a necessidade dessa mudança, para não ficar no mesmo modelo tradicional. A gente tem que trabalhar mais com os determinantes sociais da saúde, tentar baseado num diagnóstico bem feito descobrir quais são esses determinantes e trabalhar na melhoria desses indicadores mesmo, e que o apoio da gestão é fundamental.

Acho assim, acho que já melhorou muito a visão das equipes de Saúde da Família ela já foi mais centrada no médico e tudo, e acho que a gente está caminhando, aqui no Paranoá a gente está tendo partir mais mesmo de promoção da saúde, eu acho que esses projetos, todos vindo com um incentivo muito grande agora, já do Ministério da Saúde, com a política de promoção da saúde, instituiu a comissão dos determinantes sociais, a Comissão Nacional.

Mesmo a gente apresentando para eles a mudança no perfil epidemiológico, à melhoria da qualidade de vida, a gente pensa também na melhor da qualidade de vida, da pessoa idosa, que hoje tão vivendo mais, melhorar a qualidade de vida então assim é importante.



Como é que eu tenho que organizar o serviço, esse novo olhar, para ver essa mudança, essa transição, transição epidemiológica, com a redução das doenças infectocontagiosas, das crônicas. Então assim eu tenho que ir pensando nessa mudança de modelo mesmo.

**Entrevistadora: A gente sai um pouco das infecciosas avançou esse ponto, mas a gente também sabe qual o problema das crônicas.**

**E1:** Então, o sedentarismo, as drogas, temos a obesidade, a gente tem que trabalhar para evitar as doenças cardiovasculares, então as equipes precisam começar a trabalhar tendo essa visão, porque daqui a pouco a gente não consegue atender a demanda, porque se a gente não trabalhar dessa forma com ações preventivas e de promoção, a gente não vai conseguir no momento atender a demanda, aí então a gente tem que evitar que as pessoas adoçam, isso tem que ficar bem claro para as equipes. Fazer o diagnóstico, é uma coisa que facilita para saúde da família é esse território delimitado. Então ele tem aquela população adscrita que ele vai fazer o diagnóstico, que ele conhece que está ali todo dia junto o acesso fazendo a visita, e aí tem condições de trabalhar e dentro daquele território identificar os parceiros, quem pode ser parceiro dele nessa luta, o que ele pode fazer para melhorar, para mudar e não só falar, mas participar também. Participar junto acha que mudar a nossa visão primeira. Que a gente tem de saúde também. Para depois você mudar o outro, porque a gente, bem recente a gente fez um levantamento do perfil do próprio do profissional a gente fazendo por alto assim, a gente vê tem muita pessoa que não faz atividade física, que não tem uma alimentação saudável, adequada, então assim você tem que viver aquilo, mudar os seus hábitos, para mudar o outro.

**E1:** Essa pesquisa que você está fazendo é muito importante a gente depois ter o resultado dela para mostrar as equipes mostrar para todo mundo, o quanto que ainda tem que melhorar, e que pode ser feito.

## **Entrevista 2**

**Entrevistadora: O que você entende por intersetorialidade?**

**E2 -** Entendo que seja a busca de um trabalho conjunto desenvolvido entre os diversos setores, ou de uma instituição, ou de uma empresa, ou de um governo, uma forma de socializar o que cada grupo realiza, trabalha, suas potencialidades o

que pode ser compartilhado ou também como pode ser a referência, contra referência de um trabalho desenvolvido por determinado grupo dentro daquele conjunto que se está trabalhando.

**Entrevistadora: Quais as ações intersetoriais são desenvolvidas pelas equipes de saúde da família na Regional do Paranoá?**

**E2** - a medida que cada equipe tem o seu território, é interessante que essas equipes se comuniquem. O que ta acontecendo no território do outro, tem reuniões de tempos em tempos *para* discutir trocar saberes, experiências, saber o que cada micro-território faz, às vezes um problema de saúde que esteja acontecendo numa equipe pode ser que esteja acontecendo na outra e, pode ser que haja uma troca de experiências para tentar resolver aquele problema em determinado território.

**Entrevistadora: E as ações são planejadas para fomentar as ações intersetoriais?**

**E2** - na área que eu mais atuo dentro do trabalho que é com relação às práticas integrativas de saúde, a gente reúne com as facilitadoras das práticas integrativas de saúde para organizar o trabalho em todas as equipes, então como agora a gente está realizando a capacitação do Jogo de Cintura onde várias equipes estão participando com o objetivo de implantar ou de melhorar as atividades físicas como os componentes de promoção da saúde, de prevenção, a alimentação saudável e o combate ao tabagismo com o objetivo de que essas coisas sejam mais sistematizadas nos trabalhos das várias equipes, então isso está sendo um desafio que nós na área. A gente está trabalhando com todos os grupos, que aderiram a essa proposta do Jogo de Cintura é um exemplo esse trabalho que a gente faz.

**Entrevistadora: E esse trabalho ele é só da área da saúde ou ele contempla outros setores?**

**E2** - A nossa proposta de trabalho é organizar primeiro dentro da própria saúde da Regional de Saúde, mas ao mesmo tempo a gente dialoga com a Administração Regional que também tem atividades de práticas corporais, a Regional de Ensino também com aquele com o projeto é, Ginástica nas Quadras, então a gente pretende fazer um mapa e disponibilizar, tanto para eles que realizam esses trabalhos como para nós por que às vezes o usuário da gente ele não pode participar da prática que está tendo na equipe de saúde, mas o horário para ele

talvez seja melhor o da ginástica nas quadras, então ele vai saber que ele pode fazer sua prática lá ou em algum grupo da Administração Regional. E trabalhando também essa questão de que as práticas integrativas de saúde a prática corporal, ela complementa a busca da saúde total no sentido de que junto com o medicamento, junto com a alimentação saudável tudo junto contribui pra melhorar. E para promover a saúde da pessoa e da comunidade.

**Entrevistadora: E quais as potencialidades para realizar as ações intersetoriais?**

**E2** - a gente pretende discutir com a coordenação, com a gerencia do parque vivencial do Paranoá, um parque urbano que foi aonde é tinha a antiga vila Paranoá que foi transformado num parque, onde pode ser desenvolvido diversas atividades de promoção a saúde, de práticas corporais, de meditação de lazer, então tem um grande potencial. Assim como outros setores do Governo que atuam na região de saúde nossa, como a EMATER na nossa zona rural, que nós temos assim a segunda maior zona rural do DF, e a gente tem três escritórios da EMATER nessa região, então a EMATER desenvolve diversos tipos de atividades junto às famílias rurais, as fazendas, as famílias, pequeno produtor. A produção da é a agricultura familiar, então certamente tem muitas coisas que a gente vai poder trocar e melhorar nosso trabalho de saúde. E ainda o programa DF sem Miséria que é coordenado pela Secretaria de Desenvolvimento Social que se traduz aqui na nossa área pelos órgãos da SEDEST, que é o CRAS, o COSE e os programas de alimentação da subsecretaria de nutrição, que é o restaurante comunitário, as cestas básicas, então tudo isso da para gente fazer um diálogo e promover a saúde na comunidade.

**Entrevistadora: E quais as dificuldades que você identifica para desenvolver as ações intersetoriais?**

**E2** - Primeiro é a falta de cultura, que quando se trabalha com Governos é, não tem essa cultura do trabalho intersetorial, as os órgãos governamentais cada um desenvolve geralmente desenvolve a sua política e não conversa com o outro, mesmo no mesmo território como no caso aqui o caso de Paranoá e Itapoá é, então falta essa cultura de até otimizar os recursos que o Governo coloca na Região para realizar a sua missão, então isso não tem uma cultura, cada um no seu quadrado, costume brincar com música “Cada um no seu quadrado”, então o primeiro desafio é a gente romper essa barreira, Começar a rediscutir essa cultura dos “quadrados”, e

ver se a gente faz um trabalho em rede, o desafio hoje é trabalhar em rede, e o que se aplica aos órgãos em si se aplica também às vezes até dentro da nossa própria instituição, então cada setor dentro da nossa Regional está preocupado em ali trabalhar os seus objetivos e muitas vezes não tem esse espaço e essa oportunidade de conversar com o outro para melhorar o serviço até a própria comunidade usuária. Então é muito da nossa cultura mesmo, até como pessoa, como profissional, também às vezes está muito preso na sua agenda, preso nos seus compromissos, preso na loucura do dia-a-dia, e não organizar o nosso tempo de acordo que a gente possa buscar trabalhar mais em conjunto, existe iniciativas, a gente não pode dizer que isso também é assim 100%, existe algumas iniciativas, mas muitas vezes é, mais movida pela compreensão de algumas pessoas, de alguns profissionais, e até pelas dificuldades que aquela pessoa enfrenta ali de resolver os seus trabalhos então ela de um jeito ou de outro acaba buscando esse trabalho em conjunto, mas não que seja uma coisa que faça parte da instituição. Existe iniciativas individuais, até a gente às vezes assim no discurso dos nossos gestores, a gente até vê também a preocupação com isso, mas a gente precisa melhorar muito, ainda temos um bom caminho a ser feito.

**E2** - eu considero assim, que as práticas corporais, as práticas de promoção a saúde de um modo geral, é como agente é, nadar contra a corrente, querer subir cachoeira acima, porque tudo é para colocar a gente em outras agendas, o cobertor é tão curto, as necessidades de atendimento as demandas é tão grande que às vezes se priva mesmo, mas não atende aquelas coisas prementes do dia-a-dia e não abrir um espaço para incluir essas práticas, entender que a inclusão dessas práticas vai melhorar depois no resultado final da melhoria de saúde da comunidade.

**Entrevistadora: Para impulsionar o trabalho das equipes de saúde da família, que estão mais próximas da comunidade?**

**E2** - É, esse tem sido um trabalho em que a gente tem que entender que ele é lento, que realmente é mexer com estruturas que estão já bem sedimentadas. A gente assim não só eu, mas como todo o grupo que optou por trabalhar a questão das práticas integrativas de saúde em toda a Secretaria de Saúde do DF é um trabalho que já vem sendo feito a algum tempo é, e hoje em dia assim eu acho que nós já temos avanço porque a gente já vê assim os gestores é, dos mais diversos

escalões, até dos altos escalões já citam as práticas integrativas de saúde, como uma política da Secretaria, é então acho que essa parte assim o espaço já está bem reconhecido e garantido dentro da Secretaria, agora o desafio mesmo é está no dia-a-dia trabalhando essa nova cultura, esse é o desafio e que a gente não pode desanimar, é um trabalho mesmo de formiguinha.

**Entrevistadora: o seu trabalho me parece bastante desafiador essa coordenação vislumbra muito mais a promoção da saúde das pessoas, de evitar que as pessoas adoçam ou pelo menos conheçam se informem, para obter mais qualidade de vida.**

**E2** - acho que é mais ou menos isso, às vezes o setor saúde se sente muito mais responsável por tudo que tira a saúde da comunidade. E ai acaba realmente se metendo e assim nessa coisa dos diversos setores de Governo, porque tudo, todas as consequências acaba chegando ao sistema de saúde. Na assistência a saúde, e também então assim nesse sentido, é interessante de que a gente entenda assim, falou assistência à saúde, recuperação da saúde é claro que o principal que deve se organizar para atender a comunidade é o setor saúde, mas quando fala mesmo assim em qualidade de vida, mais saúde, todos são responsáveis, inclusive a própria pessoa. A gente não ficar tratando a usuária e o usuário como um nosso objeto de trabalho, não ele é um sujeito que a gente tem que entender que ele é um sujeito de direitos, de vontades, e que se o principal responsável pela a própria saúde assim de maneira geral é a própria pessoa, porque ela que tem que buscar, ela tem que ser um sujeito ativo na ação quer seja da assistência, quer seja da promoção à saúde, ela tem que está ali participando junto para gente não esquecer que é a nossa usuária o nosso usuário ele é um sujeito de ação que temos estamos juntos na busca dessa melhor qualidade de vida.

**E2** - É necessário e importante, porque nós pensamos a academia como produtora de conhecimento tem que colocar esse conhecimento a disposição da comunidade. É super importante porque essas pesquisas que são produzidas elas venham fortalecer o trabalho da comunidade, da base.

### **Entrevista 3**

**Entrevistadora – O que você entende por ações intersetoriais?**

**E3** - Nós entendemos por intersetorialidade como uma forma de agir com diferentes setores da sociedade, não só um trabalho conduzido pelo órgão da saúde, mas envolvendo outros setores da sociedade, seja da sociedade civil, seja a sociedade é, entre outras instituições públicas, enfim a intersetorialidade é a participação de diferentes setores que possam participar no sentido de produzir saúde.

**Entrevistadora** - Das ações intersetoriais quais são as desenvolvidas pela equipe de saúde da família?

**E3** - bom, nós trabalhamos de forma muito próxima com as diferentes Secretarias de Governo, então nós temos ações estreitas junto com a Secretaria de Desenvolvimento Social, principalmente nas questões relacionadas à vulnerabilidade social. Temos um trabalho estreito também com a Secretaria de Esporte em ações que possam ser desenvolvidas junto a diferentes grupos na sociedade, sejam eles idosos, sejam adolescentes, sejam gestantes, no sentido de trabalhar com a prática esportiva na promoção de saúde. E trabalhamos também com universidades, tanto no sentido na formação dos estudantes, como no sentido da pesquisa. Então nós temos um campo aberto para o desenvolvimento de pesquisa nas universidades e também no desenvolvimento de ações, podemos citar um exemplo na questão do tele saúde que a gente está em vias de implantação junto com uma equipe da UNB que se colocou a frente na questão da organização dessa logística. E junto também a própria, aos grupos organizados, aos Conselhos de Saúde, debatendo intensamente a proposta de reorganização da atenção primária, envolvendo os Conselhos Gestores de saúde nas equipes, no sentido de entender o que é esse trabalho para que possam acompanhar e reconhecer a importância. Então são exemplos de ações intersetoriais, acho que temos muitas outras mais, junto a Secretaria de Educação, principalmente no Programa Saúde do Escolar, junto a Secretaria de Justiça principalmente com relação a saúde da população prisional, junto a Secretaria de Saúde da Criança e do adolescente no que toca aos adolescentes com restrição de liberdade.

**E3** - nas ações planejadas podemos citar o programa Saúde na Escola, que é um trabalho desenvolvido junto com a Secretaria de Educação e as equipes de estratégia de Saúde na Família, no sentido de acompanhar as crianças e os adolescentes em todas as suas necessidades de saúde é, podemos citar também o

programa Bolsa Família, no acompanhamento é, das famílias das mulheres grávidas, das crianças é, no resgate da cidadania dessa população é, em situação de miséria, podemos citar também em situações planejadas podemos ficar com essas: Bolsa família, programa Saúde na Escola, atenção a saúde da população prisional, também é um programa bastante é, que fica com muita evidencia justamente pela questão apresentada pela Secretaria de Justiça. Então essas são algumas das ações que nós temos *elencadas*, desenvolvidas com outros setores da sociedade, temos as praticas integrativas em saúde e também temos uma integração muito forte junto com setores da sociedade que desenvolvem essas praticas e atuam conjuntamente com nossos serviços da Secretaria de Saúde.

#### **Entrevistadora - E as Potencialidades**

**E3** - E o potencial das ações intersetoriais é um potencial enorme, nenhum setor da sociedade consegue desenvolver as suas ações isoladamente, então há necessidade de haver uma integração entre esses diferentes setores *pra* o alcance do objetivo em comum, então o potencial é muito grande é, trilhando no caminho dessa integração dos diferentes setores.

#### **Entrevistadora Com relação aos limites as nossas dificuldades para o desenvolvimento das ações intersetoriais na estratégia Saúde da Família, no âmbito da região do Paranoá.**

**E3** - Bom, nossa primeira dificuldade é alcançar o objetivo de cobertura de 100% da população do Paranoá com equipes da estratégia da Saúde da Família. É, há a decisão política para que se ocorra essa cobertura, a expansão da cobertura no Paranoá. Porém, o Paranoá tem uma característica de dificuldades de terrenos para que agente possa construir unidades própria para alocar essas equipes no trabalho. A segunda opção é estarmos alugando imóveis para que as equipes possam trabalhar. Essa questão do aluguel é, tivemos um avanço grande nessa ultima semana no sentido de viabilizar o aluguel de imóveis que estão em situação de regularização é, um quesito que antes era o que impedia o aluguel de imóveis em áreas de maior vulnerabilidade que são as áreas que nós necessitamos expandir a estratégia Saúde da Família, então agente *elencaria* essa como a principal dificuldade, o envolvimento dos demais setores eles já acontecem até porque o Paranoá é uma das cidades que já está definida como é, como o programa para o

desenvolvimento de Cidade Saudável, então já existe todo um trabalho de discussão entre os diferentes setores do Paranoá nesse sentido.

**Entrevistada: Diante dos limites o que você propõe para assegurar o desenvolvimento das ações intersetoriais pelas equipes de estratégia Saúde da Família da Região do Paranoá?**

**E3** - Bom, o principal limite que é a questão de expandir equipes da estratégia como eu falei a questão de locação de imóvel, ou terrenos para construção de unidades próprias, também é um quesito que estamos trabalhando junto, tanto a Secretaria da Habitação, junto a Terracap, para que a gente possa viabilizar a construção de unidades próprias, com relação à locação de imóvel como eu já citei, nós já conseguimos que fosse publicado um novo decreto assinado pelo governador que viabilize o aluguel de imóveis em locais em situação de regularização é, nas demais dificuldades quanto ao envolvimento dos demais setores da sociedade é um quesito que não é uma dificuldade extrema. Já existe um caminho nesse sentido, já se tem discussões acumuladas para que se possa viabilizar o projeto das Cidades Saudável.

**Entrevistadora: Você colocou que tem uma integração forte com a educação através do projeto PSE e nessas equipes há uma discussão há um envolvimento das equipes, elas participam?**

**E3** - Sim sem dúvida nenhuma, o programa Saúde na Escola ela faz uma vinculação direta da equipe da estratégia saúde da família com a escola, então nós temos um quantitativo de equipes em torno de umas vinte equipes que estão inseridas no programa em diferentes escolas, temos também centros de saúde que também estão dentro do programa Saúde na Escola, então a própria equipe ela participa desse debate, tem o trabalho conjunto com a escola na definição das prioridades, na definição das ações educativas enfim, na definição, no planejamento das ações a serem desenvolvidas com aqueles escolares. E também já foi, é uma meta da nossa sub-secretaria aumentar o número de equipes que tenham essa vinculação ao programa Saúde na Escola, para que a gente tenha um contingente maior de crianças e adolescentes que possam é, ser contemplados por esse trabalho como é definido no programa Saúde na Escola, então estamos num processo para difundir o programa e incentivar as equipes a aderirem a esse trabalho.



**Entrevistadora: E tem o vínculo também com a proposta da Secretaria de Esporte e também tem o projeto?**

**E3** - Com a Secretaria de Esporte é um trabalho é um projeto que ainda esta em fase inicial porque a Secretaria de Esporte é uma secretaria nova também, mas com a construção dos Centros Olímpicos, nós temos um trabalho bastante integrado na medida em que, é uma definição nossa, que o espaço dentro dos Centros Olímpicos destinados a saúde, nós estamos colocando uma equipe da Estratégia Saúde da Família é, não para ficar exclusivamente com o centro olímpico, com a população frequentadora do centro olímpico, mas esta equipe estará atendendo a sua área descrita naquele espaço, porém tendo toda vinculação com o espaço da Secretaria de Esporte é, possibilitando desenvolver atividades e ai não só daquela equipe mas das demais equipes voltados a grupos específicos da saúde no espaço de centros olímpicos, além do que nós temos também o projeto das academias de saúde, que nós estamos no início da construção das cinco primeiras academias da saúde, que são espaços também para poder desenvolver ações junto da população que leve a preservação da sua saúde, e nesses espaços também estarão abertos para que haja trabalhos integrados com outros setores.

#### **Entrevistado 4**

**Entrevistadora - O que você entende por ações intersetoriais?**

**E4** - São várias ações com vários membros no final dá um coquetel básico, com atendimento e atenção básica que requer para a comunidade as ações de saúde que somadas com outros setores pode possibilitar melhores condições de saúde e de vida as pessoas e a comunidade.

**Entrevistadora - As ações intersetoriais são planejadas?**

**E4** - Trabalha-se com planos isso é importante uma unidade bem organizada, do meu ponto de vista ela tem que ter planejamento e dentro deste planejamento, os passos, por exemplo de uma pessoa que chega para ser acolhida ela passa por vários etapas, desde a triagem onde é feita a recepção, onde é feita toda uma abordagem de acolhimento, e onde é aferida uma PA, ou realizada a antropometria,

uma orientação e em seguida se for necessário já adianta uns exames básicos, onde é feita na unidade, como glicemia capilar, um perfil lipídico, em seguida passa-se para a consulta de enfermagem, tem a consulta médica também, e se prescrita alguma medicação passa na farmácia já é atendido e sai. É para sair satisfeito.

**Entrevistadora - E nas ações planejadas outros setores são envolvidos?**

**E4** - Lá mesmo na nossa unidade, no jardim II além das ações da saúde, basicamente entre outras ações há os grupos do hiperdia, paisc, paism, entre outros, a principio se desenvolve e, também intercâmbio com a comunidade, junto com a EMATER e com a escola que habitualmente a equipe reúne para ajustes no sentido de melhoria para a comunidade, integra a própria comunidade, os líderes, a EMATER que é uma parceira muito acolhedora, o pessoal do ensino, da escola, igrejas que podemos classificar como os religiosos, de um modo geral é isso.

**Entrevistadora - Qual o potencial da equipe para desenvolver as ações intersetoriais?**

**E4** - tivemos um encontro com os outros setores, os objetivos que nós queremos alcançar seria uma comunidade mais saudável, mais enquadrada num perfil conforme exija a lei, a Constituinte. Dificuldades nós temos muitas, mas é justamente por isso que nos reunimos para superar esses obstáculos, que não são poucos, e alguns objetivos em curto prazo poderemos até citar, Por exemplo, mesmo, a pavimentação, o saneamento básico que inexistente, o transporte que dê acesso às pessoas, procurando recursos juntos com parceria de outras pessoas que poderia está ajudando no sentido, por exemplo, dentro da unidade básica, equipamentos básicos, que falta, estão sucateados. Na superação desses problemas a equipe tem projetos e boa vontade para fazer os ajustes e mensalmente a equipe se reúne para avaliar os avanços na área de atuação, o que alcançou e o que pode ser alcançado mais ainda em curto prazo, por exemplo, numa cidade que não é pavimentada e, principalmente nesse tempo seco, nós podemos citar que é uma época muito ruim para as pessoas com problema respiratório, como as IRAS. O índice de atendimento por causa das bronquites asmáticas, possíveis pneumonias, rinite alérgica e doença de pele, tudo isso poderia ser melhorado se tivesse uma pavimentação, incluindo ao saneamento básico também, a coleta do lixo, o destino dos dejetos que para isso precisa de canalização, a distribuição de energia que nós não temos de forma suficiente é

muito precária e isso influi em que na saúde, influi da seguinte forma se você analisar que a falta de pavimentação, pode causar bronquite, asma, o esgoto mesmo, se não tiver um destino adequado, ele vai ficar a céu aberto, que poderá conseqüentemente aparecer algumas doenças com o esgoto a céu aberto, e poderemos citar as verminoses, a hepatite, uma doença altamente mortal e outras que estão aí e que podem prejudicar a saúde da comunidade. A escassez de energia, mas o que tem haver a energia, os alimentos precisam ser conservados, saudáveis, precisa de uma fonte de energia para manter os alimentos, precisa ter uma geladeira, pois como manter não é possível manter no sol, pois a geladeira precisa de fonte de energia e a noite você quer usufruir de alguma coisa, mas você não pode sair porque está tudo escuro e se tiver uma luz, uma fonte de luz as pessoas podem desenvolver algum trabalho noturno também, e ainda assim outra coisa, o transporte como falei, marca o exame, por exemplo, chega consulta para nós hoje para o paciente se deslocar amanhã para fazer um exame que é preciso fazer em outro centro de saúde numa distancia de 70 km não tem o transporte perde o exame, e as vezes perde como a maioria perde porque não tem situação financeira e as vezes nesse local tem de fretar um carro e a maioria não dispõe desse recurso financeiro. E assim de um modo geral um conjunto de atividades a gente junto com a comunidade tudo isso que foi citado a gente pode superar essas dificuldade que acho muito negativo diante de uma evolução que nós estamos hoje que nós estamos lutando por coisas básicas que há muito tempo já estar desenvolvida.

**Entrevistadora - Quais dificuldades você identifica para conseguir a implementação de ações intersetoriais?**

**E4** - As dificuldades são várias, primeiramente vamos partir para a nossa política, a distribuição de políticas no nosso país, ela tem um principio bom, mas só no papel, mas nas diretrizes , na forma de ser distribuída, na forma de ter acesso ela é muito complexa, e sem falar que nós estamos mal representados, pelos políticos, pelos homens que decidem as coisas para a sociedade de um modo geral, são pessoas que não pode dar bons exemplos, são pessoas negativas, corruptas, sangue sugas, pessoas egoístas, pessoas que não tem um princípio, que não tem uma formação especificamente para desenvolver um trabalho em prol da comunidade, ele está ali representando um povo, a começar por núcleo, pelo município, pelo bairro, pelo

estado e, enfim pelo país. O que a gente ver é só tristeza, a gente vê é só pessoas fazendo o mal mesmo, o bem é pouco e o mal é muito. Então essa é a maior dificuldade que nós temos hoje tudo que queremos precisamos de intermédio, precisamos de propina, precisa-se de um intercâmbio, você não pode falar diretamente, é difícil, são escassos na hora da verdade, de olho no olho eles são iguais a peixe ensabado, escorrega pela mão a todo custo, então isso dificulta demais, Porque se tivéssemos um encontro com os gestores iguais a esse as coisas poderiam mudar e em contrapartida tivéssemos gestores decentes, de princípios, honestos, sábios, eu acho que poderia mudar esse é um desafio que a gente sente e percebe.

**Entrevistadora - O que você propõe para superar essas dificuldades para promover a saúde da comunidade.**

**E4** – A olho nu como acabei de falar, teria que ter uma presença mais próxima dos gestores com o coordenador da equipe, porque nós somos subalternos, submissos e, no papel as coisas funcionam até bem, no projeto, mas o que se ver, até falei anteriormente, nós temos dificuldade de ter acesso a um aparelho de aferir uma pressão, uma balança adequada, ué, mas era fácil era só chegar aos seus superiores solicitar aí entra a barreira mais forte o intercambio com os setores você tudo mais próximos da equipe e aí entra uma barreira, e alguns, alguns objetivos em curto prazo, nós poderíamos até citar, por exemplo, mesmo a pavimentação, saneamento básico ainda existe, mesmo é, o transporte que dê acesso as pessoas é, procurando recursos juntos, procurando recursos ou parcerias de outras pessoas que poderia estar ajudando no sentido por exemplo dentro da unidade básica é, equipamentos básico que estão, que falta, que estão sucateado.

Bem, é conversando que a gente se entende, se eu converso mensalmente vou acumular muitas coisas, e eu fico muito distante de chegar próximo a um objetivo é, o que se percebe que além da distância do gestor, os gestores também não tem autonomia, financeiramente principalmente, porque tudo eles dependem dos recursos, os recursos vem, por exemplo, dos Ministérios, da Secretaria de Saúde e isso para chegar lá é muito moroso, é muito burocrático passa por várias pessoas e acaba isso demora demais e não vem. Então essas coisas atrapalham demais, então além de ter um intercambio mais próximo do gestor, mas o gestor também

tivesse um intercambio com as outras é, hierarquias para poder desenvolver o trabalho e render. Plantando sim na seca, diretamente na seca, a água que cai não dá fruto, sai um grão só, uma espiga então, um grão para mil, como é que vai dividir um grão, vai pode até dar, mas alguém vai ficar insatisfeito.

**E4** - esses encontros que a gente faz mensal com a comunidade é justamente para aproximar eles, a comunidade é muito leiga é, e estão cansada de esperar, cansada da falta de estrutura que você as vezes convida, você faz uma estimativa de vinte e vem dois, três, então, tem que ser, tem que ganhar esse espaço também. Para que as pessoas entendam que elas podem participar e podem ajudar é, para chegar num objetivo bom, um bem-estar melhor para a comunidade, tudo isso é conquistado, Chuva cai, chuva caindo uns seis meses, vamos exemplificar a gente tem que preparar a terra, tem que arar, adubar e plantar, isso daqui um tempo que sai o fruto, e assim também são as pessoas, e fator cultural dificulta muito nessa parte, as pessoas hoje se chegar com um prato de comida está satisfeito, não almeja outras coisas, a fome sede, mas está todo mundo só focado só na comida, o pobre, o brasileiro, hoje em dia se der prato de comida ele fica satisfeito, mas ele tem que lembrar que além da comida ele tem que se vestir, tem que se educar, ele tem que ter transporte, tem que ter lazer, ele tem que ter um conjunto é, de coisas boas para poder ele ficar forte e as ideias aparecerem, só comida não vale. E me desculpe os nossos políticos, não quero é, como se diz não querendo desfazer de ninguém, mas infelizmente as coisas são a olho nu, os políticos gostam de dar só pratinho de comida, estudo eles não dão, por que sabem que se a pessoa se autodeterminar, independe na cultura, no desenvolvimento ele vai saber que ele vai perder espaço, o político nosso é um político arcaico, um político egoísta, infelizmente ele que comanda o país, e nós estamos na capital, vemos essas transações bizarras que são envolvidos com coisas do mal que prejudica muita gente, de cem milhões vamos dizer, só cem pessoas são beneficiadas o restante fica com água na boca é mal, não é coisa boa, então tem que mudar esse raciocínio, essa lógica de busca, de trabalho, meu sonho? Favorecer, porque eu tenho o meu sonho, mas gostaria que a maioria tivesse também para gente fazer um conjunto forte e buscar, é direito nosso, é suor do nosso trabalho, a gente sustenta, a empresa, porque nós se fazemos o processo desde da pedra bruta até o fragmento que vai dar o tijolo por exemplo, para tirar o diamante você vai lá no pedregulho, lá e filtra aqui, rala e tudo o mais

para chegar no diamante ou ouro, um pouquinho mas dá fruto, assim também deve ser especificamente o povo brasileiro, o povo que está cheio de problemas porque o político não favorece, o político nosso, posso citar com todo respeito, eles são brutos, eles são ignorante, mas porque o povo está, o povo está uma massa que só enxerga só a comidinha, eu falo a comidinha porque é isso mesmo, a comidinha o prato de comida, se der eles fica satisfeito, mas como eu falei mesmo não é a comida que sustenta a pessoa, o ideal é o principio, o principio de conhecimento, e para ser mais exato o principio espiritual, ele fica, ele transforma, ele abre para o progresso, desenvolvimento aperfeiçoado, oportunidade para outras pessoas que estão ai cheia de vontade, nós temos muitos profissionais qualificados, mas não tem oportunidade porque o político não tem limite, quem tem limite só o poder, os seus é, súditos, seus braço direito isso ele pode, agora o que sacrificou cinco, seis horas, ralou, estudou, trabalhou e conseguiu formar, um exemplo, um administrador de hospital, um administrador muito bom, uma pessoa que nasceu, teve o sacrifício e conseguiu chegar a um ponto bom, mas não tem oportunidade porque lá na frente se faz um concurso já as vagas tudo já combinada, a maioria dos resultados em Brasília é assim que funciona, as evidências, os fatos, as conclusões no final só enxerga isso. Pessoas escolhidas, vamos dar o conhecimento, o estudo a oportunidade para o brasileiro, que ele tem condição de tornar esse país uma referência mundial, que recursos naturais ele tem aqui, mas está faltando alguém para lapidar, desenvolver o trabalho que saiba distribuir, mas é mal distribuída em todos os sentidos.

**ANEXOS**

**ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**