

**Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública**

**A integralidade das ações em saúde e a
intersetorialidade municipal**

Liane Teresinha Schuh Pauli

Tese apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública para obtenção do
Título de Doutor em Saúde Pública.

Área de Concentração: Serviços de Saúde
Pública

Orientador: Prof^ª. Dr^ª. Sueli Gandolfi Dallari

**São Paulo
2007**

A integralidade das ações em saúde e a intersectorialidade municipal

Liane Teresinha Schuh Pauli

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do Título de Doutor em Saúde Pública.

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública

Orientador: Prof^ª. Dr^ª. Sueli Gandolfi Dallari

São Paulo

2007

AGRADECIMENTOS

Ao **Sérgio Luiz, Guilherme Luiz e Gustavo Henrique**, por toda a harmonia que mantivemos, longe e/ou perto.

À Família Schuh e à Família Pauli, à Iara e à Genete, pelas pequenas e grandes tarefas. E Silvia Clara Agnes, tia querida e grande incentivadora intelectual.

À Orientadora, muito mais que mestre, Prof^a. Sueli Gandolfi Dallari.

Ao Prof. Dalmo de Abreu Dallari pelo exemplo de ser humano.

À Banca da Qualificação do Projeto: Prof. Fernando Lefèvre, Prof. Luciano A. Prates Junqueira, pela relevante contribuição na discussão do tema e pela discussão da possibilidade de um passo maior, seguindo além da proposta inicial de estudo.

Aos Professores da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo: Fernando Lefèvre e Ana Maria Cavalcanti Lefèvre, Eurivaldo Sampaio de Almeida, José Carlos Seixas, Paulo Antonio de Carvalho Fortes, Oswaldo Yoshimi Tanaka, Fabíola Zioni, que foram mestres.

Ao Professor da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo: Lucio Félix Frederico Kowarick.

Aos Professores do Curso de Mestrado em Direito da Universidade de Santa Cruz do Sul: Ricardo Hermany, Sandra Regina Martini Vial, Francesco Rubino e colegas de curso, pela enriquecedora oportunidade de abrir novos conhecimentos através das disciplinas oferecidas em seus programas de pós-graduação.

À Professora do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina: Eleonor Minho Conill, pela acolhida.

Aos Professores: Karen Santorum, Raquel e Edgar Pacheco de Santa Cruz do Sul, Judith Scliar de Porto Alegre, Jan Bozman da Palmer College of Chiropractic de Davenport, Iowa, USA, pelas valiosas contribuições no estudo da língua inglesa.

À Maria das Graças Máximo de Sá, Marcinha e Sylvie, Sandra Lucia Furquim, Fernando Aith, Luciane Gazzani, Adelaide, do CEPEDISA/USP, em especial: Eliane Fernandes Araújo e seus pais, pela amizade e acolhida pessoal na cidade de São Paulo.

À Ivaldo Trigueiro, José Ângelo Wenceslau Góes, da Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia; Tatiana Pluciennik Dowbor, de São Paulo; Maria Thereza Weisberg, de Belo Horizonte, Minas Gerais; Maria Célia Delduque, do Diretório Regional da Fiocruz, e Nur Schuqaira – ANVISA, de Brasília; amigos, bons amigos.

À Stela Herrmann, Hildegard Hedwig Pohl, Dulce Grasel Zacarias, Gladis Graziotin, Silvia Franke, Miria Burgos, pelo incentivo, cada uma do seu modo.

À Beatriz Sperb, pela revisão.

Às Monitoras: Michele Josiane Wendland e Ivana Trevisan, pela dedicação.

Aos Professores do Curso de Quiropraxia do Centro Universitário FEEVALE – Novo Hamburgo, principalmente Márcia Alexandre, Ricardo Fujikawa, Joana Raupp e filhos, Ivarlette Tomazzoni e família, pela oportunidade de estudo da língua inglesa na Palmer University, Davenport, USA.

À Equipe de Trabalho da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, com sede em Santa Cruz do Sul, pelo incentivo e valorização deste trabalho.

Aos Professores e colegas dos Cursos de Enfermagem, Medicina, Fisioterapia e Educação Física da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, pela compreensão.

Em especial: à Equipe de Governo do Município de Vera Cruz, Rio Grande do Sul, Brasil, em nome da Secretária Municipal de Saúde, Enfermeira Berenice Lawisch Schäfer, que iniciou sua gestão em 2005.

Os meus sinceros agradecimentos a cada um e a todos que participaram desta importante caminhada.

***NO UNIVERSO DA CULTURA O CENTRO ESTÁ EM TODA
PARTE.***

Dístico na entrada do Campus da Universidade de São Paulo

RESUMO

Movimentos mundiais vêm, através do tempo, ampliando os conceitos do processo saúde/doença, acrescentando o contexto biopsicosocial e econômico, aumentando as exigências de atuação no setor de saúde. As novas exigências, legalmente compostas, levam à necessidade de novos contornos na administração, no planejamento e na política municipal. Sob a justificativa de avançar no cumprimento das diretrizes Constitucionais, na consolidação do processo de descentralização exigido pelo Sistema Único de Saúde, e de direcionar esforços intersetoriais que possam garantir a integralidade das ações em saúde, esta pesquisa objetiva, num primeiro momento, analisar a percepção relativa ao conceito de saúde/doença nos vários níveis do governo municipal e o relacionamento do setor de trabalho na gestão pública, com a área de saúde, verificando a viabilidade do trabalho intersetorial no contexto político-organizacional, e, num segundo momento, esclarecidos sobre as conclusões e objetivos da pesquisa 1, analisar a percepção sobre a importância do trabalho intersetorial como estratégia para a promoção da integralidade das ações em saúde; após o esclarecimento sobre as conclusões e objetivos da pesquisa 1. O método qualitativo de análise utilizou, nas duas etapas, entrevista individual e aplicação de questionário com questões abertas para a pesquisa 1 e para a pesquisa 2, gravadas no local de trabalho, utilizando a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo, para construção da caracterização e análise dos depoimentos verbais, pelas idéias centrais e suas correspondentes expressões-chave. Os sujeitos da pesquisa foram 100% dos elementos envolvidos na gestão municipal, mais dois assessores diretos, localizados em um município da 13ª Região Sanitária do Rio Grande do Sul. Observou-se no grupo pesquisado a concepção do conceito de saúde ampliado e positivo; o reconhecimento da responsabilidade dos vários setores sobre o processo saúde/doença da população e a afirmação da possibilidade de trabalho intersetorial; e concluiu-se que, com mudanças político-organizacionais, capacitação de recursos humanos, e planejamento, pode-se alcançar melhoria nas ações de promoção da integralidade das ações em saúde.

PAULI, L. T. S. **A integralidade das ações em saúde e a intersectorialidade municipal**. 2007. 216 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Palavras-chave: Política, Planejamento e Administração em Saúde, Integralidade das Ações em Saúde, Intersetorialidade.

ABSTRACT

World movements have been, through time, widening the concept of the health-disease process, adding to it the idea of the biopsychosocial and economic context, and increasing the demands for action in the health area. To answer these new demands, which have legal support, there is also the need for new trends in administration, planning and local politics. Implementation of the principles of the Constitution, consolidation of the process of decentralization in the Brazilian Health System (SUS) and development of joint action by different sectors are the fundamentals of the present research, whose objective is, first, to study the perception relative to the health-disease process in the different levels of the local government and also the relationship of the labour sector with the health sector, in order to disclose the possibility of political and organizational cooperation between these two sectors; and, second, to analyze the perception of the relevance of cooperation among sectors as a strategy for promoting integrality of health actions. The Qualitative Method of Analysis consisted, in these two phases, of individual interviews and application of a survey for research 1 and research 2 with open questions, recorded at the work place. A transcription was then made, utilizing the Collective Subject Discourse technique, which allows characterization and analysis of oral testimonies, based on central ideas and key-expreesion. 100% of the members of the health administrative staff in a county of the 13rd Health Region of Rio Grande do Sul, plus two direct consultants, were interviewed. We noticed that they have a non-limited and positive concept of health; that they recognize the responsibility of several sectors in the health-disease process in the population and that they also recognize the possibility of joint cooperation among sectors. Based on these findings we can assure that, with political and administrative changes, capacitation of human resources and planning it is possible to promote and to improve actions to increase integrality in health care.

Keywords: Politics, Planning, Health Administration, Integrality in Health Care, Intersectoriality.

INDICE

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 JUSTIFICATIVA	26
1.2 HIPÓTESE	31
1.3 OBJETIVOS:.....	35
1.3.1 Objetivos da Pesquisa 1:	35
1.3.2 Objetivos da Pesquisa 2:	35
2 REVISÃO DE LITERATURA	36
2.1 O CONCEITO AMPLIADO DE SAÚDE E A MULTIFATORIALIDADE DO PROCESSO SAÚDE/DOENÇA	36
2.1.1 O Nascimento da Medicina Social.....	36
2.1.2 Evolução Conceitual	41
2.1.3 O Sistema Único de Saúde	46
2.1.4 Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde.....	51
2.2 INTERSETORIALIDADE	58
2.2.1 Trabalho Intersetorial	58
2.2.2 Cultura e Envolvimento Político.....	64
2.2.3 A Motivação Política	66
2.3 A INTEGRALIDADE DAS AÇÕES EM SAÚDE	69
2.3.1 Conceitos Iniciais.....	69
2.3.2 A Integralidade como Princípio Estratégico.....	72
2.3.3 Avaliar Integralidade.....	82
3 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS	87
3.1 TIPO DE ESTUDO	87
3.2 LOCAL DA PESQUISA	87
3.3 SUJEITOS DO ESTUDO	88
3.4 INSTRUMENTO PARA COLETA DOS DADOS	89
3.4.1 Instrumento de Pesquisa 1:.....	89

3.4.2 Instrumento de Pesquisa 2:.....	89
3.5 PROCEDIMENTOS	90
3.6 COMPROMISSO ÉTICO	92
4 ANÁLISE DOS DADOS	94
4.1 ANÁLISE DOS DADOS DA PESQUISA 1	96
4.2 ANÁLISE DE DADOS DA PESQUISA 2.....	143
5 CONCLUSÕES	186
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	199
BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR.....	207

Siglas utilizadas

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIS	Ações Integrais de Saúde
AMVARP	Associação dos Municípios do Vale do Rio Pardo
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CONASP	Conselho Nacional de Saúde Previdenciária
COREDE	Conselho Regional de Desenvolvimento
CTG	Centro de Tradições Gaúchas
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
EPIs	Equipamento de Proteção Individual
GTI	Grupo de Trabalho Integrado
IAPs	Instituto de Aposentadorias e Pensões

INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial Saúde
PAB	Piso de Atenção Básico
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISC	Política de Atenção Integral à Saúde da Criança
PAISM	Política de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PIM	Programa Primeira Infância Melhor
POA	Porto Alegre
PREV-SAUDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PROESF	Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PSF	Programa de Saúde da Família
RGMS	Relatório de Gestão Municipal de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS Sistema Único de Saúde

UNICEF Fundo das Nações Unidas para Infância 1

1 INTRODUÇÃO

Movimentos mundiais vêm deslocando, através do tempo, o foco da atenção individual para o contexto social. Eles vêm utilizando como horizonte o conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde – estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença ou enfermidade, e exigindo dos planejadores e executores de ações comunitárias, a elaboração de alternativas que venham ao encontro das necessidades básicas e assistenciais, respeitando a legislação, para dar conta deste novo conceito.

No final do século XVIII, ocorreram mudanças sobretudo com o desenvolvimento da medicina. Reconhece-se o corpo humano como realidade biopolítica, a força produtiva dos indivíduos. A concretização da prática como área científica, e seu reconhecimento como prática social, consequência do pensamento da ciência positiva, passa a valorizar a ciência e a técnica em favor da sociedade. O modelo hospitalar e a medicina assistencial aparecem nesta época.¹

A organização dos Estados é contemporânea ao fenômeno da urbanização. Epidemias urbanas, as medidas de quarentena, o controle da movimentação das pessoas, a vigilância, os perigos do espaço urbano, desenvolvem a organização de um serviço de controle médico da população e a necessidade do desenvolvimento da Saúde Pública. Foram formuladas as primeiras leis sanitárias e realizadas grandes obras de engenharia, fundadas as primeiras sociedades científicas.

O desenvolvimento da teoria dos germes como causa das doenças transmissíveis, a unicausalidade, desloca o pensamento de causa das doenças da área ambiental, física e social para a natureza biológica da doença. Ocorre a mudança da noção de saúde, que passa a ser a ausência de doença, o que modifica totalmente as

¹ FOUCAULT, M. O Nascimento da Medicina Social. In: **Microfísica do Poder**, Rio de Janeiro: Graal, 1992. p.79.

correntes de pensamento e de atuação na área da saúde.² Os rumos da medicina centraram-se, então, no curativismo: a pesquisa biológica e a especialização da área médica, com a atuação principalmente objetivada para o diagnóstico e a terapêutica.

Aparece a dicotomia entre a histórica noção de saúde de Hipócrates, que reconhece o meio ambiente e social como articuladores do processo de saúde e de doença e a individualidade e assistência clínica, que surge em consequência do processo econômico, político e social que se apresenta no final do século XVIII. Dicotomia entre as respostas dadas pela sociedade aos problemas de saúde. Pode-se dizer entre a questão preventiva e assistencial individualista.

O Relatório Flexner foi publicado em 1910, com propostas para a reformulação do ensino médico, que deveria apresentar características como sólida formação em ciências básicas (anatomia, fisiologia, bioquímica, etc.), pouca ênfase nos aspectos de prevenção e promoção da saúde e atenção ambulatorial, valorização da atenção médica individual, valorização da aprendizagem dentro do ambiente hospitalar considerando impróprio o uso de outros serviços, organização minuciosa da assistência em cada especialidade, etc. Esse relatório influenciou as reformas no ensino médico no Brasil, sendo implementado na década de 40. Este modelo apresenta uma concepção negativa da saúde, percebida como ausência de doença e restrita aos seus aspectos biológico e orgânico. A concepção negativa de saúde e o paradigma flexneriano são compatíveis com uma prática sanitária que valoriza a atenção médica, nos marcos da medicina científica, tem o hospital como referência organizacional; oferece maior quantidade de ações que necessitam de alta tecnologia dos serviços de saúde. Essa concepção determina o predomínio do pensamento clínico sobre o processo saúde/doença, que leva a modelos explicativos restritos e a respostas unilaterais. Conforme MENDES (1996), “o sistema constituído pela prática

² DALLARI, S.G. Direito Sanitário. In: Ministério da Saúde. **Direito Sanitário e Saúde Pública**. Coletânea de Textos. v. 1, p. 42. Brasília, 2003.

sanitária da atenção médica, pelo paradigma flexneriano e pelo conceito negativo da doença está na raiz da crise da saúde”.³

Essa característica é importante, na medida em que a população, as políticas públicas e as áreas administrativas e gerenciais da atualidade enfocam e dispensam a maior parte do trabalho em saúde às questões de serviços de saúde assistenciais, individuais e altamente especializados. Culturalmente a área da saúde possui o foco de atenção centrado nesta visão curativista construída pela história, ainda que exista uma construção nova, que aponte outros caminhos, inclusive com amparo legal.

Com o desenvolvimento da imunologia, da epidemiologia e do conhecimento da História Natural da Doença foi possível contornar algumas questões referentes às doenças transmissíveis. Com um novo enfoque surge a idéia de multicausalidade, com a conceituação de fatores de risco associados aos fatores do meio físico e social das doenças.⁴ Tal enfoque exige o deslocamento de ações curativas para a priorização das ações preventivas.

No século XX ocorre um aumento da importância do Direito Constitucional intensificando a interface do Estado com a sociedade e fortalecendo a teoria dos direitos fundamentais.⁵ Estas transformações não conseguiram atenuar, no contexto das relações sociais e econômicas, o aparecimento de dados reais de subdesenvolvimento, o aumento da desestrutura social e a violação da dignidade humana. Quando se trata do direito ou da igualdade política a igualdade dos indivíduos é teórica.

³ MENDES, E.V. **Uma Agenda para Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996, p. 242.

⁴ LEAVELL, H.R., CLARK, E.G. **Medicina Preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill, 1976. p.14.

⁵ BONAVIDES, PAULO. **Curso de Direito Constitucional**. 12. ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2002. p.525

Nele observamos o crescente grau de vulnerabilidade de considerável parcela da população, levando em consideração as novas características da sociedade. As circunstâncias desfavoráveis vêm ao encontro da lógica das políticas econômicas e da desigualdade salarial, em um cenário cultural de desestruturação familiar, criminalidade, uso de drogas, etc.⁶

A necessidade de algum tipo de proteção social que regulasse as condições de trabalho e minorasse a miséria da população surge com as grandes transformações sociais, políticas e econômicas decorrentes da industrialização.⁷ A intervenção do Estado nas questões sociais é considerada uma função intrínseca do Estado moderno: o estabelecimento de um conjunto de direitos e deveres que vincula o cidadão a seu Estado.

Na descrição científica dos fatos, na compreensão do contexto legal, existe a responsabilidade de cada indivíduo no processo social. Necessitamos da comunidade científica e das suas discussões, da pesquisa e de seus conhecimentos técnicos e metodológicos, para encaminhar a forma pela qual os gestores públicos municipais estruturam e organizam respostas aos problemas que a sua comunidade apresenta. Conhecendo esse processo, amparados pelo conhecimento do texto legal em concomitância ao conhecimento prático, é possível gerar mudanças na percepção da importância da atuação política e individual em projetos que possam modificar suas práticas sanitárias, para provocar mudanças no meio social.

As sociedades, altamente complexas, especialmente aquelas que visam garantir o bem comum através da satisfação das necessidades e das expectativas das pessoas, exigem o conhecimento e a interpretação da diversidade cultural. A ação que busca mudanças depende da compreensão dos contextos, do sentido dos

⁶ KOWARICK, L. **Viver em risco: sobre a vulnerabilidade no Brasil urbano**. Novos Estudos, n. 63. São Paulo, CEBRAP, jul, 2002. p.30.

⁷ CASTEL, R. **As Metamorfoses da Questão Social. Uma crônica do salário**. Petrópolis: Vozes, 1998. p. 495-611.

acontecimentos e da história das comunidades.⁸ Os processos de reestruturação organizacional, incorporando a dimensão cultural para análise das mudanças, devem ser implementados como parte do processo de decisão no trabalho, enfatizando a eficiência, a qualidade dos serviços prestados, a responsabilização e o comprometimento com a substituição das práticas e valores tradicionais, particulares, atravessados por distintos campos de conhecimento e domínio teórico e a articulação com o modo de abordar os problemas. Códigos culturais acumulados pela vivência individual permanecem orientando os comportamentos, gerando um grande desafio entre a permanência e as mudanças pretendidas.⁹ Inovações gerenciais e mudanças nas organizações públicas devem ter por base a verificação da reprodução ou não de conceitos e de práticas adquiridos através do tempo. As mudanças que vêm ocorrendo na sociedade geram movimentos interdependentes de necessidades na reestruturação das bases econômicas, políticas e sociais.

Os indivíduos possuem diferentes modos de assimilação de seus direitos, principalmente em se tratando de direitos legais, ainda desconhecidos. Muitos deles desconhecem as responsabilidades governamentais. A conscientização destes direitos só pode ocorrer através do conhecimento e da análise crítica das bases teóricas, dos papéis políticos, das críticas ao sistema político e à estrutura social, estabelecidas em nível local. Facilmente ocorre a adaptação das pessoas à estrutura historicamente posta, exigindo uma base política que considere e que absorva as necessidades da população como algo importante, necessário e de direito. A compatibilidade das limitações estruturais às necessidades da população é, sem dúvida, um desafio que exige do governo estratégias que somam recursos materiais e humanos, e a colaboração da população dosadas suas necessidades. A seleção de prioridades, a obediência às normas jurídicas e a participação da sociedade são exigências fundamentais na busca de ações com reflexos positivos.

⁸ HABERMAS, J. **Direito e Democracia. Entre factividade e validade.** Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1997. p. 31.

⁹ VAITSMAN, J. **Cultura de organização públicas de saúde:** notas sobre a construção de um objeto. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n.3, p. 847-850, jul/set. 2000.

Tornam-se então necessárias certas reestruturações nos mecanismos democráticos estabelecidos, como a atuação conjunta da ciência, da política e da sociedade. É a reflexão sobre a interpretação das necessidades, a busca de alternativas e possibilidades e as experiências reais que irão caracterizar as preferências e os enfoques para fundamentar as ações, intervenções e transformações para o desenvolvimento social.

Historicamente as Conferências Internacionais vieram moldando conceitos e diretrizes em busca de soluções para os problemas que se apresentam em torno do processo saúde/doença na população mundial. A visão multicausal como sendo a saúde resultado de fatores políticos, econômicos sociais e culturais, aponta as necessidades básicas e os fatores determinantes e condicionantes diferenciados pela desigualdade cultural que ocorre entre os países e as regiões. A ênfase foi sendo dada para a participação das comunidades no planejamento e na administração dos sistemas de saúde.¹⁰

O complexo processo saúde/doença exige a necessidade de abordagem, para intervenção, de sujeitos que possuem do conceito de saúde a visão da amplitude e da cientificidade que este processo exige. É preciso tanto focar-se o conceito ampliado de saúde, como observar-se a necessidade do conhecimento interdisciplinar, trabalhado de forma intersetorial, na busca de ações que envolva uma prática que vise à integralidade das ações em saúde como articulação administrativa e política. A intersetorialidade é preconizada não só pela complexidade dos fenômenos que envolvem o setor saúde, mas, também, por se partir do pressuposto de que uma ação, para ser completa, não ocorre num setor singular, exigindo um saber interdisciplinar e um fazer intersetorial, alternativa a ser

¹⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção da Saúde. Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundswal e Declaração de Bogotá.** Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz, 1996.

utilizada principalmente para oferecer respostas às demandas ampliadas do sistema de saúde.

Transformações profundas ocorreram no sistema de saúde brasileiro na década de 80: a eclosão da crise estrutural e a consolidação das propostas reformadoras, determinadas pela evolução político-institucional do país, que vivenciou o final do regime militar, e uma transição democrática que culminou com a elaboração da Constituição de 1988, que contém as mais amplas garantias democráticas e sociais, até então inscritas em um texto constitucional brasileiro. A política pública de saúde em fins da década de 70, inaugura a expansão da cobertura assistencial e movimentos de descentralização administrativa, com ampla reorganização jurídico-institucional e universalização do direito de acesso aos serviços de saúde. Anteriormente a política de assistência médica, o processo centralizador se manifestara com a criação dos IAPs – Institutos de Aposentadorias e Pensões, consolidada a partir de 1930. Aparecera, então, a medicina previdenciária, destinada aos grupos mais organizados de trabalhadores urbanos, organizados por categorias profissionais e eram financiados pela contribuição dos trabalhadores, das empresas e pelo Estado. Em 1946 há a vinculação da Previdência à Assistência Médica.

Os primórdios do desenvolvimento da assistência médica no país estão centrados na prática liberal e no surgimento de instituições de cunho caritativo e filantrópico, destinadas aos pobres e indigentes, com posterior aparecimento, já no século XX, de hospitais públicos, implantados predominantemente pelos governos estaduais e municipais. Ao nível central cabia a implantação de instituições nosocomiais, do tipo hospícios, asilos para tuberculosos e hansenianos.

Na década de 50 as ações de Saúde Pública predominavam sobre a assistência médica individual. Há uma grande mudança na assistência com a construção de grandes hospitais, que atende às necessidades de uma crescente indústria de equipamentos médicos e de medicamentos, desvalorizando o atendimento do sistema

de unidades básicas de saúde e instituindo as especialidades e o sistema de saúde que está posto até os dias de hoje. Em 1953 é criado o Ministério da Saúde, encarregado de atividades de educação sanitária, inspeção médica de estrangeiros, trabalhos com crianças e gestantes.

Os IAPs foram reunidos em um só instituto, o Instituto Nacional de Previdência Social, sendo que dele apenas os contribuintes podem usufruir. Aparece a Assistência Privada de Grupos. Apenas em 1968 a Previdência Social é estendida ao homem rural. Em 1974 foram criados o Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS, encarregado das aposentadorias e benefícios. É criado o Ministério da Previdência e Assistência Social, o INPS – Instituto Nacional de Previdência Social, com assistência médica e odontológica para trabalhadores urbanos e rurais, e o IAPAS – Instituto de Previdência e Assistência Social encarregado do recolhimento de aposentadorias e pensões.

Na década de 80 o movimento de saúde passou a intervir na formulação das políticas de saúde. São criados: o CEBES – Centro Brasileiro de Estudos em Saúde, a ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva e outros. Nas políticas de saúde é criado o PREV-SAÚDE – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde que propõe a cobertura dos serviços básicos de saúde a toda a população; o CONASP – Conselho Nacional de Saúde Previdenciária, que sugeria a prioridade de utilização dos serviços públicos, e as AIS – Ações Integradas de Saúde, que propunham a reorganização do setor saúde, e começam a ser instaladas as Comissões Interinstitucionais Municipais de Saúde, com poder deliberativo sobre a política de saúde do município, controlando e fiscalizando as ações de saúde. Segue-se o SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde que garantiu aos municípios a gestão, controle e avaliação do sistema de saúde em nível municipal. Em 1986 ocorre a VIII Conferência Nacional de Saúde, cujo relatório final subsidiou a formulação do Sistema Único de Saúde, criado na Constituição de 1988.

A organização do Sistema Único de Saúde (SUS) tem trazido novidades para a sociedade brasileira. Como uma importante reforma de Estado, construída com base na mobilização de amplos setores sociais, o sistema de saúde está baseado em princípios e valores inovadores, como o conceito ampliado de saúde, a universalidade, a equidade, a ação intersetorial, a integralidade da atenção, com enfoque no campo da atenção e no campo da gestão de serviços e sistemas. As normas jurídicas do sistema de saúde brasileiro asseguram o desenvolvimento social e a participação da comunidade, com função deliberativa, nas decisões políticas, na busca de soluções, na eficiência dos vários componentes dos serviços públicos considerados essenciais para a garantia do direito à saúde instituído pela Constituição Brasileira.

O início formal das mudanças que vêm ocorrendo na nova organização do setor da saúde no Brasil deu-se com o evento chamado Reforma Sanitária, onde novos conceitos e exigências foram discutidos, e o conceito ampliado de saúde e o enfoque preventivo passaram a representar o estabelecimento de novas articulações numa sociedade em mudanças decorrentes da revolução industrial e da conseqüente globalização.¹¹ Esse movimento culminou com a promulgação da Constituição do país em 1988 que afirma, na Seção II, Da Saúde, Art.196, que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”; e no Art.197 aponta que “São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da Lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros”.

¹¹ AROUCA, A S. DA S. **O Dilema Preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. Tese de doutoramento apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 1975. P. 261.

O Art. 198 complementa: “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo: II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III – participação da comunidade”; o Parágrafo único, que trata do financiamento, determina que: “O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes”, constituindo-se, assim, o Sistema Único de Saúde.¹²

À Constituição se seguiu um conjunto de leis complementares; inicialmente a Lei Nº 8080, de 19 de setembro de 1990, e a Lei Nº 8142, de 28 de dezembro do mesmo ano, que direcionam, entre outras tantas, as competências e atribuições para os gestores de saúde, assim como os direitos dos usuários do sistema. Na Lei 8080/90, no capítulo II, dos Princípios e Diretrizes, no item II, verifica-se que a integralidade de assistência, prevista no artigo 198, é um “conjunto articulado e contínuo das ações e dos serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”. Os fatores determinantes e condicionantes da saúde são, conforme o artigo 3º desta mesma lei, “entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais”. Muitos avanços têm sido verificados com a implementação do processo de descentralização e de ações na gestão em saúde para reforçar consolidação do sistema de saúde no país. A Lei 8142/90 trata do modo de participação da comunidade, pois as políticas públicas não podem ser definidas sem a participação social, dependendo de negociações com a sociedade.

¹² BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Coleção Saraiva de Legislação. São Paulo: Saraiva, 2004.

A Constituição de 88 avança na questão da Ordem Social criando o conceito de Seguridade Social, assegurando os direitos à saúde, à previdência e à assistência social. Objetivos ameaçados pela escassez de recursos necessários para a implantação dos direitos sociais. Essa reforma mantém as cobranças ao Estado, defendendo a política social como ação estatal redistributiva. As mudanças da Reforma de Estado vêm orientando uma das tendências de mudanças ocorridas no setor saúde na última década: as inovações na modalidade de gestão.

É necessária a compreensão de sentidos e significados atribuídos à integralidade como princípio do SUS, não só como um conceito denso e abrangente, mas como elaboração de ferramentas de análise de programas e serviços centrados nesta diretriz e eixo norteador de novas formas de agir social em saúde. Deve-se discutir a integralidade na perspectiva das práticas eficazes no cotidiano das instituições, no enfrentamento da histórica dificuldade para implantação de modelos ideais, ações e pensamentos na construção da integralidade, na formulação de políticas específicas de saúde. Existem dificuldades decorrentes da ausência ou inadequação das condições necessárias à implementação de modelos, desencontro entre os objetivos constitucionais e as práticas concretas efetivamente exercidas.

Existe uma lacuna entre a produção do conhecimento, a responsabilidade administrativa advinda da legislação e a operacionalização dos serviços públicos onde atuam atores sociais distintos no desenvolvimento de suas práticas numa busca incessante de modelos de atenção. Há pouco conhecimento das diretrizes do SUS no cotidiano das práticas em saúde para o delineamento de um novo modo de produção dos serviços de saúde. A multiplicidade de desafios e diferentes níveis de abordagem no enfrentamento dos problemas de saúde, a percepção dos limites para atuação não exclui uma compreensão abrangente que a integralidade das ações em saúde exige.

O compromisso com esse princípio do SUS não minimiza a dimensão da responsabilidade nas práticas de saúde, inerente à formulação de políticas específicas

e à revisão de paradigmas bastante arraigados no campo da saúde pública. A necessidade de ações governamentais que se refiram à frequência excludente e desarticulada entre as dimensões assistenciais e preventivas, atualmente ainda com manifestações concretas nas estruturas de gestão. Essa fragmentação fornece explicações que minimizam o desconforto governamental diante de sua omissão em relação às necessidades de grupos específicos, na medida em que o sistema de saúde não corresponde adequadamente à demanda que a ele se apresenta. A noção de sistema traz implícita a idéia de funcionamento harmonioso entre partes, cada qual com sua função, que contribua para o bom funcionamento do todo.¹³

“O conceito de “sistema de saúde” denota uma concepção idealizada, de caráter normativo da saúde, que não se sustenta na prática. Qualquer observador atento do Sistema Único de Saúde (SUS), seja ele um investigador engajado em uma pesquisa, seja um dirigente ou gerente, sabe que o denominado “sistema de saúde” é, na verdade, um campo atravessado por várias lógicas de funcionamento, por muitos circuitos e fluxos de pacientes, mais ou menos formalizados, nem sempre racionais, muitas vezes interrompidos e truncados, construídos a partir de protagonismos, interesses e sentidos que não podem ser subsumidos a uma única racionalidade institucional ordenadora” (CECÍLIO E MERHY, 2003, p.199).

A descentralização do setor saúde envolve mudanças, um novo processo de articulação entre estado e sociedade, entre poder político e realidade social, transferindo o poder de decisão para os níveis municipais, o que exigiu a alteração da gestão do setor, tornando-a mais democrática e participativa. Esse novo perfil organizacional modificou as necessidades e o formato institucional do setor de direito mas não de fato, uma vez que essa mudança depende da alteração de práticas e de valores na cultura da comunidade e das organizações públicas, que determinam uma maneira própria de gerenciar as questões de saúde. Entretanto, apesar de

¹³ CECÍLIO, L.C.O E MERHY, E.E. A Integralidade do Cuidado como eixo da Gestão Hospitalar. In: PINHEIRO R.; MATTOS R.A. (org.) **Construção da Integralidade:** Cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2003.

descentralizadas, as ações continuam setorializadas, impedindo que as soluções sejam encaminhadas de maneira integrada.

1.1 JUSTIFICATIVA

Utilizamos como ponto inicial conclusões da pesquisa desta autora, chamada *Uma História do Binômio Saúde/Doença em Santa Cruz do Sul (1849-1908)*¹⁴, realizada por oportunidade do Mestrado em Desenvolvimento Regional, feito na Universidade de Santa Cruz do Sul, em dezembro de 1998. Ali foi apontado que o desenvolvimento das ações pertinentes às questões relacionadas ao processo saúde/doença e à instalação dos serviços de saúde.

Nas cinco décadas estudadas, foi apresentada, como uma das conclusões, que a evolução na área da saúde depende da evolução do conjunto de todas as outras áreas que colaboram para materializar determinado padrão de qualidade de vida de uma comunidade. Um dos maiores problemas de saúde comprovados na região foi relacionado ao período perinatal, quando a tentativa de soluções para as questões que envolviam a gravidez, o parto e o puerpério foram discutidas na comunidade, e soluções conjuntas foram buscadas, com o governo, com as parteiras, com os professores e com os médicos que atuavam na época.

Conforme a Carta de Ottawa, baseada nas discussões da Alma Ata, a ampliação do conceito de saúde sustenta-se sobre a “ação coordenada de todos os implicados: os governos, os setores sanitários e outros setores sociais e econômicos, as organizações beneficentes, as autoridades locais, a indústria e os meios de

¹⁴ PAULI, L.T. S. **Uma História do Binômio saúde/doença em Santa Cruz do Sul (1849-1908)**. Santa Cruz do Sul, 1998. Dissertação de Mestrado, UNISC - Universidade de Santa Cruz do Sul. p. 207.

comunicação”.¹⁵ Ela sustenta que a saúde é determinada por uma variedade de fatores agrupados.

A Constituição Brasileira, que institui como princípios o fortalecimento da descentralização, a integralidade da atenção à saúde, e a participação da comunidade, dá relevância pública às ações e serviços de saúde; à necessidade de novos modelos e de novas perspectivas de intervenção, sugerindo que a atuação municipal, frente às necessidades de saúde da população, seja de forma intersetorial.

O processo de descentralização intensificado a partir de 1993, por orientação do Ministério da Saúde na Norma Operacional Básica, vem permitindo o desenvolvimento de experiências inovadoras de planejamento e gestão no âmbito municipal, mas na prática tem se verificado a reprodução de um estilo de gestão que privilegia a gerência contábil e o atendimento à demanda por serviços médico-assistenciais e hospitalares de alta complexidade, melhor pagos pela tabela de pagamentos do Sistema Único de Saúde, do que de ações de promoção e de prevenção voltados para os determinantes e condicionantes de saúde, pouco ou não pagos pelo sistema.

“Mais do que a conscientização dos usuários, o representante dos usuários alerta para a necessidade de se considerar outras questões sobre o acesso no âmbito do SUS, relativo principalmente à cultura política local e sua relação com a saúde. A política clientelista e medicalização dos problemas de vida da população, com forte apelo à hospitalização, em detrimento de uma maior ênfase na prevenção com a integralidade das ações no ato em que o indivíduo é atendido” (PINHEIRO, 2001, p.78).¹⁶

¹⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. Promoção da Saúde. Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundswal e Declaração de Bogotá. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz, 1996.

¹⁶ PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R. A. (Org.) **Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2001. p.78.

A Carta de Belo Horizonte, documento produzido ao final do XIX Congresso Nacional de Secretários Municipais de Saúde, ocorrido em abril de 2003, propõe e expectativas para consolidação do Sistema Único de Saúde, aponta algumas prioridades de ações, entre elas, avançar no processo de descentralização do SUS, e direcionar esforços que garantam a integridade de atenção à saúde, estimulando as abordagens intersetoriais. As seguintes prioridades de ações foram descritas: 1. Avançar na consolidação do processo de descentralização do SUS; 2. Direcionar esforços que garantam a integridade de atenção à saúde, estimulando as abordagens intersetoriais de promoção da saúde; 3. Garantir o financiamento adequado nas três esferas gestoras do sistema; 4. Reconhecer a gestão de pessoas e as relações de trabalho como eixo central da atuação dos três níveis gestores; 5. Institucionalizar e regulamentar os fóruns de pactuação do SUS, Comissão Intergestora Bipartite e Tripartite; 6. Garantir a implantação de política de saúde diferenciada para a região norte; e o item que justifica plenamente este projeto, assim como o item 2 deste documento: 7. Garantir a implantação de política de saúde diferenciada de acordo com as peculiaridades regionais.

A administração pública é um instrumento capaz de mediar ou provocar processos de transformações sociais. Ela deve considerar a hegemonia política e cultural do grupo social prevalente no lugar, na busca dos elos entre a compreensão normativa e a organização de ações sociais complexas, exigidas pela população do município. O mais importante no método do planejamento é o conhecimento que se deve ter da realidade em que se está agindo e de sua inserção no conjunto das atividades.¹⁷

Freqüentemente, a atuação administrativa possui raízes em formas de gerência que, muitas vezes, permanecem na memória e na sistemática de trabalho das pessoas. O taylorismo apresenta a política de controle e gerência do trabalho, tendo

¹⁷ FERREIRA, F.W. **Planejamento sim e não**. Um modo de agir num mundo em permanente mudança. 12. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1998.

como princípio a fragmentação. O processo produtivo era baseado em tarefas realizadas no tempo e na produtividade. O trabalhador perde a noção do valor do seu trabalho e a visão geral do trabalho, refletindo-se na questão motivacional. O fordismo que surgiu em torno de 1920, com a produção em massa, em linhas de montagem nas quais a velocidade de movimento do produto não acabado é controlada mecanicamente e não pelos próprios trabalhadores. Os trabalhadores possuem um alto grau de especialização, mas a criatividade não é permitida, e a disciplina é imposta pelo administrador. No toyotismo a produção é voltada para a demanda, atendendo a exigências individuais, o trabalho operário é em equipe, com multivariada de funções. Aparece no sistema produtivo a terceirização, a organização ocorre através de Círculos de Controle de Qualidade onde grupos de trabalhadores são instigados a discutir seu trabalho e desempenho.¹⁸

O equacionamento das tarefas que cabem ao poder municipal exige de toda a equipe gestora o entendimento da complexidade e da necessidade de planejamento dos serviços, da infra-estrutura, dos equipamentos públicos e das atividades administrativas. É preciso decidir a ordem de prioridades, considerando as necessidades da população e os recursos disponíveis, e a dinâmica de trabalho.

A compreensão do contexto legislação/necessidades/ações decorre da comunicação estabelecida pelo grupo gestor, do contexto social e da estratégia de ação para garantir o bem comum. A representatividade, legitimada pelo sistema eleitoral, observadas as percepções individuais, as formas de encaminhamentos políticos e de trabalho, devem assegurar as modificações do meio e as deliberações necessárias à gestão pública municipal.

“No município, como espaço definido territorial e socialmente, é que se concretizará a integração interinstitucional e a ação intersetorial. Essa interação pode ser construída através de um processo dinâmico entre os sujeitos, mediada por novos paradigmas, que

¹⁸ MIRANDA, C. R. **Introdução à Saúde do Trabalho**. São Paulo: Atheneu, 1998.

devem informar a mudança das instituições sociais e de suas práticas” (JUNQUEIRA, 1997, p.36).¹⁹

Conforme JUNQUEIRA E INOJOSA (1997), a intersetorialidade transcende um único setor social e é a “articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeito sinérgico em situações complexas visando ao desenvolvimento social, superando a exclusão social”.²⁰ É uma nova lógica para a gestão da cidade, buscando superar a fragmentação das políticas, ao considerar o cidadão na sua totalidade.

A integralidade tem sido usada de forma corrente com referência à diretriz da atenção integral, como um princípio de igualdade da assistência e também, vista como um conjunto de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos nos diversos níveis de complexidade do sistema. Permanece ainda um grande desafio a ser enfrentado na luta pela implementação efetiva do sistema, onde o acesso universal com efetividade e resolutividade deveria ser uma garantida. A universalidade, a integralidade e a equidade da atenção à saúde constituem a finalidade ético-política do sistema de saúde expressa em contribuição para a melhoria das condições de saúde e vida da população brasileira.²¹

Se faz necessária a utilização de todo o potencial que a máquina pública tem à disposição, tanto em conhecimento técnico, político, social, econômico, como buscando formas de minimizar gastos com ações que podem e devem ser de prevenção e conscientização da própria população. A práxis engloba tanto a ação objetiva do homem quanto suas produções subjetivas, articulando ações e intenções”.

¹⁹ JUNQUEIRA, L. A.P. **Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade.** Saúde e Sociedade. 6(2):31-46, 1997. p. 36.

²⁰ JUNQUEIRA, LAP E INOJOSA, RM. **Desenvolvimento social e intersetorialidade: a cidade solidária.** São Paulo: FUNDAP, 1997.

²¹ SILVA, J. P. V., PINHEIRO, R., MACHADO, F. R. S. Necessidades, demanda e oferta: algumas contribuições sobre os sentidos, significados e valores na construção da integralidade na reforma do Setor Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, no.65, p. 234-242, set/dez. 2003.

A práxis, então, articula o projeto teórico com a decisão da ação, supondo uma prática.²²

Conforme CONILL (2004), os mesmos aspectos que envolvem a avaliação de serviços e dos sistemas de saúde se aplicam ao esforço para avaliar a integralidade, ou seja: “a multifatorialidade do processo saúde/doença, a diferença entre a dimensão individual e coletiva do conceito de qualidade, a relatividade da noção de valor e o fato de que processos avaliativos lidam com relações sociais e processos organizacionais complexos”.²³

“A questão da integralidade representa, hoje, talvez o maior desafio nas práticas de saúde, não como questão institucional ou política, mas como desafio cultural, para romper com as formas cristalizadas de se entenderem e realizarem ações técnicas e que conformam padrões de intervenção em saúde já tornados tradição” (SCHRAIBER, L. B. 2003).²⁴

1.2 HIPÓTESE

O conceito ampliado de saúde vem sendo construído através do tempo por movimentos mundiais, que modificaram o foco de atenção à saúde do individual para o coletivo, envolvendo o contexto econômico e social no processo. Conforme a Constituição Brasileira, saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e

²² ACIOLI, S. Os sentidos das práticas voltadas para saúde e doença: maneiras de fazer grupos da sociedade civil. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R. A. (Org.) **Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2001. p.157.

²³ CONILL, E.M. Avaliação da Integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 20(5):1477-1423. set-out, 2004.

²⁴ SCHRAIBER, L. B. **Desafios Atuais da Integralidade em Saúde**. Disponível em: <<http://www.redesaude.org.Br/jornal/html/bodyjr17-desafios.html>>. Acessado em 09/07/2003.

recuperação. Ela institui o Sistema Único de Saúde com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.

A Lei Orgânica da Saúde aponta como fatores determinantes e condicionantes da saúde, condições que, em nível de gestão pública municipal, organizam-se de forma setorial. A descentralização exige da gestão municipal o desenvolvimento das diretrizes do sistema de saúde, ou seja, a gestão municipal precisa compreender a complexidade de todos os conceitos legais, tais como universalidade, equidade, integralidade, e outros, para poder atuar de forma eficaz na garantia do direito à saúde.

Assim, a integralidade das ações em saúde representa um desafio cultural, na medida em que, centrada no conceito ampliado e envolvida pelos fatores determinantes e condicionantes da saúde, exige a intervenção intersetorial da gestão pública municipal para a melhoria das condições de saúde da população. É necessário, então, redimensionar as ações da gestão pública municipal, para atuação intersetorial, a fim de promover ações integrais em saúde. Para tanto, é necessário que o grupo dos gestores municipais compreendam a construção histórica, a amplitude do conceito de saúde e as exigências legais postas pelo sistema de saúde na atualidade, a análise do marco referencial que compõe as experiências do dia-a-dia, seus determinantes históricos estruturais.

Hipóteses da pesquisa 1: os gestores desconhecem o conceito ampliado de saúde determinado pela legislação; ignoram que seu setor de trabalho tenha implicações diretas com a área da saúde; desconfiam da necessidade de trabalhar em conjunto com certas áreas; e acham que este tipo de trabalho seja muito difícil de se desenvolver.

Hipóteses da pesquisa 2: esclarecidos a respeito do conceito de saúde apresentado pelo grupo; da importância e da possibilidade do trabalho intersetorial; e do conceito e da exigência legal da integralidade das ações em saúde, os gestores

municipais passaram a perceber a necessidade do trabalho intersetorial para atingir a integralidade das ações em saúde; e perceberam as diversas exigências de organização do trabalho para que se alcance a integralidade.

O processo de desenvolvimento das diretrizes legais do Sistema Único de Saúde está condicionado à complexidade e abrangência dos conceitos teóricos e da prática que está ao alcance da gerência pública nos municípios que são os principais atores na descentralização. É necessário redimensionar as ações da gestão pública municipal, com base nestes conceitos e nas práticas, para viabilizar a otimização de recursos materiais e técnicos, que objetivem um processo contínuo de tomada de decisão em grupos de trabalho intersetorial, que analise e priorize as necessidades e os problemas que se apresentam na população, buscando soluções de abordagem com ações de promoção da integralidade.

Nesse sentido, buscamos conhecer qual a representação do conceito de saúde existente nas várias instâncias municipais de governo, todos membros representativos da comunidade; a percepção desses setores de trabalho a respeito de seu envolvimento com o processo de saúde/doença da comunidade; e, também, se a compreensão das expressões legais decorrentes do conhecimento do conceito ampliado de saúde faz com que estas instâncias percebam a necessidade do trabalho intersetorial para a melhoria na integralidade das ações em saúde no município.

Consideramos que isso pode vir a conferir uma nova direcionalidade ao processo de transformação das práticas de saúde, tendo em vista a mudança nas condições que determinam e condicionam os fenômenos saúde-doença na população. E que proporcione efetiva dimensão de mudança cultural e comportamental por parte dos responsáveis pelo bem-estar da população no nível municipal, envolvendo conhecimento científico, trabalho intersetorial e operacionalização prática dos representantes legais na gestão pública.

Como articular distintas racionalidades na explicação da situação de saúde e no planejamento da intervenção sobre os problemas de saúde, ou seja, uma racionalidade técnica com uma racionalidade política e uma racionalidade administrativa, entendendo-se que o plano técnico reproduz tensão entre um enfoque clínico individual e coletivo dos problemas de saúde. Como objeto do planejamento, a relação que se estabelece em cada realidade social e sanitária específica entre os problemas de saúde e a possibilidade de resposta da sociedade sobre os mesmos, facilita os processos locais de planejamento na identificação e na capacidade de resposta aos problemas.

A incorporação dos conceitos, o diálogo produzido pelo trabalho intersetorial e sustentado pela prática, principalmente em nível local pode vir a conferir uma maior direcionalidade ao processo de transformação das práticas. É um caminho promissor para a elaboração de concepções e práticas que têm como finalidade as mudanças nas condições que determinam e condicionam os fenômenos saúde/doença na população.

A importância da trajetória de situações que vão sendo construídas em um processo de comprometimento social, objetivos definidos em conjunto pelos atores que participam do processo, a modificação das práticas, a qualificação dos seus agentes, o aperfeiçoamento de suas técnicas e de seus instrumentos de trabalho, a adequação das estruturas organizacionais, uma construção cotidiana construída pelo embate entre proposições, estratégias nos vários planos em que ocorre a formulação de políticas, na capacidade de compreender e intervir em distintos níveis de complexidade tecnológica e operacional, sobre as necessidades e demandas que se modificam a cada momento exigindo um processo dinâmico.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivos da Pesquisa 1

- Analisar a percepção relativa ao conceito de saúde/doença nos vários níveis do governo municipal e o relacionamento do setor de trabalho na gestão pública com a área da saúde;
- Verificar a percepção a respeito da viabilidade do trabalho intersetorial no contexto político organizacional do município.

1.3.2 Objetivos da Pesquisa 2

Avaliar a percepção do grupo gestor sobre a importância do trabalho intersetorial como estratégia para promoção da integralidade das ações em saúde, depois de esclarecidos a respeito do conceito de saúde apresentado pelo grupo; da importância e da possibilidade do trabalho intersetorial; e do conceito e da exigência legal da integralidade das ações em saúde.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 O CONCEITO AMPLIADO DE SAÚDE E A MULTIFATORIALIDADE DO PROCESSO SAÚDE/DOENÇA

2.1.1 O Nascimento da Medicina Social

A medicina na Idade Média era do tipo individualista e as dimensões coletivas da atividade médica extraordinariamente discretas e limitadas. Grandes mudanças ocorreram na área da saúde e na medicina no final do século XVIII, levando a medicina prática a se concretizar como área científica “... a medicina moderna é uma medicina social que tem por *background* uma certa tecnologia do corpo social; a medicina é uma prática social que somente em um de seus aspectos é individualista e valoriza as relações médico-doente”.²⁵

A primeira evolução do capitalismo, entre o final do século XVIII e início do século XIX, socializou o corpo enquanto força de produção, força de trabalho. O controle da sociedade sobre os indivíduos começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica.

FOUCAULT (1993) aplicou o estruturalismo, corrente filosófica que se desenvolve na França a partir da segunda metade do século XX, em oposição ao existencialismo, historicismo e humanismo em geral. “Calcada na tentativa de dar rigor científico às ciências sociais, com lastro nos avanços alcançados na psicologia e na lingüística”. A história da cultura seria informada por estruturas epistemológicas

²⁵ FOUCAULT, M. O Nascimento da Medicina Social. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 11. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1993. p.79.

(conjunto de leis que definem o âmbito dos objetos, estabelecendo as relações entre eles, seu comportamento e desenvolvimento), que agiriam no nível do inconsciente, nutrindo todos os campos do saber de uma época.

Os inquéritos sobre os recursos e o funcionamento dos Estados foram uma especialidade, alemã do século XVIII. A pequena dimensão dos Estados tornou necessária e possível essa consciência discursiva do funcionamento estatal da sociedade. “Entre uma burguesia economicamente desocupada e soberanos em luta e situação de afrontamento perpétuos, se produziu uma cumplicidade e a burguesia ofereceu seus homens, sua capacidade, seus recursos, etc., à organização dos Estados. O Estado moderno nasceu onde não havia potência política ou desenvolvimento econômico e precisamente por essas razões negativas”.²⁶

No final do século XVI e começo do século XVII inicia um período denominado mercantilismo, não apenas uma teoria econômica mas uma prática política que consiste em controlar os fluxos monetários entre as nações, os fluxos de mercadorias correlatos e a atividade produtora da população. A França, a Inglaterra e a Áustria começaram a calcular a força produtiva de suas populações. Aparecem as estatísticas de nascimento e mortalidade, índices de saúde da população e a preocupação em aumentar a população. Em 1764, na Alemanha, a partir da noção de *Medizinichepolizei*, se desenvolverá uma prática médica efetivamente centrada na melhoria do nível de saúde da população. Essa medicina de Estado, que aparece antes mesmo da formação da grande medicina científica, não tem por objeto a formação de uma força de trabalho adaptada às necessidades das indústrias que se desenvolvem. Não visa o corpo que trabalha, mas ao corpo dos indivíduos enquanto constituintes globalmente do Estado. È o exemplo que mostra o início da medicina moderna como sendo o máximo de estatização.

²⁶ FOUCAULT, M. O Nascimento da Medicina Social. In: **Microfísica do Poder**, 11. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1993. p.80.

Na França, nos fins do século XVIII, com o fenômeno da urbanização, o proletariado aumenta a pressão política no interior das cidades. As revoltas de subsistência conduzirão à grande revolta da Revolução Francesa. Há então necessidade de um poder político capaz de esquadrihar essa população urbana. Nessa época aparecem certos medos na vida urbana, tais como a população numerosa demais, as epidemias urbanas, o medo dos esgotos. Para dominar esses fenômenos médicos e políticos que inquietavam a população das cidades são tomadas as medidas da quarentena (tidas como um plano de urgência que controlava a movimentação das pessoas), a organização do espaço urbano, a vigilância e o registro centralizado, a desinfecção das casas.

Existem dois modelos de organização médica na história ocidental: medicina de exclusão (o caso da Lepra expulsos do espaço comum) e o internamento, suscitado pela peste. A inserção da medicina no funcionamento geral do discurso e do saber científico se fez através da socialização da medicina, devido ao estabelecimento de uma medicina coletiva, social, com enfoque urbano. Considerava-se que a salubridade é a base material e social capaz de assegurar a melhor saúde possível aos indivíduos.

Na Inglaterra, com o desenvolvimento industrial, surge a assistência controlada, com a organização de um serviço de controle médico da população (controle da vacinação, organização do registro das epidemias, localização dos lugares insalubres, destruição dos focos de insalubridade).²⁷ O “*health service act*” possibilitou a assistência médica ao pobre, o controle de saúde da força de trabalho e o desenvolvimento geral da saúde pública, protegendo as classes privilegiadas dos riscos gerais representados pela falta de saneamento e condições de habitação e aglomeração nas cidades, e pela ausência de higiene que se relacionavam com as epidemias, isso possibilitou a organização de uma medicina com faces e formas de

²⁷ ROSEN, G. **Uma História da Saúde Pública**. São Paulo: UNESP/HUCITEC/ABRASCO, 1994. p. 216.

poder diferentes, segundo se tratasse da medicina assistencial, administrativa e privada. De maneira geral, pode-se dizer que, diferentemente da medicina urbana francesa, projeto geral de controle sem instrumento preciso de poder, e da medicina de Estado da Alemanha, pouco flexível, aparece, no século XIX, sobretudo na Inglaterra, uma medicina que permitia a existência de um esquadramento médico bastante complexo, fazendo funcionar esses três setores da medicina.

A situação da morbimortalidade em todo o mundo, no século XIX, era caracterizada pela predominância das doenças infecciosas. Vivia-se, ainda, no campo da saúde, uma prática do ensino médico de caráter empírico, não especializado. Na Europa e na América do Norte, o movimento sanitário interferiu na situação da saúde por meio da legislação, de grandes obras de engenharia fortaleceram as ações de Saúde Pública.²⁸ Foram fundadas as primeiras instituições universitárias e as primeiras sociedades científicas. Nessa época a difusão, em 1800, da vacinação contra varíola; a identificação do microorganismo causador da cólera, feita por Koch em 1883 o desenvolvimento da teoria dos germes nas doenças infecciosas, feita por Pasteur deslocam o pensamento causal em saúde do ambiente físico e social, para a idéia da natureza biológica da doença.

A partir da segunda metade do século dezenove, a higiene envolve a sociedade, e a saúde pública torna-se prioridade política. Entretanto a importância dos investimentos em saúde, a idéia de prevenção inicia a ser difundida.²⁹ Em 1910, Abraam Flexner publicou o chamado Relatório Flexner, sobre a realidade do ensino médico nos Estados Unidos, que determinou os rumos que o ensino médico tomaria. O modelo flexneriano, com ênfase na pesquisa biológica e no reforço à especialização, instituiu o ideário hegemônico no campo da saúde. O principal elemento desse referencial é o curativismo, em que o diagnóstico e a terapêutica são

²⁸ ADORNO, R. C. F. **A cidade como construção moderna**: um ensaio a respeito de sua relação com a saúde e as “qualidades de vida”. *Saúde e Sociedade* 8(1):17-30. 1999. p. 26.

²⁹ DALLARI, S. G. Direito Sanitário. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Direito Sanitário e Saúde Pública**. Coletânea de Textos. v. 1. Brasília, 2003. p. 42.

primordiais no processo. Surgem, então, os hospitais universitários. O indivíduo é o objeto das ações em saúde, excluídas dessas ações o contexto ambiental, o social e o histórico. Tal estrutura fundamenta as ações em saúde até a atualidade, talvez como herança cultural dessas práticas sanitárias.

O início da era terapêutica foi fortalecido a partir da Segunda Guerra Mundial, quando as grandes esperanças de recuperação da saúde estavam na assistência clínica, oferecida principalmente dentro do ambiente hospitalar. A dicotomia prevenção e cura aparece neste contexto. Surge o modelo da medicina integral, também por influência americana, que recomenda a integração dos alunos em programas médico-sociais de higiene e prevenção. Nessa época são criados os Departamentos de Medicina Preventiva nas escolas médicas com a participação dos alunos e professores em atividades de extensão, ligadas a programas de assistência domiciliar e familiar. O aparecimento dos Centros de Saúde Escolar pode ser visto como materialização desta proposta.

No final do século XX diminui a importância das doenças transmissíveis e aumentam as denominadas doenças degenerativas. O próprio desenvolvimento da epidemiologia e da imunologia gerou várias crises: no mecanicismo, com o desenvolvimento da noção de risco, de exposição e suscetibilidade (uma causa atuando sobre um corpo nem sempre vem a produzir o efeito esperado); no biologismo e na unicausalidade, com a extensão das noções da epidemiologia das doenças transmissíveis para as não transmissíveis, e com a idéia de multicausalidade; igualmente, com a conceituação de fator de risco nas doenças degenerativas, quase sempre associado ao meio físico e ou social. Como consequência mais imediata desse processo houve o deslocamento da ênfase curativa para a prevenção, resultado do que se poderia reconhecer como a crise no curativismo, pois os fatores que condicionavam a saúde não se limitavam aos elementos tradicionais do processo saúde/doença, conforme descritos pelo modelo flexeneriano: doença, diagnóstico, terapia, recuperação da saúde.

A saúde de um indivíduo, de um grupo de indivíduos, ou de uma comunidade depende também das interações dos grupos sociais, das políticas adotadas pelos governos, dos mecanismos de atenção à doença, do ensino da medicina, da educação, das intervenções sobre o meio ambiente. Lentamente, na área do ensino, foram sendo introduzidas novas disciplinas e conteúdos, enfatizando a dimensão social do conhecimento, adequando a formação profissional à realidade da população e dos serviços.

2.1.2 Evolução Conceitual

Historicamente, documentos destacam que a saúde deve ser observada de forma mais abrangente, como um complexo e dinâmico equilíbrio de relações dos homens entre si e com a natureza: Conferência de Alma Ata, 1978; Carta de Ottawa, 1986; Declaração de Jacarta a saúde e a doença fazem parte de um único processo condicionado e determinado por uma rede de fatores causais, ultrapassando a visão unicausal, baseada no fator biológico ou psicológico. O processo saúde/doença, numa visão multicausal, é visto como resultado coletivo de fatores políticos, econômicos, sociais e culturais. A OMS e a UNICEF,³⁰ retomando a Teoria de Maslow, chamam a atenção para as necessidades humanas básicas e para os fatores condicionantes da saúde das populações. Elas adotam uma visão de medicina integral, que supõe a interpenetração dos fatores biológicos, psicológicos e sociais como elementos condicionantes de doenças e denunciam as desigualdades entre países e regiões.

No início de 1970, muitos países começaram a perceber os efeitos dos custos do setor saúde, acompanhados de uma sensação de ineficiência das práticas, voltadas somente para a cura das doenças, num modelo biomédico. Em 1974, Lalonde, então ministro da saúde canadense, publicou *A New Perspective on the Health of*

³⁰ OMS/UNICEF. Reunião realizada em Alma Ata, União Soviética - 1978, por 144 países membros da ONU, de diferentes ideologias políticas.

Canadians que introduzia a idéia de uma abordagem estruturalista, acrescentando o incremento ambiental e o comportamental, relativo ao estilo de vida da população, interferindo no processo saúde/doença.³¹

A nova perspectiva de saúde desencadeou uma série de discussões, lideradas pela Organização Mundial da Saúde, como a Conferência de Alma Ata, 1977, na União Soviética, que gerou a Declaração de Alma Ata. Desta experiência surgiu o conceito de Atenção Primária à Saúde³² e uma ênfase na participação das comunidades no planejamento dos serviços de saúde, exigindo a aplicação de técnicas de planejamento e administração científica aos sistemas de saúde.

Na Carta de Ottawa³³ Carta de Compromisso, da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, ocorrida em novembro de 1986 em Ottawa, Canadá, conceitua-se a promoção da saúde como o processo de capacitação da população para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo. Acrescenta-se que, para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e os grupos

³¹ SOUZA, E. M; GRUNDY, E. Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, n. 5. Rio de Janeiro; 2004. v. 20.

³² Estratégia eleita pela Organização Mundial da Saúde como caminho para atingir a meta Saúde para Todos no Ano 2000, adotada pela Secretaria Estadual de Saúde, no Rio Grande do Sul, em 1979, dentro das políticas de serviço básico de saúde, recomendados pelo Ministério da Saúde. “Atenção Primária à Saúde é a assistência sanitária essencial, baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundamentadas e socialmente aceitas, postas ao alcance de indivíduos, famílias e comunidades, mediante sua plena participação, a um custo que o país possa suportar”. FEIX, R. Médico sanitário, Técnico da Assessoria de Planejamento da Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente. Escola de Saúde Pública, Curso de Especialização em Saúde Pública/Sanitarista, Disciplina de Administração e Planejamento. A Atenção Primária à Saúde: Conceituação e Evolução Histórica, 1984. (mimeo)

³³ MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Promoção da Saúde**. Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundswal e Declaração de Bogotá. Brasília: Fundação Oswaldo Cruz, 1996.

devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A ampliação do conceito de saúde sustenta-se na ação coordenada de todos os implicados: os governos, os setores sanitários e outros setores sociais e econômicos, as organizações beneficentes, as autoridades locais, a indústria e os meios de comunicação.

Tomando por horizonte o conceito da Organização Mundial da Saúde em sua definição de saúde como “estado de completo bem-estar físico, mental e social, não somente a ausência de doenças e enfermidades”, KLOETZEL (1973), afirma que essa “definição ambiciosa e generosa, sugere alargamento dos horizontes da Medicina e sua colaboração com outras esferas de atividade humana, uma vez que não se visa apenas à integralidade física do indivíduo”.³⁴ Ela certamente constituiu um passo importante na elaboração de um novo conceito de saúde, que introduz a noção de prevenção de doenças e a responsabilidade de outros profissionais, além do médico, como dentistas, veterinários, enfermeiros, sociólogos, psicólogos e engenheiros, mostrando “os princípios de uma Medicina integrada e integral”.

Esse conceito recupera a noção hipocrática de equilíbrio dinâmico entre o organismo humano e seu meio, numa relação estável entre as influências ambientais. Ele inclui a capacidade do indivíduo de lidar com os efeitos adversos (ou condições incapacitantes) dos fatores que causam desequilíbrios ou incapacidades tanto físicas como mentais. Nesse sentido, pode-se dizer que se avançou em direção a um conceito positivo em relação à saúde, que enfatiza recursos sociais e pessoais, além das capacidades físicas e das habilidades individuais.³⁵

³⁴ KLOETZEL, K. **As bases da medicina preventiva**. EDART. São Paulo: Livraria Editora Ltda, 1973. p. 17.

³⁵ BRESLOW, L. **Da prevenção das doenças à promoção da saúde**. JAMA Brasil, Agosto 1999-vol.3-nº7. p. 2258. Comentário baseado em uma conferência na Escola de Higiene e Saúde Pública da Universidade Johns Hopkins, em 5 de outubro de 1997.

A idéia de promover saúde antecede o uso explícito do termo, que parece ter adquirido importância na última parte do século XX. As doenças parecem ameaçar menos, devido ao conhecimento de sua história natural, do controle epidemiológico e dos avanços tecnológicos, que minimizam as doenças e a incapacidade durante o tempo de vida das pessoas.

A compreensão do complexo saúde/doença como um processo, em que um conjunto de fatores interagem na determinação do seu desenvolvimento, exige dos profissionais uma série de condutas fundamentadas em muitos ramos da ciência, para intervenção nesse processo. A perspectiva de abordagem da doença como um processo de causalidade múltipla, de Leavell e Clark, visa definir a aplicação de medidas preventivas relacionada aos níveis da história natural de qualquer doença no homem, referindo-se aos múltiplos fatores condicionantes do processo dinâmico de saúde e de doença. “Toda condição de saúde e doença no homem tem sua origem em outros processos antes que o próprio homem seja envolvido”.³⁶ É necessário, tanto no nível individual como coletivo, que os envolvidos neste processo compreendam a complexidade das atividades relacionadas à saúde, suas finalidades e objetivos, e disponham de grande percepção frente às questões deste processo.

“A saúde é o resultado de forças em constante reação, e a ocorrência de doenças em indivíduos ou sua distribuição por grupos humanos pode ser melhor compreendida, se se consideram as múltiplas causas que influenciam as relações agente-hospedeiro no meio ambiente, antes e durante o processo da doença. Uma causa é aquilo que produz um resultado ou um efeito. O complexo processo de redução da saúde é o resultado de um encadeamento contínuo de causas e efeitos e não apenas de causas singulares ou específicas” (LEAVELL E CLARK, 1976, p.12).

A teoria da multicausalidade demonstra que a produção ou determinação social do processo de saúde e doença de uma sociedade depende, além da cultura, do

³⁶ LEAVELL, H. R; CLARK, E. G. **Medicina Preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill, 1976. p. 14.

modo de organização desta sociedade, exigindo da saúde pública e das políticas públicas um processo de intervenção diferenciado. Quando algumas causas são identificadas, a prevenção depende de certas medidas apropriadas para interceptar este processo, dissipando seus efeitos.

Os níveis de prevenção dividem-se em cinco, sendo a prevenção primária dividida em promoção de saúde e proteção específica; a prevenção secundária em diagnóstico e tratamento precoce e limitação da invalidez; e a prevenção terciária em reabilitação. Na prevenção primária, as medidas de promoção da saúde visam à educação e à motivação sanitárias, em atividades de promoção para um ótimo desenvolvimento físico, mental e social, sendo necessária ao conjunto da população. A proteção específica visa interceptar as causas de doenças antes que atinjam o homem.

O ser humano está permanentemente variando seu permeável estado de saúde e de doença, desde o seu nascimento até a sua morte. O acúmulo de conhecimento a respeito dos determinantes de saúde e o desenvolvimento de tecnologias cada vez mais complexas estão levando a uma capacidade aumentada de detectar e manejar as enfermidades e prevenir as doenças e promover a saúde, mesmo em face das mudanças nos perfis demográficos de envelhecimento das populações e das mudanças nos padrões de riscos de adoecer. A prevenção representa o estabelecimento de uma nova articulação com uma sociedade em mudanças decorrentes da revolução industrial e a conseqüente globalização.³⁷

“Assumir, no plano individual, a universalidade do cuidado à saúde e praticá-lo no cotidiano é, no discurso preventivista, uma questão de atitude, portanto, o ponto de articulação da totalidade criada com o campo médico. Atitude que não representa uma dedução ou conseqüência lógica do conhecimento médico, mas que,

³⁷ AROUCA, S. S. **O Dilema Preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. Tese de doutoramento apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, mimeo, 1975. 261p.

para emergir como proposta, necessita de uma demonstração, de uma vinculação dos seus executores: não é uma conduta natural diante das exigências de seu objeto, é muito mais uma atitude construída diante de uma problemática” (AROUCA, 1975. p.18).

2.1.3 O Sistema Único de Saúde

O conceito de saúde vem sofrendo modificações em sua percepção cada vez mais ampla, incluindo-se questões como qualidade de vida, bem-estar social, promoção de saúde, ações preventivas, embora, atualmente, ainda se encontre a maioria dos profissionais de saúde e gestores envolvidos apenas observando as necessidades do sistema assistencialista. Culturalmente, ainda se percebe que o conceito ampliado de saúde e suas necessidades aparecem em segundo plano. É necessária a redefinição da organização e do funcionamento dos sistemas e dos serviços de saúde que atuam na abrangência municipal, base do Sistema Único de Saúde - SUS.

Usar a dialética para buscar algum tipo de conceito sobre necessidades de saúde e modelo de intervenção, utilizando o campo das múltiplas interpretações, em busca do raciocínio lógico para devidas conclusões, certamente é um desafio bastante grande para uma administração municipal, que busca seguir os preceitos do sistema de saúde nacional. ALMEIDA et al. (1998) comentam que a saúde deve ser entendida em sentido mais amplo, não como um bem de troca, mas como um bem comum, um bem e um direito social.³⁸

A VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, em 1986, foi um evento político-sanitário importante devido ao seu caráter democrático e ao processo social estabelecido, com a ampliação dos debates com as esferas estaduais e municipais. A Comissão Nacional de Reforma Sanitária, presente nesse debate tinha como aspectos

³⁸ ALMEIDA, E. S, CASTRO, C. G. J, LISBOA, C. A.. **Distritos Sanitários: concepção e organização.** São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. v. 1. (Série Saúde & Cidadania)

principais, o aprimoramento do conceito ampliado de saúde, da saúde como direito de cidadania e dever do Estado e a necessidade de instituição de um Sistema Único de Saúde. Esses pontos foram adotados na Carta Magna, em 1988.

O sistema denomina-se “único” pois as diretrizes e princípios devem ser seguidos de forma unívoca pelas esferas federal, estadual e municipal de governo. Isso implica um conjunto de unidades, serviços e ações que interagem para um fim comum³⁹, focando seus objetivos finais de “dar assistência à população baseada no modelo da promoção, proteção e recuperação da saúde” buscando “os meios – processos, estruturas e métodos” para alcançar esses objetivos.⁴⁰

O homem ao longo de sua evolução histórica influencia a realidade, tanto pela ocupação do espaço, numa urbanização muitas vezes não organizada e sem condições sanitárias, quanto pela organização da vida social e intensificação das relações sociais. Isso possibilita a troca de informações pela resposta cultural característica do tempo e do espaço, moldando as representações sociais. Essa visão, em linhas muito amplas, implica relacionar a vida social, ao mundo que a cerca.

Levando-se em consideração as relações sociais, os valores culturais e os interesses dos diferentes grupos sociais, os modelos de atenção à saúde de cada comunidade são caracterizados pelo seu processo político.⁴¹ Sendo uma prática dinâmica, que deve buscar, conforme as bases do SUS, a integralidade das ações, o processo político, do qual depende do modelo de atenção proposto para a comunidade, devendo seguir as diretrizes constitucionais, as normas legais, respeitar

³⁹ CARVALHO, M.S. A Saúde como Direito Social Fundamental na Constituição Federal de 1988. p. 26. **Revista de Direito Sanitário**. V. 4. n. 2, julho de 2003. São Paulo: LTr, 2003.

⁴⁰ WESTPHAL, M. F; ALMEIDA, E. S. Gestão de Serviços de Saúde. São Paulo: EDUSP, 2001. p. 35.

⁴¹ MINAYO, M. C. (org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 2. ed. Rio de Janeiro: Vozes; 1994.

a historicidade, conforme preceitos culturais e a percepção frente ao conceito de saúde deste conjunto social.

A autonomia buscada no conhecimento e na crítica, a consciência de ser cidadão, as condutas éticas e a responsabilidade pela representação política dos municípios são práticas capazes de intervir no processo saúde/doença por meio de ações fundamentadas na cultura da promoção, proteção e recuperação, envolvendo valores, política e modernização das práticas administrativas e gerenciais, para melhoria da saúde dos indivíduos.

A política de satisfação de necessidades embutidas numa questão socialmente engendrada constitui uma arena incontestável de conflitos de interesses. O próprio indivíduo desenvolve um mecanismo natural de se autocuidar, que pode, consciente ou inconscientemente, estar protegendo ou promovendo seu bem-estar físico ou psíquico. Algumas vezes, contudo, necessita da intervenção por meio de conhecimento específico e de infra-estrutura para recuperar/promover o seu estado de saúde. A promoção da saúde vai além dos cuidados assistenciais, exigindo prioridades políticas de dirigentes, em todos os níveis e setores no município.⁴²

O Sistema Único de Saúde brasileiro segue os princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade e, quanto à sua organização, rege-se pelos princípios da regionalização, hierarquização, resolutividade, descentralização e participação da comunidade.

Um sistema de saúde que atende apenas à demanda espontânea utiliza de modo ineficiente os recursos, além de produzir baixo impacto sobre os dados epidemiológicos. O modelo de atenção, devidamente adequado ao meio social e

⁴² PEREIRA, P. A. P. **Necessidades Humanas:** subsídios à crítica dos mínimos sociais. São Paulo: Cortez Editora, 2000.

sanitário a que se propõe, fundamentado histórico/culturalmente, deve ter como objetivo ações de intervenção sobre o processo saúde/doença nesta comunidade.

O futuro do Sistema Único de Saúde “relaciona-se à necessidade de substituição dos modelos médico-assistencial e assistencial-sanitarista, ainda hegemônico entre nós. Seus princípios e diretrizes foram calcados na visão de que a melhoria da qualidade de vida e saúde da população não se limita somente ao sistema de saúde, mas como esse interage com a sociedade através de políticas públicas intersetoriais e práticas transformadoras...”. Trata-se de evitar os reducionismos e buscar possibilidades de avanços conceituais e metodológicos frente aos processos saúde-doença mais complexos.⁴³

A responsabilidade pública é um componente essencial para o fortalecimento das políticas comprometidas com a saúde. Os governos e os setores sociais que concentram recursos são igualmente responsáveis perante os indivíduos, quanto às conseqüências de suas decisões políticas ou à falta delas, sobre a saúde das populações.

A promoção da saúde transcende atividades e decisões individuais, transformando-as em coletivas, pois implica um processo mais abrangente, contínuo, que envolve prevenção, educação e a participação de diferentes setores da sociedade.

O setor saúde pode ser reconhecido como inovador avançando para um novo direcionamento das questões na gestão pública municipal. O papel central da saúde no amplo movimento democrático ocorrido nos anos 70, após 15 anos de ditadura, principalmente na caminhada conhecida como Reforma Sanitária, e a descentralização das ações em saúde torna possível o avanço das discussões relativas

⁴³ PORTO, M. F; LACAZ, F. C; MACHADO, J. M. H. Promoção da Saúde e intersetorialidade: contribuições e limites da vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, set/dez, 2003. p.193.

ao conceito ampliado de saúde, fortalecendo a formulação de políticas públicas, a orientação de novas práticas governamentais e de participação de vários atores sociais.

A discussão sobre promoção da saúde representa a possibilidade de mudanças no modo como se concebe e se pratica a saúde. Seus princípios e diretrizes foram calcados na visão de que a melhoria da qualidade de vida e de saúde da população não se limita somente ao sistema de saúde, mas, como esse, interage com a sociedade através de políticas públicas intersetoriais e estratégias transformadoras, “quanto mais distantes da lógica dos modelos médico-assistencial e sanitarista estão os processos saúde-doença, maior será a necessidade de serem construídas práticas alternativas e intersetoriais que superem seus limites intrínsecos”.⁴⁴

Seguindo-se os preceitos dos campos de atenção à saúde, é possível enquadrar o espectro de ações nos chamados níveis de atenção à saúde, representados pela promoção, pela proteção e pela recuperação, observando-se sempre como prioridade o caráter preventivo. O processo circula neste gradiente progressivamente diferenciado, interagindo e se transformando simultaneamente. As ações de saúde devem ser integradas, levando-se em consideração todos os indivíduos da população expostos a fatores de risco ou não. No campo da saúde, podemos observar a inter-relação de fatores como os biológicos ou individuais o estilo de vida, e a forma de organização dos serviços de saúde.⁴⁵

⁴⁴ PORTO, M. F. S; LACAZ, F. C; MACHADO, J. M. H. Promoção da Saúde e intersetorialidade: contribuições e limites da vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, set/dez, 2003. p.193.

⁴⁵ MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Norma Operacional Básica – SUS nº 1/96**. Brasília: Diário Oficial da União, 1996.

2.1.4 Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde

Derivada do grego polis (cidade), a palavra política tem sido empregada ao longo do tempo para designar o conjunto de atividades exercidas na vida da coletividade e, também, as reflexões sobre essas atividades e a instituição que as vem desenvolvendo. A política, além de ser entendida como conjunto de ações referentes à vida coletiva, deve ser vista como atividade estreitamente ligada ao exercício do poder, o qual é entendido como a capacidade de, em uma relação social, um indivíduo ou grupo impor sua vontade a outros e, assim, determinar a forma de comportamento dos que se submetem a esse indivíduo ou grupo, para promover uma difusão de valores para o conjunto da sociedade e atender às reivindicações e aos valores dos diferentes grupos e extratos sociais que o compõem. Ações programadas, projetos, regulamentações, leis e normas que o poder político desenvolve para administrar de maneira equitativa os diferentes interesses sociais recebem o nome de políticas públicas, visto que pretendem abranger e organizar a dimensão coletiva de uma determinada sociedade.⁴⁶

As dificuldades ideológicas que perpassam a implantação do SUS podem ser compreendidas se observarmos que conceitos como cidadania, equidade, universalidade e integralidade não se encontram presentes no dia-a-dia da grande maioria dos indivíduos, certamente dificultando a devida implantação do sistema, conforme preconizam suas normas. Outras questões, como a contratação e capacitação de recursos humanos, compra de materiais e a burocratização a que são submetidas as secretarias municipais, dificultam ainda mais o cumprimento das diretrizes do sistema, exigindo dos gestores o uso criativo de estratégias para uma efetiva gestão na saúde pública municipal.

⁴⁶ WESTPHAL, M.F; ALMEIDA, E. S. **Gestão de Serviços de Saúde**. São Paulo: EDUSP, 2001.

O manejo organizacional das intervenções na saúde da população impõe, além da visão político-social, uma compreensão mais instrumental da complexidade administrativa e operacional do setor, pautada em atributos gerenciais de inovação, adaptabilidade e flexibilidade. Portanto, se considera que os serviços locais de saúde sejam potencialmente capazes de realizar uma prática mais apropriada, cujo conteúdo poderá compor a integralidade da atenção no SUS.⁴⁷

Uma nova construção se delinea, tanto no âmbito das organizações públicas estatais responsáveis pela gestão das políticas sociais, quanto no dos grupos populacionais. A descentralização é um dos pressupostos que tem informado as iniciativas de mudanças que ocorreram na gestão do setor social nas últimas décadas. Trata-se de um processo dialético que se dá em relação ao poder centralizado. As mudanças nas relações estado e sociedade, tiveram início nos países centrais democráticos nos anos 70. O movimento da descentralização também ganhou destaque nos países latino-americanos, a partir da década de 80, como meio para reestruturar o Estado e a gestão das políticas sociais.⁴⁸

A política de saúde nacional centra a área decisória no gestor municipal, buscando a eficiência do sistema, adequando suas questões gerenciais à realidade e às questões que se transformam dinamicamente na sociedade. O indivíduo, nesses tempos, passou de uma atuação passiva para a possibilidade de participar das questões gerenciais, e de uma conduta individual e para a consciência sobre o seu próprio processo de saúde/doença, tendo oportunidade de refletir sobre a resolutividade das ações e dos serviços de saúde de seu município e região, apoiando a implantação e viabilização das normas do sistema nacional.

⁴⁷ KEHRIG, R. T. **Integralidade da atenção à saúde:** suas expressões na organização tecnológica do trabalho em serviços locais de saúde. São Paulo, 2001.

⁴⁸ JUNQUEIRA, L. A. P. **Novas formas de gestão na saúde:** descentralização e intersetorialidade. Saúde e Sociedade. 6(2):31-46, 1997, p. 33.

É no nível municipal que deve ocorrer a aproximação das relações de poder entre o Estado e a comunidade. É ali que devem ocorrer os processos de mudança, tanto de responsabilidade do Estado como dos grupos gestores e sociais, pelo conhecimento da realidade, motivação e responsabilização com suas próprias comunidades e com o futuro delas. A participação do cidadão, que escolhe seus representantes, torna-se fundamental na medida em que as modificações do meio social, econômico e político, dependem da individualidade das pessoas, de suas expectativas, de seus valores morais, do conhecimento da realidade, do diagnóstico dos problemas, da compreensão crítica dos acontecimentos, para introduzir projetos que possibilitem uma conseqüente reestrutura da organização para implementar formas de solucionar os problemas.⁴⁹

Com a descentralização, os municípios são reconhecidos como entes governamentais autônomos que devem responsabilizar-se pelo planejamento, organização, controle e avaliação das ações e serviços no âmbito municipal. O manejo organizacional das intervenções na saúde da população impõe, além da visão político-social, uma compreensão mais instrumental da complexidade administrativa e operacional no setor, pautada em atributos gerenciais de inovação, adaptabilidade e flexibilidade.⁵⁰

O processo de descentralização, apesar das diferentes concepções que o tem permeado, colocou os governos municipais frente a uma nova realidade. Os municípios, que tinham atuação marginal na gestão de políticas públicas, começam a enfrentar o desafio de “atender urgências sociais que ultrapassam as limitadas e pontuais intervenções que desenvolviam anteriormente no campo do social. Os

⁴⁹ HERMANY, R. Direito social e Poder Local: Possibilidades e perspectivas para a construção de um novo paradigma de integração entre sociedade e espaço público estatal. São Leopoldo: UNISINOS, 2003. (tese).

⁵⁰ KEHRIG, R. T. **Integralidade da atenção à saúde:** suas expressões na organização tecnológica do trabalho em serviços locais de saúde. São Paulo, 2001.

problemas de habitação, saúde, educação, emprego, alimentação, etc., começam a se constituir em matéria cotidiana de atenção municipal”.⁵¹

A cooperação técnica e financeira, deve ser prestada a gestão municipal pelos níveis estadual e federal. À esfera estadual cabe, entre outras, a harmonização, a modernização, a integração e a mediação da relação entre os sistemas municipais, e a assessoria frente à programação pactuada e integrada e outros impasses para a sua operacionalização. Conforme a NOB-SUS 01/96, um de seus papéis é promover as condições e incentivar o poder municipal para que assuma a gestão da atenção à saúde de seus municípios, sempre na perspectiva da atenção integral.

JUNQUEIRA (1997), que considera a descentralização como parte do encaminhamento da solução dos problemas sociais, supõe que a transferência venha no âmbito de uma transformação político-administrativa, que facilite o acesso da população aos centros de poder e, conseqüentemente, que vise atender à demanda social. A descentralização constitui-se em um instrumento de expansão da lógica democrática, possibilitando a criação de novas instâncias de negociação e, conseqüentemente, o reordenamento da estrutura organizacional.⁵²

As políticas públicas não podem ser definidas sem a participação social, dependendo de negociações com a sociedade. Cabe ao Estado, numa concepção de mediação, a responsabilidade pela efetivação das disposições constitucionais. No município, a garantia do direito à saúde está condicionada à participação da comunidade, à distribuição de responsabilidades e competências governamentais frente à legislação e à execução de ações que possam influenciar a realidade social.

⁵¹ MASIGLIA (1996) citado por INOJOSA, R.M. **Intersetorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional**. RAP. Rio de Janeiro 32(2):35-48, mar./Abr. 1998. p. 42.

⁵²JUNQUEIRA, L. A. P. **Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade**. Saúde e Sociedade. 6(2):31-46, 1997, p. 34..

A descentralização propicia uma concepção moderna e flexível das potencialidades de articulação e construção de novos modelos de gestão que favorecem processos de participação e o estabelecimento de parcerias entre instituições públicas e a sociedade civil organizada.⁵³ As políticas incrementadas nos municípios quase sempre aparecem de forma segmentada em relação à complexidade dos problemas e à exigência de estratégias diferenciadas.

No contexto da descentralização, a enorme diversidade e complexidade das realidades locais e os fatores culturais presentes nas sociedades modificam a percepção e a caracterização do processo saúde/doença, o que pode interferir no encaminhamento das intervenções coletivas e das políticas de saúde dos governos. A estrutura social e a ação dos governos somam-se aos fatores econômicos e culturais e às influências sociais nos contextos individuais.⁵⁴

“Recorrer aos modos de vida como critérios de normatividade equivale ultrapassar a concepção do corpo anátomo-fisiológico como objeto de prática médica, principiando a identificar neste corpo outras ordens de determinações” (CANGUILHEM, 2000, p.36).

O papel do setor saúde deve mover-se, cada vez mais, no sentido da promoção da saúde. Os serviços de saúde precisam adotar uma postura abrangente, que perceba e respeite as peculiaridades culturais. Eles devem apoiar as necessidades individuais, familiares e comunitárias, abrindo canais entre o setor saúde e os setores sociais, políticos, econômicos e ambientais. O modelo de atenção, devidamente adequado ao meio social e sanitário a que se propõe, fundamentado historicamente, deve ter como objetivo ações de intervenção sobre o processo saúde/doença desta comunidade.

⁵³ PORTO, M. F. S.; LACAZ, F. ^a C; MACHADO, J. M. H. **Promoção da saúde e intersectorialidade:** contribuições e limites da vigilância em saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS). Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p.192-206, set/dez. 2003.

⁵⁴ CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000. p. 36.

A atenção primária é a porta de entrada no serviço de saúde brasileiro, cuja estratégia de organização da atenção básica o Programa de Saúde da Família, com sentido de construção de um sistema nacional universal, integral e equânime. Todos os países estão enfrentando problemas com os altos gastos em serviços de saúde. Eles estão tratando de forma equilibrada, os trabalhos com promoção e prevenção, gerando assim gastos altíssimos com assistência a enfermidades individuais. As condições de saúde de uma comunidade são determinadas pelas características ambientais, comportamentais, grau de coesão social, educação, oportunidades de trabalho. “A saúde está diretamente associada à vantagem social em termos absolutos”.⁵⁵

Os princípios da atenção primária à saúde, enunciados na Conferência de Alma-Ata, foram definidos como:

“Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornando universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1978).⁵⁶

⁵⁵ STARDFIEL, B. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. p. 26.

⁵⁶ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1978. STARDFIEL, B. **Atenção Primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. p.31.

A atenção primária é caracterizada pelo serviço que oferece a integralidade. Muitas das tarefas que fazem parte da atenção primária pertencem também a de outros níveis de atenção, não muito claramente separáveis. Nenhum sistema de atenção primária alcança o desempenho perfeito em todos os componentes fundamentais. A obtenção de melhora de metas é o suficiente para demonstrar o desempenho progressivo no decorrer do tempo.⁵⁷

Com base no referencial de produção social da saúde, e no desenvolvimento de novas relações entre Estado e sociedade civil, foram desenvolvidos métodos para dar conta da globalidade do processo saúde/doença. A integralidade das ações em saúde deve respeitar a realidade legal, social, ambiental, cultural, política, e gerencial, para que possam controlar os condicionantes e dos determinantes e dos danos de risco e de causas. É necessário considerar, também, as tradicionais políticas paternalistas e clientelistas de um dos principais envolvidos neste processo no nível municipal, os gestores públicos de saúde, com suas lógicas de trabalho centralizados e setorializados.⁵⁸

⁵⁷STARDFIEL, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002; p. 68.

⁵⁸SANTOS, J. L. F; WESTPHAL, M. F. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. In: **Revista Estudos Avançados, Dossiê Saúde Pública**. Universidade de São Paulo, São Paulo: EA., V. 13, n 35, jan/abr 1999. p. 83.

2.2 INTERSETORIALIDADE

2.2.1 Trabalho Intersetorial

A superação da fragmentação de saberes pela especialização excessiva e o desenvolvimento de ações intersetoriais parece ser um caminho em busca de soluções para ações integrais em saúde e para a nova lógica de gerenciamento político na resolução de problemas nos municípios. O reconhecimento e a legitimação da intersectorialidade no governo municipal podem “alavancar” o processo de resolução de problemas de saúde e o enfrentamento de novos arranjos e articulações.

Teoricamente, esses elementos, organizados num trabalho conjunto, intersectorial, com vistas ao processo saúde/doença, considerando o conceito ampliado de saúde, levariam a intervenções na dimensão de ações de promoção da integralidade, melhorando as condições de saúde da população. Nesses termos, os movimentos sanitários e de promoção da saúde vêm deslocando, através do tempo, o foco da atenção do indivíduo para a sociedade, do assistencialismo individual para a prevenção e integralidade da atenção à saúde, que fundamentam a Constituição Brasileira. Esse enfoque exige, atualmente, ações coordenadas e interdependentes pois os segmentos sociais estão distanciados dos processos administrativos e os esforços por uma atenção integral à saúde e por trabalho intersectorial estão aquém dessa necessidade nos municípios.

Segundo JUNQUEIRA (1999), a cidade constitui um espaço privilegiado para realizar a ação intersectorial. É um espaço definido territorial e socialmente; onde as pessoas vivem e se reproduzem. É aí que as pessoas e os grupos se relacionam para construir seu futuro. Por isso é na cidade, onde, principalmente, se concretiza a

integração das políticas sociais e, conseqüentemente, a ação intersetorial e interinstitucional.⁵⁹

Os problemas da sociedade não podem ser entendidos isoladamente, são problema que precisam ser compreendidos sistematicamente, pois são interligados e interdependentes.⁶⁰ A intersetorialidade é a articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeito sinérgico em situações complexas, visando ao desenvolvimento social.⁶¹

JUNQUEIRA (1998) ressalta que a intersetorialidade não é um conceito que engloba apenas as dimensões das políticas sociais, mas também a sua interface com outras dimensões da cidade, como sua infra-estrutura e ambiente, que também determinam a sua organização e regulam a maneira como se dão as relações entre os diversos segmentos sociais.⁶²

“Em termos político-institucional, trata-se de avançar nas práticas intersetoriais e de relação com a sociedade para que critérios sanitários estejam cada vez mais presentes no conjunto dos processos decisórios das políticas públicas que afetam a saúde das populações. Em outras palavras, é necessário superar a concepção biológica e medicalizante da doença e internalizar a idéia de saúde de como critério central dos modelos de desenvolvimento do país. A intersetorialidade também implica a integração entre os sistemas de informação existentes em diferentes instituições, setores e níveis de governo, exigindo a constituição de instâncias supra-institucionais e

⁵⁹ JUNQUEIRA, L. A. P. **Descentralização, intersetorialidade e rede como estratégia de gestão da cidade.** Rev FEA-PUC-SP. São Paulo, 1:57-72, nov 1999.

⁶⁰ JUNQUEIRA, L. A. P. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. **Rev da administração pública.** Rio de Janeiro 34(6):35-45. Nov/Dez. 2000.

⁶¹ JUNQUEIRA, L. A. P. INOJOSA, R. M. **Desenvolvimento social e intersetorialidade: a cidade solidária.** São Paulo: FUNDAP, 1997; p .37.

⁶² JUNQUEIRA, L. A. P. Descentralização e intersetorialidade na construção de um novo modelo de gestão. **Revista Adm. Publica,** 1998.

mecanismos de gestão e controle adequados de tais sistemas” (PORTO et al., 2003, p.194) .⁶³

A intersetorialidade constitui uma possibilidade de encaminhar a resolução dos problemas da população, situada em determinado território, de maneira integrada, pois as políticas sociais, mesmo aquelas de caráter universal, têm dificuldade em promover a integralidade das ações em saúde. Apesar de os problemas sociais manifestarem-se setorialmente, sua solução está na dependência da ação de mais de uma política. São parte de um todo complexo e demandam uma maneira integrada para resolvê-los, daí a necessidade de ordenar as estruturas de poder das políticas públicas.⁶⁴

“Intersetorialidade é a articulação de saberes e experiências no planejamento, a realização e a avaliação de ações, com o objetivo de alcançar resultados integrados em situações complexas, visando a um efeito sinérgico no desenvolvimento social” (JUNQUEIRA, 1997, p. 26).⁶⁵

O homem precisa ser considerado na sua integralidade, em uma visão que busca superar a fragmentação, o que tem levado a gestão pública responsável pelas políticas sociais a uma nova dimensão na percepção da intersetorialidade. A conquista de uma vida saudável não passa apenas pela saúde, mas pela interação das diversas políticas sociais, pela intersetorialidade. Essa é uma nova visão, que coloca a saúde como direito do cidadão e dever do estado.⁶⁶

⁶³ PORTO, M. F. S; LACAZ, F. A. C; MACHADO, J. M. H. Promoção da saúde e intersetorialidade: contribuições e limites da vigilância em saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS). **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p.192-206, set/dez. 2003, p. 194.

⁶⁴ JUNQUEIRA, L. A. P. **Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade**. Saúde e Sociedade. 6(2):31-46, 1997.

⁶⁵ JUNQUEIRA, L. A.P; INOJOSA, R. M. **Descentralização e intersetorialidade na gestão pública municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza**. 1997. p. 26.

⁶⁶ JUNQUEIRA, L. A. P. **Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade**. Saúde e Sociedade. 6(2):31-46, 1997, p.38.

Essa forma de atuar é nova, por isso deve acarretar mudanças nas práticas e na cultura organizacional do sistema político municipal. É um processo que pode sofrer influências em função das resistências previsíveis de grupos de interesse. A ousadia de mudar vai precisar das alianças dos que desejam incrementar sua capacidade de atuação dentro e fora da administração municipal em prol de prioridades direcionadas pelo setor saúde. A intersetorialidade constitui uma concepção que deve informar uma nova maneira de planejar, executar e controlar a prestação de serviços. Isso significa alterar toda forma de articulação dos diversos segmentos da organização governamental e de seus interesses.⁶⁷

Na intersetorialidade surgem questões novas, espaços a serem construídos, que dependem de trocas de conhecimento, de conceitos, de poder, que não se encontram estabelecidos nas áreas atuais de atuação de cada setor. JUNQUEIRA (1997) diz que, a concretização da ação intersetorial incorpora não apenas a compreensão compartilhada sobre finalidades, objetivos, ações e indicadores de cada programa ou projeto, mas práticas sociais articuladas que acarretem um impacto na saúde da população”.⁶⁸ Daí a importância de articular atores sociais para criar conhecimento e intervir na realidade.

“O papel de mediação intersetorial e entre a população sob risco ou em situação de vulnerabilidade e o poder público – bastante preconizado como estratégia para a promoção da saúde – tem sido pouco acionado pelo setor, na maioria dos países do mundo. Por outro lado é preciso assinalar também que, embora se saiba que o estado de saúde de indivíduos e coletividades, assim como o sistema de saúde, influenciam e são influenciados pelo ambiente global, há que se reconhecer que nem todos os aspectos da vida humana, são, necessariamente, uma questão médica ou sanitária. A ação governamental ou comunitária sobre os mesmos está compartimentalizada em setores econômicos e sociais e distribuída entre diferentes grupos de interesse e organizações. Desse

⁶⁷ JUNQUEIRA, L. A. P. Intersectorialidade, transectorialidade e redes sociais na saúde. **Revista da administração pública**. Rio de Janeiro 34(6):35-45. Nov/Dez. 2000, p. 37.

⁶⁸ JUNQUEIRA, L. A. P.; INOJOSA, R.M. **Desenvolvimento social e intersectorialidade: a cidade solidária**. São Paulo: Caderno FUNDAP, 1997.

modo, pode-se dizer que a questão da saúde diz respeito ao padrão que a própria sociedade define e se mobiliza para conquistar, consciente ou inconscientemente, e ao conjunto das políticas públicas e sociais que induzem e norteiam o desenvolvimento humano, as mudanças positivas no modo, nas condições e estilos de vida, cabendo parcela significativa da formulação e das responsabilidades ao denominado setor saúde” (MINAYO, 2000, p.16).⁶⁹

Os governos, especialmente os municipais, têm decidido sobre suas políticas fundamentais quase sempre de uma forma segmentada, setorizada, utilizando um conjunto de organizações – secretaria, departamentos, autarquias, fundações e empresas públicas – através das quais exercem seu poder de regulação e prestam serviços à sociedade. A maioria das estruturas organizacionais municipais reforça a fragmentação das políticas, pois apresenta-se com um formato piramidal, com vários escalões hierárquicos e departamentos separados por disciplinas ou áreas de especialização. Tais estruturas dificultam aos cidadãos o exercício do controle social sobre seus direitos de segunda geração – os direitos sociais e econômicos - uma vez que os problemas têm origem múltiplas, tornando impossível cobrar sua solução de um único setor.⁷⁰

A intersetorialidade é a integração dos vários segmentos que compõem o governo municipal, visando procurara profissionais com boa capacitação técnica, com autonomia de ação e liberdade de atuação voltada para mesmos objetivos, criando uma cultura organizacional de resolutividade dos problemas, observando a teoria da multicausalidade do processo saúde/doença e propondo prioridades na resolução de problemas complexos.

⁶⁹ MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z.M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência e Saúde Coletiva**. 5(1):7-18, 2000, p. 16.

⁷⁰ WESTPHAL, M.F.; MENDES, R. Cidade saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro 34(6):47-61, nov./dez. 2000, p. 5.

Conforme FEUERWERKER E COSTA (2000), intersetorialidade é a articulação entre sujeitos de setores sociais diversos e, portanto, de saberes, poderes e vontades diversos, para enfrentar problemas complexos.⁷¹

“(...) ação intersetorial não é um processo espontâneo. Depende de ação deliberada, que pressupõe o respeito à diversidade e a particularidade de cada setor ou participante. Envolve a criação de espaços comunicativos, a capacidade de negociação e superação de conflitos, para que possa chegar, com maior potência, às ações” (FEUERWERKER, 2000, p.30).

Muitas vezes implica abrir mão de uma parcela de poder em favor de uma ação mais potente/abrangente e aprender a desenvolver tolerância, e a capacidade de escuta e de negociação de objetivos políticos.

“As mudanças que vêm ocorrendo no mundo moderno introduziram um novo modo de pensar, bem como de construir a ciência. A construção de uma disciplina não surge da vontade de alguns, mas a partir de idéias e de conceitos construídos culturalmente. Assim, para construir uma ciência é necessário encontrar uma definição do objeto, conceitos que o explicitem. Esses conceitos são construídos a partir de um paradigma ou de uma teoria” (JUNQUEIRA, 2000, p.41).

Graves e complexos problemas apresentados no setor saúde na sociedade moderna e a consciência das limitações das ações setoriais mostram a necessidade de novo direcionamento de intervenção, principalmente enfocando a integralidade das ações em saúde e a preocupação com as novas lógicas de gestão pública em intervenção na saúde coletiva. A análise desses problemas leva a considerar que eles devem ser percebidos sistemicamente, pois se apresentam interligados e/ou interdependentes das culturas e das práticas do cotidiano.

⁷¹ FEUERWERKER, L; COSTA, H. **Intersetorialidade na Rede UNIDA**. Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n. 22, dez 2000, p 26.

Com o processo de descentralização, os municípios começaram a desenvolver políticas públicas diferenciadas, para enfrentar urgências sociais que ultrapassam as limitadas e pontuais intervenções que desenvolviam anteriormente. Problemas como de habitação, saúde, educação, emprego e alimentação começam a receber atenção primordial, nos municípios preocupados com a qualidade de vida de seus habitantes.

2.2.2 Cultura e Envolvimento Político

DEMO (1988) definiu cultura como um conjunto de “símbolos e valores, que caracterizam o modo de ser de uma sociedade, de uma era, ou de uma determinada história”.⁷² Ele afirma que, para um grupo social sentir-se comunidade, é condição básica possuir lastro cultural próprio, ou seja, uma identidade.

“A construção da intersetorialidade como novo arranjo para intervenção tem o potencial de se converter em estratégia democratizadora, que possibilita a abertura de novos espaços de participação, a constituição de novos sujeitos, o investimento de poder (empoderamento) e a inclusão de novos atores sociais no processo de decisão política e de gestão dos espaços públicos” (SANTOS 2000, citado por FEURWERKER, 2000, p.27).

A efetividade da ação intersetorial depende da observância de uma atuação articulada, cujos objetivos e estratégias de operacionalização das ações incluam, necessariamente, a participação e a organização dos diversos atores sociais envolvidos neste processo, da dinâmica e da motivação do trabalho acordados pelo grupo “...ação intersetorial não é um processo espontâneo. Depende de ação deliberada, que pressupõe o respeito à diversidade e à particularidade de cada setor ou participante.”⁷³ Surgem questões novas, espaços a serem construídos, que dependem de trocas de conhecimento, de conceitos, de poder, que não se encontram

⁷² DEMO, P. **Participação é conquista**. São Paulo: Cortez, 1988, p.55-56

⁷³ FEURWERKER, L., COSTA, H. **Intersetorialidade na Rede UNIDA**. Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n.22, dez 2000. p. 27.

estabelecidos nas áreas atuais de atuação de cada setor, articulando os atores sociais para criar conhecimento para intervenção na realidade.

“...a intersetorialidade constitui uma concepção que deve informar uma nova maneira de planejar, executar e controlar a prestação de serviços”...“A concretização da ação intersetorial incorpora não apenas a compreensão compartilhada sobre finalidades, objetivos, ações e indicadores a cada programa ou projeto, mas práticas sociais articuladas que acarretem um impacto na qualidade de vida da população” (JUNQUEIRA, 2000, p.7).

Numa visão global da realidade, formulados objetivos e eixos estratégicos que ultrapassam atuações individuais, pode-se evitar dispersões e aproveitar mais a disponibilidade de recursos e suas potenciais sinergias.

As ações intersetoriais se iniciam nas pequenas parcerias, nos projetos em comum, vencendo as forças das medidas setoriais, verticalizadas e isoladas, levando-as para um contexto maior. Elas têm a função de unificar a gestão pública municipal como um todo. Exigem a anuência do coordenador da equipe (no município, o prefeito municipal), que dirige a ação, direcionando a capacidade organizacional, em reuniões específicas e metódicas para este fim, neutralizando interesses limitados. Nesse entrelaçamento é possível multiplicar e aplicar o princípio da integralidade na atuação conjunta das ações, que criam um impacto maior no meio com vistas ao atendimento das necessidades básicas e integrais desta população.

“O arsenal tecnológico, bem como a produção de bens e serviços disponíveis atualmente, tem sido impotente em muitos casos para proporcionar a melhoria da saúde de pessoas e comunidades e também não tem conseguido subsidiar e instrumentalizar políticas públicas que resultem em intervenções adequadas” (LEFEVRE E LEFEVRE, 2004, p.21).⁷⁴

⁷⁴ LEFEVRE, F; LEFEVRE, A. A. M. C. **Promoção de Saúde**. A negação da negação. Rio de Janeiro: Vieira e Lent, 2004. p. 21.

2.2.3 A Motivação Política

A comunicação se torna figura fundamental de reordenamento e mudança de antigas formas de trabalho na administração pública, na medida em que segue uma lógica cultural de ritmo próprio, quase individual no contexto de gestão, democratizando, tornando acessíveis informações setoriais, gerando um espaço integrado, interativo e de visão de conjunto, dinamizador de ações diversificadas, com eixos de ação comuns, objetivando racionalização de esforços e melhora da produtividade, na multiplicação de esforços, que permita um planejamento racional de recursos financeiros e humanos na busca de prioridades da política governamental. Para HABERMAS (1997), “o âmago da política deliberativa consiste precisamente numa rede de discursos e de negociações, a qual deve possibilitar a solução racional de questões pragmáticas, morais e éticas”. Como modelo de articulação do poder político, o autor mostra que a política tornou-se independente, tornando-se como um círculo, com a comunicação voltada sobre si mesma, ligada ao sistema do direito, de onde extrai o que necessita em termos de legitimação.⁷⁵

As condições que permitem uma opinião pública livre fazem parte do processo global de formação de opinião, principalmente se falando de consenso básico (princípios fundamentais de crenças valorativas), que caracteriza e facilita um governo democrático. A legitimidade, condição necessária à democracia, diz respeito ao consenso procedimental, de políticas concretas e quadros governamentais.

A opinião pública, na democracia representativa atual, sofre ampla influência dos meios de comunicação de massa, reforçados e/ou desacreditados por formadores locais de opinião; muitas vezes, opiniões desvinculadas de informações reais sobre o estado da coisa pública. A autonomia da opinião pública está relacionada, então, com a educação/conhecimento e a informação, numa sociedade pluralista. O mundo

⁷⁵ HABERMAS, J. **Direito e Democracia. Entre factividade e validade.** Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1997. p.47.

político e sua esfera pública, cada vez mais complexa, resulta de interdependências globais e crescentes, onde a opinião pública importa para o fracasso ou o sucesso das políticas numa forma concreta.

A democracia eleitoral elege os representantes do governo que irão decidir sobre as questões deliberativas e de governança, numa forma representativa de democracia. Os representantes devem interagir com seus eleitores, ou representados, para melhoria da tomada de decisões, certificando a qualidade de interação entre governantes e governados, cada vez mais complexa. Na medida em que se acredita que a democracia se reduz a um certo método de trabalho, busca-se uma forma de articulação que procure a implementação e a soma nas deliberações políticas, principalmente no avanço da implantação do Sistema Único de Saúde em âmbito municipal, maximizando a responsividade governamental.

A interação complexa existente entre governantes e governados é um processo de múltiplos estágios, podendo-se materializar de várias formas na esfera do desenvolvimento político e democrático. No contexto da Constituição, a problemática gira em torno da maioria sob a proteção da minoria, sendo a maioria governamental representada e legitimada pelas eleições, indicando uma maioria matemática, não participativa. As decisões eleitorais não são proporcionais às decisões deliberativas, na medida em que as questões quantitativas e qualitativas postas na questão participativa estão muito distantes, numa democracia horizontal. As noções de poder e controle devem ser operacionalizadas com maior número de participantes nas várias etapas e setores do governo, através da organização e da mobilização da sociedade. A democracia é diretamente proporcional ao enfrentamento dos problemas da comunidade. “O consenso procedimental, e especificadamente o consenso sobre a regra de solução de conflitos da maioria, é a condição *sine qua non* da democracia”.⁷⁶

⁷⁶ SARTORI, G. **A Teoria da Democracia Revisada**. Tradução: Dinah de Abreu Azevedo. São Paulo: Ática, 1994. v. 1. p.129

Na busca pela integralidade, além de informações e métodos analíticos, e rotinas de aproximações entre objetivos e projetos intersetoriais, sempre complementares pela diversidade de atores, combinações quantitativas e qualitativas devem subsidiar a planificação, execução, acompanhamento e avaliação do processo estratégico político de atuação. Aqueles que tomam decisões estratégicas devem ter uma grande vontade política para agir em parceria. Todos os atores devem estar dispostos a reavaliar suas lógicas, interesses e culturas específicas, para aceitar os objetivos propostos, o método de trabalho, em busca de objetivos comuns, maiores que os setorializados e assistencialistas. Pode-se dizer que a soma das ações produz a integralidade. Tanto a interpretação da conjuntura social e política, como as ações a serem desenvolvidas para o alcance da integralidade, devem ser de responsabilidade da gestão, legitimamente eleita para representar toda a população do nível municipal, com auxílio de normas e recursos financeiros de órgãos estaduais, federais e internacionais.

A soma das potencialidades, a capacidade de análises mais globais e a observação do conjunto de causas que captem melhor a complexidade da realidade, a compreensão das relações que existem entre elas, o reconhecimento do caráter acumulativo e suas implicações no contexto coletivo, são visões ampliadas que fundamentam as oportunidades de planejamento conjunto de objetivos e eixos estratégicos da atuação. Essa é tarefa complexa, pois é preciso reunir elementos de reflexão, de cultura, de expectativas. É preciso optar por determinadas ações prioritárias que reúnem profissionais com diferentes formações e qualificações. Fórmulas pessoais, métodos e estrutura adequados são fundamentais para aplicar, além de outros princípios, a intersetorialidade e buscar um balanço positivo no desenvolvimento de ações, a longo prazo no alcance do princípio da integralidade.

2.3 A INTEGRALIDADE DAS AÇÕES EM SAÚDE

2.3.1 Conceitos Iniciais

A multiplicidade de inserções e de pontos de vista na construção de um sistema de saúde universal e na redemocratização do país traz uma responsabilidade ampliada, frente às propostas do campo e têm efeitos no cotidiano da população. “Integralidade é a palavra que não pode nem ao menos ser chamada de conceito... um conjunto de tendências cognitivas e políticas com alguma imbricação entre si, mas não completamente articuladas”. Complementa, ainda, CAMARGO JR. (2001) “um discurso propagado por organismos internacionais, ligado às idéias de atenção primária e de promoção da saúde... identificada em pontos esparsos da documentação oficial das propostas de programas mais recentes do Ministério da Saúde em nosso país”.⁷⁷

Conforme MATTOS (2001), o termo integralidade tem sido utilizado correntemente para designar a diretriz básica do Sistema Único de Saúde que fala em “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”, sendo seu arcabouço institucional derivado das reivindicações postas pelo Movimento Sanitário, num contexto de luta pela redemocratização do país, “forjadas desde uma crítica radical às práticas, às instituições e à organização do sistema de saúde”⁷⁸

Conforme o Art. 7º da Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal nº 8080/90) as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou

⁷⁷ CAMARGO Jr. K. R. de. As muitas vozes da integralidade In: PINHEIRO, R., MATTOS, R. A. de. Org. **Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ ABRASCO, 2001. p. 11.

⁷⁸ MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R. A. de. Org. **Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2001. p.39

conveniados, que integram o SUS, devem ser desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal. Nessa legislação, encontra-se a integralidade de assistência, “entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema“. Observa-se, também que os fatores determinantes e condicionantes da saúde, dispostos no artigo 3º dessa mesma lei, são “entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais”.⁷⁹

A construção da integralidade da atenção, entendida como princípio norteador das ações e dos serviços de saúde, tanto no âmbito preventivo como no âmbito curativo, individual e coletivo, nos diversos níveis de complexidade do sistema, vem sendo discutida, deparando-se com muitos obstáculos, para o alcance de um atendimento digno e de qualidade.⁸⁰ Em seu sentido ampliado, sua concretização depende de uma articulação entre a micro e a macropolítica, dependente da articulação entre os serviços e ações setoriais e intersetoriais. Assim, o acesso da população a todos os níveis de complexidade dos serviços municipais é uma das condições para que haja garantia da integralidade da atenção no sistema de saúde.

A demanda é vista como fruto de uma relação e interação entre atores que têm necessidades, desejos e projetos institucionais distintos. Partindo desse pensamento, a integralidade apresenta potencialidades que sugerem a construção de inovações no campo político e institucional, apreendidas como eixo estruturante de novas práticas sanitárias nos diferentes níveis de complexidade de atenção à saúde. A Integralidade só poderá ser fruto da ação social concreta e, portanto, uma co-

⁷⁹ BRASIL. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. **Lei Orgânica da Saúde**. 1990.

⁸⁰ SILVA, J. P. V.; PINHEIRO, R.; MACHADO, F. R. S. Necessidades, demanda e oferta: algumas contribuições sobre os sentidos, significados e valores na construção da integralidade na reforma do Setor Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n.65, p. 234-242, set/dez. 2003. p. 240.

produção intencional de sujeitos individuais e coletivos, consciente das suas necessidades.⁸¹

A integralidade da atenção mereceu um bloco de deliberações da CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DO RS (2000)⁸², porque contribuiu de forma particularmente forte para o acolhimento e para a humanização da atenção à saúde. Promover a efetiva implantação de um sistema de saúde constituído por uma rede de atenção qualificada, capaz de integrar os diferentes aspectos da vida das pessoas e articular as áreas técnicas específicas e que tenha como resultado a criação do vínculo com o usuário e uma atenção resolutiva e qualificada é um desafio atual para os gestores. Segundo as deliberações aprovadas, é preciso garantir que o eixo central do trabalho em saúde seja a atenção integral. A gestão municipal atua na organização da atenção básica que passa pela implementação de estratégias de vinculação da clientela, e que permite aos municípios a proposição autônoma de formas de organização e estruturação da atenção necessária a sua população, observando as prerrogativas do controle social.

Segundo o conceito de integralidade de CAMPOS (2003), a atenção deve ser totalizadora e levar em conta as dimensões biológica, psicológica e social. Esse modo de entender e abordar o indivíduo baseia-se na teoria holística integral, segundo a qual o homem é um ser indivisível e não pode ser explicado pelos seus componentes, físico, psicológico ou social, considerados separadamente.⁸³

⁸¹ SILVA, J. P. V.; PINHEIRO, R.; MACHADO, F. R. S. Necessidades, demanda e oferta: algumas contribuições sobre os sentidos, significados e valores na construção da integralidade na reforma do Setor Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n.65, p. 234-242, set/dez. 2003. p 235.

⁸² Secretaria Estadual de Saúde. 3ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE: **Efetivando o SUS**: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social. POA/RS, 2000.p. 06-07.

⁸³ CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência Saúde Coletiva**, 2003, v. 8, n. 2, p. 569-584. ISSN 1413-8123. p.577.

CAMPOS (2003) ressalta ainda que para se alcançar a integralidade no sistema de saúde, os gestores municipais, estaduais e federais, devem dar prioridade a este princípio da Constituição e verificar se, na prática da gestão e da operação dos sistemas de saúde, esses pressupostos são respeitados. Nesse contexto, a forma de organizar o sistema de saúde depende da vontade política, definindo prioridades e propondo mudanças na organização e na gestão do trabalho.⁸⁴

Atualmente, o Programa de Saúde da Família é uma estratégia prioritária para uma reformulação do modelo assistencial da atenção básica, que se encontra em constante evolução. Portanto, a saúde da família pode ser considerada um espaço das práticas que deve disseminar-se por todos os serviços, desde a unidade básica, até as unidades hospitalares. A equipe que atua na comunidade não tem necessariamente que dominar todo o conhecimento sobre as múltiplas ocorrências e agravos que acometem a comunidade, mas, sim, estar atenta às possíveis relações existentes entre o adoecer e a vida cotidiana de seus integrantes. Nos programas de saúde coletiva, há o estabelecimento de propostas de ação conjunta voltadas para solucionar problemas relevantes e particulares de cada território, agregando diversas técnicas, contribui para que as equipes locais possam estar capacitadas a tratar problemas de forma integral.

2.3.2 A Integralidade como Princípio Estratégico

A integralidade fez parte das propostas de reforma desde o início da década de 80, surgindo inicialmente como programas abrangentes para grupos específicos (PAISC – Política de Atenção Integral à Saúde da Criança, PAISM – Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher), até ser assumida como diretriz para a organização do SUS. No Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da

⁸⁴ CAMPOS, C. E. A. **O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família.** Ciênc. Saúde coletiva, 2003, v. 8, no. 2, p. 569-584. ISSN 1413-8123. p .582.

Família, a atenção básica é considerada estratégica para a conversão do modelo de atenção e para assegurar um cuidado integral à saúde da população.⁸⁵

Alcançar o princípio da integralidade pode requerer a condução de processos resultantes de várias causas produzidas por fenômenos diversos, muitas vezes cumulativos de caráter estrutural, com manifestações econômicas, sociais, políticas e culturais. Pode-se dizer que essas várias dimensões de muita complexidade fazem parte da integralidade.

Podemos entender a integralidade como um conjunto de dimensões que devem ser articuladas estrategicamente, em vários níveis de representação, como local, regional, nacional e internacional, na perspectiva de abarcar todos estes aspectos e ações que se dizem componentes do princípio da integralidade, não apenas numa visão de adição, mas de coordenação global de intervenções que abarque todos os aspectos e localize a responsabilidade das ações.

Certas características e certos fenômenos locais vão refletir-se no diagnóstico e no planejamento de certa modalidade de trabalho. Não existem indicadores mundialmente aceitos para avaliar o processo de integralidade; as ciências humanas e sociais tentam explicar o individual e o social analisando a história, demografia, economia, geografia, antropologia, ciência política, fazendo uma aproximação de especificidades que podem destacar denominadores comuns e algumas diferenças o que, de forma estrutural, auxilia a análise complexa que busca a globalidade de informações necessárias para análise de situações prioritárias. Eles devem ser construídas a cada ação, ou cada demanda. Torna-se importante discernir causas e processos individuais e coletivos, suas influências, relações, e mediações de tradições e contradições entre as representações sociais e suas identificações coletivas. Deve-se observar as relações que ocorrem entre as dimensões políticas, sociais, culturais e

⁸⁵ PROESF – Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família <http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/> acessado em 05 de março de 2006.

econômicas, de que forma se apresentam e suas articulações políticas e setoriais, mais próprias e evidentes, mas nunca isoladas. Elas devem estar traduzidas num sentido de acumulação e ação pluridimensional.

Na busca da integralidade, além de informações e métodos analíticos e rotinas de aproximações entre objetivos e projetos intersetoriais, sempre complementares pela diversidade de atores, combinações quantitativas e qualitativas deve haver a planificação, a execução, o acompanhamento e a avaliação do processo estratégico político de atuação. Deve-se considerar que o espaço local é heterólogo e a população apresenta características diferenciadas em relação a renda, educação, hábitos, acesso a bens e serviços, num conjunto de fatores e relações que se tecem em determinado local. Não se pode ignorar tal distinção, que deve ser levada em conta na hora de tecer objetivos, prioridades e articulações mais significativas para um local e/ou outro, considerando as mesmas necessidades básicas que a população requer.

O tempo e o interesse dos participantes na gestão, o aproveitamento de recursos humanos e financeiros, a versão multiplicadora do trabalho conjunto, a coerência e a auto-estima, a superação das lógicas corporativas de poder e de barganha política, a coerência na estratégia da ação, as políticas setoriais verticais, a diversidade de ritmos, a burocracia e os encaminhamentos dispostos em cada setor, (exigência de engajamento e responsabilidade com a resolutividade da ação), todos são elementos que permitirão evoluir em sua construção teórica e prática, envolvendo os vários atores que atuam numa comunidade.

O SUS com suas ações definidas na Constituição Brasileira segue princípios e diretrizes únicos no país, como a universalidade: direito de cidadania, assegurado pelo Estado; a equidade: sob o viés da justiça social; a regionalização e hierarquização de serviços organizados em níveis crescentes de complexidade, articulados, como perspectiva de atuação, com fluxos de encaminhamento; a descentralização que redistribui poder e responsabilidades; a participação popular,

ampliando o processo democrático e o controle social. Existe, também, a possibilidade da participação do setor privado.

A atenção integral à saúde implica a ampliação do pensamento crítico dinamizador de mudanças e de referenciais com que cada profissional de saúde trabalha na construção de seu repertório de compreensão e ação e, ao mesmo tempo, o reconhecimento da limitação da ação uniprofissional para dar conta das necessidades de saúde de indivíduos e populações. Destaca-se que atenção integral implica mudanças nas relações de poder entre profissionais das várias áreas, entre profissionais de saúde e entre usuários.

A integralidade pressupõe práticas inovadoras em todos os espaços de atenção à saúde e em diferentes cenários da realidade de vida dos indivíduos. A integralidade requer a implementação de uma formação para as competências gerais necessárias, tendo em vista o desenvolvimento da capacidade de análise crítica de contextos e a ativação de processos de desenvolvimento de competências específicas em cada trabalho.

O princípio da integralidade considera a pessoa como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Daí a necessidade de integração de ações, abrangendo atividades assistenciais, preventivas e de promoção da saúde. O conceito ampliado de saúde pressupõe a necessidade de articulação da saúde com outras políticas públicas, exigindo uma forma de trabalho intersetorial entre as diferentes áreas de trabalho do governo municipal.

Para se alcançar a integralidade no sistema de saúde, os gestores municipais, estaduais e federais devem priorizar os princípios da Constituição, e verificar se na prática da gestão e da operação dos sistemas de saúde, esses pressupostos são respeitados. Nesse contexto, a forma de organizar o sistema de saúde depende da

vontade política, definindo prioridades e propondo mudanças na organização e na gestão de trabalho.⁸⁶

“A compreensão das práticas de saúde instituídas implica em uma vinculação de coerência com a evolução conceptual da saúde neste século, avançando de uma visão estritamente biológica para a concepção de processo de saúde-doença, relacionada à produção social da saúde. Nesse prisma, uma conseqüente organização dos serviços para intervenção sobre o processo impõe considerar a diretriz da integralidade para abranger a multicausalidade dos problemas” (KEHRIG, 2001, p.14).

⁸⁷

A integralidade das ações incorpora como objeto, o indivíduo e o meio ambiente, exigindo conhecimento dessa realidade complexa para intervenção. Conforme a NOB-SUS 01/96, o método para síntese desses diferentes fatores e variáveis é a análise epidemiológica, possibilitando visibilidade e entendimento integrador/globalizante, para a modificação dos fatores determinantes da situação de saúde.

Para LUZ (2001), é inegável a complexificação dos contrastes e problemas crônicos da sociedade brasileira na última década, em todos os níveis – econômico, social, político e cultural – resultante não apenas do estilo de crescimento econômico e desenvolvimento social do país, mas também do processo conhecido como globalização. Em aparente paradoxo, o estado neoliberal tende a favorecer a descentralização. Os poderes Legislativo e Executivo, nos níveis estadual e municipal, acabam tornando-se reféns dessa política.⁸⁸

⁸⁶ CAMPOS. C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência Saúde coletiva**, 2003, v. 8, n. 2, p. 569-584.

⁸⁷ KEHRIG. R. T. **Integralidade da Atenção à Saúde: Suas Expressões na Organização Tecnológica do Trabalho em Serviços Locais de Saúde**. Tese apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2001, p.14.

⁸⁸ LUZ, M. T. Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas e saúde no Brasil atual. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R. A. de. Org. **Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2001. p. 17.

“Desta forma, se quisesse resumir numa formulação clara e simples a política de descentralização da saúde dos governos neoliberais da última década, poderia dizer que esta tem consistido em transferir, delegar, funções para unidades estatais territorialmente menores (estados, municípios e locais), no sentido de delas poder “cobrar” responsabilidades referentes às funções delegadas com o menor dispêndio político e financeiro possível. Esta tem sido basicamente a estratégia de descentralização do Estado neoliberal, considerada a importância do ator político envolvido nessa perspectiva” (LUZ, 2001, p.17).

A autora mostra que os municípios necessitam se unir para fazer frente ao poder político estadual e federal, no sentido de obter recursos orçamentários para suas atividades e evitar o colapso fiscal por endividamento. A participação efetiva da sociedade civil nas políticas de saúde tem variado de acordo com a cultura político-partidária dominante nos governos de nível municipal ou, às vezes, estadual, levando em consideração, também, os interesses relativos às privatizações.

A descentralização na política de saúde brasileira é entendida como delegação de funções ou transferência de ações e de gestão, para níveis territoriais menores e periféricos do sistema. Se considerada a concentração dos recursos na esfera federal de governo, o controle exercido sobre os níveis municipais, e a priorização de determinados programas verticais, sugere uma descentralização incompleta.⁸⁹

Para MATTOS (2001), no Brasil, a integralidade ganhou traços peculiares, associou-se num primeiro momento à medicina preventiva e teria a ver com uma atitude dos médicos que seria desejável. Nos anos setenta, estava nascendo no Brasil

⁸⁸ LUZ, M. T. Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas e saúde no Brasil atual. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R. A. de. (Org.) **Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. p. 24.

⁸⁹ LUZ, M. T. Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas e saúde no Brasil atual. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R. A. de. (Org.) **Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. p. 24.

a Saúde Coletiva, numa crítica à saúde pública tradicional, à medicalização da sociedade, sua racionalidade, incluindo as possibilidades de produzir socialmente atitudes no contexto das instituições médicas, com uso prudente do conhecimento sobre a doença, no uso guiado por uma visão abrangente das necessidades dos sujeitos que tratamos: “buscar compreender o conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde que um paciente apresenta... e a maneira como as práticas estão socialmente configuradas pode propiciar ou dificultar a realização da integralidade”.⁹⁰

“A integralidade emerge como um princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, que se caracterizaria pela busca também contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional. (...) A articulação entre a demanda espontânea e a demanda programada desde o serviço expressa o diálogo necessário entre dois modos privilegiados de se aprender as necessidades de um grupo populacional” (MATTOS, 2001, p.57).

PINHEIRO (2001) trabalha com questões de limites e possibilidades da construção da integralidade nos serviços de saúde, utilizando conceitos como cotidiano, oferta e demanda, e os nexos constitutivos existentes entre esses termos e a integralidade. Assume o caráter polissêmico da integralidade como:

“(...) Uma ação social resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta, em planos distintos de atenção à saúde (plano individual – onde se constroem a integralidade no ato da atenção individual e o plano sistêmico – onde se garante a integralidade das ações na rede de serviços), nos quais os aspectos subjetivos e objetivos sejam considerados” (PINHEIRO, 2001, p.65).

⁹⁰ MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R. A. de. Org. **Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2001. p.50.

A oferta e demanda, e suas relações nos serviços de saúde, são utilizadas como categorias de análise capazes de apreender a prática social da vida institucional “influenciada pelas práticas sanitárias e políticas” no surgimento, através da descentralização e universalização, do nível local como principal responsável pelas ações de saúde promovidas pelo Estado junto à sociedade. PINHEIRO (2001) discute a integralidade na organização do atendimento, o uso dos serviços-referência e contra-referência e níveis de atenção, composição de equipes com profissionais de outras áreas, para reconhecer que “a realidade expressa em termos de acesso a bens em saúde, um conjunto de valores, crenças e idéias calcado na racionalidade médica contemporânea”.⁹¹

Os problemas de saúde ocorrem com frequências relativas diferentes, variando de intervalo teórico de problemas mais raros até os problemas mais comuns, em que a capacidade resolutive dos níveis de atenção estará diretamente relacionada com a eficiência das tecnologias desenvolvidas no nível de atenção primária, numa prática capaz de estruturar e manter os três níveis de atenção dentro de seus limites territoriais. Esses elementos identificados na relação da oferta com a demanda caracterizam, em parte, o universo onde habitam limites e possibilidades inerentes à garantia da integralidade nos distintos níveis de sua atuação.

Conforme PINHEIRO (2001), é possível perceber que se observarmos os elementos constitutivos da demanda, esses encontram-se relacionados a visões distintas mas coerentes entre saúde e doença, “como se ambas fossem excludentes e confinadas em áreas de conhecimento isoladas, as quais realizam na sua prática diária um esforço sistemático em objetivar a doença do sujeito.”⁹² A natureza das

⁹¹ PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R. A. de. Org. **Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2001. p. 66.

⁹² PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R. A. de. Org. **Os**

causas dos problemas de saúde possui fatores complexos que cruzam campos de conhecimento distintos do campo biomédico.

Na relação entre oferta e demanda, pode-se perceber a persistência de antigos problemas e limites que, no cotidiano das instituições de saúde, têm dificultado em grande medida as transformações das práticas sanitárias e da medicina, numa perspectiva de mudança efetiva do modelo assistencial de saúde. Evidente está que tais problemas e limites habitam distintas percepções e concepções sobre o processo saúde doença, o que tem gerado descompasso ou mesmo desencontro entre os objetivos e as aspirações dos atores envolvidos. É interessante notar que as relações interpessoais tendem a legitimar, social e politicamente, o projeto como uma estratégia positiva e renovadora de posições no enfrentamento da problemática da área da saúde.

A política de saúde deve ser constituída de ações voltadas para o fortalecimento do setor público, nas quais a figura do gestor municipal do sistema de saúde tem um papel fundamental, assim como nas decisões sobre a oferta de serviços a serem prestados à população. Todavia, quando observados os meandros do cotidiano dos atores nas instituições de saúde, percebe-se que existem limites e obstáculos para efetivar as transformações ocorridas, nos últimos anos, no sistema de saúde como um todo. Tais aspectos referem-se em grande medida a culturas políticas e institucionais historicamente determinadas, em contextos adversos àqueles vivenciados com a construção política e ideológica e que formaram as bases de estruturação do SUS, demonstrando a grande necessidade de formação de profissionais para atuação interdisciplinar com vistas a esse contexto.

É nítida a linha divisória entre as transformações ocorridas no sistema e as mudanças que faltam acontecer nas estruturas que sustentam esses sistemas. Os modelos assistenciais têm-se mostrado pouco eficientes no cumprimento de seus objetivos. Para CECÍLIO (2001), universalidade, integralidade e equidade, formam um conceito tríplice, traduzindo o ideário da Reforma Sanitária brasileira. “Creio que a integralidade e a equidade, enquanto objetivos da atenção em saúde, vão além do simples consumo ou acesso a determinados serviços e nos remetem ao campo das micro-políticas de saúde e as suas articulações, fluxos e circuitos”. É necessário repensar aspectos do processo de trabalho, da gestão, do planejamento e da construção de novos saberes e de novas práticas em saúde.⁹³

O valor de uso que assume cada tecnologia de saúde é sempre definido a partir das necessidades de cada pessoa, em cada singular momento que vive. Só podem ser captadas e trabalhadas em sua dimensão individual. A integralidade da atenção, no espaço singular de cada serviço de saúde, poderia ser definida como o esforço da equipe de saúde de traduzir e atender, da melhor forma possível, tais necessidades, sempre complexas mas principalmente, tendo que ser captadas em sua expressão individual. A integralidade jamais poderá ser plenamente bem sucedida no espaço singular dos serviços, pois deve estar presente em todos os serviços. Uma rede com múltiplas entradas e múltiplos fluxos, para cuja construção as representações e necessidades individuais são muito importantes. Cada pessoa, com suas múltiplas e singulares necessidades. O paradigma: política, planejamento e administração, incorpora à política, a idéia de atores em disputa e defesa de interesses e projetos de métodos concretos de intervenção com objetivos comuns.

⁹³CECILIO, L. C. de O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R. A. de. Org. **Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2001. p. 113.

Deve-se considerar o plano histórico–estrutural, micro-institucional e as subjetividades do cotidiano.⁹⁴

“Será a conjunção entre esses dois campos que permitirá aos analistas apreenderem as mediações existentes ao longo do processo. (...) Torna-se imprescindível identificar as distintas estratégias de implementação políticas, com o intuito de designar as regras do jogo do poder que se movimentam nas diferentes arenas, envolvendo uma grande complexidade de questões, atores... e interesses” (GUEDES, 2001, p.149).

2.3.3 Avaliar Integralidade

Conforme HARTZ E SILVA (2005), a necessidade de avaliação das intervenções realizadas, frente à complexidade de ações e à diversidade de profissionais que atuam na gestão municipal, somada às percepções distintas da relevância de cada área, dificulta e exige a leitura de questões presentes nestas implicações.⁹⁵ Pode-se entender a integralidade como um conjunto de dimensões, tanto curativas, como preventivas, que devem ser articuladas estrategicamente na perspectiva de abarcar todos estes aspectos e ações.

O princípio da integralidade implica não apenas numa visão de adição, mas de coordenação global de intervenções que abarque todos os aspectos e localize a responsabilidade das ações. Conforme PINHEIRO E GUIZARDI (2004), “considerando a diversidade e pluralidade da realidade, inerentes à dinâmica social e

⁹⁴ GUEDES, A. E. L. Da integração de programas à integralidade de ações de saúde: algumas reflexões preliminares. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R. A. de. Org. **Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2001. p 148.

⁹⁵ HARTZ, Z. M. A. E SILVA, L.M.V. (Org.) **Avaliação em Saúde dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

aos movimentos dos sujeitos em nossa sociedade, a integralidade é assumida como prática social”.⁹⁶

Torna-se importante discernir causas e processos individuais e coletivos, suas influências, relações, e mediações de tradições e contradições entre as representações sociais e suas identificações coletivas. Deve-se que observar as relações que ocorrem entre as dimensões, políticas, sociais, culturais e econômicas na busca pela integralidade, as informações e métodos analíticos, rotinas de aproximações entre objetivos e projetos intersetoriais, sempre complementares, devem subsidiar a planificação, execução, acompanhamento e avaliação do processo estratégico político de atuação.

Conforme CONTANDRIOPOULOS E CHAMPAGNE (2005), avaliar significa realizar algum julgamento de valor, orientado por uma visão de mundo própria e objetiva, a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, objetivando a tomada de decisão.⁹⁷ Aqueles que tomam decisões estratégicas devem ter uma grande vontade política para agir em parceria. Todos os atores devem estar dispostos a reavaliar suas lógicas, interesses e culturas específicas, para aceitar os objetivos propostos, o método de trabalho, em busca de objetivos, comuns, maiores que os setorizados e assistencialistas. Pode-se dizer que a soma das ações produz a integralidade.

Existe a necessidade da observação da multifatorialidade do Processo Saúde/Doença e a complexidade dos processos organizacionais e sociais. Para

⁹⁶ PINHEIRO, R. GUIZARDI, F. L. Cuidado e Integralidade: por uma Genealogia de Saberes e Práticas no Cotidiano. In: PINHEIRO, R. E MATTOS, R. A (Org.) **Cuidado as Fronteiras da Integralidade**. Rio de Janeiro: HUCITEC/IMS/UERG/ABRASCO, 2004. p. 22.

⁹⁷ CONTANDRIOPOULOS, A ; CHAMPAGNE, F. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In HATZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. (Org.) **Avaliação em Saúde dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p.59.

MATTOS (2004, “a integralidade envolve uma leitura ampliada das necessidades de saúde das pessoas e dos grupos populacionais”.⁹⁸

A compreensão das relações e ligações existentes entre o conjunto de causas e o reconhecimento de seu caráter pluridimensional e cumulativo deve facilitar na tomada de consciência do conjunto de implicações para a decisão sobre as opções e oportunidades da utilização de conceitos ampliados para formação e atuação nos objetivos propostos na gestão pública. A soma das potencialidades, a capacidade de análises mais globais e a observação do conjunto de causas que capturem melhor a complexidade da realidade, a compreensão das relações que existem entre elas, o reconhecimento do caráter acumulativo e suas implicações no contexto coletivo, são visões ampliadas que fundamentam as oportunidades de planejamento conjunto de objetivos e eixos da atuação estratégicos e contínuos.

O tempo e o interesse dos participantes na gestão, o aproveitamento de recursos humanos e financeiros, a versão multiplicadora do trabalho conjunto, a coerência e a auto-estima, a superação das lógicas corporativas de poder e de barganha política, a coerência na estratégia da ação, as políticas setoriais verticais, a diversidade de ritmos, burocracia e encaminhamentos dispostos em cada setor, a exigência de engajamento e responsabilidade, com a resolutividade da ação, mostram ser preciso reunir elementos de reflexão, de cultura, de expectativas. É preciso optar por uma estrutura adequada que reúna profissionais com diferentes formações e qualificações.

Como diretriz política, a integralidade torna-se um atributo relevante a ser considerado na avaliação dos serviços e dos sistemas de saúde, direcionados para uma política de cuidados primários. CONILL (2004) aponta, ainda, três grupos de

⁹⁸ MATTOS, R. A de, Cuidado Prudente para uma Vida Decente. In: PINHEIRO, R. E MATTOS, R. A (org.) **Cuidado as Fronteiras da Integralidade**. Rio de Janeiro: HUCITEC/MS/UERG/ABRASCO, 2004. p. 121.

questões que podem ser circunscritos neste processo: 1. Qual o entendimento acerca deste conceito e como verificar sua expressão prática? 2. Quais os modelos de atenção que propiciam processos de trabalho favorecedores de ações mais integrais e qual a influência dos fatores contextuais sobre esses processos? 3. Quais os efeitos de um cuidado, serviço ou sistema integral sobre a situação da saúde? Noutro sentido, a relaciona com a área da organização e da gestão dos serviços inserida no campo da avaliação chamado de análise estratégica (explora a pertinência de uma intervenção analisando sua adequação à situação social que lhe deu origem) e de análise de implantação (avalia a influência do contexto e da avaliação no grau de implantação sobre os efeitos esperados). Demonstra que o entendimento da integralidade enquanto um atributo da atenção primária, medida pelos serviços ofertados, tem predominado em estudos recentes.⁹⁹

Conforme CONILL (2004), “a validade de um instrumento de avaliação refere-se à sua adequação ao conceito teórico ou objeto que se quer medir ou intervir, sendo estimada através da validade de conteúdo (conceitos adequados), da validade do critério de predição (sensibilidade, especificidade) e da validade de construção (operacionalização). Ela afirma ainda que “é importante ter em mente a distinção entre sistema de saúde e subsistema de atenção, uma vez que a integralidade é uma diretriz operacional da política de saúde que deve se expressar na estrutura e nos processos do segundo.”⁹⁹

Conforme FURTADO (2001), “torna-se necessário, no processo avaliativo, a inclusão de diferentes e eventualmente divergentes julgamentos, a serem realizados a partir dos distintos pontos de vista dos grupos envolvidos com um programa ou

⁹⁹ CONILL, E. M. Avaliação da Integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 20(5):1477-1423. set-out, 2004.

serviço, o que justificará a inclusão de representantes de diferentes grupos de interesse no processo”.¹⁰⁰

“Não tem tanto a ver com a perspectiva da intervenção em grande escala. Tem mais a ver com a análise que utilize o conhecimento técnico, a partir do qual reconhecemos (na nossa leitura de profissionais de saúde) a necessidade de certo cuidado numa situação concreta, mas que amplia o olhar para além deste conhecimento, no sentido de ampliar o significado desse cuidado na vida das pessoas e dos grupos sociais, e de indagar sobre sua possibilidade de contribuir, ainda que modestamente, para uma vida decente” (MATTOS, 2004, p.131).¹⁰¹

¹⁰⁰ FURTADO, J. P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 165-181, 2001.

¹⁰¹ MATTOS, R. A de, Cuidado Prudente para uma Vida Decente. In: PINHEIRO, R. E MATTOS, R. A (Org.) **Cuidado as Fronteiras da Integralidade**. Rio de Janeiro: HUCITEC/IMS/UERG/ABRASCO, 2004. p.131.

3 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

3.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo, de corte qualitativo, desdobra-se num conjunto de etapas que abordam questões metodológicas diferenciadas, peculiares de Pesquisa Social Qualitativa, que abrange aspectos da dinâmica, da provisoriedade e da transformação. Conforme MINAYO (1994), “as sociedades humanas existem num determinado espaço cuja formação social e configuração são específicas. Vivem o presente marcado pelo passado e projetado para o futuro, num embate constante entre o que está dado e o que está sendo construído”.¹⁰²

GOLDENBERG (2000) elabora o conceito de metodologia, como sendo o estudo dos caminhos a serem seguidos e dos instrumentos usados para se fazer ciência. A autora, embasada em Weber, representante da *sociologia compreensiva*, mostra que os pesquisadores sociais, “buscam compreender os valores, crenças, motivações e sentimentos humanos, compreensão que só pode ocorrer se a ação é colocada dentro de um contexto de significado... a fenomenologia e a etnometodologia, inserem-se na tradição metodológica qualitativa ao tentar ver o mundo através dos olhos dos atores sociais e dos sentidos que eles atribuem aos objetivos e às ações sociais que desenvolvem”.¹⁰³

3.2 LOCAL DA PESQUISA

Vera Cruz localiza-se na Região Central do Estado do Rio Grande do Sul, distante 175 Km da Capital Porto Alegre. Instalado como município em 7 de junho

¹⁰² MINAYO, M. C. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1994.

¹⁰³ GOLDENBERG, M. **A Arte de Pesquisar. Como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais**. São Paulo: Record, 2000.

de 1959, pertence à Macrorregião dos Vales, Microrregião de Santa Cruz do Sul; e à 13ª Coordenadoria Regional de Saúde, com sede em Santa Cruz do Sul, das quais dista 12 Km. Habilitou-se na NOB/01/93 em 29 de março de 1996, e na NOB/96 em 13 de fevereiro de 1998 com a Gestão Plena de Atenção Básica, atualmente com a Gestão de Atenção Básica Ampliada. Pertence ao 20º Conselho Regional de Desenvolvimento – COREDE, e à Associação dos Municípios do Vale do Rio Pardo - AMVARP. O município possui 304 Km², sua população total é de 22 673¹⁰⁴ habitantes, com 50% da população na área urbana, e desse total, 75% na região central da cidade e 25% na periferia. Não existe concentração em determinada zona rural. Com exceção do lado leste, divisa com o município de Santa Cruz do Sul, os demais pontos recebem a população do interior de forma equilibrada, não existindo maior ou menor concentração em área determinada. Conta com cinco Postos de Saúde, sendo três rurais e dois urbanos.¹⁰⁵ Conta com os seguintes Recursos Humanos (efetivos e contratados) disponíveis no setor público, atuando diretamente na área da saúde: vinte profissionais de nível universitário, dezoito profissionais de nível médio e cinco de nível elementar. Conforme o Relatório de Gestão de 2003¹⁰⁶, o município aplicou 18,85% de recursos municipais em ações em saúde e o PAB – Piso de Atenção Básica fixo anual equivale a R\$ 209.808,00.

3.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Os sujeitos da pesquisa foram 100% dos elementos envolvidos na gestão municipal, mais dois assessores diretos de cada um desses sujeitos, para a pesquisa 1, da qual fizeram parte o Prefeito Municipal e Vice-Prefeito, os Secretários Municipais da Administração, do Planejamento, da Saúde, de Finanças, da Agricultura, da

¹⁰⁴ Conforme www.datasus.gov.br, acessado em 10/08/2004. Fonte do Ministério da Saúde e IBGE.

¹⁰⁵ SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE VERA CRUZ, **Plano Municipal de Saúde** 2003/2004.

¹⁰⁶ SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE VERA CRUZ, **Relatório de Gestão Municipal de Saúde**, relativo ao III Trimestre de 2003.

Assistência Social, da Educação e de Obras, que estivessem na ativa. Sujeitos históricos e atores de práticas sociais, que podem auxiliar em estratégias para a melhoria das condições de saúde no município.

Para a pesquisa 2, além dos sujeitos participantes da primeira pesquisa, foram incluídos os profissionais que estavam atuando com a equipe intersectorial em trabalhos que enfocaram a integralidade das ações em saúde.

3.4 INSTRUMENTO PARA COLETA DOS DADOS

Ambas as etapas foram trabalhadas com o mesmo instrumento: questionário aberto, com questões semi-estruturadas, gravadas e transcritas, aplicadas no local de trabalho de cada profissional, sujeito do estudo.

3.4.1 Instrumento de Pesquisa 1:

Cargo/função

- 1.Quais os principais problemas de saúde do seu município?
- 2.Os problemas de saúde de seu município tem a ver com seu setor de trabalho? Fale um pouco sobre isto.
- 3.Como você vê a participação do seu setor na melhoria de saúde da população?
- 4.Trabalhar de maneira intersectorial é fácil ou difícil? Por quê?
- 5.Se você tivesse que explicar para alguém, o que é saúde, o que você diria?

3.4.2 Instrumento de Pesquisa 2:

Profissão:

Cargo/função:

Setor:

Tempo de trabalho no setor:

1- Você participou da primeira parte da pesquisa que formulou o conceito de saúde, levantou os problemas de saúde no município e a viabilidade de um trabalho intersetorial, e apontou conceitos de integralidade das ações em saúde? Senão, alguém o orientou neste sentido de trabalhar de modo intersetorial buscando a integralidade das ações em saúde?

2- Você acha que os diversos setores municipais sentem necessidade de abordagens intersetoriais? Por quê?

3- Você trabalhou em algum projeto intersetorial? Como se formou o grupo de trabalho?

4- De que forma foram formulados os objetivos e as prioridades das ações.

5- De que modo o seu trabalho se inseriu nas questões da integralidade das ações em saúde propostas? Como foi a sua intervenção nas atividades?

6- Você pode descrever os efeitos observados no indivíduo ou no contexto familiar, durante e após a realização da intervenção.

7- Qual a sua percepção sobre a integralidade das ações em saúde e sua viabilidade prática para melhores efeitos? Quais as interações e influências que interferiram no processo?

3.5 PROCEDIMENTOS

Como forma de investigar este objeto foi utilizado referencial teórico pertinente da biblioteca da Faculdade de Saúde Pública e Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, da biblioteca da Universidade de Santa Cruz do Sul, da Escola de Saúde Pública da Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, da biblioteca particular da doutoranda e de seu orientador, assim como dados epidemiológicos, legislação e relatórios do município em questão, disponíveis na 13ª Coordenadoria Regional de Saúde com sede em Santa Cruz do Sul, para conhecer o Sistema Municipal de Saúde e esfera governamental. A compreensão dos movimentos sociais e das mudanças que vêm ocorrendo na política de saúde brasileira foi utilizada como marco de referência,

assim como a caracterização social, política e administrativa do município foco do estudo.

Realizamos visita ao Prefeito Municipal para entrega de ofício, discussão dos objetivos e procedimentos do estudo, e autorização para a pesquisa com os sujeitos do estudo.

Uma segunda etapa utilizou a realização de entrevistas. Foi aplicado um questionário – Instrumento de Pesquisa 1 - com perguntas semi-estruturadas, com questões abertas, tratadas com a tecnologia chamada de método do Discurso do Sujeito Coletivo, instrumento de organização de dados discursivos, para constituir a base empírica do conhecimento social deste meio. Conforme LEFÈVRE (2000), representações sociais, conceito básico da Sociologia e da Psicossociologia, sobretudo a de origem européia, dizem respeito ao “conjunto de idéias, valores, ideologias existentes numa dada formação social, num dado momento histórico... intercomunicadas e transformadas, no funcionamento ordinário da vida social”.¹⁰⁷

“Quando se quer conhecer o pensamento de uma comunidade sobre um dado tema, é preciso realizar, uma pesquisa qualitativa, já que para serem acessados, os pensamentos, na qualidade de expressão da subjetividade humana, precisam passar, previamente, pela consciência humana” (LEFÈVRE, 2003, p.9).¹⁰⁸

O terceiro momento reserva o encontro do perfil da contextualização, pela análise do Discurso do Sujeito Coletivo, referido pelos componentes do governo municipal, da percepção do conceito de saúde, da observação dos problemas de saúde enfrentados pelo município, da ligação do setor de trabalho com estes problemas, da possibilidade de trabalho intersetorial na organização política

¹⁰⁷ LEFÈVRE. F.; LEFÈVRE A. M. C.; TEIXEIRA. J. J. V. (Orgs). **O Discurso do Sujeito Coletivo. Uma abordagem Metodológica em Pesquisa Qualitativa**. Caxias do Sul: EDUSC, 2000. p.135.

¹⁰⁸ LEFÈVRE; A. M.; LEFÈVRE. F. **O Discurso do Sujeito Coletivo: Um novo enfoque em Pesquisa Qualitativa (desdobramentos)**. Caxias do Sul/RS: EDUCS, 2003. p. 256.

municipal. Tal embasamento foi utilizado para o planejamento de ações políticas e técnicas que englobem estratégias de ações administrativas intersetoriais que, inseridas no contexto social, econômico e cultural dos próprios sujeitos de pesquisa, sistematizam e direcionam ações para a melhoria da abordagem do princípio da integralidade das ações em saúde.

As análises foram apresentadas aos sujeitos de pesquisa em reunião intersetorial, criando um novo senso político comum, que foi retornado ao grupo de suas próprias conclusões, que mostraram um conceito de saúde positivo e ampliado, o conhecimento dos problemas de saúde e das relações entre os setores, e a possibilidade de trabalho intersetorial.

Novo instrumento de pesquisa – Instrumento de Pesquisa 2 - foi aplicado aos sujeitos de pesquisa anterior e a mais alguns componentes de grupos do trabalho intersetorial, que se uniram em busca da integralidade das ações no município. O mesmo método foi utilizado para a análise.

3.6 COMPROMISSO ÉTICO

Atendendo às diretrizes e normas da Resolução 1996/96 do CNS/MS – Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, o indivíduo, objeto da pesquisa, ou seu representante legal, recebeu explicação clara e completa, de tal forma que assinou uma declaração contendo os seguintes aspectos:

Título da Pesquisa: _____

- I. A justificativa e objetivos da pesquisa;
- II. Os procedimentos utilizados;
- III. Os desconfortos e riscos esperados;
- IV. Os benefícios que se pode obter;
- V. Os procedimentos alternativos que possam ser vantajosos;
- VI. Garantia de resposta a qualquer pergunta;

- VII. Liberdade de abandonar a pesquisa sem prejuízo para si;
- VIII. Garantia de privacidade;
- IX. Compromisso com informação atualizada do estudo;
- X. Disponibilidade de tratamento médico e indenização em caso de danos;
- XI. Garantia de que custos adicionais serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.¹⁰⁹

Após devidamente assinado, o pesquisado ficou com uma cópia do Termo de Consentimento. O original foi arquivado, assim como as fitas cassetes utilizadas para gravação das entrevistas, e assim permanecerá por cinco anos, pela pesquisadora. A pesquisadora se responsabilizará por cumprir os termos da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, e a utilizar o material obtido especificamente para os propósitos desta pesquisa. O projeto de pesquisa foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa - COEP da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

¹⁰⁹ MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Normas para Pesquisa envolvendo Seres Humanos**. (Res. CNS nº 196/96 e outras). Série Cadernos Técnicos. 2. ed. Ampliada. Brasília, 2003. p. 105.

4 ANÁLISE DOS DADOS

O método do Discurso do Sujeito Coletivo, enquanto técnica de pesquisa qualitativa de base indutiva, busca acessar e resgatar os pensamentos contidos na consciência dos indivíduos, caracterizando-se como um procedimento de tabulação de depoimentos verbais que, conforme LEFÈVRE e col. (2002) “consiste basicamente em analisar o material coletado de entrevistas feitas a partir de um roteiro de questões abertas, extraindo-se de cada uma das respostas as Idéias Centrais e suas correspondentes expressões-chave”, com objetivo de “geração ou reconstrução” de qualidades, resultando no pensamento coletivo. Segundo o mesmo autor, os discursos “podem ser compostos de um ou mais depoimentos que apresentam um sentido singular que refletem pensamentos e valores relativos a um tema, presentes em uma dada formação sociocultural, num dado momento histórico”.¹¹⁰

A técnica do método busca justamente dar conta da discursividade, característica própria e indissociável do pensamento coletivo, buscando preservá-la em todos os momentos da pesquisa, desde a elaboração das perguntas, passando pela coleta e pelo processamento dos dados até culminar com a apresentação dos resultados”.¹¹¹ O pensamento coletivo, na medida em que necessita ser pesquisado qualitativamente, é pós-construído, sendo o *output* da pesquisa. São instrumentos Básicos do método de pesquisa:

Idéia Central – descrição do sentido do(s) depoimento(s). É a expressão lingüística que descreve de maneira sintética e fidedigna o sentido das “afirmações

¹¹⁰ LEFÈVRE. A. M.; LEFÈVRE. F.; CARDISO, M. R. L.; MAZZA, M. P. R. Assistência Pública à Saúde no Brasil: estudo de seis ancoragens. **Saúde e Sociedade**. 11(2):35-47, 2002. p.36

¹¹¹ LEFÈVRE, A. M., LEFÈVRE. F. **O Discurso do Sujeito Coletivo**: Um novo enfoque em Pesquisa Qualitativa (desdodramentos). Caxias do Sul/ RS: EDUCS, 2003. p. 11.

específicas” presentes em cada discurso analisado e em cada conjunto homogêneo de expressões-chave, que vão gerar o discurso do sujeito coletivo.

Expressões-Chave – são transcrições literais do discurso que devem ser sublinhadas pelo pesquisador e que revelam a essência do depoimento ou a teoria subjacente.

Ancoragem – é a manifestação linguística explícita de uma dada teoria, ideologia ou crença que o autor do discurso professa. O conjunto das ancoragens permite conhecer as bases, as teorias, as motivações, os valores, os princípios que embasam as representações da comunidade, foco do estudo.

“Por este termo, no contexto aludido e inspirado na teoria da Representação Social (Jodelet, 1989; Moscovici, 1978), entendemos um dado conteúdo discursivo presente em um determinado depoimento, que é a manifestação linguística explícita de uma dada teoria, ou ideologia, ou crença, ou valor que o autor do discurso professa e que, na qualidade de afirmação genérica, está sendo usada pelo enunciador para “enquadrar” uma situação específica” (LEFÈVRE, 2002 p.37).¹¹²

Devemos observar que os depoimentos podem ter uma ou várias idéias centrais, mas apenas em alguns depoimentos poderemos encontrar, de maneira explícita, a ancoragem. Podemos dizer, então, que o DSC é um discurso-síntese, redigido na primeira pessoa do singular, composto pelas expressões chaves que possuem idéias centrais ou ancoragens semelhantes.

A forma tradicional de tabular os dados provenientes de questões abertas de pesquisa consiste na leitura e identificação de expressões que revelem a essência do sentido da resposta. Os discursos dos depoimentos não se anulam ou se reduzem a uma categoria comum unificadora: “o que se busca fazer é reconstruir, com pedaços

¹¹² LEFÈVRE.A. M.; LEFÈVRE. F.; CARDISO, M. R. L.; MAZZA, M. P. R. Assistência Pública à Saúde no Brasil: estudo de seis ancoragens. **Saúde e Sociedade**.11(2):35-47, 2002.

de discursos individuais... tantos discursos-síntese quantos se julgue necessário para expressar... um dado pensar ou representação social sobre um fenômeno”.¹¹³

A seleção da amostra deve considerar a quantidade, variabilidade e qualidade dos sujeitos a serem entrevistados, pela possibilidade de fornecer dados interessantes e suficientes para compor e reconstituir as representações.

4.1 ANÁLISE DOS DADOS DA PESQUISA 1

Para analisar a percepção relativa ao conceito de saúde/doença nos vários níveis do governo municipal e o relacionamento do setor de trabalho na gestão pública com a área da saúde e verificar a percepção a respeito da viabilidade do trabalho intersetorial no contexto político organizacional do município, utilizou-se o método do Discurso do Sujeito Coletivo. Construíram-se das respostas completas, transcritas das entrevistas gravadas com os sujeitos da pesquisa, análise das expressões-chave, na seqüência, análise das idéias centrais, e ancoragem.

Questão 1 – Quais os principais problemas de saúde do seu município?

Temos custo elevado da hospitalização, fala alto o corporativismo médico; falta médico especialista e plantão 24 horas. Temos que buscar um hospital regional queremos reduzir os atendimentos hospitalares, abrir os postos de saúde no interior, realizar trabalho preventivo, implantar o PSF, eliminar ambulância-terapia e diminuir os encaminhamentos para grandes centros. Promover consórcios.

Precisamos mais humanização, mais comprometimento e competência no atendimento, porque isto compromete todo o eixo.

¹¹³ LEFÈVRE, A. M.; LEFÈVRE, F. **O Discurso do Sujeito Coletivo**: Um novo enfoque em Pesquisa Qualitativa (desdobramentos). Caxias do Sul/RS: EDUCS, 2003. p.19.

Renda baixa e desemprego, custo alto dos remédios, as pessoas não seguem o tratamento prescrito; o governo do Estado não auxilia, falta confiabilidade no SUS, gastos com doença não estão no orçamento familiar, as pessoas teriam que ter uma reserva para gastos com a saúde.

A Secretaria da Saúde deve acompanhar os problemas de saúde, deve haver atendimento médico e preventivo no interior, o PSF deve funcionar melhor nos bairros. A Prefeitura desfez um convênio com a Unimed e contratou médicos para diminuição de gastos.

Falta de médicos especialistas e exames mais detalhados. Precisamos melhorar o saneamento básico e o tratamento de efluentes.

Falta de infra-estrutura, de medicina especializada e melhorar o atendimento. O PSF vai trabalhar com a prevenção.

Saúde é prioridade na gestão. Temos dificuldade de manter um quadro efetivo de médicos. As pessoas pensam que a Prefeitura tem absoluta responsabilidade com a saúde. Existe uma cultura muito forte de assistencialismo na gestão pública.

Falta uma nova estrutura do serviço, sem filas para o atendimento, falta orientação das pessoas para isto. Ter o tratamento com o profissional desejado e seguir o tratamento com o mesmo médico.

Falta um médico de família. Formar uma política de saúde preventiva. Falta continuidade de atendimento do mesmo profissional, maior acompanhamento e formação dos Agentes Comunitários de Saúde, que fazem um bom serviço na comunidade.

O maior problema é da moradia, depois água e esgoto.

Esgoto que corre a céu aberto e que não é tratado, principalmente em loteamentos novos e bairros pobres.

Demora, despreparo e falta de qualidade no atendimento. O SUS faz o que pode. O Governo faz pouco pelo que a gente paga. Observa-se que quanto menor o índice de educação, maior os problemas de saúde.

O nosso problema aqui no município realmente é a doença, a Mortalidade Infantil é alta. Encaminhamento para especialistas e as baixas hospitalares.

Encaminhamento para POA – Porto Alegre, por causa de especialistas (traumatologista, dermatologista, otorrinolaringologista e neurologista); mais oportunidades de exames pelos SUS (tomografia e mamografia); às vezes o paciente precisa pagar uma taxa diferenciada para esses exames.

Mudar o índice de Mortalidade Infantil que é bastante alto pelo número de ações que o município oferece.

O município até recebeu um prêmio, no ano passado, pelas ações desenvolvidas na área da saúde e comprou o hospital que era particular. As dificuldades são os profissionais médicos e a falta de acesso das pessoas de baixa renda. A parte maior é financeira, “os médicos não querem ganhar pouco e se submeter a um trabalho público...” e ter acesso à consulta o que realmente precisa; *“tem que esperar em filas, é SUS”*.

Falta atendimento mais técnico de especialista.

Falta de prevenção, o pessoal fica em casa até que passa mal e precisa ficar internado no hospital, gasta em internação e em remédio.

Falta prevenção, o produtor não usa os equipamentos de proteção. Ocorrem internações por intoxicações com venenos, gerando mais gastos financeiros. “Não que o produtor não seja alertado para isso, ele tem consciência no uso de EPI – Equipamento de Proteção Individual, mas não usa”.

“Os agricultores ainda não têm consciência do que é um produto químico e o que representa para saúde dele e do meio ambiente”. Falta o uso de EPIs. e mais trabalho com a agroecologia. Há problemas da água, do solo com relação aos agrotóxicos, contaminação dos lençóis freáticos. Investir em educação, e ter preocupação com as futuras gerações.

Fazer um plantão 24 horas para assistência básica e não sobrecarregar o hospital. Reabertura dos postos do interior para atendimento.

Prevenção com alcoolismo e drogas, porque atinge a família. Trabalhar com a família.

Prevenção com alcoolismo e drogas, Mortalidade Infantil que sempre foi um problema no município. Incentivar o PIM (Programa Primeira Infância Melhor).

“O SUS não cobre médicos especialistas”. Diminuir os encaminhamentos para grandes centros. Problemas com esgoto a céu aberto, com tratamento do esgoto, há excesso de flúor na água, em alguns lugares.

Falta de médico especialista. Há muita demora nas consultas, muitas filas para atendimento médico.

O problema é a questão social e econômica, nutrição das crianças e de gestantes. O aleitamento materno nem sempre é levado a sério, temos muitos problemas respiratórios. Falta de orientação alimentar e de higiene.

Falta de tratamento do esgoto local, tratamento de dejetos humanos e de efluentes; falta de fiscalização na implantação de fossas. Falta de consciência da população relativo ao lixo de qualquer espécie.

Falta de proteção com o uso de produtos químicos, do uso de EPIs. Necessidade de medicamentos na farmácia do Estado. O atendimento médico é limitado. Fazer a regionalização com hospitais para atendimento mais próximo e diminuir encaminhamentos para grandes centros. Problemas com radioterapia na região. Índice de câncer extremamente elevado. Falta de água potável no interior, e o consumo de água, muitas vezes, é impróprio. Exposição muito grande ao sol.

Questão 2 – Os problemas de saúde do seu município tem a ver com seu setor de trabalho?

Nº TOTAL das pessoas que disseram SIM: 18

Nº TOTAL das pessoas que disseram NÃO: 7

Nº TOTAL das pessoas que NÃO DEFINIRAM ou Deixaram em Dúvida: 3

Sim. É o coordenador de todas as áreas.

Não definiu. Todo servidor tem problemas de saúde. Saúde do trabalhador.

Não. Trabalha com material de expediente.

Sim. Trabalho integrado com todas as secretarias (saúde, assistência social, educação e administração).

Sim. Pedidos de obras, saneamento básico.

Não. Trabalha com assessoria de imprensa, só faz encaminhamentos.

Sim. É preciso ver a gestão em longo prazo, ter uma visão política ampliada além dos 4 anos de governo. Integralizar as informações para um trabalho interligado e em conjunto.

Sim. Um setor depende do outro.

Não. Meu setor pode até colaborar.

Sim. Investir em condições de moradia, na prevenção.

Sim. Preocupação com o meio ambiente, esgoto não tratado, com doenças.

Sim. Saneamento, abastecimento de água, melhoria da coleta e destinação do lixo. Melhoria da Saúde Pública.

Sim. São decisões junto com o CMS - Conselho Municipal da Saúde. Preocupação com as ações básicas de educação para a saúde e com a Mortalidade Infantil.

Sim. Busca de consultas especializadas e de exames.

Sim. Todas as ações são interligadas.

Não. Área mais limitada ao orçamento do município. Cumprir a lei da responsabilidade fiscal.

Até teria. Melhor arrecadação, mais especialista.

Não. O dinheiro necessário sempre é liberado.

Não. O próprio vendedor deve orientar o manuseio dos agrotóxicos.

Sim. O aumento de área plantada de fumo e a falta do uso de EPIs interferem na saúde.

Sim. Alcoolismo, contexto familiar, questão social. Ação social e saúde.

Sim. Todos os setores, principalmente educação, saúde e assistência social.

Sim. Ligado ao social, principalmente educação, saúde e assistência social.

Alguma coisa sim. Trabalhar com saúde preventiva, saneamento básico, acesso a informações.

Sim. Saúde, assistência social e educação.

Sim. Nutrição, educação e saúde.

Sim. Responsável pelas obras, esgoto, redes para despoluição. Educação.

Sim. Problema de questão cultural, exigindo um trabalho de consciência da população.

Questão 3 – Como você vê a participação do seu setor na melhoria da saúde da população?

Escolhendo uma equipe de saúde com experiência. Atividades de reorganização, de planejamento.

Prevenção com contratação de profissional da área de saúde do trabalhador.

Não se sente envolvido diante dos outros setores.

Ajudar a influenciar “para ver se a gente consegue então essa participação na melhoria da saúde”. Influência nas decisões. Realizar encaminhamentos.

Busca de verbas para o tratamento do esgoto para cuidado com o meio ambiente. Ficar atento também aos noticiários para adquirir novos conhecimentos. Saneamento básico, de saúde preventiva.

Receber bem uma pessoa (acolhimento) e realizar encaminhamentos.

É responsável pela qualidade do trabalho de todas as secretarias. Temos que melhorar a informação/comunicação interna.

Acha que não deve atrapalhar o processo, apenas deve fazer com que o processo ande.

Não é uma participação assim muito ostensiva, muito decisiva, é mais a título de colaboração. É colaborar, sugerir e participar.

A principal secretaria é a da saúde, depois vem as demais (planejamento, moradia, esgoto).

Se tiver uma denúncia de algum problema, assim como esgoto correndo a céu aberto, fazer encaminhamentos para resolver problemas e a conscientização.

Melhorias na coleta de resíduos sólidos e saneamento.

Nós estamos trabalhando com outras secretarias, como a do desenvolvimento social e da educação, então são três secretarias trabalhando junto para tentar diminuir problemas.

Ela é fundamental, porque sem a sua participação e ajuda, não sei o que seria do povo.

É bastante importante, até porque se a gente ajuda a planejar nesse setor, a gente é responsável pelo relatório de gestão onde são colocadas todas as ações a cada trimestre.

Já se previa dentro do orçamento uma valorização maior na área da saúde.

Tendo mais fiscais poderíamos ter um controle melhor tanto na parte sanitária como também na parte de edificações.

Tudo que está no alcance do setor financeiro é preenchido.

Orientação ao produtor e conscientização.

Preservação dos recursos naturais.

Trazer as pessoas que estavam, por exemplo, sem tratamento. Reintegração das pessoas à sociedade.

Acho que é muito importante, porque a secretaria da assistência social é que faz todo o elo entre a saúde, educação, existe toda uma ligação.

Junto com a saúde, junto com toda uma equipe multidisciplinar. Orientação às famílias, nas suas próprias casas.

Orientação, conscientização, trabalhar a questão cultural, parcerias com a saúde, prevenção.

Melhorar a merenda escolar, realizar encaminhamentos e acompanhamentos (psicológico e odontológico).

É muito uma questão de ter cuidado, ter seriedade no trabalho, fazer o trabalho com competência e responsabilidade, isso vai trazer bons frutos.

Responsável pelas obras, esgoto, redes para despoluição.

Orientação aos produtores, preservação das fontes naturais. Encaminhamentos para especialistas.

Questão 4 – Trabalhar de maneira intersetorial é fácil ou difícil? Por quê?

Fácil. Nesta resposta, observamos que será fácil trabalhar de maneira intersetorial se há preparo para trabalhar em equipe; se existe sintonização do objetivo maior que é administrar; se houver integração, solidariedade, consciência, cabeça aberta. Se cada um entender o seu papel na equipe, ter responsabilidade. Se houver encontros semanais, envolvendo todos os setores, planejamento para o futuro e avaliação.

Não é fácil. Porque não se alcança ou se demora demais para alcançar as soluções. Trabalhar com pessoas é muito difícil, somos diferentes. Temos que usar as palavras certas e nem todos tem esse dom. O grupo deve estar integrado, as pessoas devem estar envolvidas, temos que quebrar paradigmas. É um trabalho lento, mas ótimo. O trabalho não pode ser levado para o lado pessoal. *“(...) não ganho mais nada por isso, então por que vou me envolver? (...) Existe essa falta de envolvimento, de preocupação, de responsabilidade, e de consciência”.*

Fácil. Todos os secretários quando precisam do meu setor, geralmente se dirigem a mim, mas não há envolvimento com a ação a ser desenvolvida. *“Então muitas vezes eles solicitam algumas coisas, mas tu não sabes a idéia que ele têm;*

eles estão sempre muito ocupados. (...) no principal mesmo eu não me envolvo". Torna-se muito importante a comunicação dos objetivos do projeto a ser desenvolvido para envolvimento das pessoas de outros setores.

Fácil. Aos poucos as secretarias estão se reunindo. *"as pessoas, os secretários"*, para ver de forma conjunta e planejar como resolver os problemas e continuar as atividades que estavam acontecendo. Inicialmente organizar as suas secretarias, num primeiro momento um trabalho mais individualizado para uma maior integração na medida em que a administração vai avançando.

Fácil. Mesmo não fazendo reuniões a gente tem contato permanente com todas as secretarias. *"(...) num primeiro momento é com os secretários e com o prefeito, porque a demanda é muito grande e a quantidade de funcionários é pequena"*. É tranquilo a partir do momento que tu sabes o que cada secretário pensa e como vai fazer. São necessários uma boa comunicação e um bom relacionamento interpessoal.

Fácil. Existem reuniões com os secretários, a proposta é trabalhar a intersetorialidade. *"Se tu não tem condições de obras, infra-estrutura, para manter um saneamento básico, isso acarreta problemas na saúde. Se você não tem uma educação que contribua para hábitos saudáveis, vai acarretar tudo depois lá no atendimento das pessoas."*

Difícil quando não se tem o processo correto; ele se torna muito operacional. Quando se tem a estrutura adequada a carga de trabalho se reduz e começa a qualidade no processo. Nós não temos essa estrutura. Para ser implantada necessita de investimento. O prefeito municipal está aberto para esse tipo de procedimento. É um trabalho em médio prazo. Há a necessidade de se criar um software, está sendo feito um levantamento das necessidades do custo. *"(...) é uma necessidade que vai ter que ser feita, não existe alternativa. (...) quem vai utilizar isso é a comunidade, o cidadão, é o contribuinte, (...) daqui há 8, 12, 20 anos (...) é um processo contínuo."*

(...) percebo que esse processo esteve muito parado, nessas últimas gestões, então é um trabalho a ser feito”.

Não é difícil. Ainda tem o trabalho intersetorial. *“(...)a gente sabe que cada setor depende um do outro para trabalhar e eu acho importante isso e não é difícil não”.*

Não seria difícil. *“Não existe reuniões entre as secretarias, a própria secretaria de saúde faz sua própria política de saúde, independente do que existe em outras categorias, em outras secretarias”.* Refere que teria que ter uma maior integração entre as secretarias, o que facilitaria o trabalho intersetorial a realizar um trabalho com mais comprometimento. *“(...) a gente como tem uma visão mais externa da coisa, a gente não sabe o que acontece lá dentro, então isso pode gerar uma dificuldade de relacionamento (...)”.* O trabalho intersetorial facilitaria a comunicação e o trabalho entre as secretarias.

É bastante dificultado esse trabalho, porque as reuniões eram só entre prefeito e secretários; a gente que funciona dentro da prefeitura não participava.

É uma novidade, são coisas às vezes muito acadêmicas que na prática não é bem assim. As parcerias existem, poderia ser melhor. A gente sabe que se tu tem uma pequena meta e tu definir ela em vários setores essa meta é muito mais fácil de ser executada. (...) Não é fácil porque às vezes as pessoas como elas tem algum cargo, algum poder, elas às vezes receiam que alguém dê palpite na sua área, ou não seria o pai da idéia. Um componente que sempre atrapalha é o componente político.

(...) olha isso aí acontece ao nível de secretários que tem reuniões semanais. E nós em termos de integração com os funcionários, a gente se comunica com eles. (...) e é muito fácil, é muito bom; já vem acontecendo de anos aqui, o pessoal é bem entrosado nesse sentido.

Nós funcionários, que estamos aqui há muito anos, todo mundo se conhece, se conversa. Todo início é um pouco mais difícil porque a gente está começando a conhecer o pessoal que está chegando agora.

O relacionamento é fácil.

Isso é um pouco difícil, na verdade é um trabalho correto, eu acho que o grande desafio da administração que está chegando aí, é buscar este relacionamento entre as secretarias, é o que de melhor poderia acontecer. Esse órgão está extremamente ligado a todas as outras secretarias e vai ter um conhecimento do que está acontecendo em todas elas e o que cada secretaria está fazendo; conhecendo essa engrenagem, fica muito mais fácil o trabalho. (...) Isto é um desafio, acho que é um grande desafio pela frente, não vai ser fácil, mas eu acho que tem tudo para dar certo, no momento que uma secretaria souber o que a outra está fazendo, com certeza a coisa vai andar de maneira correta. (...) ainda não está acontecendo.

Tudo interligado, a questão é a meta, tem que fazer o bem-estar da população. Como se faz? Cada um faz a sua parte. Todos na verdade são amigos, quase não têm dificuldade assim de expressar seus pensamentos e discutir em outros momentos.

Se for fácil ou difícil vou ver ao longo do trabalho. Tem que se ter essa integração entre as secretarias. Até para se andar um para cada lado, por que não unir as forças nesse sentido? Os laudos devem ser encaminhados para o conhecimento de várias secretarias para o atendimento de cada família. Acho que esse é o caminho do trabalho efetivo.

O principal é os gestores estarem dispostos para essa integração. Não é difícil, facilita o trabalho de todo mundo; trabalhando em equipe as coisas tem mais resultados. Tira um pouco da sobrecarga de trabalho.

Não trabalhamos muito pouco intersetorial, estamos trabalhando há um mês, dando atendimento específico na sua secretaria. Mas este trabalho não tem sido assim um trabalho planejado, ele ainda não tem essas interfaces. Eu acho fundamental isso acontecer. Dessa forma otimiza os recursos, otimiza os recursos humanos e dá mais resultados. O relacionamento pessoal é bom, o que já uma grande facilidade. O governo é um todo; ele não pode ser “sectarizado”; é importante a linha que o prefeito der.

Nós estamos começando, a primeira impressão foi boa, agora nós temos que construir, e como é novo, depende de nós construirmos.

As secretarias que tem uma linha mais direta é saúde, assistência social e educação. Estamos fazendo um trabalho integrado com a secretaria de obras. Que um problema de uma secretaria não seja só dela, mas que seja de todo o município, um desafio. E que a gente consiga contribuir com isso. É um desafio porque cada secretaria tem a sua especificidade, suas questões administrativas, burocráticas e que sem querer tu te prende a essas questões. Tem que ampliar neste contexto do município, tem que ampliar noções do teu trabalho, as políticas públicas têm que se realizar de forma integrada, que as outras secretarias tenham também esse desafio em relação a nós.

Estamos passando pelo primeiro estágio, que é o conhecimento das diferentes dificuldades que cada setor tem e apresentamos para o prefeito, a situação de cada setor. Num primeiro momento se percebe que isso vai ser fundamental para que um todo tenha um ganho. Então não adianta fazer uma ação localizada, se ela não é planejada em cima do contexto como um todo. Então as ações públicas, eu acho que deveriam visar sempre o município como um todo. Lógico que cada secretaria tem seu foco localizado, mas ela deve tomar ações que efetivamente integram o conjunto. Dentro do projeto 23, a gente vai ter esse trabalho com bastante força. Aqui no município de Vera Cruz, em 93 foi iniciada uma campanha da secretaria de obras e de educação num trabalho integrado para coleta de lixo das propriedades rurais. Teve

continuidade sendo uma ação muito positiva. (...) faz parte de um processo de evolução, de conscientização, não apenas um processo do gestor público. Acho que o poder público de uma forma mais ampla, não só localizada, tinha que dar os primeiros passos no sentido da conscientização.

A gente está iniciando e com certeza no decorrer do tempo, a gente vai procurar outras integrações, com a saúde, educação, consumo de alimentos saudáveis, a fiscalização para não prejudicar o meio ambiente. Então o que a gente quer, é buscar junto aos outros setores maneiras, digamos, de conversar, buscar junto, construir soluções para que o agricultor também se sinta parte desse processo todo. Queremos renovar convênio com a Universidade. E é tranquilo, a gente está buscando não só alguém que possa resolver, descascar o abacaxi, mas alguém que possa junto procurar construir alguma solução para os problemas que a gente enfrenta.

Questão 5 – Se você tivesse que explicar para alguém o que é saúde, o que você diria?

Saúde é o que se limita ao seu bem-estar, ao trabalho; é o mais importante, é a base de tudo. Para a administração é um grande desafio, o orçamento municipal vai ser investido em áreas prioritárias, utilizando igualdade, não discriminando as pessoas.

É o reflexo do corpo.

Temos que realizar mais a saúde do que a doença. Temos que nos preocupar mais com a prevenção, como ter boa alimentação, sono tranquilo, controle sobre o fumo, consumo de álcool, obesidade, estresse. Não tomar medicação sem prescrição.

A saúde trata da parte do corpo, da mente e do social. A saúde deve ter um acompanhamento rotineiro, por exemplo, da equipe de PSF, com preocupação na

prevenção. Devemos trabalhar com prevenção para diminuir os atendimentos hospitalares e nos postos de atendimento médico. Buscar estes serviços apenas quando necessário e o acolhimento destes serviços pode resolver muitos problemas.

Saúde é um conjunto muito grande de coisas. Na saúde desemboca problemas vindos de outras áreas. É o bem-estar de cada cidadão. Gasta-se muito depois que se perdeu a saúde; temos que prevenir.

Saúde é ter hábitos de higiene sadios, o que vem da educação, da prevenção, dos cuidados básicos e, se necessário, buscamos atendimento em serviços curativos.

Saúde é a opinião satisfatória de quem realmente utiliza o serviço. Exige planejamento e melhores serviços quando se tornar necessário. É o bem-estar, o equilíbrio físico e espiritual.

É o bem-estar da pessoa, estar bem fisicamente, espiritualmente, é o equilíbrio. E sempre que a pessoa precisasse, que tivesse disponível o atendimento.

É o maior dom da vida.

Saúde é ter uma condição digna de sobrevivência, é viver o dia-a-dia sem riscos. Ter onde morar, ter alimentação normal, direito ao estudo. É a dignidade da pessoa, não só remédio.

Saúde é o bem-estar individual e da coletividade. É também ao redor de ti.

Saúde é viver decentemente, é ter emprego, ter família.

Saúde é algo muito amplo. É o equilíbrio entre saúde corporal/física, espiritual e social. Envolve emprego, renda, religião, participação na sociedade.

A saúde precisa mais de orientações sobre prevenção e conscientização de como promover saúde. Algo assim como trabalha a equipe de PSF, com este enfoque preventivo.

É um conceito bem mais amplo, não é só a parte curativa, mas envolve outros setores como saneamento básico, água, esgoto, prevenindo para não precisar tratar depois. Engloba aspecto psicológico, físico, emocional.

“Saúde é... a gente podia falar o dia inteiro sobre isso...”. É ter autocontrole sobre si, é conhecer os limites do corpo, é higiene, é auto conhecimento. É o cuidado desde o nascimento, é a família, é educação. Se tivermos algum problema, temos que saber nos cuidar. É ter médico e remédios à disposição.

É a base de tudo, é ter alegria, trabalho, desenvolvimento. É a base da estrutura da família e da sociedade.

É vida saudável, é qualidade de vida. Toda a doença parte do psicológico. É estar bem consigo mesma.

É levar uma vida saudável, com condições de trabalhar, é qualidade de vida.

Deve-se levar em consideração o desenvolvimento econômico, a preservação dos recursos naturais (água, solo, alimentos ecológicos), viver em harmonia com o meio ambiente. É pensar num mundo mais humano, mais social, pensando na nossas futuras gerações.

É o bem-estar como um todo, é um estado de espírito, ter o corpo e/ou a mente saudáveis.

É um estado de bem-estar, de bem-estar familiar, de estar-bem consigo. O trabalho é muito bom para a pessoa.

É qualidade de vida, é a questão social, de educação, é a visão do todo.

É o físico, o psicológico e questão ambiental, é a família e o ambiente de trabalho.

É o estado de espírito, a prevenção, é não precisar de médico, é ter uma boa alimentação e um bom relacionamento.

É qualidade de vida, boa alimentação, educação através dos meios de comunicação, orientações adequadas para infância, adolescência, juventude e terceira idade.

É ter uma alimentação saudável, cuidado no uso de defensivos, ter bons hábitos de higiene, conscientização e conhecimentos para prevenção. A saúde depende de ações como um todo, de prevenção e de assistência.

Saúde entra na questão do bem estar do ser humano. É o equilíbrio do organismo, utilizar a assistência como recurso extremo, usar a prevenção contra produtos químicos no meio ambiente. É ter acompanhamento na prevenção e na assistência.

Para uma melhor visualização das respostas apresentadas pelos sujeitos da pesquisa e ordenamento para análise, as respostas foram organizadas e divididas por temas, por categorias de análise. Este estudo gerou as lâminas para a apresentação das respostas ao grupo gestor em reunião mensal ocorrida na Prefeitura Municipal.

Questão 1 – Quais os principais problemas de saúde do seu município?

Categorias de análise	
Problemas de saúde	Sugestões de resolução
<p>1 - SERVIÇOS DE SAÚDE</p> <p>1.1 Assistência Maior problema no município é a resolutividade na área da doença. Custo elevado em hospitalização. Muitas baixas hospitalares. Plantão 24 horas. Plantão 24 horas para assistência básica para não sobrecarregar o hospital. Falta atendimento mais técnico de especialista (traumatologista, dermatologista e otorrinolaringologista). Falta exames mais detalhados (tomografia e mamografia). Problemas com radioterapia na região. Às vezes o paciente precisa pagar uma taxa diferenciada pelos exames. O atendimento médico é limitado. Dificuldade em manter um quadro efetivo de médicos, pelo salário que o município pode oferecer e este se submeter ao tipo de trabalho público. Corporativismo médico. Dificuldade de realizar o tratamento e dar continuidade com o mesmo médico. Custo alto dos remédios. Falta de medicamentos. O serviço local possui apenas ações básicas. A Mortalidade Infantil é alta, pelo número de ações que o município oferece. Falta infra-estrutura. Falta uma nova estrutura do serviço sem filas para o atendimento. Abrir os postos de saúde do interior. Falta de acesso das pessoas de baixa renda. Mais humanização, comprometimento e competência no atendimento. Demora, despreparo do pessoal e falta de qualidade no atendimento. Excesso de flúor na água. Falta de orientação alimentar e de higiene. Exposição muito grande ao sol. Índice de câncer é extremamente elevado. Muitos problemas respiratórios.</p>	<p>1 - SERVIÇOS DE SAÚDE</p> <p>1.1 Assistência Buscar um hospital regional para atendimento de internação e de exames especializados. Mais próximo para diminuir os encaminhamentos para Porto Alegre. Reduzir atendimentos hospitalares, trabalhando mais com a prevenção. Promover consórcios. Abrir postos de saúde no interior. Fortificar o trabalho com o programa de primeira infância melhor – PIM.</p>

<p>1.2 Prevenção Atendimento médico e preventivo no interior. Bom trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde. Falta do uso de EPIs. Mais trabalhos com a agroecologia.</p> <p>PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: PSF deve trabalhar melhor nos bairros.</p> <p>ECONÔMICO E SOCIAL: Renda baixa e desemprego. Gastos com doença não estão no orçamento familiar. Maior problema é da moradia. O problema é a questão social e econômica Nutrição das crianças e de gestantes.</p> <p>CULTURA: As pessoas não seguem o tratamento prescrito. As pessoas pensam que a prefeitura tem a absoluta responsabilidade com a saúde. Existe uma cultura muito forte de assistencialismo na gestão pública. As pessoas estão acostumadas a buscar a ficha para o atendimento médico de madrugada. Quanto menor o índice de educação maior os problemas de saúde. A demora das pessoas pela procura do serviço de saúde gera mais gastos com internação e em medicação. Produtor é alertado e tem consciência da importância do uso de EPIs, mas não usa. Os agricultores ainda não tem consciência do que é um produto químico e o que representa para saúde dele e para o meio ambiente. Problema com o alcoolismo e o uso de drogas, <i>“temos uma demanda muito grande em todos os níveis sociais e etário”</i>. O aleitamento materno nem sempre é levado a sério. Falta de consciência da população, relativa ao lixo de qualquer espécie. Consumo de água impróprio.</p> <p>POLÍTICA: O governo do Estado não auxilia.</p>	<p>1.2 Prevenção Realizar trabalho preventivo. Trabalho preventivo é fundamental na administração. Melhorar o trabalho e a qualificação dos ACS.</p> <p>PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: Implantar mais equipes de PSF.</p> <p>CULTURA: Investir em educação: no uso dos produtos químicos e uso de EPIs. Ter preocupação com as futuras gerações no sentido de contaminação do solo e dos lençóis freáticos por produtor químicos.</p> <p>POLÍTICA: Saúde é prioridade na Gestão.</p>
--	---

<p>Falta confiabilidade no SUS. O governo faz pouco pelo que a gente paga. Falta de repasse de medicamento pelo Estado.</p> <p>SANEAMENTO BÁSICO: Melhorar o saneamento básico.</p> <p>Realizar tratamento de dejetos humanos e efluentes. Maior problema é água e esgoto nas vilas e nos loteamentos novos. Falta de água potável no interior. Esgoto que corre a céu aberto. Falta de tratamento do esgoto local. Falta de fiscalização na implantação de fossas. Contaminação do solo e dos lençóis freáticos com agrotóxicos.</p>	
--	--

Questão 2 – Os problemas de saúde do seu município tem a ver com seu setor de trabalho?

Nº TOTAL das pessoas que disseram SIM: 18

Nº TOTAL das pessoas que disseram NÃO: 7

Nº TOTAL das pessoas que NÃO DEFINIRAM ou ficaram em dúvida: 3

Categorias de análise		
Sim	Não	Não definiram
<p>INTERSETORIALIDADE: É o coordenador de todas as áreas. Trabalho integrado com todas as secretarias (saúde, assistência social, educação e administração). Um setor depende do outro. Todas as ações são interligadas. Todos os setores, principalmente educação, saúde e assistência social. Ligado ao social, principalmente educação, saúde e assistência social. Saúde, assistência social e educação. Nutrição, educação e saúde. São decisões junto com o</p>	<p>Trabalha com material de expediente. Trabalha com assessoria de imprensa, só faz encaminhamentos. Meu setor pode até colaborar. Área mais limitada ao orçamento do município. Cumprir a lei da responsabilidade fiscal. O dinheiro necessário sempre é liberado. O próprio vendedor deve orientar o manuseio dos agrotóxicos.</p>	<p>Todo servidor tem problemas de saúde. Saúde do trabalhador Melhor arrecadação, mais especialista. Trabalhar com saúde preventiva, saneamento básico, acesso a informações.</p>

<p>Conselho Municipal da Saúde.</p> <p>POLÍTICO: É preciso ver a gestão em longo prazo, ter uma visão política ampliada além dos 4 anos de governo. Integralizar as informações para um trabalho interligado e em conjunto.</p> <p>PREVENÇÃO: Investir em condições de moradia, na prevenção. Preocupação com as ações básicas de educação para a saúde e com a Mortalidade Infantil. O aumento de área plantada de fumo e a falta do uso de EPIs, interferem na saúde.</p> <p>SANEAMENTO BÁSICO: Pedidos de obras, saneamento básico. Preocupação com o meio ambiente, esgoto não tratado, com doenças. Saneamento, abastecimento de água, melhoria na coleta e destinação do lixo. Melhoria da Saúde Pública. Responsável pelas obras, esgoto, redes para despoluição. Educação.</p> <p>SERVIÇOS DE SAÚDE: Busca de consultas especializadas e de exames.</p> <p>CULTURA: Alcoolismo, contexto familiar, questão social. Ação social e saúde. Problema de questão cultural, exigindo um trabalho de consciência da população.</p>		
--	--	--

Questão 3 – Como você vê a participação do seu setor na melhoria da saúde da população?

POLÍTICA:

Eu acho que o meu setor pode participar na melhoria da saúde da população, escolhendo uma equipe de saúde com experiência, em atividades de reorganização e de planejamento.

A principal secretaria é a da saúde, depois vem as demais, mas todas têm que ter planejamento, sendo que nós estamos trabalhando sempre preocupados com a saúde.

Já se previa dentro do orçamento uma valorização maior na área da saúde.

Tudo que está no alcance do setor financeiro é preenchido.

Prevenção com contratação de profissional da área de saúde do trabalhador.

Não se sente envolvido diante dos outros setores.

Posso até ajudar a influenciar nas decisões para ver se a gente consegue então essa participação na melhoria da saúde e realizar encaminhamentos. Posso auxiliar adquirindo novos conhecimentos e na busca de verbas para realizar.

É muito uma questão de ter cuidado, ter seriedade no trabalho, fazer o trabalho com competência e responsabilidade, isso vai trazer bons frutos.

Acha que não deve atrapalhar o processo, apenas deve fazer com que o processo ande.

Não é uma participação assim muito ostensiva, muito decisiva, é mais a título de colaboração. É colaborar, sugerir e participar.

Acho que somos responsáveis pela qualidade do trabalho de todas as secretarias. Temos que melhorar a informação, a comunicação interna. Tem a questão motivacional e a questão dos recursos humanos, teríamos que melhorar a remuneração.

SERVIÇOS DE SAÚDE:

No serviço de saúde posso receber bem as pessoas e realizar os encaminhamentos necessários.

SANEAMENTO BÁSICO:

Se tiver uma denúncia de algum problema, assim como esgoto correndo a céu aberto, fazer encaminhamentos para resolver problemas e a conscientização.

Melhorias na coleta de resíduos sólidos e saneamento.

Tendo mais fiscais, poderíamos ter um controle melhor tanto na parte sanitária como também na parte de edificações.

Responsável pelas obras, esgoto, redes para despoluição.

Projetos preventivos para o cuidado com o meio ambiente.

INTERSETORIALIDADE:

Nós estamos trabalhando com outras secretarias, como a do desenvolvimento social e da educação; então, são três secretarias trabalhando junto para tentar diminuir problemas.

A secretaria da saúde é fundamental, porque sem a sua participação e ajuda, não sei o que seria do povo e também porque a gente ajuda a planejar nesse setor, a gente é responsável pelo relatório de gestão onde são colocadas todas as ações a cada trimestre.

Acho que é muito importante, porque a secretaria da assistência social é onde faz todo o elo entre a saúde, educação, existe toda uma ligação.

Educação em parceria com a saúde.

Trazer as pessoas que estavam, por exemplo, sem tratamento. Reintegração das pessoas à sociedade.

Junto com a saúde, junto com toda uma equipe multidisciplinar.

Realizar encaminhamentos e acompanhamentos (psicológico e odontológico).

Encaminhamentos para especialistas.

PREVENÇÃO:

Orientação ao produtor.

Orientação aos produtores, preservação das fontes naturais.

Orientação às famílias, nas suas próprias casas.

Melhorar a merenda escolar.

CULTURA:

Conscientização.

Orientação, conscientização, trabalhar a questão cultural.

Preservação dos recursos naturais.

Questão 4 – Trabalhar de maneira intersetorial é fácil ou difícil? Por quê?

FÁCIL:

Analisando as respostas, observamos que é fácil trabalhar de maneira intersetorial, se há preparo para trabalhar em equipe, se existe sintonização do objetivo maior que é administrar, se houver integração, solidariedade, consciência, cabeça aberta. Se cada um entender o seu papel na equipe, ter responsabilidade. Se houver encontros semanais, envolvendo todos os setores, planejamento para o futuro e avaliação.

Estamos passando pelo primeiro estágio, que é o conhecimento das diferentes dificuldades que cada setor tem e apresentamos para o prefeito, a situação de cada setor. Num primeiro momento se percebe que isso vai ser fundamental para que um todo tenha um ganho. Então não adianta fazer uma ação localizada, se ela não é planejada em cima do contexto como um todo. Assim as ações públicas, eu acho, deveriam visar sempre o município como um todo. Lógico que cada secretaria tem seu foco localizado, mas ela deve tomar ações que efetivamente integram o conjunto. Dentro do projeto 23, a gente vai ter esse trabalho com bastante força. Aqui no

município de Vera Cruz, em 93 foi iniciada uma campanha da secretaria de obras e de educação num trabalho integrado para coleta de lixo das propriedades rurais, teve continuidade sendo uma ação muito positiva. (...) faz parte de um processo de evolução, de conscientização, não apenas um processo do gestor público. Acho que o poder público de uma forma mais ampla, não só localizada, tinha que dar os primeiros passos no sentido da conscientização.

Aos poucos as secretarias estão se reunindo. *“as pessoas, os secretários”*, para ver de forma conjunta e planejar como resolver os problemas e continuar as atividades que estavam acontecendo. Inicialmente organizar as suas secretarias, num primeiro momento um trabalho mais individualizado para uma maior integração na medida em que a administração vai avançando.

Todo início é um pouco mais difícil porque a gente está começando a conhecer o pessoal que está chegando agora.

Mesmo não fazendo reuniões a gente tem contato permanente com todas as secretarias, *“(...) num primeiro momento é com os secretários e com o prefeito, porque a demanda é muito grande e o número de funcionários é pequeno”*. É tranqüilo a partir do momento que tu sabes o que cada secretário pensa e como vai fazer. São necessários uma boa comunicação e um bom relacionamento interpessoal.

Todos os secretários quando precisam do meu setor, geralmente se dirigem a mim, mas não há envolvimento com a ação a ser desenvolvida. *“Então muitas vezes eles solicitam algumas coisas, mas não se sabe a idéia deles, eles estão sempre muito ocupados. (...) no principal mesmo eu não me envolvo”*. Torna-se muito importante à comunicação dos objetivos do projeto a ser desenvolvido para envolvimento das pessoas de outros setores.

Existem reuniões com os secretários, a proposta é trabalhar a intersetorialidade. *“Se tu não tem condições de obras, infra-estrutura, para manter um*

saneamento básico, acarreta em problemas na saúde. Se você não tem uma educação que contribua para hábitos saudáveis, vai acarretar tudo depois lá no atendimento das pessoas”.

É fácil o relacionamento pessoal. “(...) *secretaria é uma corrente, um elo, o planejamento depende principalmente da fazenda que é a secretaria do financeiro, dependo da administração e a saúde e a educação dependem do planejamento. Uma completa a outra, tem que ter essa parceria. O relacionamento é muito importante, as pessoas trazem a sua experiência e nesta equipe de político não tem nada. (...) Para mim o ponto principal é a habitação*”.

Temos reuniões semanais de todas as secretarias, onde são colocados problemas de cada uma e como uma pode intervir no trabalho da outra. Já trabalhamos programas com a secretaria da educação, da ação social e a secretaria de obras. Nessas reuniões se consegue um entrosamento melhor, os secretários basicamente se conhecem, o que fica mais fácil e ainda porque o prefeito quer isso, quer o trabalho conjunto em prol do município.

Este trabalho é fundamental, principalmente educação em saúde tem que trabalhar junto. Todos se conhecem e não há dificuldade de relacionamento. Temos que construir, e como é novo, depende de nós construirmos.

A minha secretaria está diretamente ligada a todas as secretarias, temos uma ligação direta. Essa administração, esse grupo também vai se reunir, todas, uma vez por semana. Dentro das possibilidades trabalhamos em conjunto. O entrosamento entre as secretarias em termos gerais no município de Vera Cruz é bastante fácil de trabalhar, o difícil é chegar a uma conclusão. Quase todos os secretários são novos (...), eu não vejo, nessas primeiras semanas de trabalho, dificuldade de entrosamento e em trabalhar em conjunto.

Observamos que existem questionamentos sobre a participação apenas dos secretários nas reuniões semanais e que haveria a necessidade de uma comunicação mais efetiva dos assuntos tratados nessas reuniões, (...), olha isso aí acontece em nível de secretários que têm reuniões semanais. E nós em termos de integração com os funcionários, a gente se comunica com eles. (...) e é muito fácil, é muito bom, já vem acontecendo há anos aqui; o pessoal é bem entrosado nesse sentido.

Tudo interligado, a questão é a meta, tem que fazer o bem estar da população. Como se faz? Cada um faz a sua parte. Todos na verdade são amigos, quase não tem dificuldade assim de expressar seus pensamentos e discutir em outros momentos.

O principal é os gestores estarem dispostos para essa integração. Não é difícil, facilita o trabalho de todo o mundo; trabalhar em equipe faz as coisas terem mais resultados. Tira um pouco da sobrecarga de trabalho.

Não trabalhamos muito pouco intersetorial, estamos trabalhando há um mês, dando atendimento específico na sua secretaria. Mas este trabalho não tem sido assim um trabalho planejado, ele ainda não tem essas interfaces. Eu acho fundamental isso acontecer. Dessa forma otimiza melhor os recursos, otimiza os recursos humanos e dá mais resultados. O relacionamento pessoal é bom, o que já uma grande facilidade. O governo é um todo, ele não pode ser sectarizado, é importante a linha que o prefeito der.

A gente está iniciando e com certeza no decorrer do tempo, a gente vai procurar outras integrações, com a saúde, educação, consumo de alimentos saudáveis, a fiscalização para não prejudicar o meio ambiente. Então o que a gente quer, é buscar junto aos outros setores maneira, digamos, de conversar, buscar junto, construir soluções para que o agricultor também se sinta parte desse processo todo. Queremos renovar convênio com a Universidade. E é tranquilo, a gente está buscando não só alguém que possa resolver, descascar o abacaxi, mas alguém que

possa junto procurar construir alguma solução para os problemas que a gente enfrenta.

DIFÍCIL:

Observamos pelas falas, que não é fácil agir em conjunto, porque não se alcança ou se demora demais para alcançar as soluções. Trabalhar com pessoas é muito difícil, somos diferentes. Temos que usar as palavras certas e nem todos tem esse dom. O grupo deve estar integrado; as pessoas devem estar envolvidas; temos que quebrar paradigmas. É um trabalho lento, mas ótimo. O trabalho não pode ser levado para o lado pessoal. FALA: “(...) *não ganho mais nada por isso, então porque vou me envolver? (...) Existe essa falta de envolvimento, de preocupação, de responsabilidade, e de consciência*”.

Difícil quando não se tem o processo correto, ele se torna muito operacional. Quando se tem a estrutura adequada a carga de trabalho se reduz e começa a qualidade no processo. Nós não temos essa estrutura. Para ser implantada necessita de investimento. O prefeito municipal está aberto para esse tipo de procedimento. É um trabalho em médio prazo. Há a necessidade de se criar um software, está sendo feito um levantamento das necessidades do custo.

Observa-se que os assessores gostariam de ter uma participação maior, pois segundo esta fala, “(...) *as reuniões eram só entre prefeito e secretários, a gente que funciona dentro da prefeitura não participava*”. O que dificulta bastante esse trabalho.

Isso é um pouco difícil, na verdade é um trabalho correto, eu acho que o grande desafio da administração, que está chegando aí, é buscar este relacionamento entre as secretarias, é o que de melhor poderia acontecer. Este órgão está extremamente ligado a todas as outras secretarias e vai ter um conhecimento do que está acontecendo em todas elas e o que cada secretaria está fazendo, conhecendo essa

engrenagem, fica muito mais fácil o trabalho. (...) Isto é um desafio, acho que é um grande desafio pela frente, não vai ser fácil, mas eu acho que tem tudo para, no momento que uma secretaria souber o que a outra está fazendo, com certeza a coisa vai andar de maneira correta. (...) ainda não está acontecendo.

Se é fácil ou difícil vou ver ao longo do trabalho. Tem que se ter essa integração entre as secretarias. Até para não se andar um para cada lado. Por que não unir as forças nesse sentido? Os laudos devem ser encaminhados para o conhecimento de várias secretarias para o atendimento de cada família. Acho que esse é o caminho do trabalho efetivo.

As secretarias que têm uma linha mais direta é saúde, assistência social e educação. Estamos fazendo um trabalho integrado com a secretaria de obras. Que um problema de uma secretaria não seja só dela, mas que seja de todo o município, um desafio. E que a gente consiga contribuir com isso. É um desafio porque cada secretaria tem a sua especificidade, suas questões administrativas, burocráticas e que sem querer tu te prende a essas questões. Tem que ampliar neste contexto do município, tem que ampliar noções do teu trabalho, as políticas públicas têm que se realizar de forma integrada, que as outras secretarias tenham também esse desafio em relação a nós.

Questão 5 – Se você tivesse que explicar para alguém o que é saúde, o que você diria?

CONCEITO:

Saúde é um conjunto muito grande de coisas.

Saúde é o que se limita ao seu bem-estar, ao trabalho, é o mais importante, é à base de tudo.

É o bem-estar de cada cidadão.

É o bem-estar, o equilíbrio físico e espiritual.

É o bem-estar da pessoa, estar bem fisicamente, espiritualmente, é o equilíbrio.

Saúde é o bem-estar individual e também da coletividade.

É o reflexo do corpo.

Saúde é ter hábitos de higiene sadios, o que vem da educação, da prevenção, dos cuidados básicos, É ter uma alimentação saudável.

É o maior dom da vida.

Saúde é ter uma condição digna de sobrevivência, é viver o dia-a-dia sem riscos. Ter onde morar, ter alimentação normal, direito ao estudo. É a dignidade da pessoa, não só remédio.

Saúde é viver decentemente, é ter emprego, ter família.

Envolve emprego, renda, religião, participação na sociedade.

É ter autocontrole sobre si, é conhecer os limites do corpo, é higiene, é autoconhecimento. Se tivermos algum problema, temos que saber nos cuidar.

É a base de tudo, é ter alegria, trabalho, desenvolvimento. É a base da estrutura da família e da sociedade.

É vida saudável, é qualidade de vida. Toda a doença parte do psicológico. É estar bem consigo mesma.

É levar uma vida saudável, com condições de trabalhar, é qualidade de vida.

É o ambiente de trabalho, ter um bom relacionamento.

POLÍTICA:

Para a administração é um grande desafio, o orçamento municipal vai ser investido em áreas prioritárias, utilizando igualdade, não discriminando as pessoas.

PREVENÇÃO:

Temos que valorizar mais a saúde do que a doença. Temos que nos preocupar mais com a prevenção, como ter boa alimentação, sono tranquilo, controle sobre o fumo, consumo de álcool, obesidade, estresse. Não tomar medicação sem prescrição.

A saúde deve ter um acompanhamento rotineiro, é o que faz a equipe de PSF, com preocupação na prevenção.

A saúde precisa mais de orientações sobre prevenção e conscientização de como promover saúde. Algo assim como trabalha a equipe de PSF, com esse enfoque preventivo.

É o cuidado desde o nascimento; é a família, é a educação.

Cuidado no uso de defensivos agrícolas.

Usar a prevenção contra produtos químicos no meio ambiente.

SERVIÇOS DE SAÚDE:

Devemos trabalhar com prevenção para diminuir os atendimentos hospitalares e nos postos de atendimento médico. O acolhimento desses serviços pode resolver muitos problemas.

Gasta-se muito depois que se perdeu a saúde, temos que prevenir.

Saúde é a opinião satisfatória de quem realmente utiliza o serviço. Exige planejamento e melhores serviços quando se tornar necessário.

É ter médico e remédios à disposição.

A saúde depende de ações como um todo, de prevenção e de assistência.

Utilizar a assistência como recurso extremo.

E, se necessário, buscamos atendimento em serviços curativos.

E sempre que a pessoa precisasse, que tivesse disponível o atendimento.

É ter acompanhamento na prevenção e na assistência.

INTERSETORIALIDADE:

Na saúde desemboca problemas vindos de outras áreas.

É um conceito bem mais amplo, não é só a parte curativa, mas envolve outros setores como saneamento básico, água, esgoto, prevenindo para não precisar tratar depois. Engloba aspecto psicológico, físico, emocional.

ECONÔMICO E SOCIAL:

Deve-se levar em consideração o desenvolvimento econômico, a preservação dos recursos naturais (água, solo, alimentos ecológicos), viver em harmonia com o meio ambiente. É pensar num mundo mais humano, mais social, pensando nas nossas futuras gerações.

É qualidade de vida, é a questão social, de educação, é a visão do todo.

CULTURA:

Educação através dos meios de comunicação, orientações adequadas para infância, adolescência, juventude e terceira idade.

Conscientização e conhecimentos para prevenção.

Como conclusões da pesquisa 1, observou-se que os sujeitos conhecem a amplitude do conceito de saúde, visto de forma positiva, mostrando a visão de integralidade no processo cultural que concerne as experiências concretas de compreensão do processo saúde/doença, que pode organizar as práticas e políticas na comunidade. Observou-se que muitos problemas estão ligados a fenômenos diversos, de caráter estrutural com manifestações econômicas, sociais, políticas, culturais.

A maioria dos problemas não são resolvidos a curto prazo nem em nível local, dependendo de outros atores internacionais e governamentais, havendo muitos encaminhamentos, dentre eles, a regionalização. Certas características e certos fenômenos de apresentação eminentemente local refletem-se no diagnóstico e no planejamento da modalidade de trabalho.

A relação de responsabilidade da gestão está nas questões referentes aos problemas de toda a comunidade e não nos individualismos. Aparecem claramente os

discernimentos entre causas individuais e coletivas, mostrando um processo de trabalho, com responsabilidade sobre o desenvolvimento social como um todo. Fica evidente a importância e a necessidade de um processo de informações intersetoriais, que devem ser acessadas de rotina ligando os setores, suas ações e seus projetos prioritários.

Observam-se uma grande vontade política para agir de forma intersetorial na gestão municipal. Deve-se reavaliar suas lógicas de trabalho setorial, interesses e culturas específicos, na busca de um trabalho com objetivos muito entrelaçados de serviço para a utilização da máquina pública. A melhor utilização do conhecimento técnico e da equipe de trabalho de cada secretaria, refere-se tanto a recursos humanos como a recursos financeiros.

Apareceu, também, a preocupação com a prevenção, como o autocuidado, do trabalho do PSF; a orientação quanto ao uso de EPIs, no manuseio de agrotóxicos, com a conscientização e com a proteção à saúde incluídas a vigilância, a fiscalização sanitária a proteção do meio ambiente. Foram referidos poucos problemas com lógicas corporativistas de poder e de barganha política, do contrário, mostrou-se a facilidade da superação de obstáculos, a disponibilidade dos setores em facilitar encaminhamentos. Não se observaram interesses limitados aos diversos setores pesquisados.

Foi apontada a burocracia existente em cada setor, a exigência de engajamento e de responsabilidade com a resolutividade da ação, como pontos a serem superados pela equipe para um trabalho intersetorial. A organização política administrativa municipal deve legislar sobre os assuntos de interesse local, com a cooperação técnica e financeira da União e dos estados. Os entrevistados apontaram a importância de aproximar os serviços das necessidades reais da comunidade. Nesse momento inicial de gestão, observou-se o interesse dos pesquisados, principalmente dos secretários municipais, em prestar serviços que apresentem resultado positivo, com a resolução de questões como moradia, saneamento básico, serviços de saúde,

educação e conscientização de problemas próprios de certas comunidades (falta de higiene, educação, autocuidado, alcoolismo, drogadição, uso de agrotóxicos, cuidado com o meio ambiente (água, lixo, efluentes).

Existe uma preocupação com o coletivo e não só com ações individuais. Observou-se que existe uma cultura da comunidade de que o serviço público deve ter absoluta responsabilidade sobre os problemas enfrentados, configurando um processo de assistencialismo. Os cuidados preventivos e contínuos aparecem como sendo muito importantes e os serviços de saúde e de tecnologia com suporte e necessários.

O grupo, no contexto geral, visa ao bem público e à prestação de serviços à comunidade, principalmente nas áreas mais necessitadas sem discriminação, com igualdade de tratamento. Na equipe de governo, observou-se que os componentes, que trabalharam em governos anteriores, têm uma importante contribuição frente à realidade dos problemas da comunidade e, os que estão iniciando nesta gestão, apontam problemas mais setoriais, ligados ao conhecimento mais técnico em sua área. Foi sugerido como princípio norteador dos trabalhos e como dinâmica, o trabalho intersetorial, para avançar na construção da integralidade das ações de atenção à saúde no município.

Os problemas apresentados pelos entrevistados, foram relativos aos serviços de saúde, observados tanto na área da assistência como na prevenção. Na assistência, problemas como a resolutividade no próprio município. Observamos que a preocupação com a resolutividade dos serviços de saúde locais é muito forte. A necessidade de ações de promoção da saúde, de prevenção aparecem como possibilidade de diminuição de problemas com a assistência, pois os problemas relativos à Assistência nos Serviços de Saúde apresentaram custo elevado de hospitalização. “O maior problema no município é a resolutividade na área da doença”. Falta de plantão 24 horas para assistência básica, atendimento médico e exames especializados, atendimento médico limitado, com quadro efetivo muito

variável, sem continuidade do tratamento com o mesmo profissional, custo alto e falta de medicação” “Falta infra-estrutura e uma nova estrutura, mais humanizada, comprometida e competente, sem filas para atendimento. Abertura dos Posto de Saúde do interior, para atendimento médico e preventivo, facilitando o acesso das pessoas, visando à prevenção e à continuidade de tratamento e a informações sobre sua doença. Falta de orientações sobre cuidados de higiene, e a alimentação saudável. Grande número de problemas respiratórios; o índice de câncer é muito elevado. Em alguns lugares, há excesso de flúor na água. “demanda muito grande de problemas com alcoolismo e uso de drogas, em todos os níveis sociais e etários” “O serviço local possui apenas ações básicas”. “A Mortalidade Infantil é alta pelo número de ações que o município oferece”.

Foi enaltecido o PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde que deve receber incentivos de capacitação de recursos e de acompanhamento mais efetivo, e a esperança de um bom trabalho com a Equipe de Saúde da Família que, por hora, se instala. Foi identificada falta de uso de Equipamento de Proteção frente ao uso de agrotóxicos e sua relação com cuidado com o meio ambiente e agroecologia.

Frente a esses problemas, no mesmo contexto, foram aparecendo sugestões de solução, como a busca de um Hospital Regional para atendimento e realização de exames especializados, com diminuição de encaminhamentos para Porto Alegre, redução de atendimentos hospitalares trabalhando mais com a prevenção: “o trabalho preventivo é fundamental na administração”, assim como promover Consórcios Intermunicipais; proporcionar abertura dos Postos de Saúde do interior para trabalhos preventivos, fortificar programas com Agentes Comunitários de Saúde, Programa de Saúde da Família, e Primeira Infância Melhor.

Foram apontados problemas de ordem econômica e social como renda baixa e desemprego, moradia, nutrição de crianças e gestantes. Com relação a problemas de

ordem política, foi apontado que o governo do Estado não auxilia como deveria, e falha no repasse de medicação.

Sob o enfoque cultural mostrou-se que as pessoas pensam que a prefeitura tem absoluta responsabilidade com a saúde, além de uma cultura muito forte de assistencialismo na gestão pública. Mostrou-se, também, o costume das pessoas de buscar ficha para atendimento médico nas filas da madrugada, falta de confiabilidade no SUS, a falta de consciência do que representa o produto químico para sua saúde e meio ambiente, a falta de cuidado com o lixo de qualquer espécie e consumo de água impróprio. Esses são problemas referentes ao saneamento básico, apontados como falta de água e esgoto nas vilas e loteamentos novos, falta de tratamento de dejetos humanos e efluentes, falta de água potável no interior, falta de fiscalização em várias áreas prioritárias.

Apontando para a relação entre a educação das pessoas e seus problemas de saúde, o aleitamento materno não é levado a sério. A demora na procura do serviço de saúde gera maior custo ao sistema, inclusive com internação. O investimento em educação e conscientização das pessoas deve ser incrementado também com referencia ao uso dos equipamentos de proteção individual no uso de produtos químicos e sua repercussão no futuro, frente aos problemas com o meio ambiente, principalmente contaminação do solo e de lençóis freáticos.

Como formas de resolução desses problemas, pode-se estimular modos de viver saudáveis, diminuindo fatores de risco, incentivando a criação de espaços de ampliem o sentimento de permanência e convívio social nas comunidades (família, escola, trabalho, igreja...), valorizando a utilização dos espaços públicos de convivência, identificando na própria comunidade membros facilitadores/monitores com potencial para o desenvolvimento de certas práticas (geração de empregos, apoio a projetos escolares, clubes de lazer, voluntariado, de incentivo ao ACS, equipe de PSF), permitindo a reinserção social com a utilização dos recursos

comunitários, numa seqüência cotidiana de aproximação entre famílias/comunidade/serviços.

Práticas de movimentos corporais de expressão individual e coletiva advindos de conhecimentos e experiências construídos de maneira sistemática, com possibilidade de escolha de modos de relacionar-se com o próprio corpo, estimulam o relacionamento de grupos com objetivos comuns. É preciso veicular informações que visem à prevenção, à minimização de riscos e à proteção à vulnerabilidade.

É preciso, também, incorporar ações e fortalecer o suporte social das ações dirigidas a usuários e familiares em situação de risco psicossocial, na reintegração social e de suporte ao sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença; melhorar o acesso ao Sistema Básico de Saúde e o conhecimento do fluxo de referência e contra-referência no município (conhecimento técnico multiprofissional e de infra-estrutura); e buscar apoio em consórcios intermunicipais e/ou parcerias interinstitucionais para a demanda de serviços que possam aparecer no decorrer dos trabalhos

Do total dos 28 entrevistados, 64% responderam que os problemas de saúde têm a ver com o seu setor de trabalho e 25% disseram que não. Constatou-se, também, que 11% dos respondentes não definiram ou disseram que até teria a ver os problemas de saúde com o seu setor de trabalho.

Nas respostas positivas, observou-se em relação à intersetorialidade, que existe um coordenador de todas as áreas e que um setor depende do outro, que existe o trabalho integrado com todas as secretarias, que todas as ações são interligadas e todos os setores. Verificou-se a integração, principalmente, entre a educação, a saúde, a administração e a assistência social. Os entrevistados acreditam que, em relação à questão política, é preciso ver a gestão a longo prazo, ter uma visão política ampliada além dos 4 anos de governo e integralizar as informações para um trabalho interligado e em conjunto.

Questões importantes ficaram evidentes principalmente aquelas relativas à prevenção, como investir em condições de moradia, necessidades das ações básicas de educação para a saúde e combate à Mortalidade Infantil. O aumento de área plantada de fumo e a falta do uso de EPIs, interferem na educação, conscientização e saúde, acreditam os entrevistados.

Nas respostas negativas, observou-se que os pesquisadores não consideram que seu setor esteja relacionado com os problemas de saúde, porque ele trabalha com material de expediente ou com assessoria de imprensa ou ainda, porque ele trabalha só faz encaminhamentos, ou acha que seu setor pode até colaborar, que sua área está mais limitada ao orçamento do município, que ele deve cumprir a lei da responsabilidade fiscal. Com relação ao manuseio dos agrotóxicos, houve quem sugerisse que o próprio vendedor deveria orientar o agricultor.

Entre aqueles que não se definiram, a respeito da vinculação de seu setor, observou-se: que todo servidor tem problemas de saúde, que o município deve melhorar a arrecadação, que deve haver mais especialistas, que se deve trabalhar com saúde preventiva, saneamento básico e acesso a informações.

Indagado se seu setor de trabalho pode participar na melhoria da saúde da população no município, chegou-se às seguintes respostas: os participantes acham que o setor pode participar na melhoria da saúde da população, escolhendo uma equipe de saúde com experiência, em atividades de reorganização e de planejamento; eles consideram a secretaria da saúde como a principal, mas que todas elas devem ter planejamento, estando previsto dentro do orçamento uma valorização maior para a área da saúde e o que está no alcance do setor financeiro será preenchido; sentem a necessidade da contratação de profissional na área de saúde do trabalhador para prevenção de doença desta área. Entretanto, alguns não se sentem envolvidos com os outros setores e julgam que podem até ajudar a influenciar nas decisões para ver se conseguem uma participação na melhoria da saúde, na realização de encaminhamentos para especialistas, propondo acompanhamentos com psicólogo e

odontólogos, por exemplo: tudo se trata de ter cuidado, seriedade, competência e responsabilidade no trabalho; é preciso colaborar, sugerir, participar, motivar e receber melhor as pessoas.

Observou-se que os entrevistados se julgam responsáveis pela qualidade do trabalho de todas as secretarias, pela melhora da informação e da comunicação interna, para aquisição de novos conhecimentos e para buscar de verbas para realização de projetos. Eles acreditam que seus respectivos setores podem colaborar denunciando e realizando encaminhamentos para resolver problemas como controle de edificações, esgoto correndo a céu aberto, melhoria da coleta de resíduos sólidos, solução de problemas com esgoto e com de redes para despoluição e que é preciso trabalhar com projetos preventivos para o cuidado com o meio ambiente e, também, e com a conscientização.

Os respondentes relataram que estão trabalhando com outras secretarias, como a do desenvolvimento social, da educação e da saúde, ou seja, três secretarias estão trabalhando juntas para tentar diminuir os problemas de saúde do município e eles consideram muito importante o papel de sua secretaria, no processo, pois a secretaria da assistência social é onde se faz todo o elo entre a saúde e a educação. Eles referem, também, que a secretaria da saúde é fundamental, porque, sem a sua participação e ajuda, não sabem como o povo iria se manter, numa vez que eles procuram ajudar a planejar o setor saúde, sendo responsáveis pelo relatório de gestão, onde são colocadas todas as ações a cada trimestre. Outros respondentes consideram que a sua participação ajuda na melhoria da saúde, pois trazem as pessoas, os usuários, que estavam, por exemplo, sem tratamento e realizam uma reintegração dessas pessoas à sociedade. Várias setores se sentem envolvidos na orientação dos produtores quanto ao uso de EPIs, na orientação da preservação das fontes naturais, na orientação às famílias nas suas próprias casas e também na melhoria da merenda escolar. A conscientização, a orientação, o trabalhar a questão cultural, a preservação dos recursos naturais, com as questões mais significativa e relevantes, de acordo com os sujeitos.

Analisando as respostas, referentes às dificuldades e facilidades para um trabalho intersetorial, observa-se que, para alguns sujeitos, o trabalho de maneira intersetorial é fácil se há um preparo para trabalhar em equipe, se existe sintonização do objetivo maior que é administrar; é fácil também se houver integração, solidariedade, consciência, cabeça aberta, se cada um entender o seu papel na equipe, tiver responsabilidade, se houver encontros semanais, envolvendo todos os setores, planejamento para o futuro e avaliação.

A gestão municipal está passando pelo primeiro estágio, que é o conhecimento das diferentes dificuldades que cada setor tem e, sendo apresentada para o prefeito, a situação de cada setor. Num primeiro momento, segundo as falas, se percebe que isso será fundamental para que o todo tenha um ganho. Então não adianta fazer uma ação localizada, se ela não é planejada em cima do contexto as ações públicas deveriam visar sempre o município como um todo. Os entrevistados referem que cada secretaria tem seu foco localizado, mas acreditam que ela deve tomar ações que efetivamente integra o conjunto.

No município de Vera Cruz, em 1993, segundo as falas, foi iniciada uma campanha da secretaria de obras e de educação, num trabalho integrado, para coleta de lixo das propriedades rurais. Ela foi julgada ação muito positiva, fazendo parte de um processo de evolução, de conscientização, e não apenas um processo capitaneado pelo gestor público.

A pesquisa permitiu perceber que, aos poucos, as secretarias estão se reunindo, para planejar como resolver os problemas e continuar as atividades que estavam acontecendo. Constatou-se que todo início é um pouco mais difícil, porque o pessoal está começando a conhecer os que estão chegando agora. Segundo as falas, mesmo não fazendo reuniões, eles têm contato permanente com todas as secretarias. Num primeiro momento, com os secretários e com o prefeito, porque a demanda é muito grande e o número de funcionários é pequeno. Elas referem ser tranquilo o trabalho intersetorial, a partir do momento em que se sabe o que cada secretário

pensa e como vai fazer. São necessários uma boa comunicação e um bom relacionamento interpessoal.

Um respondente relata que todos os secretários, quando precisam do seu setor, geralmente se dirigem a ele, mas não há envolvimento com a ação a ser desenvolvida, pois muitas vezes eles solicitam coisas, que não estão claras. É muito importante a comunicação dos objetivos do projeto a ser desenvolvido para que haja envolvimento das pessoas de outros setores. Para outro respondente é fácil o relacionamento pessoal, pois a secretaria é uma corrente, um elo; o planejamento depende principalmente da fazenda que é a secretaria do financeiro; se depende da administração, a saúde e a educação dependem do planejamento. Uma completa a outra. Tem que existir essa parceria. O relacionamento é considerado muito importante.

Alguns respondentes dizem que há reuniões semanais de todas as secretarias, onde são colocados problemas de cada uma e como uma pode intervir no trabalho da outra. Eles afirmaram já estar trabalhando os programas com a secretaria da educação, da ação social e a secretaria de obras. Nessas reuniões se consegue um entrosamento melhor e os secretários basicamente se conhecem, o que torna mais fácil o relacionamento. Além do mais, o prefeito quer assim, quer o trabalho conjunto em prol do município, que é um trabalho fundamental para um respondente, pois, principalmente a educação e saúde tem que trabalhar junto.

Um sujeito da pesquisa diz que a sua secretaria está diretamente ligada a todas as secretarias, e que há uma ligação direta. Esse grupo, segundo a fala, também vai se reunir, uma vez por semana e, dentro das possibilidades, trabalha em conjunto. O entrosamento entre as secretarias em termos gerais no município de Vera Cruz é bastante fácil. O difícil é chegar a uma conclusão. Quase todos os secretários são novos, mas não percebem, nas primeiras semanas de trabalho, dificuldade de entrosamento e de trabalho em conjunto. Existem questionamentos sobre a participação apenas dos secretários nas reuniões semanais. Os participantes julgam

que haveria necessidade de uma comunicação mais efetiva dos assuntos tratados nessas reuniões, pois, segundo as falas, isso acontece em nível de secretários, que tem reuniões semanais. Os outros funcionários, em termos de integração, se comunicam muito e é fácil e muito bom o relacionamento, que já vem acontecendo há anos no Município, onde o pessoal é entrosado.

Outra fala, afirma que tudo está interligado e que a questão é a meta, tem que se fazer o bem-estar da população, cada um fazendo a sua parte, pois todos, na verdade, são amigos, assim, quase não têm dificuldade de expressar os pensamentos e discutir. Outros enfatizam o fato de os gestores estarem dispostos para essa integração e que o trabalho em equipe traz mais resultados e tira um pouco da sobrecarga de trabalho. Já outros, constataram que se trabalha muito pouco de modo intersetorial, pois estão trabalhando há um mês com o atendimento específico para sua secretaria. Eles consideram, entretanto, fundamental que isso aconteça, pois dessa forma, se otimizam os recursos financeiros e humanos. O governo é um todo; ele não pode ser sectarizado, é importante a linha que o prefeito der.

Outros ainda, referem que estão iniciando e que, no decorrer do tempo, vão procurar outras integrações, com a saúde, educação, consumo de alimentos saudáveis, a fiscalização para não prejudicar o meio ambiente. O que eles querem é buscar, junto aos outros setores, maneiras de conversar, de buscar junto, de construir soluções para que o agricultor também se sinta parte desse processo todo. Eles desejam, também, renovar o convênio com a Universidade.

Verificou-se pelas falas, que trabalhar com pessoas é muito difícil, pois somos diferentes. É necessário usar as palavras certas e nem todos tem esse dom. O grupo deve estar integrado. As pessoas devem estar envolvidas. Deve-se quebrar paradigmas. Enfim, o trabalho intersetorial é lento, mas ótimo. Ele é difícil quando não se tem o processo correto, pois, na verdade, é o grande desafio da administração que está chegando, que deve buscar o relacionamento entre as secretarias. Entretanto, a própria secretaria de saúde faz sua própria política de saúde, independente do que

existe em outras categorias, em outras secretarias e o trabalho intersetorial facilitaria a comunicação e o trabalho entre as secretarias. Para outro entrevistado, a intersetorialidade permite realizar atividades pertinentes à sua responsabilidade profissional, desenvolvendo estratégias de comunicação, intra e extra-setor e fomentando ações que visem à difusão cultural de atenção integral e de prevenção ligados aos projetos.

Outras formas de articulação intersetorial são: desenvolver ações de mobilização de recursos comunitários para divulgação e valorização, apontando a relevância do projeto naquela comunidade e os objetivos que devem ser atingidos a médio e longo prazos, destacando a articulação intersetorial; e priorizar abordagens coletivas, identificando grupos estratégicos, buscando apoio, parcerias e colaboração na construção do projeto embasado no cotidiano da população. Vale destacar, ainda, a importância de desenvolver ações que favoreçam o rompimento com a percepção preconceituosa e discriminatória de pessoas que não possuem uma visão clara e abrangente do projeto político vigente. É de valor primordial promover e buscar integração entre agentes políticos e comunitários, ampliando o vínculo entre família/comunidade/gestão política. Conscientizar a população das possibilidades de nortear as questões de saúde, centrada atualmente no modelo médico, para um modelo social, que objetive a responsabilidade coletiva nas ações de promoção e prevenção, para transformar as condições ambientais e sociais, fortalecendo a estratégia da intervenção intersetorial. É necessário ligar projetos locais com o projeto político do governo municipal, estadual, federal, conforme o caso, que sejam embasados em conhecimentos necessários para a construção de uma atenção resolutiva e de qualidade e que utilize adequadamente os níveis de complexidade de que a máquina pública dispõe.

A questão referente ao conceito de saúde foi propositalmente colocada no final do questionário para que o sujeito da pesquisa tenha efetuado algum recordatório e tenha se enquadrado no contexto saúde, conceito que se fazia muito importante para o contexto da pesquisa 1. O conceito de saúde foi definido por

alguns respondentes como sendo um conjunto muito grande de coisas, pois está relacionado ao trabalho; é o mais importante; é a base de tudo; é o bem-estar de cada cidadão; é o equilíbrio físico e espiritual. Saúde, para alguns, é o bem-estar individual e também o da coletividade; é o reflexo do corpo; é ter hábitos de higiene sadios, o que vem da educação, da prevenção, dos cuidados básicos; é ter uma alimentação saudável; é o maior dom da vida. Saúde é ter uma condição digna de sobrevivência; é viver o dia-a-dia sem riscos. Ter onde morar, ter alimentação normal, direito ao estudo. É a dignidade da pessoa, não só remédio, é viver decentemente, é ter emprego, ter família, renda, religião, participação na sociedade. É ter autocontrole sobre si, é conhecer os limites do corpo, é higiene, é autoconhecimento. É a base de tudo, é ter alegria, trabalho, desenvolvimento. É a base da estrutura da família e da sociedade. É levar uma vida saudável, é qualidade de vida. É estar bem consigo mesma, com condições de trabalhar. É o ambiente de trabalho, ter um bom relacionamento.

De acordo com um sujeito da pesquisa, para a administração, saúde é um grande desafio, devendo o orçamento municipal ser investido em áreas prioritárias, utilizando igualdade, não discriminando as pessoas. É necessário valorizar mais a saúde do que a doença; preocupar-se mais com a prevenção, ter boa alimentação, sono tranquilo, controle sobre o fumo, consumo de álcool, obesidade, estresse e não tomar medicação sem prescrição. A saúde deve ter um acompanhamento rotineiro. Ela é o cuidado desde o nascimento; é a família, é a educação.

Outro ponto destacado foi que saúde é o cuidado no uso de defensivos agrícolas e que se deve usar a prevenção contra produtos químicos no meio ambiente. Verificou-se, também, que se deve trabalhar com a prevenção para diminuir os atendimentos hospitalares e nos postos de atendimento médico e que o acolhimento nesses serviços pode resolver muitos problemas. Gasta-se muito depois que se perdeu a saúde; por isso, é necessário prevenir. A saúde depende, segundo as falas, de ações como um todo, de prevenção e de assistência; de utilizar a assistência como recurso extremo e somente se necessário; buscar atendimento em serviços

curativos. Ela é um conceito bem mais amplo, que envolve outros setores como saneamento básico, água, esgoto, prevenindo para não precisar tratar depois. Engloba aspecto psicológico, físico, emocional. Na saúde desembocam problemas vindos de outras áreas. Implica, também, considerar o desenvolvimento econômico, a preservação dos recursos naturais (água, solo, alimentos ecológicos), viver em harmonia com o meio ambiente, pensar num mundo mais humano, mais social, para as futuras gerações. É qualidade de vida, é a questão social, de educação, é a visão do todo. É necessário educar através dos meios de comunicação, realizar orientações adequadas para infância, adolescência, juventude e terceira idade, e a conscientizar para a prevenção.

Em conclusão urge estimular ativamente nas políticas públicas, a formulação e a avaliação de diretrizes que incluam a dimensão subjetiva dos envolvidos na gestão, o levantamento de problemas reais observados, a discussão de estratégias de resolução em conjunto para aquela comunidade, assumindo um compromisso de responsabilização em relação à produção do conhecimento técnico e político da equipe, legalmente eleita para representar essa população, exercendo a cidadania, abordando objetivos comuns, de modo que, com trabalho conjunto, embasados nos conceitos próprios apresentados por essa própria comunidade, possam buscar eficácia, num sentido mais amplo, para as práticas nas ações integrais em saúde.

4.2 ANÁLISE DE DADOS DA PESQUISA 2

O grupo gestor foi, então esclarecido a respeito do conceito de saúde apresentado pelo próprio grupo; da importância e da possibilidade do trabalho intersetorial; e do conceito e da exigência legal da integralidade das ações em saúde. Em anexo encontramos as Expressões-chave, as Idéias Centrais e as Acoragens que subsidiaram as análises. A seguir, apresentamos o discurso do sujeito coletivo da pesquisa 2.

Questão 1- Você participou da primeira parte da pesquisa que formulou o conceito de saúde, levantou os problemas de saúde no município e a viabilidade de um trabalho intersetorial, e apontou conceitos de integralidade das ações em saúde? Senão, alguém o orientou neste sentido de trabalhar de modo intersetorial, buscando a integralidade das ações em saúde?

Muitos dos pesquisados não recordavam se haviam participado da pesquisa anterior, mostrando que a intenção da ação intersetorial/integralidade, não foi repassada por nenhum participante da pesquisa anterior. Alguns sujeitos já vinham trabalhando dessa forma por outros motivos, principalmente com a Secretaria da Saúde, de Assistência Social e de Educação. O Centro de Atendimento Psicossocial já é voltado para a integralidade “já tive até na formação isso” “Trabalhamos com a integralidade do sujeito, aqui na equipe de Educação”.

Questão 2 - Você acha que os diversos setores municipais sentem necessidade de abordagens intersetoriais? Por quê?

É extremamente importante. Existe uma grande necessidade de trabalhar em conjunto em todos os sentidos, em todas as áreas. É vital, a integração entre os setores, entre as secretarias, “para o bem-estar do conjunto de uma comunidade” Uma secretaria depende da outra para informações e dados. “É trabalho em conjunto. Saber como funcionam as outras secretarias”.

“Por conta própria tu já vêes que precisa trabalhar em conjunto.” “Inclusive a gente já marcou uma agenda de reuniões pra tratar diversos assuntos, inclusive os da saúde, para tornar o grupo, entre as Secretarias unido e formar uma Prefeitura só.” “Em uma reunião dos órgãos, digamos Secretarias da Prefeitura, até foi uma decisão da gente, começar já com data fixa, mensalmente, uma reunião dos Secretários, com Prefeito, para tratar dessas coisas. Já é alguma coisa que está se fazendo.” Observa-se que a rotina de trabalho exige uma complementação, talvez uma cumplicidade de que os encaminhamentos e busca de solução de problemas está sendo almejada. “O

cidadão num espaço único, o cidadão inteiro; eu não posso simplesmente partir; é todos cuidando de um”.

“A gente tem na prática, isto acontece muito. O sentir a necessidade não corresponde muitas vezes com a programação do trabalho; isso acontece pela necessidade; não há uma intencionalidade de trabalhar dessa forma ainda, acho que está começando aos poucos”.

“Todo mundo tem que saber o que está acontecendo em todos os lugares. É necessário essa troca, porque a clientela é a mesma. Acho que em qualquer setor tem que ter, acho que não precisa nem ser na saúde. Em qualquer nível, qualquer tipo de trabalho.”

Quando questionados sobre o porquê da necessidade de abordagem intersetorial na solução de problema, nos certificamos de que “quanto mais conhecimento de diversos setores, fica melhor para desenvolver estas atividades, se fale a mesma linguagem, se conheça as dificuldades dos outros setores, a administração não pode ser vista como um pedaço, tem que trabalhar junto, ganhando tempo, ganhando praticidade, economia e também a mobilização dos trabalhos, para melhorar a qualidade do serviço público. Dá mais resultados, o trabalho sai mais perfeito, com maior eficácia”.

A gente trabalha com conceito de saúde como qualidade de vida, como bem-estar, não só físico, mas toda a conjuntura social incluída dentro do conceito saúde. O cidadão é um só, o usuário sempre o mesmo, normalmente ele circula pelos vários setores, todo mundo já o conhece. É difícil uma secretaria envolver várias especialidades.

“Eu acho que a gente vê, sente a necessidade, mas ainda não se prioriza muito isso. Porque eu acho que esta faltando muito isso, assim, agora, sabe”.

Os setores que trabalharam com os pressupostos da integralidade foram: “a educação tem que trabalhar integrada com a saúde, a saúde também com a ação social, principalmente esses três setores”. A Saúde e a Assistência e a Educação conseguem se interligar melhor, porque o programa de trabalho exige isso.

“Nós temos exemplo agora, é o Plano Diretor, estamos trabalhando e implantando o plano diretor participativo no município e o plano diretor foi a melhor coisa que nós já tivemos porque dá o direito ao cidadão a participar”.

Questão 3- Você trabalhou em algum projeto intersetorial? Como se formou o grupo de trabalho?

Muito referendado foi o Programa implantado pelo Governo do Estado, chamado PIM – Primeira Infância Melhor, implantado em junho/2004, para o qual o município recebe incentivos financeiros. Esse programa trabalha com o desenvolvimento de crianças de zero a seis anos; exige trabalho em equipe multiprofissional, e visitador sanitário. O PIM integrou ainda mais os trabalhos dos profissionais da Secretaria da Assistência Social, Educação e Saúde, devido à exigência de técnicos que uma secretaria apenas não possuía.

Os setores que realizaram trabalhos de ordem intersetorial foram definidos como a Secretarias Agricultura X Obras, Secretaria Agricultura com seu Conselho Agropecuário, Secretaria Saúde e seu Conselho do Meio Ambiente, Secretaria Planejamento X Obras X Assistência Social, Educação X Saúde X Assistência Social, Educação com suas escolas, Assistência Social e Saúde por estarem situadas no mesmo prédio, demonstrando que cada um tem o seu papel dentro dos projetos, ainda não conseguindo envolver outras secretarias, em projetos maiores, talvez da própria equipe de governo. Evidencia que os sujeitos envolvidos no processo sentem necessidade do envolvimento de técnicos dos vários setores principalmente para apoio político que aponte para a aprovação da ação e/ou projeto.

Houve referência de trabalhos desenvolvidos intersetorialmente pelo Grupo de Trabalho Integrado – GTI, sob a coordenação do prefeito no governo anterior, que demonstra uma certa prática de trabalho, sendo referenciado que os participantes deste grupo utilizavam pouco a prática da democracia, tida como “aqueles que inventam as coisas”.

Existem projetos de cunho estadual que exigem trabalhos intersetoriais, como evidenciado “representantes de todos os setores que compõem o comitê regional, mais os usuários, representantes do estado, associações de produtores: quem produz, usa e paga a água”.

A maioria dos trabalhos ocorreu em reuniões mensais, agendadas e reuniões extraordinárias (semanais), conforme necessidade: “reuniões de integração – 1ª sexta-feira do mês”, semanais, periódicas, contatos telefônicos, conversas informais. Essa dinâmica mostrou-se adequada como atividade e busca de soluções conjuntas, discussões das dificuldades dentro das próprias secretarias, troca de equipamentos e máquinas, aproximações por necessidade, troca de atividades por proximidade do local da ação, auxílio mútuo de equipamentos e conhecimentos técnicos (troca de informações). Foi referendada uma metodologia bem participativa, com discussão de assuntos pertinentes e comuns.

A Secretaria da Educação mantém reuniões semanais unindo as questões do administrativo, do pedagógico, da área de Recursos Humanos; assim como a Secretaria da Saúde mantém reuniões periódicas com seus setores: PSF, CAPS – Centro de Atendimento Psicossocial, Conselho de Meio Ambiente.

Através dos projetos Primeira Infância Melhor, Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Programa de Saúde da Família, “vimos que as famílias e as ações eram comuns. Se trabalha as famílias, através das visitas nas casas, detectamos os problemas que são discutidos no grupo nas reuniões de integração.”

A Secretaria de Planejamento, para realizar um projeto habitacional, necessitou dos trabalhos técnicos de outras secretarias: "eu tive que trabalhar junto, pedir a colaboração da Secretaria de Obras e da Secretaria de Assistência Social".

As prioridades foram eleitas por representantes de cada secretaria, em avaliações sistemáticas dentro de cada setor, busca de soluções em diferentes setores, pelos grupos de trabalho. Foi evidenciado o fortalecimento dos grupos de trabalho, na solicitação de apoio a outras secretarias, inclusive com envolvimento do Conselho da Mulher, Conselho do Idoso e Conselho Tutelar. Na Secretaria da Saúde, o envolvimento foi muito presente no CAPS e na equipe do PSF com o trabalho do psicólogo, da enfermeira, dos Agentes Comunitários de Saúde, principalmente em visita domiciliar na detecção e acompanhamento dos casos trabalhados.

Trabalhos conjuntos entre a Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, com projetos do Curso de Fisioterapia e Assistência Social, Curso de Enfermagem e Secretaria da Saúde. Também foram evidenciados trabalhos com empresas privadas como Souza Cruz e KBH&C.

Observou-se a amplitude da visão do todo do trabalho da equipe de governo, e da responsabilidade dos indivíduos que ocupam os cargos públicos, do conhecimento maior da dinâmica de trabalho e dos problemas de cada secretaria; conhecimento pessoal; do relacionamento interpessoal para formar um bom grupo de trabalho na medida em que o relacionamento entre as secretarias quase que não existia. Acredito que a interferência da primeira pesquisa e da discussão dos dados, numa reunião da equipe de governo tenha mostrado a coerência de idéias do grupo e aguçado a necessidade de um trabalho mais próximo entre as secretarias.

Questão 4 - De que forma foram formulados os objetivos e as prioridades das ações, quando e como se organizou o trabalho.

A partir das reuniões, de diagnósticos, das necessidades e das circunstâncias do momento. “A gente sabia o que estava precário e se poderia melhorar, em cima de um cronograma que a gente fazia no começo do ano” “A gente deu prioridade para essas pessoas que têm mais dependentes, pessoas de mais idade e que têm menor faixa de renda”.

Trabalhamos com todas as ações possíveis: as imediatas, e as previstas para mais médio e longo prazo. O programa PIM, que vem do Estado, já tem os objetivos direcionados, simplesmente é adaptado à realidade do município. Os seus objetivos já vêm definidos.

O trabalho dos envolvidos organizou-se da seguinte forma: inicialmente um cronograma, com metas. Observação de máquinas e equipamentos meio parados podendo render em um outro setor. A comunidade trouxe a demanda e os projetos foram encaminhados.

Avaliações foram realizadas nos setores para análise dos objetivos atingidos e/ou não atingidos, ou ainda para troca de objetivos. “Sempre primeiro com um diagnóstico, a partir de dados, depois com consultas à base as ações foram previstas com base naquilo que foi considerado mais necessário, sendo isso pincelado. Agora já há algumas diretrizes”. A equipe de governo leva certamente um ano para entender, articular e determinar os objetivos de trabalho com um diagnóstico mais preciso. “Então a gente conseguiu esse ano fazer um planejamento mais amplo e deslumbrar mais a nossa realidade”. O planejamento esse ano foi bem mais qualificado”.

As atividades começaram a ser protocoladas no município. “Toda e qualquer atividade encaminhada já tem um protocolo, e isso aí evoluiu a partir das

integrações”, mostrando que não permanece registro de ações, cadastro de atendimento de um governo para outro.

Grupo de governo em si, muito disponível e aberto para participar de projetos intersetoriais, aparece sutilmente as determinações políticas do prefeito sobre a atuação dos gestores / secretários, principalmente nas ações da Assistência Social e Saúde.

Os cargos de assessoria direta do prefeito são funções-chave para o desenvolvimento de projetos intersetoriais, pois acumulam informações das rotinas e necessidades de todas as secretarias.

O Setor de Licitação é altamente interligado aos projetos de todas as secretarias.

Há preocupação com custos de várias secretarias e setores como saúde, meio ambiente, obras, agricultura.

Há também preocupação do grupo de governo com questões preventivas em saúde, preservação do meio ambiente e qualidade da água.

É maior a dificuldade de ações no interior do município.

Ficou evidente a necessidade de projetos intersetoriais mais voltados para questões de saúde pública, que envolvam comissões da educação, de assistência social, de profissionais da saúde (médico, enfermeiro, psicólogo), de equipe de PSF (médico, enfermeiro, agentes comunitários de saúde), de visitantes do PIM, de pessoal do hospital, de nutricionista, de veterinário.

A estrutura disponível nunca vai atender à demanda; há dificuldade de soluções coletivas.

As relações entre as secretarias, que se referem às decisões intersetoriais, ainda são frágeis e isoladas. Cada secretaria trabalha com ações exigidas pela demanda e por competências próprias.

Questão 5- De que modo o seu trabalho se inseriu nas questões da integralidade das ações em saúde propostas? Como foi a sua intervenção nas atividades?

O participante utilizou os pressupostos da integralidade nas suas intenções de projeto intersetorial? Como foi a intervenção de seu setor ou especialidade ou função?

5A - O seu trabalho se inseriu nas questões da integralidade?

Trabalho na arrecadação de tributos para a prefeitura. Minha integralidade seria participar em ações que ampliem a receita do município e, claro, a consequência é que haverá mais recursos para saúde. É nas licitações que são feitas todas as compras de todos os projetos dos secretários.

“Sempre ajudar as pessoas que vêm aqui para que elas não saiam daqui desassistidas ou pelo menos saiam daqui com alguma informação ou sabendo o caminho que ela têm que andar para conseguir aquilo que estão procurando. A maioria das pessoas não sabem diferenciar o que é Assistência, Saúde. A gente procura orientar; a gente tem um trabalho importante”.

O meu trabalho age na divulgação, na mídia das atividades das Secretarias.

Aqui é mais uma parte legal, uma parte de legislação, mais questões administrativas, burocráticas, de projetos, confecção, elaboração, eventualmente de um projeto na área da saúde.

Agentes de saúde líderes de bairro, professor integrado, escola participantes. Tu não podes deixar eles fora de todo o contexto. Eu participo nas decisões dos casos.

Muita necessidade em atingir o interior. Não existem mais soluções coletivas. O trabalho contribui na formação do cidadão. A educação tem importância, porque ela constrói a cidadania, ela constrói conceitos, ela muda algumas ações. A gente está fazendo a reconstrução e construção de projetos políticos pedagógicos; a gente convida todos os segmentos pais, alunos, funcionários e professores e outras entidades do entorno da escola, de outras comunidades. Mexer um pouco no currículo. A gente vai ter na semana que vem a nossa primeira Conferência Municipal da Educação, a gente quer referendar diretrizes para as ações da Educação Municipal.

O próprio atendimento psicoterápico, num atendimento, às vezes, visa à integralidade. Eu entro em contato com a escola, entro em contato com os pais, converso com os pais, com os profissionais.

Toda vez que tu recuperas ou crias uma nova canalização de esgoto, tu está indo numa direção do bem-estar das pessoas; essa é a maior intervenção por parte da secretaria de obras nesse sentido.

É que hoje não existe saúde. Se a pessoa não tem moradia, a base de tudo é a moradia. Não adianta me preocupar com saúde, com educação, se eu não tenho moradia.

Eu dependo de informações de outras pessoas. O que a gente busca bastante é o trabalho em equipe. Os visitantes detectam os problemas da saúde. As Agentes de Saúde trazem o que elas sentem: elas sentem muito essa falta também de uma relação mais direta com as Obras, com a Assistência, com o diretor da escola.

Eu ainda não consigo interferir nas ações de uma outra Secretaria, mas quem toma as decisões ainda é a Secretaria de um modo isolado, não é conforme uma decisão intersetorial, é uma decisão mesmo de Secretaria isolada, tem bastante dificuldade nisso aí, de mudar.

5B - Como foi a sua intervenção nas atividades?

A minha intervenção normalmente é em casos extremos, mas não é o certo. Não adianta, eu preciso me integrar mais, senão a gente age bastante por impulso, por emoção do momento e que não é o ideal.

Nesse sentido existe uma parceria, uma interação. Certa forma, a gente já está inteirado com as outras secretarias.

A gente tem procurado dessa forma colaborar com o meio ambiente e com as ações da saúde. Não em atividades diretas com o produtor, mas, assim: informações relacionadas à saúde. A gente sente um pouco ainda dificuldades na conscientização do agricultor, buscando uma prevenção contra a má aplicação de defensivo que pode gerar uma doença no agricultor e até mesmo na questão ambiental.

As intervenções são com envolvimento direto, a estrutura nunca vai atender a demanda. Participando da associação. As pessoas elegem outras prioridades.

A gente vinha trabalhando em cima de um orçamento sempre maior na área da saúde.

“A ação direta é essa, é ver a necessidade do cidadão; não existe uma coisa assim, que tu tens que seguir, não existe mais soluções coletivas, as pessoas têm que ter isso em todas as ações; existe a consciência individual e várias consciências individuais que dão a ação coletiva, a capacidade do cidadão de pensar, de querer é que faz a coisa funcionar”.

“A saúde tem uma normativa muito complicada e essa normativa se torna cara para ser cumprida”.

“Estamos reconstruindo os processos político pedagógicos; a gente procura trabalhar com nossas professoras o conteúdo que é desenvolvido na sala de aula; ele olha a pessoa como um todo: um sujeito crítico, inserido dentro da sua sociedade, portanto ele tem responsabilidades, tanto cívicas, como ambientais, como de saúde. Então, a gente de certa forma procura trabalhar isso. Tu podes também trabalhar com projetos pontuais, como conscientização de hábitos de higiene”.

Desde o primeiro ano de vida fazer este acompanhamento. Então, é um avanço muito grande quando chega no período de alfabetização, uma ação ajuda a outra.

Estamos montando uma comissão. Na semana que vem, vamos estar começando; vai ter uma pessoa da educação, da educação física; a gente quer trabalhar com hipertensos, com diabéticos, e vai ter o pessoal da assistência. Assistente social, nutricionista, pessoal do PSF, pessoal do hospital, vamos fazer toda essa interligação. Eu acho que o serviço social, pela característica da profissão, está fazendo este meio campo, a gente tem muito isso na profissão, de fazer essa articulação.

Na saúde nós não temos muita coisa. A gente comprou para a Agricultura: era máscaras e coisas que tem esses enterros para os animais, mas a gente tem pedido para o pessoal tomar cuidado, principalmente na área ambiental.

A gente tem orientado os nossos operadores que tem áreas com questões ambientais, questão de saúde, para evitar que entrem em áreas de preservação permanente, áreas que alimentam desde arroios, aguadas, nascentes; para não mexerem, em matas que não podem, áreas de encostas, rios, aí o agricultor chega lá e diz: quero que faça um serviço em tal lugar, daí tu diz: pôxa, mas aqui é questão de

preservação. Então, a gente tem procurado dessa forma colaborar com o meio ambiente e com a saúde, com a qualidade de água.

Podemos observar que o grupo de governo em si, muito disponível e aberto para participar de projetos intersetoriais. Aparece sutilmente as determinações políticas do prefeito sobre a atuação dos gestores / secretários, principalmente nas ações da Assistência Social e Saúde.

Os cargos de assessoria direta do prefeito são funções-chave para o desenvolvimento de projetos intersetoriais, pois acumulam informações das rotinas e necessidades de todas as secretarias.

Setor de licitação altamente interligado aos projetos de todas as secretarias.

Enterrar animais mortos – preocupação / custos de várias secretarias e setores como saúde, meio ambiente, obras, agricultura – um por dia, (máscaras, máquinas, RH) cuidado com preservação, qualidade da água.

Observa-se a preocupação do grupo de governo com questões preventivas em saúde, e ambientais. Dificuldade de ações no interior do município.

Projetos intersetoriais começam a ser desenvolvidos, e as visões da necessidade de ações integrais são visualizadas. As relações entre as secretarias, referentes às decisões intersetoriais, ainda são frágeis e isoladas. Cada secretaria trabalha com ações exigidas pela demanda e por competências próprias.

Ocorrem reuniões semanais de integração entre algumas secretarias pela necessidade de trabalho integrado para prevenção em saúde principalmente para resolver problemas mais prementes das próprias secretarias envolvidas, principalmente organizadas pelas secretarias de educação, educação e assistência

social, os profissionais da saúde (médico, enfermeiro), equipe de PSF, pessoal do hospital, nutricionista, assistente social.

A estrutura disponível nunca vai atender à demanda; existem dificuldades de soluções coletivas, pela organização administrativa dos serviços, mas os sujeitos estão envolvidos na busca de solução de problemas, observando a possibilidade de ações mais concretas se em conjunto.

Questão 6- Você pode descrever os efeitos observados no indivíduo ou no contexto familiar, durante e após a realização da intervenção.

As intervenções são bem óbvias, voltadas para prevenção, a prioridade apontada é o trabalho com crianças e adolescentes; inicialmente existe uma negociação, para propor intervenção, a família é envolvida em visita domiciliar, a mãe toma consciência de sua responsabilidade, e o envolvimento em atividades de educação. Visitas regulares à família são realizadas pela assistente social, psicólogo, ACS, nutricionista.

As intervenções citadas são trabalhos sociais como, por exemplo, o sopão comunitário, que reúne 100-200 crianças no CTG – Centro de Tradições Gaúchas, da cidade, mantido por voluntários, e o da empresa fumageira, KBHC, que mantém uma estação hortifrutigrangeira comunitária: “agora eles têm um lazer, eles têm o que fazer, eles têm amor por aquilo que eles fazem. Então mudou a vida deles. Traz esse indivíduo para a sociedade de novo. Tu vê o desenvolvimento dele também”.

Os efeitos são ótimos, alguns dos efeitos observados no indivíduo ou na família é na educação e controle de natalidade; é a diminuição das internações, “o resultado concreto que a gente tem, o paciente está conseguindo seguir a vida dele”. Para mensurar o efeito temos que ter um contato direto, para ver a reação, se tem condições de mensurar isso, mais a longo prazo. O efeito com certeza foi positivo.

Os problemas articulados como prioridades foram: o município é essencialmente agrícola, num período de arrecadação difícil pois o agricultor produz principalmente fumo, que apresenta sérios problemas, inclusive a dificuldade de diversificação e mão de obra específica para este trabalho. Casos individuais de alcoolismo, drogadição, agressividade, violência, falta de comida, de dinheiro para pagar luz e água.

“Identificar os problemas, a gente identifica com facilidade. O que falta é cobrar um pouco mais de cuidados e responsabilidades da própria família”.

O tipo de intervenção detalhado foi principalmente atendimento psicoterápico, reinserção na escola, acompanhamento familiar, encaminhamentos para outros setores e/ou profissionais. “As intervenções bem óbvias: gravidez indesejada, acompanhamento domiciliar, responsabilização da equipe do PSF, na aplicação do anticoncepcional injetável em data agendada”. “Se procura conversar com a família, dessa responsabilidade; a filha é de menor e ela que responde por esta filha. A ação da Saúde, a ação da Educação e a ação da Assistência, a gente cobra uma da outra”.

“A gente não dá conta de tudo: faltava comida, sempre faltava dinheiro para pagar a conta de luz, faltava alguém que fosse lá na casa dar uma olhada, cobrar um pouco mais de higiene; isso acabava interferindo na relação dele na escola, ele malcheiroso, ia com muita fome, roubava comida dos coleguinhas e acabava brigando. Com o atendimento a gente vai investigando e vão surgindo outras questões”.

As mudanças observadas, o impacto do trabalho na medida dos efeitos das intervenções, foram apontadas com dificuldades na observação das mudanças: “Mas tu não vêes o resultado; mas tu tens a certeza que tu repassaste da melhor forma possível?” Sabemos que diminuiu a reprovação e a questão da evasão. “Porque é um trabalho lento, um processo que não é de uma hora pra outra”. “O teu trabalho

depende muito da vontade das pessoas para ter efeito; tu orientas e eles não estão nem aí; isso dificulta muito e desanima a gente”.

Questionados os sujeitos sobre quem pode resolver os problemas foram apontados: o prefeito, o Poder Público, todos que de alguma maneira ajudam a resolver alguns problemas do indivíduo; alguma influência política até mesmo do prefeito, dos vizinhos com o que conseguirem; a liberação de mais verbas federais e estaduais.

“É a questão educacional basicamente. A prefeitura sozinha não consegue fazer, então tem que ter o apoio das comunidades, das empresas e principalmente das entidades. Tu és um dos elos da corrente. Sempre tem que ter conexão. Eu preciso acionar muito o Conselho Tutelar”. É controle, é fiscalização.

Como resolver: trabalho em conjunto, “a gente tem que ter uma certa habilidade para conversar e ouvir, mais ouvir do que falar; a maioria dos problemas a gente não consegue resolver, é um processo integrado, deve haver um acordo entre as partes envolvidas. Porque a gente via que havia muitos problemas que não adiantava tu dares a parte física; tu tinhas que ver o contexto como um todo”.

Alternativa de diversificação: melhoramento do rebanho, programa troca-troca de sementes, programa nacional de crédito fundiário, programa de repasse de mudas frutíferas, para que os pomares estejam renovados, programa do fundo rotativo que é uma linha de crédito bancado pela prefeitura, inserção no mercado de trabalho, capacitação de Recursos Humanos: “uma pessoa que não tem escolaridade, não tem preparo; a Universidade preparou de tal maneira as aulas, onde analfabeto se formou, tivemos 110 alunos, tivemos alunos para calçeteiro, jardineiro, doméstica, auxiliar de limpeza, acompanhamento de idosos, temos uma demanda, todo mundo procura, quer dinheiro, tem que ter um certo conhecimento”; parcerias das firmas.

Dentro das próprias secretarias, por exemplo, da saúde, são unidades dentro da secretaria que mereciam/deveriam estar mais juntas. Cada Secretaria faz em conjunto, mas isoladamente cada uma decide.

As modificações não se dão de cima para baixo; aí dar um outro enfoque para o coletivo. “As pessoas não têm saúde, as pessoas não têm onde morar, as pessoas não têm apoio, são mal-alimentadas, mal-nutridas; o desemprego, as pessoas sem profissão. Então, hoje, se a comunidade e as entidades não se aliarem ao governo, ao poder público para fazer alguma coisa pela comunidade é difícil e praticamente sem solução”.

A Secretária da Saúde está disponibilizando a Assistente Social para ficar aqui dentro do PSF. Nesse dia a gente fica com o carro da Saúde, então as Agentes vão poder vir aqui passar o caso para ele; a gente vai fazer as visitas que dependem de Assistência e da Saúde juntos. Encaminhando para as pessoas certas, a gente acaba até resolvendo.

“Sentar, ouvir muito e esclarecer: meu marido bebe, mas tenho um bebê, meu filho não obedece, e aí tu vais abrindo caminhos, conversando, esclarecendo, pontuando...”.

Os sujeitos da pesquisa em suas falas apresentaram um item que na verdade não era objeto de investigação, mas que se apresentou muito interessante no contexto: por que resolver os problemas: para resolver os problemas da família e da sociedade, “uma satisfação muito grande das pessoas, é aquilo que nós não conseguimos, isso nos traz assim, até mesmo, uma frustração, porque as pessoas depositam toda confiança e a gente não consegue atender a todos” “para resolver alguns probleminhas entre vizinhos, vizinhança, desavenças”. E a questão ambiental é seríssima. A pessoa voltou a ser cidadão, com seus direitos, com seus deveres, tem horário para cumprir, qualidade de vida melhor, aposto mais numa formação da pessoa e da transformação dele, mais a longo prazo, “uma prefeitura que trabalha

bem, atinge os objetivos traçados, e já recebeu prêmios, até em nível nacional. “A pessoa quanto mais saúde, menos doenças, quanto menos doente, menos gente lá no SUS, menos gente no hospital, menos remédio a prefeitura dá”.

Porque a maioria é criança, a gente ajuda toda a família indiretamente; melhora a qualidade de vida; “tu já coordena todo o problema na família, na ação social, na saúde, depois a educação fica, né, já vem aquela base, já fica bem mais tranqüilo de a gente trabalhar no futuro”.

Quando questionado sobre o que deve acompanhar o processo de resolução do problema, as respostas demonstram que deve ter o acompanhamento familiar; as famílias também têm que procurar fazer a sua parte; a busca de auxílio tarda a chegar nos órgãos públicos, exigindo auxílio imediato, a população deve tentar resolver o problema, logo que ele aparece; saber se comunicar com as pessoas, fazer a exposição das informações para o pessoal da equipe e população; a utilização dos mesmos prontuários por todas as secretarias, utilização de prontuários por família, unidades, dentro das secretarias que deveriam estar mais juntas.

Visitas domiciliares para acompanhamento familiar e de atuação dos vários órgãos públicos; toda a equipe de governo estar capacitada com “esse olhar de integralidade”; “as pessoas não sabem esse significado; é muito cultural, começa na escola, passa por uma secretaria de obras e reflete numa secretaria de saúde, por isso do trabalho integrado”.

Deve haver maior controle de natalidade. Maior participação dos pais e outros segmentos na escola. Observação da determinação e exigência legislativa nos vários projetos. As ações devem ter uma seqüência, tem que ter essa continuidade. “A gente precisa avançar mais, muitas vezes é só uma ação familiar, socioeducativa”.

Questão 7- Qual a sua percepção sobre a integralidade das ações em saúde e sua viabilidade prática para melhores efeitos? Quais as interações e influências que interferiram no processo?

Saber se o trabalho intersetorial alcançou os objetivos, mesmo revestidos de poder político, e pode ser articulado das ações integrais; e como cada um percebeu a integralidade nas suas ações em saúde para alcançar o efeito desejado no trabalho desenvolvido. Saber, de cada participante (sujeitos da pesquisa) as suas interações e suas influências neste impacto, positivas ou negativas. Observar a possibilidade de continuidade

7.1 Qual a percepção da integralidade

É um assunto bem difícil de falar. A gente ainda precisa treinar muito o olhar. Tem que avaliar o total para ver de que maneira vários setores podem influenciar e ajudar na solução dos problemas. As pessoas têm que ser bem esclarecidas sobre o projeto, que fim ele tem. Tem que se sentir parte dele. A questão da saúde é uma questão bastante ampla, complexa e importante.

Deve haver reuniões e encontros para fazer um trabalho integrado; se isso não acontecer, há falta de sintonia ou falta eventualmente de reuniões e encontros e planejamento em conjunto. A gente enquanto profissional, tendo um olhar integral já consegue dar conta de fazer algumas coisas. Acho que o trabalho integral exige uma interdisciplinaridade maior. Para integralidade também precisa bastante desse trabalho em equipe. Talvez a gente não tenha muita clareza do conceito de integralidade, devemos dar uma “cobrada” mais dos gestores.

Temos uma cultura bastante curativa; não fazemos aquele trabalho de prevenção. Esse pessoal está tudo doente porque não sabe se alimentar. Todos devem trabalhar em cima de uma continuidade de ações.

“O mestre principal, que cabe retomar essa integralidade, é o prefeito e depois os gestores de cada secretaria com seus assessores diretos ou responsáveis pelos programas”.

7.2 Viabilidade prática / efeitos

É viável, não há obstáculos, depende muito da administração, dos chefes, do prefeito e dos secretários, da concordância e apoio das chefias. A saúde tem trabalho em vários setores.

É uma coisa bem complicada, mas eu acho que é possível, basta ter apoio, trabalhar e com pessoas técnicas. Tem que ter pessoas habilitadas para isso, profissionais que trabalham nisso aí, capacitados.

“Se lá na frente da casa tem um esgoto; se as paredes da casa estão perfuradas; venta muito ar, venta frio e então se tu consegues interagir com a ação social e com obras, então vamos verificar aquele caso lá, juntos nós conseguimos a solução”. Que a gente tem que ter atitudes e atividades de prevenção e prevenir para que certas questões que acontecem não se repitam, e aí tem que ver esse planejamento integrado. Expandir dentro de um todo no município.

Os municípios não são tão bem administrados como deveriam, então tudo isso vai numa escala e conseqüentemente para esfera federal. Não adianta ser um grupo isolado que daí ele é visto como um grupinho que quer inventar coisas, “algumas pessoas criam certa antipatia”. “Às vezes, o egoísmo das pessoas se põe acima do interesse coletivo; quando eu quero pegar espaço onde nós podíamos trabalhar melhor”.

Todo trabalho feito em conjunto sempre tem algum resultado positivo. É a nossa família rural; ela, sim, tem a ver com esse trabalho, de trabalhar em conjunto,

para beneficiar mais pessoas. Definição de áreas que tu podes trabalhar, trazer isso junto para o próprio Plano Diretor do município.

“Quem enxerga mesmo o problema que está na rua é o guarda que faz a fila e pergunta o que as pessoas querem ali. É o funcionário que está direto com o cidadão. Aqui na mesa eu resolvo o que eu quiser, ou nada, porque eu não estou vendo as necessidades individuais. Essa integração tem que ser feita no funcionalismo que está na base e não na cúpula; essa integração eu acho que funciona”.

A gente está começando esta idéia, e vai melhorar para o usuário. Eu acho que tem que acontecer. Estar apagando incêndio a toda hora sem planejar; tem que conhecer o nosso município, fazer um diagnóstico, daqui a pouquinho a gente está trabalhando o mesmo público, planejamento integrado e ações acontecendo articuladas. Tanto no diagnóstico como nas ações, em forma de rede mesmo. A gente não conhece o trabalho que as outras secretarias desenvolvem. Funcionário público que trabalha num setor administrativo, mas não tem nem idéia de como funciona o outro setor financeiro. Tu passa a conhecer um pouquinho cada uma das secretarias e isso possibilita uma relação melhor. Isso evita algumas tensões entre as secretarias. Passa a ser mais parceiro e mais compreensível. Tem que encaminhar tem que trabalhar em conjunto e tem que ter tempo para isto. O bom seria alguém sentar e ter tempo para ficar pensando essas coisas.

Acontece, até mesmo no Projeto Primeira Infância Melhor. Os problemas são identificados e se encaminha para o conselho, para a promotoria, sem temor nenhum. O que impede talvez a demanda de trabalho: as mesmas pessoas estão sempre nos mesmos conselhos.

Seria um avanço muito grande, se tivesse esta rede de informações, com mais facilidade de acesso a todos. “Deveria ser no futuro, no caso da prefeitura, todos os setores deveriam trabalhar de forma integrada. Começando até divulgando todos os serviços que são executados em cada secretaria, até para todos os servidores que

trabalham nas secretarias tivessem um conhecimento de como funciona. Seria de fundamental importância até pra melhorar a qualidade do serviço público”.

“Administração pública está com responsabilidade tão grande nessa área e isso onera bastante, dificulta. Se tu fores entrar numa Secretaria de Saúde é um caos. Isso é uma situação conjuntural, que se formou há muito tempo. Em praticamente todos os municípios que a gente vê é assim”.

“Em 1997 nós éramos 16 mil habitantes, hoje nós somos 24 mil, a renda *per capita* caiu muito aqui no município de Vera Cruz, ou seja, nós somos 8 mil habitantes a mais, com menos emprego, com menos dinheiro e com uma demanda da saúde que aumenta a cada dia. Quem vai pagar isso?” “Nós estamos vivendo uma situação difícil regionalmente falando, nossa região fomicultora”. “Vamos ficar sem esse laço econômico que a gente teve tanto tempo, e aí as conseqüências virão em todas as áreas, saúde, educação, enfim”. “O município investe muito mais até do que devia na área da saúde; que a obrigação mesmo quem tem da saúde é o Estado e o Governo Federal; nós investimos no município o ano passado mais de 2 milhões na área da saúde, o Estado investiu 68 mil e a União investiu 120 mil, e mesmo assim a saúde não está do jeito necessário.” Mas a arrecadação caiu muito, tivemos que definir outras prioridades; então as prioridades ficaram aquelas que a gente diz apagar incêndio: uma queda de 30% num ano. Eu acho que ele teria que ver essa realidade da deficiência financeira, tanto da Prefeitura quanto do paciente.

7.3 Quais as interações que interferiram no processo

O PSF, da saúde familiar que é muito importante, porque as pessoas têm o acompanhamento mais de perto; também a visita das agentes de saúde que acompanha, é uma assistência mais familiar e elas sabem mais das necessidades sociais. As Agentes Comunitárias ganham pouco e têm muita responsabilidade e estão entrando nas casas das pessoas e se comprometendo em melhorar a vida deles em nome do SUS.

Tu não vais poder saber como funciona detalhadamente cada setor. Saber que tu estás trabalhando, e está, todo mundo no mesmo sentido. Falta um pouco de comunicação, a pessoa fica meio isolada. Basicamente é comunicação. Ele não formou conceitos de valor em torno desse assunto de integralidade.

O cara está preocupado em resolver o problema dele não está preocupado com o mundo. O processo de integralidade não existe muito, são ações isoladas. Talvez é falta de alguém estimular isso, talvez esta pesquisa vai trazer resultados importantes, que a administração e os próprios secretários vejam a necessidade disso.

Mas assim, antigamente, a cultura era família, era igreja e era escola. O doente está sempre na fila. O aumento dos gastos em saúde pública. Em plenos hospitais as pessoas ficam nas macas, nos corredores e é atendida a parte do governo e é o próprio SUS que obriga o hospital a dar essas vagas. Tem um crédito para receber do governo, só que não vem, então isso aí prejudica justamente, culpa do próprio governo federal que não dá o devido apoio, não tem credibilidade, está sempre atrasado nos pagamentos.

A saúde toda é do município; tudo é responsabilidade do município, aí o governo manda: tantos por cento vai para eles. Ajuda, um equipamento, o que a gente nota hoje, todos os hospitais estão com problema financeiro. Nunca que vai pagar a dívida que o hospital tem, porque como ele não recebe lá, vai atrasando o pagamento. Mesmo que a gente faça pedágio e a comunidade se empenhe em arrumar dinheiro.

Há um hiato nesta relação, não se complementa. As vezes eu peço um serviço, executo uma melhoria e ela não tem retorno, porque não atingiu ou não foi feito um trabalho de base inicialmente, não foi feita consulta às pessoas; não foram feitas reuniões com as famílias ou com o os clubes de mães. Tem que ser de baixo para cima.

Não é feito nem um tipo de reunião com os funcionários; eles não ficam sabendo o que está acontecendo; existe uma dificuldade para ver quem manda, mais porque são grupos políticos e eu. Porque não tem chefia. As pessoas chegam de salto alto, achando que sabem mais. Não têm a experiência que a gente tem na prática, esse é o problema. Pois a gente como funcionário público não pode falar mal, entendeu, certas situações são bem complicadas.

Tu acabas ficando muito burocrática; tu precisas certos documentos, certas leis, tu tens que obedecer certas coisas. Cada Secretaria é uma pequena prefeitura que trabalha com as suas ações. Depende também da maneira que cada pessoa vê o seu trabalho. Então depende das pessoas com quem tu vais trabalhar. Existe uma grande dificuldade de tu conseguires juntar os setores.

O pessoal não sabe distinguir o que é uma consulta normal e o que é um Plantão de Urgência. Os médicos hoje só pedem exames caros. Envolver isso enquanto uma cultura de prevenção. É um desafio que a gente tem enquanto gestor ou enquanto sujeito desse processo, de educar. Tem estas questões burocráticas, às vezes financeiras.

7.4 Continuidade

Muita coisa eu não sei o que tu queres, o que eu vou responder.

Planejamento é fundamental. Planejar para colocar em prática e avaliar constantemente para que isto continue. Encontro periódico. Então todos têm que participar. Cada um tentando ajudar da melhor forma. Aqui no município estão tentando esta rede de informação. Todas as secretarias dependem uma da outra. Não isolar cada ação, mas um acompanhamento desde o início, entender por que e de onde vem, acompanhando todo caso.

A idéia existe pelo menos, e nessa nossa última reunião de secretários foi muito bem falado: todos tem que trabalhar com o mesmo foco.

7.5 Alcançou objetivos, resultados dentro da percepção de integralidade nas suas ações?

A visitadora do PIM - A agente de saúde.

O pessoal não precisa mais se deslocar para Porto Alegre.

O diálogo, o diálogo sempre foi a parte positiva, e a parte negativa era que não existia aquela aproximação e hoje já existe.

Essa é a integração que existe aqui na Secretaria de Finanças, Secretaria de Administração, Planejamento, Turismo, Saúde, Agricultura: todas elas tem o elo de ligação com a Secretaria de Finanças.

Reflete de forma positiva no futuro.

A Saúde é interligada diretamente à Educação.

O Prefeito seria o principal responsável pela agregação das secretarias e isso estava um pouco distante; a gente tentou retomar desde o mês de abril.

Eu falei o que eu acho realmente, eu acho que se atuasse mais nesses PSFs, a conscientização das pessoas seria melhor.

Começamos com umas reuniões mensais; Saúde, Educação e Assistência e o Conselho Tutelar, que é onde a clientela mais circula.

Que todos tenham acesso a estas informações.

Acho que as coisas realmente iam dar resultados maiores, mais duradouros principalmente para a assistência.

Como conclusões da pesquisa 2, percebeu-se que:

1. Muitos dos pesquisados não recordavam se haviam participado da pesquisa anterior que formulou o conceito de saúde, levantou os problemas de saúde no município e a viabilidade de um trabalho intersetorial e apontou os conceitos de integralidade das ações em saúde mostrando que a intenção de trabalhar de modo intersetorial, buscando a integralidade das ações em saúde, não foi repassada por nenhum participante da pesquisa anterior.

Observa-se que o grupo de trabalho, no início do governo, encontrava-se à espera de orientações mais precisas do prefeito, no que diz respeito ao modo de trabalho, organização e prioridades de ações. O trabalho intersetorial acabou sendo realizado pela necessidade de abordagem dos e pelas dificuldades que surgiram e, também, pela organização de programas sugeridos pelo governo estadual.

É vontade explícita dos sujeitos da pesquisa, dos diversos setores municipais, a necessidade de abordagens intersetoriais. Uma secretaria depende da outra para informações e dados. É importante observar o desconhecimento do funcionamento da máquina pública municipal, até mesmo pelos funcionários antigos dos vários setores. “Por conta própria tu já vês que precisa trabalhar em conjunto.” “Inclusive a gente já marcou uma agenda de reuniões para tratar diversos assuntos, inclusive os da saúde, pra tornar o grupo, entre as secretarias, unido e formar uma prefeitura só”. “Em uma reunião dos órgãos, até foi uma decisão da gente, começar já com data fixa, mensalmente, uma reunião dos secretários, com prefeito, para tratar dessas coisas, já é um fato de que alguma coisa está se fazendo”.

2. Quando questionados sobre o porquê da necessidade de abordagem intersetorial na solução de problemas, os pesquisados respondem que a clientela

acaba sendo sempre a mesma para os diversos setores e que existe a demonstração de ganho de tempo, praticidade, conhecimento das dificuldades dos outros setores, economia e a mobilização dos trabalhos, para melhorar eficácia e a qualidade do serviço público, devendo a administração municipal deve ser vista como um todo municipal e não como secretarias fragmentadas.

O grupo demonstrou que trabalha com a visão ampliada, de toda uma conjuntura social, incluída no conceito saúde. Ele reconhece a necessidade de encaminhamentos para órgãos e serviços mais especializados, pois na rotina de trabalho, há exigência de uma complementação, talvez uma cumplicidade, na busca de solução de problemas, que está sendo alcançada. Existe a preocupação com a abordagem intersetorial e a preocupação com a integralidade das ações, não só da área da saúde. “O cidadão num espaço único, o cidadão inteiro, eu não posso simplesmente partir, são todos cuidando de um”.

As secretarias que trabalharam de forma mais intersetorial, visando a uma atuação mais integral foram principalmente educação, saúde, e ação social, “porque o trabalho exige isso” e porque os profissionais das pastas se mostraram mais receptivos com a proposta de um trabalho voltado para a integralidade. O maior evento citado, de trabalho intersetorial, foi a construção do Plano Diretor no município, que está envolvendo também a população (parece que de forma muito pontual). “Nós temos exemplo agora, é o Plano Diretor, estamos trabalhando e implantando o plano diretor participativo no município e o plano diretor foi a melhor coisa que nós já tivemos porque dá o direito ao cidadão a participar”.

3. Quando questionado se trabalhou em algum projeto intersetorial e como se formou o grupo de trabalho as respostas se apresentam da seguinte forma:

O programa implantado em junho/2004 pelo governo estadual, chamado PIM, das quais o município recebe incentivos financeiros, foi muito citado. Ele trabalha com o desenvolvimento de crianças de zero a seis anos, e exige trabalho em equipe

multiprofissional, com visita domiciliar. Esse projeto integrou ainda mais os trabalhos dos profissionais da Secretaria da Assistência Social, Educação e Saúde, devido à exigência de técnicos que uma secretaria apenas não possuía.

Os setores que realizaram trabalhos de ordem intersetorial foram a Secretaria da Agricultura e Secretaria de Obras. A Secretaria da Agricultura com o Conselho Agropecuário. A Secretaria da Saúde e o Conselho do Meio Ambiente; A Secretaria do Planejamento com a de Obras, a Assistência Social, a da Educação, e a Saúde e a Assistência Social, Educação com suas escolas. As secretarias de Assistência Social e Saúde, talvez por estarem situadas no mesmo prédio, ou porque os projetos do governo estadual exigiram, demonstraram que cada um tem o seu papel dentro dos projetos coletivos. Enfim, os sujeitos envolvidos no processo sentem necessidade do envolvimento de técnicos dos vários setores principalmente para o apoio político para a aprovação da ação e/ou projeto.

Houve referência de trabalhos desenvolvidos intersetorialmente pelo Grupo de Trabalho Integrado – GTI, sob a coordenação do prefeito no governo anterior, o que demonstra uma certa prática de trabalho. A maioria dos trabalhos ocorreu em reuniões mensais, agendadas, e em reuniões extraordinárias, realizadas conforme a necessidade. Nelas se buscam de soluções conjuntas, se discutiam as dificuldades dentro das próprias secretarias, a necessidade de trocar de equipamentos e máquinas, e mesmo os conhecimentos técnicos (troca de informações).

A Secretaria de Planejamento, para realizar um projeto habitacional, necessitou dos trabalhos técnicos de outras secretarias, como a da Secretaria de Obras e da Secretaria de Assistência Social. Nos trabalhos realizados de forma intersetorial, as prioridades foram eleitas por representantes de cada secretaria, em avaliações sistemáticas dentro de cada setor. Ficou evidenciado o fortalecimento do grupo de trabalho, solicitando o apoio de outras secretarias, inclusive com envolvimento do Conselho da Mulher, Conselho do Idoso e Conselho Tutelar, desenvolvendo trabalhos conjuntos entre a Universidade de Santa Cruz do Sul –

UNISC, com projetos do Curso de Fisioterapia e Assistência Social, Curso de Enfermagem e Secretaria da Saúde e empresas privadas (fumageiras), como Souza Cruz e KBH&C.

Observou-se a amplitude da visão do trabalho da equipe de governo e da responsabilidade dos indivíduos que ocupam os cargos públicos. Verificou-se maior conhecimento da dinâmica de trabalho e dos problemas de cada secretaria; melhor relacionamento interpessoal para formar um bom grupo de trabalho, na medida em que o relacionamento entre as secretarias quase que não existia. A interferência da primeira pesquisa e da discussão dos dados numa reunião da equipe de governo mostrou a coerência de idéias do grupo e aguçou a necessidade de um trabalho mais próximo entre as secretarias.

4. A partir das reuniões, do diagnóstico das necessidades e das circunstâncias do momento foram definidos os objetivos, as prioridades das ações, e organizado o trabalho. “A gente sabia o que estava precário e se poderia trabalhar, em cima de um cronograma que a gente fazia no começo do ano”. “A gente deu prioridade para essas pessoas que têm mais dependências, pessoas de mais idade e que têm menor faixa de renda”. “Trabalhamos com todas as ações possíveis: as imediatas, e as previstas para mais médio e longo prazo”.

Foram analisados os objetivos atingidos e/ou não atingidos, ou ainda a troca de objetivos. A equipe de governo levou certamente um ano para entender, articular e determinar os objetivos de trabalho com um diagnóstico mais preciso. Algumas atividades começaram a ser protocoladas no Município, pois não havia registro de ações, cadastro de atendimento de um governo para outro. “Toda e qualquer atividade encaminhada já tem um protocolo, e isso aí evoluiu a partir das integrações”.

Verificou-se que o Grupo de governo em si, é muito disponível e aberto para participar de projetos intersetoriais; os cargos de assessoria direta do prefeito são

locais-chave para o desenvolvimento de projetos intersetoriais pois acumulam informações das rotinas e necessidades de todas as secretarias; que o setor de licitação está altamente interligado aos projetos de todas as secretarias; que há preocupação com os custos de várias secretarias e setores como saúde, meio ambiente, obras, agricultura, com questões preventivas em saúde, preservação do meio ambiente e qualidade da água; que há dificuldade de ações no interior do Município e a que todos julgam necessário atuar na população de todo o município.

Ficou evidente a necessidade de projetos intersetoriais mais voltados para questões de saúde pública, que envolvam comissões da educação, assistência social, profissionais da saúde (médico, enfermeiro, psicólogo), equipe de PSF (médico, enfermeiro, agentes comunitários de saúde), visitantes do PIM, pessoal do hospital, nutricionista, veterinário. Como referido, “a estrutura disponível nunca vai atender à demanda”, e existe grande dificuldade de soluções coletivas.

As relações entre as secretarias ainda são frágeis e isoladas, pois uma delas trabalha a resposta às demandas.

5. O modo de inserção do trabalho individual nas questões da integralidade das ações em saúde, apresentou o seguinte resultado:

É preciso participar em ações que ampliem a receita do município, para obter mais recursos para saúde; prestar informações e realizar encaminhamentos; divulgar as atividades realizadas nas secretarias; orientar a respeito da legislação e da elaboração de projetos.

Construir a cidadania; reconstruir projetos político-pedagógicos com a participação de pais, alunos, funcionários e professores e outras entidades do entorno da escola; realizar a primeira Conferência Municipal da Educação, para referendar diretrizes para as ações da educação municipal.

Os entrevistados consideram importante colaborar com o meio ambiente e com as ações da saúde, não em atividades diretas com o produtor; trabalhar em cima de um orçamento sempre maior para a área da saúde; ver a necessidade do cidadão, “as pessoas têm que ter isso em todas as ações, existe a consciência individual e várias consciências individuais que dão a ação coletiva, a capacidade de o cidadão de pensar, de querer e de fazer a coisa funcionar”.

Reconstruir os processos políticos pedagógicos, trabalhando com os professores o conteúdo que é desenvolvido na sala de aula, “ele olha a pessoa como um todo, um sujeito crítico, inserido dentro da sua sociedade; portanto ele tem responsabilidades, tanto cívicas, como ambientais, como de saúde”; trabalhar com projetos pontuais, como a conscientização de hábitos de higiene; trabalhar com hipertensos, com diabéticos, numa equipe interdisciplinar: assistente social, nutricionista, profissional da educação física, fisioterapeuta, equipe do PSF, pessoal do hospital, fazer toda essa interligação; tomar cuidado, principalmente com a área ambiental, áreas de preservação permanente, áreas que alimenta desde arroios, aguadas, nascentes, para não mexerem em matas nativas, áreas de encostas, rios; e colaborar com o meio ambiente e com a saúde, com a qualidade de água.

Observou-se que projetos intersetoriais começam a ser desenvolvidos e a visão da necessidade de ações integrais visualizadas. Ocorrem reuniões semanais de integração entre algumas secretarias pela necessidade de trabalho integrado para prevenção em saúde, principalmente para resolver os problemas mais prementes das próprias secretarias. Constatou-se que a estrutura disponível nunca vai atender à demanda; e que existem dificuldades de soluções coletivas, pela organização administrativa dos serviços, mas que os sujeitos estão envolvidos na busca de solução de problemas, acreditando na possibilidade de ações mais efetivas se realizados em conjunto.

6. A descrição dos efeitos observados no indivíduo ou no contexto familiar, durante e após a realização da intervenção, mostrou que: os efeitos são ótimos;

alguns deles observados no indivíduo ou na família é na educação e no controle de natalidade; na diminuição das internações.

Os problemas, articulados como prioridades; foram: o município é essencialmente agrícola e, num período em que o fumo, que apresenta sérios problemas, verificam-se casos individuais de alcoolismo, drogadição, agressividade, violência, falta de comida, de dinheiro para pagar luz e água. O tipo de intervenção detalhado foi principalmente o atendimento psicoterápico, a reinserção na escola, o acompanhamento familiar, a encaminhamentos para outros setores e/ou profissionais, o acompanhamento domiciliar, a responsabilização da equipe do PSF, e da família sobre os filhos menores e a cobrança das atividades previstas nos setores da Saúde, a ação da Educação e a ação da Assistência, uma das outras.

A medida do impacto do trabalho enfatizou dificuldades na observação das mudanças: “Tu não vês o resultado, mas tu tens a certeza de que o trabalho foi feito da melhor forma possível”; e a dependência da vontade das pessoas para ser feito.

Quando questionados sobre quem pode resolver os problemas, os entrevistados apontam o prefeito, o Poder Público, todos que de alguma maneira ajudam a resolver alguns problemas do indivíduo; quem tenha alguma influência política; os vizinhos; devendo-se trabalhar em conjunto, e ter habilidade pra conversar, ouvir e observar, “a maioria dos problemas a gente não consegue resolver, é um processo integrado”; haver um acordo entre as partes envolvidas, mesmo dentro das próprias secretarias. Por exemplo, na saúde, nas unidades deveriam estar mais juntas. “As pessoas não têm saúde, as pessoas não têm onde morar, as pessoas não têm apoio, são mal-alimentadas, malnutridas, desemprego, as pessoas sem profissão, então hoje se a comunidade e as entidades não se aliarem ao governo, ao poder público para fazer alguma coisa pela comunidade é difícil e praticamente sem solução”.

“A Secretária da Saúde está disponibilizando a Assistente Social para ficar aqui dentro do PSF, nesse dia a gente fica com o carro da Saúde, então as Agentes vão poder vir aqui passar o caso para ele; a gente vai fazer as visitas que dependem de Assistência e da Saúde juntos. Encaminhando para as pessoas certas, a gente acaba até resolvendo”.

Os sujeitos da pesquisa se referiram a um item que, na verdade, não era objeto de investigação, mas que se apresentou muito interessante no contexto: por que resolver os problemas? E responderam: para resolver os problemas da família e da sociedade; uma satisfação muito grande das pessoas, porque as pessoas depositam toda a confiança. “A pessoa voltou a ser cidadão, com seus direitos, com seus deveres, tem horário para cumprir, qualidade de vida melhor, aposto mais numa formação da pessoa e da transformação dela, mais a longo prazo”. Quando questionados sobre o que deve acompanhar o processo de resolução do problema, eles responderam que deve existir o acompanhamento familiar; que as famílias também têm que procurar fazer a sua parte; que a busca de auxílio tarda a chegar nos órgãos públicos, exigindo auxílio imediato; que a população deve tentar resolver o problema, logo que ele aparece; que é importante saber se comunicar com as pessoas, na exposição das informações para o pessoal da equipe e para a população; que existe um problema quanto à utilização dos mesmos prontuários por todas as secretarias, utilização de prontuários por família, unidades dentro da secretaria que deveriam estar mais juntas; que deve haver visitas domiciliares para acompanhamento familiar e de atuação dos vários órgãos públicos; que toda a equipe de governo deve estar capacitada com “esse olhar de integralidade”, “as pessoas não sabem esse significado, é muito cultural começa na escola, passa por uma secretaria de obras e reflete numa secretaria de saúde, por isso do trabalho integrado”; que deve haver maior controle de natalidade e maior participação dos pais e de outros segmentos na escola; que deve observar que a exigência legislativa nos vários projetos; e que as ações devem ter uma seqüência, tem que ter essa continuidade.

7. A percepção sobre a integralidade das ações em saúde e a viabilidade prática para melhores efeitos e quais as interações e influências que interferiram no processo, apresentou a seguinte conclusão:

Os sujeitos da pesquisa demonstram sentir dificuldades para abordar o conceito de integralidade e da sua amplitude e complexidade da atuação na comunidade. Eles necessitam de esclarecimentos e de sentir-se integrante do projeto. “Deve haver reuniões e encontros para fazer um trabalho integrado, se isso não acontecer há falta de sintonia ou falta eventualmente de reuniões e encontros e planejamento em conjunto. A gente enquanto profissional, tendo um olhar integral já consegue dar conta de fazer algumas coisas. Acho que o trabalho integral exige uma interdisciplinaridade maior. Pra integralidade também precisa bastante desse trabalho em equipe. Talvez a gente não tenha muita clareza do conceito de integralidade, devemos dar uma “cobrada” mais dos gestores”. “É um assunto bem difícil de falar. A gente ainda precisa treinar muito o olhar. Tem que avaliar o total para ver de que maneira vários setores podem influenciar e ajudar na solução dos problemas. As pessoas têm que ser bem esclarecidas sobre o projeto, que fim ele tem. Tem que se sentir parte dele. A questão da saúde é uma questão bastante ampla, complexa e importante”.

Eles acreditam na necessidade do planejamento em conjunto, com efetiva participação dos gestores, sendo necessário maior conhecimento na formação e maior prática de trabalhos interdisciplinares. “Temos uma cultura bastante curativa; não fazemos aquele trabalho de prevenção. Esse pessoal está todo doente, porque não sabe se alimentar. Todos devem trabalhar em cima de uma continuidade de ações. Necessidade de trabalhos continuados na área de prevenção”. “O mestre principal, que cabe retomar essa integralidade, é o prefeito e depois os gestores de cada secretaria com seus assessores diretos ou responsáveis pelos programas”.

Sobre a viabilidade prática e os efeitos do trabalho, o discurso apresentado foi o seguinte: é viável, não há obstáculos, depende muito da administração, dos chefes,

do prefeito e dos secretários, da concordância e apoio da chefias. A saúde tem trabalho em vários setores. Assim, existe a viabilidade na prática de trabalhos de abordagem integral, se seguidas de construção de projeto conjunto, conhecimento técnico de conceitos, capacitação e organização da equipe. “é uma coisa bem complicada, mas eu acho que é possível; basta ter apoio, trabalhar e com pessoas técnicas. Tem que ter pessoas habilitadas para isso, profissionais que trabalham nisso aí, capacitados”. “Se lá na frente da casa tem um esgoto, se as paredes da casa estão perfuradas, venta muito ar, venta frio e então se tu consegue interagir com a ação social e com obras, então vamos verificar aquele caso lá, juntos nós conseguimos a solução. Que a gente tem que ter atitudes e atividades de prevenção e prevenir para que certas questões que acontecem não se repitam; é aí tem que haver esse planejamento integrado. Expandir dentro de um todo no município”.

Verificou-se, também, que os municípios não são tão bem administrados como deveriam, exigindo, então, maiores atuações da esfera federal. Não adianta ser um grupo isolado, que é visto como um grupinho que quer inventar coisas, “algumas pessoas criam certa antipatia”. “Às vezes o egoísmo das pessoas, se põe acima do interesse coletivo, quando eu quero pegar espaço onde nós podíamos trabalhar melhor”. Há necessidade de organização do serviço em outros níveis de governo como estadual e federal, pois o interesse de trabalho em prol da coletividade deve estar acima das preocupações políticas. É preciso fortalecer a municipalização, projetos governamentais que exijam trabalho intersetorial na dimensão da promoção da integralidade das ações em saúde, uma vez que “todo trabalho feito em conjunto sempre tem algum resultado positivo. É a nossa família rural, ela, sim, tem a ver com esse trabalho, de trabalhar em conjunto, para beneficiar mais pessoas. Definição de áreas que tu podes trabalhar, trazer isso junto para o próprio Plano Diretor do município”.

Necessita-se também, valorizar o funcionário público, pois “quem enxerga mesmo o problema que está na rua é o guarda que faz a fila e pergunta o que as pessoas querem ali. É o funcionário que está direto com o cidadão. Aqui na mesa eu

resolvo o que eu quiser, ou nada, porque eu não estou vendo as necessidades individuais. Essa integração tem que ser feita no funcionalismo que está na base e não na cúpula, essa integração eu acho que funciona”.

“A gente está começando esta idéia, e vai melhorar para o usuário. Eu acho que tem que acontecer. Estar apagando incêndio a toda a hora e sem planejar. Tem que conhecer o nosso município, fazer um diagnóstico, daqui a pouquinho a gente esta trabalhando o mesmo público, planejamento integrado e ações acontecendo articuladas. Tanto no diagnóstico como nas ações, em forma de rede mesmo. A gente não conhece o trabalho que as outras secretarias desenvolvem. Funcionário público que trabalha num setor administrativo, mas não tem nem idéia de como funciona o outro setor financeiro. Tu passas a conhecer um pouquinho de cada uma das secretarias e isso possibilita uma relação melhor. Isso evita algumas tensões entre as secretarias. Passa a ser mais parceiro e mais compreensivo. Tem que encaminhar tem que trabalhar em conjunto e tem que ter tempo pra isso. O bom seria alguém sentar e ter tempo para ficar pensando essas coisas”.

Certifica-se a necessidade de planejamento integrado com ações articuladas no projeto de governo com profissional capacitado para esta articulação. Conhecimento do trabalho, abrangência, equipamentos e da capacidade dos recursos humanos e materiais das outras secretarias. Necessidade de maior relacionamento entre es secretarias para melhorar os encaminhamentos.

“Acontece, até mesmo no Projeto Primeira Infância Melhor. Os problemas são identificados e se encaminha para o conselho, para a promotoria, sem temor nenhum”. O que impede talvez, a demanda de trabalho, pois as mesmas pessoas estão sempre nos mesmos conselhos. Necessidade de apoio dos vários conselhos e órgãos judiciários. Dificuldades de pessoal para atuação nos diversos conselhos municipais, ocorrendo a atuação do mesmo indivíduo em vários conselhos.

Seria um avanço muito grande, se tivesse esta rede de informações, com mais facilidade de acesso a todos. “Deveria ser o futuro, no caso da prefeitura, todos os setores deveriam trabalhar de forma integrada. Começando até divulgando todos os serviços que são executados em cada secretaria, até para todos os servidores que trabalham nas secretarias ter um conhecimento de como funciona. Seria de fundamental importância até pra melhorar a qualidade do serviço público”. Necessidade de rede de informações de acesso integrado com cadastramento das famílias e dos trabalhos realizados pelos diferentes setores públicos, favorecendo o conhecimento dos recursos humanos e materiais utilizados nas atuações.

“Administração pública está com responsabilidade tão grande nessa área e isso onera bastante, dificulta; entrar numa Secretaria de Saúde é um caos, isso é uma situação conjuntural, que se formou há muito tempo, em praticamente todos os municípios que a gente conhece é assim”. Observação dos sujeitos de que a administração pública têm responsabilidade muito grande e que o problema é conjuntural, os problemas que se apresentam são onerosos e recaem principalmente na Secretaria da Saúde.

“Em 1997 nós éramos 16 mil habitantes, hoje nós somos 24 mil, a renda *per capita* caiu muito aqui no município de Vera Cruz, ou seja, nós somos 8 mil habitantes a mais, com menos emprego, com menos dinheiro e uma demanda da saúde que aumenta cada dia, quem vai pagar isso?” “Nós estamos vivendo uma situação difícil regionalmente falando, nossa região fumicultora”. “Vamos ficar sem esse laço econômico que a gente teve tanto tempo, e aí as conseqüências virão em todas as áreas, saúde, educação, enfi..” “O município investe muito mais até do que devia na área da saúde, que a obrigação mesmo que tem da saúde é o Estado e o Governo Federal, nós investimos no município o ano passado mais de 2 milhões na área da saúde, o Estado investiu 68 mil e a União investiu 120 mil, e mesmo assim a saúde não está do jeito necessário.” Mas a arrecadação caiu muito, tivemos que estabelecer outras prioridades, então as prioridades ficaram aquelas que a gente diz

“apagar incêndio”, uma queda de 30% num ano. Eu acho que o governo teria que ver essa realidade da deficiência financeira, tanto da Prefeitura quanto do paciente.

Houve aumento da população e diminuição da renda *per capita* no município com aumento da demanda de trabalho para os setores públicos. Dificuldades na região fumicultora como um todo. Investimentos municipais muito grandes na área da saúde, pouco repasse e atraso de verbas estaduais e federais. Preocupação com a deficiência financeira que transforma em prioridade as atuações ditas “apenas para apagar o incêndio”.

Sobre as interações que interferiram no processo podemos observar que o PSF, da saúde familiar, é muito importante, porque eles tem o acompanhamento mais de perto, também a visita das agentes de saúde, que acompanha, é uma assistência mais familiar e elas sabem mais das necessidades sociais. As Agentes Comunitárias ganham pouco e têm muita responsabilidade e estão entrando nas casas das pessoas e se comprometendo em melhorar a vida dela em nome do SUS.

As prioridades frente às necessidades da população vistas com a importância da atuação dos agentes comunitários de saúde e seu conhecimento da dinâmica familiar e suas visitas domiciliares. Reconhecimento da responsabilidade e comprometimento do trabalho do ACS. Tu não vai poder saber como funciona detalhadamente cada setor. Saber que tu está trabalhando e está todo mundo no mesmo sentido. Falta um pouco de comunicação, a pessoa fica meio isolada. Basicamente é comunicação. Ele não formou conceitos de valor em torno desse assunto de integralidade.

Comprometimento de toda a equipe de trabalho público municipal. Necessidade de conhecimento dos outros setores públicos para poder contar com os diferentes benefícios que a população dispõe pelo serviço público que é prestado pela prefeitura. Necessidade de comunicação facilitada entre os setores, capacitação dos

recursos humanos para apreensão de conceitos que favoreçam os projetos e o trabalho.

O cara está preocupado em resolver o problema dele, não está preocupado com o mundo. O processo de integralidade não existe muito, são ações isoladas. Talvez é falta de alguém estimular isso, talvez esta pesquisa vá trazer resultados importantes que a administração e os próprios secretários vejam a necessidade disto. Preocupação com o trabalho individual. Ações são isoladas, não reconhecidas, cumulativas.

Mas assim, antigamente, a cultura era família, era igreja e era escola. O doente está sempre na fila. O aumento dos gastos em saúde pública. Em plenos hospitais as pessoas ficam nas macas, nos corredores e são atendidas a parte do governo que é o próprio SUS que obriga o hospital a dar essas vagas. Tem um crédito para receber do governo, só que não vem; então isso aí prejudica justamente por culpa do próprio governo federal; eles não dão o devido apoio, não têm credibilidade, estão sempre atrasados os seus pagamentos. Observação da identidade cultural da população em relação à parte curativa e assistencial da saúde. Descrédito do governo federal que impõe a legislação.

A saúde toda é do município, tudo é responsabilidade do município, aí o governo manda: tantos por cento vai para eles, ajuda; um equipamento, o que a gente nota hoje, todos os hospitais estão com problema financeiro. Nunca que vai pagar a dívida que o hospital tem porque, como ele não recebe, vai atrasando o pagamento. Mesmo que a gente faça pedágio e a comunidade se empenhe em arrumar dinheiro.

Dificuldade financeira dos hospitais e a necessidade de auxílio da população nos gastos públicos.

Há um hiato nesta relação, não se complementa. Às vezes eu peço um serviço, executo uma melhoria e ela não tem retorno, porque não atingiu ou não foi

feito um trabalho de base inicialmente, não foram feitas consultas às pessoas, não foram feitas reuniões com as famílias ou com os clubes de mães. Tem que ser de baixo para cima.

As intervenções realizadas nas famílias ou na comunidade devem ser precedidas de consulta prévia para melhor aproveitamento e priorização na escolha da intervenção. As experiências mostram que uma intervenção de melhoria não é satisfatoriamente aprovada sem a devida participação. As prioridades de intervenções devem partir das demandas das próprias famílias e ter uma abordagem e acompanhamento de equipe interdisciplinar.

Não é feito nenhum tipo de reunião com os funcionários; os funcionários não ficam sabendo o que está acontecendo; existe uma dificuldade para ver quem manda mais porque são grupos políticos e eu. Porque não tem chefia. As pessoas chegam de salto alto, achando que sabem mais. Não têm a experiência que a gente tem na prática, esse é o problema. Pois a gente como funcionário público não pode falar mal, entendeu, certas situações são bem complicadas. Decisões realizadas em nível de chefia sem a informação e/ou envolvimento do funcionário, mesmo sendo para aproveitamento maior do recurso humano.

“Tu acabas ficando muito burocrática; tu precisas certos documentos, certas leis, tu tens que obedecer a certas coisas. Cada Secretaria é uma pequena prefeitura que trabalha com as suas ações. Depende também da maneira que cada pessoa vê o seu trabalho. Então depende das pessoas com quem tu vais trabalhar. Existe uma grande dificuldade de tu conseguir juntar os setores”. Há isolamento das decisões e prioridade das atuações, dependência da vontade dos servidores e prioridades políticas das chefias.

“O pessoal não sabe distinguir o que é uma consulta normal e o que é um Plantão de Urgência. Os médicos hoje só pedem exames caros. Envolver isso enquanto uma cultura de prevenção. É um desafio que a gente tem enquanto gestor

ou enquanto sujeito desse processo, de educar. Tem estas questões burocráticas, às vezes financeiras”.

Há necessidade de mudanças na forma de atuação dos profissionais de saúde, sendo na solicitação de exames de alto custo como rotina, como na atuação voltada para educação para saúde, e prevenção primária. Cultura da população na procura de setores de emergência para atendimentos de rotina.

Quando questionados sobre a continuidade deste processo, as respostas dos sujeitos da pesquisa apresentaram o seguinte discurso:

“Planejamento é fundamental. Planejar para colocar em prática e avaliar constantemente para que isto continue. Encontro periódico. Então todos têm que participar. Cada um tentando ajudar da melhor forma. Todas as secretarias dependem uma da outra. Não isolar cada ação, mas um acompanhamento desde o início, entender por que e de onde vem, acompanhando todo caso”. A continuidade deste tipo de atuação depende do planejamento, da avaliação constante, do conhecimento e do envolvimento de toda a equipe; uma boa rede de informatização de acesso contínuo e envolvimento de todos os setores públicos para informação rápida e oportuna para evitar acúmulo de atuações no mesmo local e possibilidade de acesso e de acompanhamento dos outros setores que possam se envolver numa efetiva atuação intersetorial e interdisciplinar.

“A idéia existe pelo menos, e nessa nossa última reunião de secretários foi muito bem falado: todos têm que trabalhar com o mesmo foco”. A idéia existe, a equipe de governo está se mobilizando na busca de recursos organizacionais, administrativos e políticos.

Quando questionados sobre o resultado e o alcance dos objetivos na percepção de integralidade nas suas ações, o discurso refere que a visitadora do PIM e a agente de saúde acreditem que sim, talvez mais facilmente que em outras

atividades. Elas trabalham no plano diretor, na base mesmo, dentro da casa do problema.

“O diálogo sempre foi a parte positiva, e a parte negativa era que não existia aquela aproximação e hoje já existe”. Observa-se a necessidade de afirmação de conceitos, de reuniões periódicas e de maior e melhor comunicação entre os gestores. “Essa é a integração que existe aqui na Secretaria de Finanças, Secretaria de Administração, Planejamento, Turismo, a Saúde, Agricultura, todas elas têm o elo de ligação com a Secretaria de Finanças”. Os setores que trabalham no mesmo prédio apresentam grande facilidade de comunicação, de conhecimento de trabalho e de relacionamento, justamente porque não existem reuniões periódicas de fortalecimento de elos de amizade, conhecimentos pessoais e vínculos de trabalho.

“Reflete de forma positiva no futuro”. Nota-se a preocupação da equipe com o futuro da comunidade e sua responsabilidade com todo este contexto. A Saúde está interligada diretamente à Educação. Os setores que mais possuem trabalhos intersetoriais são educação, assistência social e saúde pelos projetos conjuntos, afinidades das secretárias, e envolvimento com a comunidade, assim como com os devidos Conselhos Municipais que amparam esses setores.

O Prefeito seria o principal responsável pela agregação das secretarias e isso estava um pouco distante, havendo tentativa de retomar este tema a partir do mês de abril. Para isso existe necessidade de apoio administrativo e principalmente político, referendado à pessoa do prefeito municipal, como principal articulador municipal.

“Eu falei o que eu acho realmente, eu acho que se atuasse mais nesses PSFs, haveria conscientização melhor das pessoas”. É referendada a necessidade de apoio às equipes do PSF para a conscientização das pessoas de suas responsabilidades, de seus direitos e de seus deveres como cidadãos.

Começamos com reuniões mensais, Saúde, Educação e Assistência e o Conselho Tutelar, que é onde a clientela mais circula. “Que todos deveriam ter acesso às informações das nossas fichas de cadastro”.

Observa-se que alguns setores elevam suas atuações como mais importantes que de outros setores. Como por exemplo: “o mais importante é a moradia, o mais importante é a educação, o mais importante é o trabalho, o mais importante é a saúde mental...”.

5 CONCLUSÕES

As realidades sociais vão sendo construídas ao longo do tempo, incorporando novos atores e interesses. A crise econômica e social do país e a complexidade dos problemas sociais demandam maior capacidade de instituições intervir e novos conhecimentos organizacionais dos responsáveis por esta gestão em todos os níveis, internacionais, federais, estaduais e municipais.

O processo de municipalização e descentralização da gestão, que vem ocorrendo no Brasil, vem contribuindo para criar novas instâncias de decisão cada vez mais autônomas e dependentes de gestores locais. São representantes legais da comunidade, que possuem incorporadas histórias, práticas e conceitos que muitas vezes não acompanham devidamente a evolução científica, legal e até tecnológica atuais, limitando a atuação nas exigências do conceito de saúde como sendo “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, não apenas a ausência de doença ou enfermidade”, ditado pelo Organização Mundial de Saúde em 1948. Existem muitas limitações no que se refere à incorporação de conceitos e práticas exigidas atualmente para atuar no planejamento e na prática das ações necessárias ao processo saúde/doença da população.

Atualmente podemos observar o crescimento do potencial de articulação entre governo e população no desenvolvimento de políticas de relevância social, devido ao distanciamento entre as necessidades humanas básicas que se apresentam na realidade e os direitos concedidos aos brasileiros na forma da lei, das quais postula na Constituição que “saúde é um direito do cidadão e dever do Estado”. Nesta mesma via, encontramos os fatores determinantes e condicionantes da saúde apresentados na Lei Orgânica da Saúde, Lei 8080/90.

As novas demandas das necessidades de saúde, visas neste contexto do conceito ampliado de saúde, e dos fatores condicionantes e determinantes de saúde, exigem novas formas de gestão local, baseadas em ações intersetoriais, que visem

alcançar a integralidade das ações em saúde preconizadas na legislação. Integralidade esta, referenciada como a diretriz da atenção integral, como um conjunto de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos nos diversos níveis de complexidade do sistema.

Os gestores locais podem incorporar os novos conceitos e as exigências com a vantagem da atuação e do conhecimento dos problemas apresentados no seu município, uma nova dinâmica, própria e condizente com as possibilidades do grupo de dirigentes locais, levando em consideração os seus contornos culturais e históricos propondo novos contornos políticos, de planejamento e administrativos, articulando os diversos setores e os diferentes atores, em busca de um desempenho somado, nas ações exigidas neste contexto biopsicosocial e econômico que se apresenta atualmente.

Este estudo teve como objetivos da primeira pesquisa, analisar a percepção relativa ao conceito saúde/doença nos vários níveis do governo municipal e o relacionamento do setor de trabalho na gestão pública com a área da saúde e verificar a percepção a respeito da viabilidade do trabalho intersetorial no contexto político organizacional do município, pois havia a hipótese de que os gestores desconheciam o conceito ampliado de saúde; ignoravam que seu setor de trabalho tivesse implicações diretas com a área da saúde; e desconfiavam da necessidade de trabalhar em conjunto com certas áreas; e achavam que este tipo de trabalho seria muito difícil de ser desenvolvido.

A análise do conteúdo do discurso do sujeito coletivo mostrou que os sujeitos conhecem a amplitude do conceito de saúde, visto de forma positiva, mostrando a visão da multicausalidade no processo cultural que concerne a experiências concretas de compreensão do processo saúde/doença. Há preocupação com cuidados preventivos e continuados, com a conscientização do autocuidado, com a educação para saúde, cuidado com o meio ambiente. Apontam ações de promoção e prevenção como possibilidade de diminuição de problemas com a resolutividade e gastos

elevados com a assistência. Conforme LEAWELL E CLARK, 1976 a saúde deve ser considerada como um resultado de reações melhor compreendidas se forem consideradas as múltiplas causas que a determinam.¹¹⁴

Compreendem a complexidade das atividades relacionadas à organização das práticas e políticas a serem utilizadas frente às necessidades da comunidade e demonstram uma grande vontade política para agir de forma intersetorial, e a disponibilidade dos setores em facilitar encaminhamentos e disponibilizar dados. Percebem que alguns problemas não podem ser resolvidos a curto prazo e que dependem de outros níveis, institucionais e governamentais para serem resolvidos, como citada necessidade de negociação com órgãos de nível regional; e estão ligados à fenômenos diversos de caráter estrutural com manifestações econômicas, sociais, políticas e culturais. Há preocupação com a responsabilidade da gestão frente às questões coletivas e de futuro, demonstrando a importância de aproximar os serviços públicos com as reais necessidades da comunidade, fornecendo ações resolutivas. JUNQUEIRA e INOJOSA, 1997 fundamentam que a intersetorialidade transcende um único setor social, articula saberes e experiências no planejamento e realização de ações para alcançar efeito sinérgico em situações complexas, visando uma nova lógica de gestão.¹¹⁵

O prefeito é apontado como o coordenador chave do processo desencadeante do trabalho intersetorial, mesmo sendo relatado que a iniciativa das reuniões mensais e regulares agendadas anteriormente ter sido de iniciativa dos secretários da gestão. O próprio prefeito refere que sem o planejamento, o conhecimento do funcionamento dos setores, o envolvimento e dinamismo da equipe na participação de projetos conjuntos, a atuação figura entre a resolução de problemas pontuais e solitários que não visam a população como um todo.

¹¹⁴ LEAVELL, H. R.; CLARK, E. G. **Medicina Preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.

¹¹⁵ JUNQUEIRA, L. A. P.; INOJOSA, R.M. **Desenvolvimento social e intersetorialidade: a cidade solidária**. São Paulo: Caderno FUNDAP, 1997.

Para ocorrer o trabalho intersetorial apontado como plenamente viáveis alguns itens devem ser seguidos, como: num primeiro estágio, cada secretário conhecer o funcionamento e a forma burocrática de atuação de cada setor para, num segundo momento poder colaborar num projeto ampliado com outros setores, ocorrer um preparo teórico de atuação em equipe, e o envolvimento de vários funcionários públicos. Deve haver um coordenador de projeto intersetorial, com tempo disponível para articular as ações e coordenar as reuniões, que atue no mesmo nível da secretaria do prefeito, que atualmente articula as ações de todos os setores.

Um processo de informatização com dados intersetoriais de projetos correntes, de fichas de cadastro de famílias, de lista de necessidades e solicitação de serviços devem ser disponibilizados pela internet com acesso por senha.

Observou-se grande vontade política para agir de forma intersetorial na gestão municipal, reavaliar as lógicas de trabalho setorial, interesses e culturas específicos, e busca de um trabalho com objetivos conjuntos para melhor utilização do conhecimento técnico e da equipe de trabalho de cada secretaria, tanto recursos humanos como recursos materiais e financeiros. Existe a possibilidade de trabalho conjunto entre profissionais e técnicos voltados ao conhecimento científico e acadêmico com os gestores públicos municipais, como forma de capacitação mútua.

Como hipótese da segunda pesquisa, pensamos que, esclarecidos a respeito do conceito de saúde apresentado pelo grupo; da importância e da possibilidade do trabalho intersetorial; e do conceito e da exigência legal da integralidade das ações em saúde, os gestores municipais passariam a perceber a necessidade do trabalho intersetorial para atingir a integralidade das ações em saúde; e perceberiam as diversas exigências de organização do trabalho. Os objetivos buscaram avaliar a percepção do grupo gestor sobre a importância do trabalho intersetorial como estratégia para promoção da integralidade das ações em saúde, depois de esclarecidos a respeito do conceito de saúde apresentado pelo grupo; da importância e da

possibilidade do trabalho intersetorial; e do conceito e da exigência legal da integralidade das ações em saúde.

A intencionalidade de introdução de estratégias de mudanças contribuindo para a superação da ausência de um quadro teórico consolidado para a ampliação dos modos de identificar e interpretar inovações e busca de perspectivas de atuações diferenciadas e conjuntas dos diferentes atores locais, na intencionalidade para a introdução de estratégias de mudanças na organização com a junção de técnicas e saberes ou de modelos de organização, implantados ajustados ao conhecimento, necessidades e vontade política local, num processo consciente de autotransformação dos atores coletivos, definindo os conceitos de práxis cotidiana da organização da gestão pública, não somente com transformações técnicas do ambiente de trabalho e/ou soluções práticas de problemas, mas das próprias estratégias conscientes de transformação das condições de ação.

MOTTA (1993) refere o processo de mudança organizacional como sistêmico, global, cultural, conflituoso, com características individuais além das organizacionais e do contexto externo. A inovação no mundo da organização é sempre específica e coletiva. Esta muda necessariamente os hábitos, interesses, valores e crenças estabelecidos nos produtos ou serviços, mas também no processo de decisão e operação organizacional. Nas organizações públicas, a criatividade em investigar aspectos de criação em inovações não parece ser objeto de interesse.¹¹⁶ A possibilidade de inovações ocorre quando se torna um ideal coletivo, pois necessita de aceitação e implantações de medidas identificam e produzidas pelo grupo, permeadas por elementos e componentes científicos que amparem a interação e o reconhecimento de capazes de participar do exercício das novas configurações gerenciais do processo político.

¹¹⁶ MOTTA P.R. **Gestão Contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente**. 3ª ed. Rio de Janeiro:Record; 1993. In: MELO, C.M.M. **Inovação e Gestão Pública em Saúde: uma análise da perspectiva local**. Tese apresentada ao Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2001. p.244.

Isto não quer dizer, que as inovações estudadas sejam consideradas como meros fenômenos capazes de apenas contribuir para mudanças nos próprios atores sociais, tomadas como inovações estudadas com uma produção utilitária do senso comum de determinados atores sociais, o que seria considera-las como forma única possível de intervenção na realidade.

Pode-se enumerar a baixa descentralização e desarticulação dos setores no processo de gestão existente, a falta de profissionalização em prol de cargos políticos partidários, gerando a falta de visão da gestão como um todo, principalmente na falta de projetos amplos de visão comunitária o insipiente controle social na gestão, a predominância de elementos da administração clássica, e a pouca comunicação entre os sujeitos interessados e participantes do processo de gestão, o que deve gerar a busca de um elemento de padronização de projetos com abertura para o controle social e a possibilidade de análise de possibilidade de ações intersetoriais nestes projetos e busca de integralidade sem duplicidade de recursos financeiros, materiais e humanos.

No contexto histórico da atenção primária, em 1920 o conceito de regionalização foi baseado num sistema de organização de serviços planejados para responder aos vários níveis de necessidades de serviços médicos da população.¹¹⁷

Uma base para um sistema de medição das funções dentro do sistema de serviços. Os componentes importantes do sistema podem ser avaliados de acordo com a estrutura ou capacidade, processo ou desempenho e resultado. Conforme STARFIELD (2002) as características individuais dentro de cada componente diferem de lugar para lugar de época para época.

¹¹⁷ STARFIELD, B. **Atenção Primária**, 2002, p.30.

Questionário aplicado no início de governo, sem fortalecimento partidário individual ou exigências partidárias nem sentidas de poder no cargo evidente. No final do ano muda com a possibilidade de cada secretaria ou cargo apresentar trabalhos para a comunidade em busca de votos aos possíveis candidatas nas próximas eleições. Estes componentes interagem com o comportamento individual e são determinados tanto por ele como pelo ambiente social, político, econômico e físico em que está inserido. Medir os aspectos principais envolve a medição de uma característica comportamental e da característica estrutural da qual ela depende.

Após conquistas inegáveis do ponto de vista jurídico legal, tem-se atualmente como questão central a reformulação das organizações públicas para dar conta dos princípios instituídos em 1988. O SUS, fazendo parte das ações defendidas na Constituição Brasileira como sendo de relevância pública, sendo atribuída ao poder público a regulamentação, fiscalização e controle das ações e serviços de saúde; a saúde faz parte de um sistema mais amplo, formalmente um sistema da Seguridade Social, conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social, com os objetivos de universalidade da cobertura e do atendimento; uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; irredutibilidade do valor dos benefícios; equidade na forma de participação no custeio; e diversidade da base de financiamento.

Observando o desenrolar das atividades pertinentes a implementação do Sistema Único de Saúde, com uma prática voltada à gestão, ao serviço e ao usuário, acumulamos algumas reflexões e experiências teóricas e práticas que, certamente valem como desafio. Para compreender as relações que se estabelecem entre a formulação de políticas, a construção do conhecimento e a implementação das práticas na gestão e políticas de saúde.

Herança recebida, como a trajetória da política de saúde, as diferentes conformações e espaços de prática, que refletem uma determinada concepção histórica “a cultura organizacional, prática médica fragmentada e descontextualizada da realidade dos cidadãos... mobilização da comunidade... estar atento às possíveis relações existentes entre o adoecer e a vida cotidiana de seus integrantes”.¹¹⁸

O forte mito do poder mágico da medicina já não se mantém no inconsciente coletivo, onde modelos de promoção, prevenção e assistência aparecem em mesmo nível no discurso dos sujeitos pesquisados. Lentidão com que se dão as mudanças frente às urgências da população, principalmente frente ao desenvolvimento da atenção ao processo de saúde e doença.

A forma de organizar o sistema depende de vontade política, de definição de prioridades de ações da máquina pública, de mudanças organizacionais e administrativas, e forma de gestão do sistema de atenção à saúde.

A superação da fragmentação de saberes pela especialização excessiva e poder, de certas estruturas sociais e o desenvolvimento de ações intersetoriais parece ser um caminho em busca de soluções para ações integradas, e nova lógica de gerenciamento político, na resolução de problemas nos municípios. O reconhecimento e a legitimação das instâncias intersetoriais do governo municipal, pela constatação da necessidade de complementação de ações ao setor saúde que envolvem questões como habitação, saneamento, educação e outras que possam implementar o processo de resolução de problemas municipais de saúde, no enfrentamento de novos arranjos e articulações.

Incentivar a organização de pólos de referência regional para atendimentos de maior complexidade e de alto custo, livrando o município de sistemas ineficientes,

¹¹⁸ CAMPOS, C. E. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**. V. 8, n. 2, p. 569-584, 2003. p.571.

não resolutivos e que geram gastos excessivos se mantidos a nível local unicamente. Formação de consórcios intermunicipais. “Contudo, como o indivíduo compartilha o processo de determinação de suas carências/necessidades, pois pertence a um determinado grupo (família, colegas de trabalho, seita religiosa etc.), é influenciado pelos valores do grupo”.¹¹⁹ “ou seja, qualquer projeto mudancista que aspire ao sucesso deveria tentar, ao mesmo tempo, tanto a mudança das pessoas, dos seus valores, da sua cultura ou ideologia, quando providenciar alterações no funcionamento das instituições sociais. Dizendo de outra maneira, temos que mexer, simultaneamente, com as pessoas, com as estruturas e com as relações entre elas”.¹²⁰

O acompanhamento necessita um processo periódico e habitual de avaliação, para conhecer melhor as razões, as causas e seus efeitos, sendo um procedimento que permite ser mais consciente do presente, com mais capacidade de examinar, interpretar, e verificar de forma contínua se a ação se desenvolve conforme o previsto, buscando informações, e atividades de apoio. É um instrumento de execução e uma base de dados para a avaliação, para melhorar as decisões estratégicas. Apreciar se a ação influenciou a situação inicial, tanto estruturalmente como em sustentabilidade. Inclusive a subjetividade que se aplica às informações e percepções das verdades.

A avaliação proporciona potencialidades como obrigar a uma reflexão contínua sobre o que se decide e o que se faz, dar um conhecimento integral a todos os setores, permitir uma maior racionalidade das decisões, tornar evidente os resultados e o impacto, evitar desvios em relação aos objetivos adotados, possibilitar uma aprendizagem coletiva e a cada setor, incentivar a inovação, a partir dos

¹¹⁹ SILVA, J. P. V.; PINHEIRO, R.; MACHADO, F. R. Necessidades, demanda e oferta: algumas contribuições sobre os sentidos e valores na construção da integralidade na reforma do setor saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, V. 27, n. 65, p.234-242, set/dez. 2003. p.236.

¹²⁰ CAMPOS, G.W. de S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. p.30 In: Cecílio L.C.(org.) **Inventando a Mudança na Saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1994. p.29-87.

resultados obtidos, servir de momento de intercâmbio e negociação, oferecer um produto para a visibilidade e transmissibilidade, alimentar outras funções cíclicas, não voltar a cometer os mesmos erros, reconhecer a ação como um mecanismo de controle e do trabalho profissional, não ser um exercício afastado da realidade sem levar em conta a dinamicidades de acontecimentos do cotidiano local, não ser um objeto de manipulação política, com tempo e recursos inadequados, analisando a evolução dos fatos. Através de avaliações periódicas, para subsidiar o processo de tomada de decisões sobre futuras programações, a oferta organizada de ações voltadas para enfrentar determinado problema de saúde pode ampliar a acessibilidade da população aos diversos setores ampliando a cobertura real nas ações desenvolvidas.

As características das ações podem ser pensadas tanto para a atenção da demanda espontânea como as voltadas para o controle de riscos e causas, também na formulação de recomendações voltadas para o aperfeiçoamento das orientações técnico-científicas do grupo de trabalho em busca de efetividade.

Para compreender as relações que se estabelecem entre a formulação de políticas, a construção do conhecimento e a implementação das práticas na gestão e políticas de saúde. Analisando as mudanças ocorridas nos padrões das enfermidades e na própria prática assistencial, sugere-se que os recursos humanos na secretaria municipal de saúde tomassem dois setores administrativos diferenciados: um coordenador responsável pelo setor preventivo, voltado à prevenção primária e secundária e outro responsável unicamente pelo nível de prevenção terciário. O acúmulo de serviço do setor terciário não possibilita o enfoque preventivo dentro do serviço no momento da assistência pela demanda de trabalho e perfil dos profissionais, principalmente médicos. A demanda crescente da assistência médica exige uma nova orientação.

Há exigência de dois níveis de responsabilidades, um do indivíduo e de sua família, quando portador de um diagnóstico, responsável pela promoção e proteção

de sua própria saúde e de sua família se diagnóstico de doença genética/familiar e outro da equipe de saúde das quais está sob cuidado, numa nova atitude de atenção integral, levando em consideração aspectos preventivos, curativos e de reabilitação. Absorvendo uma nova ideologia, um movimento ideológico de representações vista como dever do cidadão, família e equipe de saúde frente ao novo paradigma do processo que segue uma história natural.

Considerando que no contexto do conceito ampliado de saúde, respeitando a legislação brasileira que dá direito à saúde sob administração e planejamento do Estado nos três níveis de governo: federal, estadual e municipal, por meio da implantação das ações apontadas no Sistema Único de Saúde, baseando-se em seus princípios de descentralização, atenção integral e participação social; considerando, também, os determinantes e condicionantes de saúde postos pela Lei 8080/90, mostramos que para garantir o direito à saúde, ações integrais devem ser implementadas intersetorialmente, devendo-se esclarecer os gestores municipais sobre esse contexto legislativo.

Observaram-se limitações na incorporação dos conceitos básicos da legislação brasileira, fundamentais para a implementação do Sistema Único de Saúde e o planejamento da gestão na esfera municipal. A concepção do conceito de saúde ampliado e positivo provêm de leituras, contatos, vivências e práticas, adquiridas ao longo do tempo. Há necessidade de assessoria para compreensão das bases históricas e conceituais que fundamentam as ações integrais à saúde e o funcionamento de todo o sistema nacional de saúde.

A técnica do Discurso do Sujeito Coletivo mostrou-se muito eficaz na medida em que comprometeu o grupo gestor em torno de seus próprios conceitos e convicções, motivando, fortalecendo vínculos, responsabilizando os setores e co-responsabilizando o grupo pelas ações intersetoriais que deveriam ser articuladas daquele momento em diante em projetos intersetoriais e troca de conhecimento envolvendo os vários setores e profissionais atuantes na rede pública para facilitar

ações, somar esforços e não repetir ações numa mesma família e/ou grupo. A visão de causas dos problemas de saúde se deslocou do individual para o coletivo, o modo de atuação e a soma de potencialidades se fortaleceram. Sentiu-se a necessidade, e houve o comprometimento da equipe frente à possibilidade de ações que podem ser oferecidas pelo serviço público como um todo. A motivação dos sujeitos estudados para agilizar, analisar de prioridades e a vontade política para o trabalho intersetorial existente certamente foi influenciada pela intervenção da pesquisa.

Houve o reconhecimento da responsabilidade dos vários setores sobre o processo saúde/doença, e existe a vontade de trabalhar em favor do bem-estar da população. O grupo acredita que a intersetorialidade seja a estratégia necessária para potencializar o serviço público e incrementar as ações necessárias nos vários setores. Alguns impasses foram apontados, mas não como empecilho: necessidade de padronização de projetos, aprovação de projetos em reuniões interssetoriais onde os gestores possam incluir suas contribuições de trabalho, implantação de um software onde sejam cadastradas as prioridades, as ações realizadas por todos os setores e as famílias beneficiadas, assim como o diagnóstico de necessidades apontadas pelos diversos profissionais de cada área de conhecimento que desenvolvem suas atividades nos diversos setores, somando conhecimentos, vontade política e envolvimento de todos os gestores municipais. A falta de informação de como trabalham os diversos setores e o modo de intercomunicação são os obstáculos maiores observados.

O trabalho dito como “apagar incêndio” e a grande quantidade de atividades que ocorrem simultaneamente tomam quase todo o tempo dos gestores. Como prioridade o grupo construiu uma agenda fixa de reuniões interssetoriais mensais com e agendou com o prefeito. As reuniões interssetoriais facilitam a co-responsabilização dos gestores com os projetos de governo. Conhecedores de que não se alcança o direito à saúde sem o trabalho intersetorial focado na integralidade das ações em saúde o grupo buscou trabalhar de forma intersetorial, já em projetos e ações de rotina diária. Houve a articulação de reuniões com gestores e funcionários de outros

setores, inicialmente para mostrar e compreender o modo de atuação dos diversos setores que se diziam isolados.

Deve haver rotinas de aproximação entre objetivos e projetos de intervenção, planificação, execução, acompanhamento, método analítico e vontade política para trabalhar em conjunto; auxílio financeiro, visão de futuro e compreensão das relações e ligações existentes entre o conjunto de causas. Com mudanças político-organizacionais, capacitação de recursos humanos, e planejamento, pode-se alcançar melhoria nas ações de promoção da integralidade das ações em saúde e concretizar o direito à saúde determinado pela Constituição brasileira.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ACIOLI, S. **Os sentidos das práticas voltadas para saúde e doença:** maneiras de fazer grupos da sociedade civil. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R. A. (Org.) Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2001.
2. ADORNO, R. C. F. **A cidade como construção moderna:** um ensaio a respeito de sua relação com a saúde e as “qualidades de vida”. *Saúde e Sociedade* 8(1):17-30. 1999.
3. ALMEIDA, E. S.; CASTRO, C. G. J; LISBOA, C. A. **Distritos Sanitários:** concepção e organização. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, v. 1, 1998.
4. AROUCA, A S. DA S. **O Dilema Preventivista:** contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. Tese de doutoramento apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, mimeo, 1975. p. 261.
5. BONAVIDES, P. **Curso de Direito Constitucional.** 12. ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2002.
6. BRASIL. **Constituição da república Federativa:** promulgada em 5 de outubro de 1988. Coleção Saraiva de Legislação. São Paulo: Editora Saraiva, 2004.
7. BRASIL. **Lei 8.080** de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. 1990.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção da Saúde.** Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundswal e Declaração de Bogotá. Brasília: Fundação Oswaldo Cruz, 1996.
9. BRASÍLIA. Organização Pan-Americana da Saúde. **Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde.** [Informe sobre XIX Congresso Nacional dos Secretários Municipais de Saúde]. 2003.
10. BRESLOW, L. **Da prevenção das doenças à promoção da saúde.** *JAMA Brasil*, Agosto 1999. v. 3. n. 7. p. 2258. Comentário baseado em uma conferência na Escola de Higiene e Saúde Pública da Universidade Johns Hopkins, em 5 de outubro de 1997.

11. CAMARGO Jr. K. R. As muitas vozes da integralidade In: PINHEIRO, R., MATTOS, R. A. de. Org. **Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2001.
12. CAMPOS, C. E. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 8, n. 2, 2003. p. 569-584.
13. CAMPOS, G.W. de S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. p.30 In: Cecílio L.C.(org.) **Inventando a Mudança na Saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1994. p.29-87.
14. CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária: 2000.
15. **Carta de Belo Horizonte**. [2003 Jun 23]. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/observatório/Arquivos/sala166.pdf>>. Acesso em 09 julho de 2005.
16. CARVALHO, M.S. A Saúde como Direito Social Fundamental na Constituição Federal de 1988. p. 26. **Revista de Direito Sanitário**. V .4. n. 2, julho de 2003. São Paulo:LTr, 2003.
17. CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social**: uma crônica do salário. Petrópolis: Vozes, 1998. p. 495-611.
18. CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta peintegralidade e eqüidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R. A. de. Org. **Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2001. p. 113.
19. CECÍLIO, L. C. O; MERHY, E. E. A Integralidade do Cuidado como eixo da Gestão Hospitalar. In: PINHEIRO R.; MATTOS R.A. (Org.) **Construção da Integralidade**: Cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2003.
20. CONILL, E. M. Avaliação da Integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro. set-out, 2004. p. 20(5):1477-1423.
21. CONTANDRIOPOULOS, A.; CHAMPAGNE, F. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hatz, Z. M. A. e Silva, L.M.V. (Org.) **Avaliação em Saúde dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

22. DALLARI, S. G. Direito Sanitário. In: Ministério da Saúde. **Direito Sanitário e Saúde Pública**. Coletânea de Textos. v. 1, p. 42. Brasília, 2003.
23. DEMO, P. **Participação é conquista**. São Paulo: Cortez, 1998.
24. FERREIRA, F.W. **Planejamento sim e não**. Um modo de agir num mundo em permanente mudança. 12. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1998.
25. FEUERWERKER, L.; COSTA, H. **Intersetorialidade na Rede UNIDA**. Saúde para Debate. Rio de Janeiro, n. 22, dez, 2000.
26. FOUCAULT, M. O Nascimento da Medicina Social. In: **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1993.
27. FURTADO, J. P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.6, nº1, 2001. p.165-181.
28. GOLDENBERG, M. **A Arte de Pesquisar**. Como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais. São Paulo: Record, 2000.
29. GUEDES, A. E. L. Da integração de programas à integralidade de ações de saúde: algumas reflexões preliminares. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R. A. de. (Org). **Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2001.
30. HABERMAS, J. **Direito e Democracia**. Entre factividade e validade. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1997. p. 9-121.
31. HARTZ, Z. M. A. E SILVA, L.M.V. (Org.) **Avaliação em Saúde dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
32. HERMANY, R. **Direito social e Poder Local**: possibilidades e perspectivas para a construção de um novo paradigma de integração entre sociedade e espaço público estatal. São Leopoldo. 2003. [Tese – UNISINOS].
33. INOJOSA, R. M. **Intersetorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional**. RAP. Rio de Janeiro 32(2):35-48, Mar/Abr. 1998.
34. JUNQUEIRA, L A. P. Descentralização e intersetorialidade na construção de um novo modelo de gestão. **Revista Administração Pública**, 1998.

35. JUNQUEIRA, L. A. P.; INOJOSA, R. M. **Desenvolvimento social e intersectorialidade**: a cidade solidária. São Paulo: FUNDAP, 1997.
36. JUNQUEIRA, L. A. P. Descentralização, intersectorialidade e rede como estratégia de gestão da cidade. **Rev FEA-PUC-SP**. Vol. 1. São Paulo, 57-72, nov 1999.
37. JUNQUEIRA, L. A. P. Intersectorialidade, transectorialidade e redes sociais na saúde. **Rev da administração pública**. Rio de Janeiro 34(6):35-45. Nov/Dez. 2000.
38. JUNQUEIRA, L. A. P. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersectorialidade. **Saúde e Sociedade**. 6(2):31-46, 1997.
39. JUNQUEIRA, L. A. P.; INOJOSA, R. M. **Descentralização e intersectorialidade na gestão pública municipal no Brasil**: a experiência de Fortaleza. 1997.
40. KEHRIG, R, T. **Integralidade da Atenção à Saúde**: suas expressões na organização tecnológica do trabalho em serviços locais de saúde. São Paulo, 2001.
41. KLOETZEL, K. **As bases da medicina preventiva**. EDART. São Paulo: Livraria Editora Ltda, 1973.
42. KOWARIC, L. **Viver em risco**: sobre a vulnerabilidade no Brasil urbano. São Paulo: CEBRAP, n. 63, 2002.
43. LEAVELL, H. R.; CLARK, E. G. **Medicina Preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.
44. LEFÈVRE, A. M.; LEFÈVRE, F. **O Discurso do Sujeito Coletivo**: Um novo enfoque em Pesquisa Qualitativa (desdramatizados). Caxias do Sul/RS: EDUCS, 2003.
45. LEFÈVRE, A. M.; LEFÈVRE, F.; CARDISO, M. R. L.; MAZZA, M. P. R. Assistência Pública à Saúde no Brasil: estudo de seis ancoragens. **Saúde e Sociedade**. Vol 11, nº 2. 2002. p. 35-47.
46. LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. A. M. C. **Promoção de Saúde**: a negação da negação. Rio de Janeiro: Vieira e Lent, 2004.
47. LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. TEIXEIRA, J. J. V. (Orgs). **O Discurso do Sujeito Coletivo**. Uma abordagem Metodológica em Pesquisa Qualitativa. Caxias do Sul: EDUSC, 2000.

48. LUZ, M. T. Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas e saúde no Brasil atual. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R. A. de. (Org.) **Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2001.
49. MATTOS R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro, R. e Mattos, R. (Org.) **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no cuidado à saúde**. IMS, UERJ, ABRASCO. Rio de Janeiro, 2001.
50. MATTOS, R. A, Cuidado Prudente para uma Vida Decente. In: Pinheiro, R. e Mattos, R. A (Org.) **Cuidado as Fronteiras da Integralidade**. Rio de Janeiro: HUCITEC, IMS, UERG, ABRASCO, 2004.
51. MENDES, E.V. **Uma Agenda para Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.
52. MINAYO, M. C. (org). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 2. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.
53. MINAYO, M. C. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1994.
54. MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2000. p. 5(1):7-18.
55. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **IBGE**. Disponível em:<<http://www.datasus.gov.br>>. Acessado em 10 de agosto de 2004.
56. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Norma Operacional Básica – SUS nº 1/96. Brasília: **Diário Oficial da União**, 1996.
57. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Normas para Pesquisa envolvendo Seres Humanos. (Res. CNS nº 196/96 e outras). **Série Cadernos Técnicos**. 2. ed. Ampliada. Brasília, 2003.
58. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Promoção da Saúde. **Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundswal e Declaração de Bogotá**. Brasília (DF); Fundação Oswaldo Cruz, 1996.
59. MIRANDA, C. R. **Introdução à Saúde do Trabalho**. São Paulo: Atheneu, 1998.

60. MOTTA PR. Gestão Contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente. 3ª ed. Rio de Janeiro:Record; 1993. In: MELO, CMM. **Inovação e Gestão Pública em Saúde**:uma análise da perspectiva local. Tese apresentada ao Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2001.
61. OMS/UNICEF. **Reunião realizada em 1978, por 144 países membros da ONU**, de diferentes ideologias políticas, realizada em Alma Atta, União Soviética.
62. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1978. STARDFIEL, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da saúde, 2002.
63. PAULI, L.T. S. **Uma História do Binômio saúde/doença em Santa Cruz do Sul** (1849-1908). Santa Cruz do Sul, 1998. Dissertação de Mestrado, UNISC - Universidade de Santa Cruz do Sul. p. 207.
64. PEREIRA, P. A. P. **Necessidades Humanas**: subsídios à crítica dos mínimos sociais. São Paulo: Cortez Editora, 2000.
65. PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.,
66. MATTOS, R. A. de. Org. **Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2001. p. 66.
67. PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Cuidado e Integralidade: por uma Genealogia de Saberes e Práticas no Cotidiano. In: Pinheiro, R. e Mattos, R. A (Org.) **Cuidado as Fronteiras da Integralidade**. Rio de Janeiro: HUCITEC, IMS, UERG, ABRASCO, 2004.
68. PORTO, M. F. S.; LACAZ, F. A. C.; MACHADO, J. M. H. Promoção da Saúde e intersetorialidade: contribuições e limites da vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, set/dez, 2003.
69. PROESF. Disponível em:< <http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/>>. Acesso em 05 de março de 2006.
70. ROSEN, G. **Uma História da Saúde Pública**. São Paulo: UNESP/HUCITEC/ABRASCO, 1994.

71. SANTOS, J. L. F.; WESTPHAL, M. F. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. In: **Revista Estudos Avançados**, Dossiê Saúde Pública. Universidade de São Paulo, São Paulo: EA,. V. 13, n 35, jan/abr 1999. p. 83.
72. SARTORI, G. **A Teoria da Democracia revisada**. Tradução: Dinah de Abreu Azevedo. São Paulo: Ática, 1994. p. 129.
73. SCHRAIBER, L.B. **Desafios Atuais da Integralidade em Saúde**. Disponível em: <<http://www.redesaude.org.Br/jornal/html/bodyjr17-desafios.html>>. Acesso em 09 de julho de 2003.
74. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. 3ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE. **Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social**. POA/RS, 2000.
75. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE VERA CRUZ. **Plano Municipal de Saúde 2003/2004**.
76. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE VERA CRUZ. **Relatório de Gestão Municipal de Saúde**, relativo ao III Trimestre de 2003.
77. SILVA, J. P. V.; PINHEIRO, R.; MACHADO, F. R. S. Necessidades, demanda e oferta: algumas contribuições sobre os sentidos, significados e valores na construção da integralidade na reforma do Setor Saúde. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, set/dez. 2003. p. 234-242.
78. SOUZA, E. M.; GRUNDY, E. Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, 2004.
79. STARDFIEL, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da saúde, 2002. p. 26.
80. VAITSMAN. J. Cultura de organização públicas de saúde: notas sobre a construção de um objeto. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 16, n.3, p. 847-850, jul/set. 2000.
81. WESTPHAL, M. F.; MENDES, R. Cidade saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, nov./dez. 2000. p. 34(6):47-61.
82. WESTPHAL, M. F.; ALMEIDA, E. S. Gestão de Serviços de Saúde. São Paulo: EDUSP, 2001. p. 35. **Revista de Direito Sanitário**. v. 4. n. 2. julho de 2003. São Paulo: LTr, 2003.

83. WESTPHAL, M. F.; ALMEIDA, E. S. **Gestão de Serviços de Saúde**. São Paulo: EDUSP, 2001.
84. WESTPHAL, M. F.; MENDES, R. Cidade Saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Revista Administração Pública**. Rio de Janeiro 34 (6):47-61, nov-dez, 2000.
85. WESTPHAL, M. F; ALMEIDA, E. S. **Gestão de Serviços de Saúde**. São Paulo: EDUSP, 2001. p. 35

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

1. AMIRANTE, C. **Uniões supranacionais e reorganização constitucional do estado**. Tradução Luisa Rabolini. São Leopoldo: UNISINOS, 2003.
2. ARAGÃO, L.; HABERMAS, J. **Filósofo e sociólogo do nosso tempo**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2002. p. 89-128.
3. BARACHO, J. A. **Teoria Geral da Cidadania**. São Paulo: Saraiva, 1995.
4. BARACHO, J. A. O. **O princípio da subsidiariedade**. Conceito e evolução. Rio de Janeiro: Forense, 1996.
5. BARATA, B. R. BARRETO, L. M.; FILHO, A. N.; VERAS, P. R. **Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco, 1997.
6. BOBBIO, N. **Gramsci and the Concept of Civil Society**. In: J. Keane, *Civil Society and the State*. London: Verso, 1988. p.73-93.
7. BOBBIO, N. **O conceito de sociedade civil**. Rio de Janeiro: Graal, 1982. p. 19-53.
8. BREILH, J. **Epidemiologia: economia, política e saúde**. São Paulo: UNESP, 1991.
9. BUSS, M. P.; LABRA, E. M. **Sistemas de Saúde: continuidade das mudanças**. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/FIOCRUZ, 1995.
10. CAMPOS, S. W. G. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: HUCITEC, 1991.
11. CASTEL, R. As armadilhas da exclusão. In: Bógus, Yazbek e Wanderley, (org.) **Desigualdade e a questão social**. São Paulo: EDUC, 1997.
12. CECÍLIO, O. C. L. (Org) **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: HUDITEC, 1997.
13. COHEN, J. R. On Democracy. Nova Iorque, 1983. In: Habermas, Jürgen. **Direito e Democracia**. Entre factividade e validade. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, v 2. 1997.
14. COHN, A. ELIAS, E. P. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. 3. ed. São Paulo: Cortez/ CEDEC, 1999.

15. CZERESNIA, D.; FREITAS, M. C. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.
16. DALLARI, D. A. **Elementos de Teoria Geral do Estado.** São Paulo: Saraiva, 2004.
17. DALLARI, G. S. **A Saúde do Brasileiro.** São Paulo: Moderna, 1987.
18. DALLARI, G. S. **Municipalização dos Serviços de Saúde.** São Paulo: Brasiliense, 1985.
19. DALLARI, G. S. **Os estados brasileiros e o direito à saúde.** São Paulo, HUDITEC, 1995.
20. DEVER, A. E. G. **A epidemiologia na administração dos serviços de saúde.** São Paulo: Pioneira, 1998.
21. DOWBOR, L. **O que é Poder Local.** São Paulo: Brasiliense, 1994.
22. ESTUDOS AVANÇADOS. Universidade de São Paulo. Instituto de Estudos Avançadas. São Paulo: IEA, 1987.
23. Faculdade de Saúde Pública da USP. **Saúde e sociedade: corpo e saúde, abordagem qualitativa em saúde, saúde ambiental.** Associação Paulista de Saúde Pública. V. 1, n.1 (ago/dez. 2002). Semestral. São Paulo: FSP-USP/APSP, 1992.
24. Faculdade de Saúde Pública da USP. **Saúde e sociedade: gênero e saúde reprodutiva, saúde e mídia, gerontologia, saúde e trabalho.** Associação Paulista de Saúde Pública. V. 1, n.1 (ago/dez. 2002). Semestral. São Paulo: FSP-USP/APSP, 1992.
25. FERLA, A. A.; FAGUNDES, S. M. S. (Org.) **O fazer em saúde coletiva: inovações da atenção à saúde no Rio Grande do Sul.** Porto Alegre: Dacasa Editora, 2002.
26. FERLA, A. A.; FAGUNDES, S. M. S. (Org.) **Tempo de inovação: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul.** Porto Alegre: Escola de Saúde Pública, 2002.
27. FORTES, C. A. P. **Ética e saúde: questões éticas, deontológicas e legais., tomada de decisões, autonomia e direitos do paciente, estudo de casos.** São Paulo: EPU, 1998.
28. FREURY, S. (Org.) **Saúde e democracia: a luta do CEBES.** São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

29. GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. **Saúde e sociedade no Brasil: anos 80**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.
30. GURVITCH, G. La Déclaration des Droits Sociaux. Paris, Vrin, 1946, p.72-73. In: Moraes, J. L. B. **A Idéia do Direito Social**. O pluralismo jurídico de Georges Gurvitch. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 1997.
31. HABERMAS, P. **Hermenêutica constitucional**. A sociedade aberta dos intérpretes da Constituição. Tradução de Gilmar Ferreira Mendes. Porto Alegre: Sérgio Antonio Fabris, 1997.
32. JUNQUEIRA, L. A. P. (org) **Gestão pública no setor saúde: um plano estratégico**. São Paulo: FUNDAP, 1992.
33. KENNEDY, D. New Approaches to Comparative Law: Comparativism and International Governance. Utah L.Rev. (2) 1997, n. 4, p. 545. In: Amirante, Carlo. **Uniãoes Supranacionais e Reorganização Constitucional do Estado**. Tradução Luisa Rabolini. São Leopoldo: UNISINOS, 2003. p. 226.
34. LEFÈVRE, F. **A saúde como fato coletivo**. *Saúde e Sociedade*. Vol 8, nº 2. 1999. p. 83-91.
35. LEFÈVRE, F. **O processo de constituição do sujeito da sua saúde e da sua doenças**. São Paulo: USP, 1995.
36. LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **Recuperando a fala do social**. São Paulo: USP, 1998.
37. LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. **O DSC e os depoimentos obtidos em grupos**. São Paulo: USP, 2003.
38. LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. **O pensamento coletivo como soma qualitativa**. São Paulo: USP, 2003.
39. LUHMANN, N. **Sociologia do direito 1**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1983.
40. MARTINS, J. S. **A exclusão social e a nova desigualdade**. São Paulo: Edições Paulinas, 1977. p. 7-38
41. MENDES, V. E. (Org) **O distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 2. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: hucitec/abrasco, 1994.
42. MERHY, E. E. A. **A saúde pública como política**. São Paulo, HUCITEC, 1992.

43. MINAYO, S. C. M.; ASSIS, G. S. SOUZA, R. E. (Org) **Avaliação por triangulação de métodos:** abordagens de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
44. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gestão municipal de saúde: textos básicos. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001.
45. MONTEIRO, C. A. (Org.). **Velhos e novos males no Brasil:** a evolução do país e de suas doenças. 2. ed. São Paulo: HUCITEC/NUPENS/USP, 2000.
46. MURRAY, C. **Losing Ground.** American Social Policy, 1950-1980. BasicBooks, Harper: Collins Publishers, 1987.
47. OLIVEIRA, L. **Os excluídos existem?** Notas sobre a elaboração de um novo conceito. Revista Brasileira de Ciências Sociais, 1997; (33): 49-61.
48. PINHEIRO, R. MATTOS, A. R. (Org.). **Construção da integralidade:** cotidiano, saberes e práticas em saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2003.
49. PINHEIRO, R. MATTOS, A. R. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade.** São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/IMS/UERJ/ABRASCO, 2004.
50. PINHEIRO, R. MATTOS, A. R. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2001.
51. PINHEIRO, R.; CECCIM, B. R.; MATTOS, A. R. **Ensino-Trabalho-Cidadania:** novas marcas ao ensinar integralidade no SUS. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2006.
52. SANTOS, S. B. **Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade.** 7. ed. São Paulo: Cortez, 2000.
53. SILVA, J. A. **Curso de Direito Constitucional Positivo.** 5. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1989.
54. SPINK, J. M. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano:** aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez, 1999.
55. STRECK, L. L. **Hermenêutica jurídica e(em) crise:** uma exploração hermenêutica da construção do Direito. 3ª ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001. p. 33-62.
56. TESTA, M. **Pensar em saúde.** Porto Alegre: Artes médicas, 1992.

57. WILSON, W. J. **The truly disadvantaged**: the inner city, the underclass and public policy. University Chicago Press, 1987.
58. ZUCKERMAN, A. **The concept 'political elite'**: lessons from Moscas and Pareto. *Journal of Politics* 39 (1977):327. IN: SARTORI, Giovanni. A Teoria da Democracia revisada. Tradução: Dinah de Abreu Azevedo. São Paulo: Ática, 1994. p. 132.