

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

JESSICA DOMINGUES

**A PERCEÇÃO DOS TRABALHADORES DO PROGRAMA
SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE A INTERSETORIALIDADE**

São Paulo
2006

JESSICA DOMINGUES

**A PERCEPÇÃO DOS TRABALHADORES DO PROGRAMA
SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE A INTERSETORIALIDADE**

**Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem da
Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre.**

Área de Concentração: Saúde Coletiva.

**Orientadora:
Prof^a Dr^a Anna Maria Chiesa.**

São Paulo
2006

Catálogo na publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta” da EEUSP

DOMINGUES, Jessica.

A percepção dos trabalhadores do Programa Saúde da Família sobre a intersectorialidade. / Jessica Domingues. – São Paulo: J. Domingues, 2006.

229 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^a Dr^a Anna Maria Chiesa.

1. Promoção da Saúde 2. Programa Saúde da Família 3. Ação Intersetorial. I. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Domingues J. A percepção dos trabalhadores do Programa Saúde da Família sobre a intersectorialidade. [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2006.

São Paulo, de de 2006.

Banca Examinadora

1) Prof(a) Dr(a)

Titulação: _____

Julgamento: _____ Assinatura:

2) Prof(a) Dr(a)

Titulação: _____

Julgamento: _____ Assinatura:

3) Prof(a) Dr(a)

Titulação: _____

Julgamento: _____ Assinatura:

DEDICATÓRIA

Aos meus avós, Tilde e Antônio, por todo o amor, carinho e alegria que sempre dedicaram aos seus filhos, netos e bisnetos.

Ao Robson e ao Arthur, por serem a luz dos meus olhos.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Anna Maria Chiesa, por sempre acreditar e reforçar os potenciais do meu trabalho e não suas deficiências.

À Profa. Lislaine Aparecida Fracoli, pelas valiosas contribuições dadas para este trabalho.

À bibliotecária Sra. Nadir Aparecida Lopes, pela atenção, disponibilidade e informações preciosas concedidas.

À minha irmã Denise e às minhas cunhadas, pela formação da rede de apoio que favoreceu a realização deste trabalho.

Ao Robson e à Dona Tatá, pois sem seu suporte este trabalho não teria sido realizado.

Aos meus pais, Lee e Ricky e à minha irmã Sassá, por existirem.

Aos trabalhadores de saúde participantes do estudo, pela generosidade com que concederam seu tempo, conhecimento e atenção, sem os quais este trabalho não teria sido possível.

RESUMO

As ações intersetoriais emergem, contemporaneamente, como uma possibilidade de se enfrentar de forma mais integrada as necessidades da população, que são complexas, buscando reflexos de saúde a partir de intervenções na cadeia de determinação social do processo saúde-doença. Parte-se do princípio de que não é possível promover a saúde com o setor agindo isoladamente. Neste estudo se valoriza o Programa Saúde da Família pela possibilidade de inserção dos trabalhadores no território e por ser a estratégia nacional para reorientação do modelo assistencial, o que implica em mudanças na concepção de saúde-doença, na prática e paradigma sanitários. Buscou-se conhecer, então, a percepção dos trabalhadores do Programa numa região de São Paulo, Brasil, sobre trabalho intersetorial, através da análise hermenêutica-dialética das discussões realizadas numa oficina sobre o tema. Obteve-se que, apesar da percepção sobre a influência das precárias condições de vida e trabalho na saúde da população atendida, os trabalhadores não identificam a intersetorialidade como estratégia, apresentam esporádicos relacionamentos intersetoriais permeados por relações de poder e frágil participação social. As categorias analíticas que emergiram a partir do referencial teórico e da base empírica foram: relações de poder, empoderamento e participação social. Sugere-se a reavaliação do processo de capacitação desses trabalhadores visando a transformação gradual das relações de poder em autoridade compartilhada e sensibilização dos atores sociais sobre a importância do trabalho intersetorial.

Palavras-chave: ação intersetorial; programa saúde da família; promoção da saúde.

ABSTRACT

The intersectorial action emerge nowadays, as a way of facing the needs of the population in the most integrated form which are complex, aiming at transmitting health through intervention in the chain of social determination of the health-illness process. The belief is that it is not possible to promote health if the sector works in an isolated manner. In this study the Family Health Program is emphasized through the possibility of the placement of workers in the territory and because it's a national strategy for reorientation of the support model, which implies changes in the conception of health-illness in sanitary use and paradigms. Due to this, information on the perception of the Program workers was gathered in a region of Sao Paulo, Brazil, on intersectorial work through an analysis of the discussion held in a workshop on the subject. It was discovered that, although the workers know of the influence that bad working and life conditions affect the assisted population, they don't identify intersectorialism as a strategy, they present sporadic intersectorial relationship permeated by relations of power and weak social participation. The analytical categories which emerged through theoretical reference and the empirical basis were: relations of power, empowerment and social participation. A reevaluation of de training process of these workers is suggested aiming at a gradual transformation of the relation of power in shared in authority and sensibilization of the social actors on the importance of intersectorial work.

Keywords: intersectorial action; health promotion; primary health care.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
1 PSF EM GRANDES CIDADES E AS POSSIBILIDADES E LIMITES DE PRÁTICAS INTERSETORIAIS: O CASO DE SÃO PAULO.....	13
1.1 A dimensão político-organizativa do PSF na cidade	13
1.2 A dimensão estratégica do PSF: a inserção no nível local e o reconhecimento das condições de vida da população.....	17
2 A INTERSETORIALIDADE: REVISANDO SEUS CONCEITOS E DISCUSSÕES LITERÁRIAS	21
2.1 Os elementos que intervêm na ação intersetorial e a categorização das publicações sobre o tema	28
2.2 Algumas experiências brasileiras de práticas intersetoriais.....	54
3 OBJETIVO DO TRABALHO	63
4 O PERCURSO METODOLÓGICO	64
4.1 Quadro teórico-conceitual.....	64
4.1.1 Concepção de saúde-doença	64
4.1.2 Paradigma sanitário e prática sanitária.....	71
4.2 A concepção da pesquisa	80
4.2.1 Tipo de estudo.....	80
4.2.2 Cenário do estudo e sujeitos.....	81
4.2.3 Procedimentos e instrumentos para coleta de dados	91

4.3 Referencial teórico-metodológico.....	98
4.3.1 Análise e interpretação dos dados.....	100
5 RESULTADOS.....	101
5.1 Caracterização dos sujeitos do estudo.....	101
5.2 Percepções sobre o trabalho.....	108
5.3 Percepções sobre a população.....	154
5.4 Percepções sobre as respostas dadas pelos serviços.....	174
6 CONSTRUÇÃO DAS CATEGORIAS DE ANÁLISE.....	187
6.1 Relações de poder, empoderamento e participação social.....	191
6.2 Organização do trabalho.....	209
7 CONCLUSÕES.....	211
REFERÊNCIAS.....	215
ANEXOS.....	228

APRESENTAÇÃO

Esta pesquisa busca encaminhar algumas respostas sobre os problemas de saúde e doença da nossa população, visando, em última instância, o aperfeiçoamento dos perfis epidemiológicos, considerando que estes são determinados pela forma como a sociedade está organizada. Segue o raciocínio de que, se o processo saúde-doença é socialmente determinado, o seu enfrentamento deve se dar em diversos níveis, extrapolando muitas vezes o âmbito de atuação do setor saúde.

O objeto de estudo envolve a análise das percepções dos trabalhadores da saúde – enfermeiros, agentes comunitários de saúde, médicos, auxiliares de enfermagem, gerentes de Unidades de Saúde da Família – acerca da intersetorialidade, na região da subprefeitura de Freguesia do Ó/ Brasilândia.

Na prática como enfermeira da família pude me deparar com a complexidade do objeto de trabalho neste âmbito de atuação, lidando com as mais variadas questões, cuja resolução não era imediata ou da alçada de algum ator específico. Muitas das questões trazidas pelos pacientes iam além do que a formação podia me oferecer e o próprio lidar com a doença, no contato mais constante com a família, tomava outras dimensões, conduzindo a questões que iam muito além daquele fenômeno, o que é excelente ter a oportunidade de vivenciar, mas exige instrumental diferenciado para atuar.

A minha experiência como docente na mesma região proporcionou-me um outro olhar para estas questões, um olhar menos pragmático e mais prático deste cotidiano complexo do trabalho em PSF, assim como a minha participação no programa de Pós-Graduação nesta Universidade.

Desta experiência teórico-prática, nasceu a intersetorialidade e a promoção da saúde como uma forma, um caminho possível para o enfrentamento das desigualdades no modo de trabalhar e viver das pessoas e também na sua qualidade de vida, assim como ferramenta para o trabalhador de saúde, que frequentemente se percebe impotente para lidar com tais questões.

A intersetorialidade surge, então, como tema de pesquisa: num primeiro momento através da revisão bibliográfica, reconhecendo que é amplamente discutida mundialmente. Em um outro momento, pela lacuna percebida no tratamento desta questão aqui no Brasil sob o foco do trabalhador de saúde, sendo a pergunta central do estudo: o trabalhador de saúde reconhece a intersetorialidade como uma ferramenta de trabalho? Eu seria um exemplo de trabalhador cuja resposta seria negativa, apesar de reconhecer as necessidades da população adscrita.

O tema também está pertinente ao campo da Saúde Coletiva e à linha de pesquisa do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP – Bases Teórico-metodológicas para a intervenção em Enfermagem em Saúde Coletiva. Além disso, vem de encontro ao tema do grupo de pesquisa do qual faço parte e a orientadora deste trabalho é coordenadora - Modelos Tecno-assistenciais e a Promoção à Saúde.

1 PSF EM GRANDES CIDADES E AS POSSIBILIDADES E LIMITES DE PRÁTICAS INTERSETORIAIS: O CASO DE SÃO PAULO

1.1 A dimensão político-organizativa do PSF na cidade

No Brasil, a saúde passa a ser tratada como direito com a criação do Sistema Único de Saúde, conforme a Constituição de 1988 e sua posterior regulamentação nas Leis 8080 e 8142 de 1990. A visão de saúde subjacente aos seus princípios e diretrizes, leva em conta que a saúde não pode ser abordada de forma isolada, mas associada a políticas públicas de outra ordem como saneamento, moradia, transporte, lazer, entre outras (Yunes, 1999). Entende-se que, neste postulado, é legitimada, portanto, a necessidade de trabalhos intersetoriais no nosso país.

Para Teixeira, Paim e Vilasbôas (1998) o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido conduzido de forma a se priorizar a elaboração e implementação de instrumentos legais, reconstruindo as formas de financiamento do sistema de saúde, com ênfase na municipalização – aumento da autonomia política dos municípios. Têm sido também redefinidas competências nos diferentes níveis da administração pública a partir da proposta de descentralização do poder nas diferentes instâncias, mas, para estes autores, também se faz necessária uma ampliação do debate acerca dos modelos assistenciais.

Modelos assistenciais para Teixeira, Paim e Vilasbôas (1998) são “formas de organização tecnológica do processo de prestação de serviços de saúde” (p.8).

Consideram que, para que o SUS seja viabilizado, é preciso que, no embate de poder entre os coexistentes modelos assistenciais, os modelos hegemônicos de produção da assistência à saúde no Brasil – e no mundo – sejam superados. Os modelos hegemônicos seriam o *médico-assistencial privatista* – em que a ênfase está na assistência médica e hospitalar, bem como nos serviços de diagnóstico, apoio terapêutico e o *sanitarista* – cuja ênfase está na realização de campanhas, programas verticais e ações de vigilância epidemiológica e sanitária (Teixeira; Paim; Vilasbôas, 1998).

Como proposta contra-hegemônica, Teixeira, Paim e Vilasbôas (1998) avançam na discussão acerca do modelo de Vigilância à Saúde, que é entendido como eixo do processo de reorientação do modelo assistencial no SUS. Neste modelo o *sujeito das ações de saúde* é a equipe de trabalho e os cidadãos, o *objeto da atenção* são os danos, riscos, necessidades e determinantes dos modos de vida e saúde, entendidos então como as condições de vida e trabalho, os *meios de trabalho* são as tecnologias de comunicação social, de planejamento estratégico situacional e outras tecnologias médico-sanitárias e as *formas de organização* seriam as ações intersetoriais, políticas públicas saudáveis, operações sobre problemas e grupos e ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde.

E nas palavras dos autores,

A Vigilância da Saúde corresponderia, assim, a um modelo assistencial que incorpora e supera os modelos vigentes, implicando a redefinição do objeto, dos meios de trabalho, das atividades, das relações técnicas e sociais, bem como das organizações de saúde e da cultura sanitária. Nessa perspectiva, aponta na direção da superação da dicotomia entre as chamadas práticas coletivas (...) e as práticas individuais (...) através da incorporação das contribuições da nova geografia, do planejamento urbano, da epidemiologia, da administração estratégica e das ciências sociais em saúde, tendo como suporte político-institucional o processo de descentralização e de reorganização dos serviços e das práticas de saúde ao nível local. (p.18).

Apesar disso, na cidade de São Paulo, com a implementação do Plano de Assistência à Saúde (PAS) em 1993, durante um período de oito anos não houve qualquer investimento público neste sentido, pois a idéia central que permeava o PAS era dotar os serviços governamentais de instrumental que os aproximasse da lógica privada de produção de serviço, regulados pela lógica do mercado, com condições de atendimento competitivas e alterando a forma de contratação de pessoal, seguindo o ideário do Banco Mundial para a reforma dos serviços de Saúde nos países da América do Sul. O PAS se restringia à prestação da assistência médica e não incorporava sequer atividades básicas como vacinação e educação em saúde (Elias, 1999).

Mas o PAS foi uma realidade apenas nesta cidade. Desde 1991 o Ministério da Saúde implantou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em cidades pequenas, em áreas de baixa densidade populacional, sendo o critério a escassez de serviços e profissionais de saúde, com alta morbi-mortalidade e com grandes resultados nesta desde sua implantação. Já o Programa Saúde da Família (PSF) iniciou-se em 1994, mas, em São Paulo, só foi ter início em 1996, através da iniciativa do Ministério da Saúde em convênio com a Secretaria Estadual e o Hospital Santa Marcelina. Em 1998 a área de cobertura foi expandida para a região do Parque São Lucas - zona Leste da capital - e bairros próximos à Vila Nova Cachoeirinha - Zona Norte da capital (Capistrano Filho, 1999).

Em 2001, foi promovida a municipalização das unidades de saúde em São Paulo (Sousa, 2003), bem como se deu início a tentativas de operacionalização da Vigilância em Saúde na cidade (Neves, 2003) e descentralização das decisões com a

coordenação de saúde instalada nas subprefeituras e Distritos de Saúde como âmbito político-administrativo prioritário (Capucci, 2003).

A cidade de São Paulo está dividida administrativamente em subprefeituras, mas o setor saúde, até o ano 2001, vinha mantendo organização paralela, o que dificultava ainda mais o contato intersetorial.

Ao mesmo tempo, foram formadas parcerias com instituições de ensino e serviço filantrópicas para viabilizar a implantação do PSF em São Paulo enquanto estratégia norteadora da atenção básica. Foi iniciada a expansão do Programa para que deixasse de ser um programa focal (Chiesa; Sousa; Calife, 2003), mas tal expansão foi dificultada na mesma gestão por questões políticas, interrompendo seu processo. Apesar disso, não foram interrompidos os processos de descentralização.

Com o início de outra gestão municipal em 2005, novamente a coordenação do setor saúde foi desvinculada das subprefeituras, estando a cidade dividida, atualmente, em cinco macrorregiões administrativas ou coordenadorias de saúde, centralizando o poder, mas com perspectiva de continuar a expansão do Programa.

Vários outros autores têm discutido a descentralização, como será abordado ainda neste trabalho, como estratégia política de redistribuição do poder entre as instâncias administrativas e como importante na operacionalização de estratégias como o PSF e a intersetorialidade, cujo foco são o território e o poder local.

Kreisel e von Schirnding (1998) destacam o apoio para ações no nível local como elemento crítico a ser desenvolvido nas ações intersetoriais para a saúde porque, para eles, o nível local é ponto de convergência de poder, recursos, da

capacidade e necessidade de agir e um comprometimento com o processo democrático.

1.2 A dimensão estratégica do PSF: a inserção no nível local e o reconhecimento das condições de vida da população

A proposta do Programa Saúde da Família apresenta elementos que favorecem o trabalho intersetorial pela sua inserção no nível local que não privilegia apenas a demanda espontânea e programática, mas permite que se tenha conhecimento e informações das condições de vida que anteriormente não se tinha, assim como a delimitação da área de atuação, pela possibilidade de contato com outras instituições, inscritas em outros setores (Chiesa, 2000). Define o trabalho a partir de uma base territorial.

Apesar de não discutirem especificamente o caso do Programa Saúde da Família, muitos autores (Junqueira, 1997; Feuerwerker; Costa, 2000) defendem que a lógica de atuação intersetorial deve estar referida à população e ao espaço onde se estabelecem e concordam que a base populacional e geográfica permite que se identifique problemas e soluções em direção à qualidade de vida e constituição de sujeitos sociais.

Unglert (1995) coloca que a existência de uma base territorial possibilita a concepção da saúde-doença como processo determinado socialmente, orientação para problemas e sua hierarquização referidos a uma população e espaço determinados, verificação do impacto das ações sobre os níveis de saúde, planejamento local para e

pela população e profissionais da área, estabelecimento da responsabilização entre os serviços de saúde e a população.

O território é “quadro de vida” das pessoas, dá forma ao cotidiano, e seu entendimento e reconhecimento, seu resgate, pode afastar a alienação e a perda do sentido da existência individual e coletiva (Santos, 2002). Koga (2003) coloca que a complexidade das condições de vida das pessoas pode ser conhecida a partir do conhecimento e análise do lugar e do território, podendo ser o ponto de partida para as políticas públicas. Tais políticas públicas, para Carvalho (2004), devem ter a finalidade de corrigir a desigualdade sócio-espacial.

De acordo com Andrade (2002) o conceito de território está relacionado à idéia de domínio ou gestão de determinada área e, portanto, está relacionado à idéia de poder, seja ele público, estatal ou vinculado a empresas. Vários autores têm associado o território à idéia de poder (Souza, 2002; Geiger, 2002; Corrêa, 2002; Neves, 2002), de área de ação (Neves, 2002), podendo também assumir uma dimensão afetiva, em consequência das ações de grupos que consolidam identidades relativas à renda, raça, religião, idade, sexo ou outros (Corrêa, 2002). Para Corrêa (2002) “o território é o espaço revestido da dimensão política, afetiva ou ambas” (p.251) e para Silva (2004), é uma construção social.

Neves (2002) propõe que “um dos mais eficientes espaços de resistência é o lugar, o local” e o pleno exercício da cidadania seria uma maneira de organização politicamente eficaz, se referindo ao fato de que o momento da produção não é o privilegiado para se buscar mudanças ou enfrentamentos no sistema capitalista. Reflete ainda que é no lugar vivenciado que os confrontos e as estratégias de dominação ganham maior nitidez e onde o poder se exercita, seja através das leis

orgânicas municipais, captação e distribuição de recursos, controle da gestão pública, ações das empresas ou planos e diretrizes.

Lugar é definido por Santos (1994) como

A extensão do acontecer homogêneo ou do acontecer solidário e que se caracteriza por dois gêneros de constituição: uma é a própria configuração territorial, outra é a norma, a organização, os regimes de regulação.

Ianni (1999) discute que, além de um modo de produção, o capitalismo é um processo “civilizatório”. Longe de integrar, gera padrões de valores, de comportamento e pensamento, dissolvendo diversidades e identidades e, ao mesmo tempo, fragmenta e faz ressurgir localismos, nacionalismos e racismos, mantendo a acentuada desigualdade econômico-social. Chama de globalismo essa nova configuração geostórica que emergiu no final do século XX, tratando-se de uma “realidade social, econômica, política e cultural de âmbito transnacional” (p.242).

E nas palavras de Milton Santos (1994) “As tentativas de construção de um mundo só sempre conduziram a conflitos, porque se tem buscado unificar e não unir”(p.35).

Santos (1994) refere que, em contraposição à globalização que unifica e fragmenta, sendo imposta de fora, a revisão do mundo é possível através do lugar, permitindo ajustar a interpretação de quem o conhece, pois nele, o oculto, o permanente e o real triunfam sobre o passageiro. Ao mesmo tempo em que o espaço parece acolher o novo, resiste às mudanças pelas heranças culturais e históricas.

Boaventura de Souza Santos (2002) coloca que a relação emancipatória pode envolver o incremento da igualdade ou da diferença e cita o exemplo do povo nativo

sul africano cuja libertação, para ele, está no direito e na capacidade de decidir no que quer ser igual aos outros povos o no que quer permanecer diferente.

Este autor também desenvolve um mapa de estruturação das sociedades capitalistas e o organiza na forma de ‘espaços estruturais’ – o doméstico, o da produção, o do mercado, o da comunidade e o espaço mundial – e entende estes espaços também em termos sócio-espaciais, espaços de exercício do poder e concorda que “Nas duas últimas décadas, a geografia provou, não só que os espaços são socialmente constituídos, mas também que as relações sociais são espacialmente constituídas” (Santos, 2002, p.263).

Tradicionalmente na saúde, técnicos fomentam debates em torno do que seriam as necessidades e problemas da população e Milton Santos (1994), assim como na perspectiva da Nova Promoção à Saúde, não considera apenas os conflitos e problemas que fazem parte do cotidiano, mas também os potenciais, as alternativas, as soluções criativas:

Na verdade, o tempo e o espaço não se tornaram vazios ou fantasmagóricos como pensou A. Giddens, mas, ao contrário, por meio do lugar e do cotidiano, o tempo e o espaço, que contêm a variedade das coisas e das ações, também incluem a multiplicidade infinita de perspectivas. Basta não considerar o espaço como simples materialidade, isto é, o domínio da necessidade, mas como teatro obrigatório da ação, isto é, o domínio da liberdade (p.39).

Carvalho (2004) coloca o Estado como instrumento preferencial daqueles que desejam interferir na gestão do território e que se pode conhecer um lugar e suas mudanças a partir das relações estabelecidas entre os indivíduos, instituições e empresas que lá estão.

2 A INTERSETORIALIDADE: REVISANDO SEUS CONCEITOS E DISCUSSÕES LITERÁRIAS

O Sistema Único de Saúde brasileiro é um projeto político, de promoção da saúde, e o ponto fundamental para sua implementação efetiva é o envolvimento dos diversos setores da sociedade numa relação intersetorial a partir de uma abordagem das necessidades sociais, integrais das pessoas, para planejamento e realização de respostas integradas (Junqueira, 2000).

De acordo com Antezana, evidências de ações intersetoriais para a saúde datam às mais antigas civilizações (WHO, 1997). Mas, contemporaneamente, a ação intersetorial para a saúde emerge principalmente depois da Conferência de Alma Ata em 1978, como um componente essencial de qualquer estratégia que pretenda melhorar a condição da saúde humana, pela complexidade dos seus ‘determinantes’ (WHO, 1997). Em alguns trechos da declaração estão explícitas a intersetorialidade enquanto estratégia:

“A conquista do mais alto grau de saúde exige a intervenção de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde” (Ferreira; Buss, 2002, p.09).

E ainda:

A atenção primária de saúde é, ao mesmo tempo, um reflexo e consequência das condições econômicas e características socioculturais e políticas do país e de suas comunidades (...) Inclui a participação, ademais do setor saúde, de todos os setores e campos de atividade conexas do desenvolvimento nacional e comunitário, em particular o agropecuário, a alimentação, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas, as comunicações e outros, exigindo os esforços coordenados de todos estes setores. (Ferreira; Buss, 2002, p.10).

Mas nos anos 50, numa Assembléia Mundial de Saúde, já era enfatizada a interação entre desenvolvimento econômico, problemas sociais e condição de saúde (WHO, 1997; Kreisel; von Schirnding, 1998) e em 1977, as ações intersetoriais para a saúde foram identificadas como parte da estratégia Saúde-Para-Todos no ano 2000. Foram desenvolvidos inúmeros fóruns internacionais depois disso, incluindo a Assembléia Mundial de Saúde de Discussão Técnica em Ações Intersetoriais (1986) (World Health Assembly Technical Discussion on Intersectoral Action), além das Conferências Internacionais de Saúde (WHO, 1997; Kreisel; Schirnding, 1998).

No produto das discussões da primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde, a Carta de Ottawa, a responsabilização de outros setores passa pelo conceito abrangente de saúde (MS, 2002):

A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global. (p.19)

É enfatizada, também, a necessidade de ações coordenadas entre o governo, o setor saúde e outros setores como organizações não-governamentais, mídia, indústria e autoridades locais. Coloca-se, também, que os dirigentes dos diferentes setores devem estar atentos para as conseqüências que suas decisões podem ocasionar na saúde das pessoas (MS, 2002).

Já na II Conferência, a de Adelaide, realizada na Austrália em 1988 (MS, 2002), são reafirmados os cinco eixos de ação da Carta de Ottawa, mas as políticas públicas saudáveis aparecem como responsáveis pela consecução dos outros eixos. A questão da intersetorialidade aparece de forma mais objetiva e responsabiliza o setor

público também pelas políticas econômicas e seu impacto sobre a saúde e não só pelas políticas sociais, como antes (Buss, 2000). Também se afirma a responsabilidade internacional pelas questões da saúde.

A criação de ambientes favoráveis para a saúde foi o tema central das discussões da III Conferência Internacional, Suécia (1991), expressa na Declaração de Sundsväl (MS, 2002), onde as relações intersetoriais aparecem como condição para o enfrentamento da pobreza, migrações, aumento populacional, degradação ambiental e é descrito que (MS, 2002):

As ações devem envolver, predominantemente, setores como educação, transporte, habilitação, desenvolvimento urbano, produção industrial e agricultura; devem ter diferentes dimensões (física, social, espiritual, econômica e política) e precisam ser coordenadas tanto no nível local como nos níveis regional, nacional e mundial, para encontrar soluções verdadeiramente sustentáveis. (p.35)

Na primeira conferência realizada na América Latina – Colômbia, 1992 - são assumidos diversos compromissos entre os países presentes. Entre eles, dois se relacionam mais diretamente às ações intersetoriais, dos descritos na Declaração de Santafé de Bogotá (MS, 2002):

Afinar mecanismos de concentração e negociação entre os setores sociais e institucionais para levar a cabo atividades de promoção da saúde, visando avançar até alcançar o bem-estar, propiciando a transferência de recursos de investimento social às organizações da sociedade civil. (p.47)

E o outro:

“Fortalecer a capacidade convocatória do setor saúde para mobilizar recursos para a produção social da saúde, estabelecendo responsabilidades de ação nos diferentes setores sociais e seus efeitos sobre a saúde.”(p.47)

Na Declaração de Jacarta, resultado da IV Conferência Internacional para a Promoção da Saúde - Indonésia, 1997 (MS, 2002) - foram estipuladas prioridades para o campo da Promoção da Saúde e reforçada a necessidade de aumento nos investimentos no desenvolvimento da saúde através de ações “multissetoriais” e expansão das parcerias entre os diferentes setores, níveis de governo e sociedade.

Em um relatório da Conferência “Intersectoral Action for Health”, ocorrida em 1997 em Halifax, Canadá, o projeto de Ações Intersetoriais Para a Saúde (Intersectoral Action for Health – IAH) consta como um componente da renovação da estratégia Saúde-Para-Todos no Século XXI da Organização Mundial de Saúde (WHO, 1997).

A definição do termo setor é empregada com diversos sentidos que vão desde esferas da economia ou administração até do conhecimento e, de uma forma mais geral, da sociedade. O termo setor é aplicado de forma ampla, como os setores produtivos, por exemplo, ou de forma estrita como saúde ou educação, assim como pode se referir à estrutura, superestrutura, à ciência ou à propriedade – se pública ou privada (Suárez, 1992).

Oliveira e Junqueira (2003), por exemplo, colocam que o Brasil, do ponto de vista econômico e da organização social, se apóia nos setores governamental – “que gere e regula, em geral, os empreendimentos diretamente ligados às chamadas políticas públicas”, privado mercantilista – “formado pela iniciativa privada e cujos empreendimentos têm como finalidade principal a produção de lucro e no terceiro setor que é privado “porém voltado para ações sociais, com base maior na ação cidadã voluntária, e cujos empreendimentos não têm finalidade de lucro” (p.231). Incluem, então, a saúde, no Brasil, nos setores público e privado e, na sua dimensão

de política pública, se insere nos setores político-econômicos institucionais, de forma operacional (Oliveira; Junqueira, 2003).

Numa outra ótica, Suárez (1992) coloca que o setor saúde pertence ao macro-setor social e faz parte do sistema de serviços de saúde, mas, ressalta, não deve confundir-se com ele, pois, apesar de formar parte importante dele, aquele constitui um conjunto maior de elementos que se relacionam formal ou informalmente com a saúde. Discute também que os setores não são puramente sociais ou econômicos, mas que a competência e ação dos distintos setores variam historicamente, nos diferentes contextos.

O mesmo autor compreende os setores no seu sentido institucional e as relações intersetoriais como relações entre instituições pertencentes a diferentes setores, sejam públicas, privadas, organização não-governamental ou outras que representem alguma esfera da sociedade (Suárez, 1992).

As diferentes definições de ação intersetorial ou intersetorialidade denotam também as diversas perspectivas que a atuação intersetorial tem representado nas variadas instituições. Foi possível, então, observar basicamente três perspectivas/dimensões através dos conceitos encontrados na literatura.

- *Dimensão técnica: denota preocupação com a otimização e racionalização do trabalho*

“O processo no qual objetivos, estratégias, atividades e recursos de cada setor são considerados segundo suas repercussões e efeitos nos objetivos, estratégias, atividades e recursos dos demais setores” (OPAS, 1992).

Um relacionamento reconhecido entre parte ou partes do setor saúde com parte ou partes de outro setor que tenha sido formado para atuar sobre em questões para alcançar resultados de saúde (ou resultados intermediários de saúde) de uma maneira que é mais efetiva, eficiente ou sustentável do que pode ser alcançado pelo setor saúde agindo isoladamente.¹ (WHO, 1997)

- **Dimensão social:** denota preocupação com a mudança das atividades para maior alcance da satisfação das necessidades da população

Conjugação dos esforços de distintos setores, como saúde, educação, saneamento, segurança, transporte e habitação, entre outros, visando à racionalização dos recursos existentes e à transformação das atividades desenvolvidas, para que tenham maior efetividade e impacto sobre os problemas e necessidades sociais (...) uma estratégia de reorganização das respostas aos problemas, necessidades e demandas sociais dos diversos grupos da população (Teixeira e Paim, 2000, p.65-6/ 68).

- **Dimensão política:** denota compromisso dos protagonistas de políticas públicas

“Uma 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”² (Junqueira, 1998, p.14-5).

A articulação entre sujeitos de setores sociais diversos e, portanto, de saberes, poderes e vontades diversos, para enfrentar problemas complexos. É uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas, que pretende possibilitar a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população (...) mais que um conceito, a intersetorialidade é, neste momento, uma prática social³ (Feuerwerker e Costa, 2000, p.26).

¹ Foi a definição de Ação Intersetorial para a Saúde adotada na Conferência “Intersectoral Action for Health” (WHO, 1997)

² Junqueira (1998) usa uma definição elaborada por ele e Inojosa num outro trabalho, não tendo sido encontrada a fonte.

³ A definição faz parte de uma publicação que visa colaborar na sistematização da experiência acumulada na Rede UNIDA. Segundo informações disponibilizadas no site <http://www.redeunida.org.br/rede/rede.ASP>, a Rede UNIDA trata-se de uma organização que realiza pontes entre diferentes instituições de saúde, educação ou correlatas, bem como associações comunitárias ou pessoas, interessadas no desenvolvimento da formação dos trabalhadores da área de saúde e realiza, tanto projetos localizados no tempo-espaço ou mais abrangentes, numa perspectiva de intersetorialidade. Para outras informações, sugere-se o acesso à página da internet e/ ou leitura do artigo citado.

A atuação intersetorial, para Inojosa e Junqueira (1997) extrapola as ações conjuntas realizadas eventualmente ou o desenvolvimento de projetos, mas requer uma nova lógica de organização de todo o aparato governamental. As prioridades devem ser definidas não pelos setores, mas tomando por base os problemas da população e as ações envolvem decisões políticas e implicam em modificações na estrutura de poder, nos macro e microespaços, prevendo inclusive uma reorganização do trabalho. Significa também alterar a forma de articulação dos diferentes segmentos da organização governamental.

A ação intersetorial para a saúde faz parte de um todo social e por isso determina e está determinada por suas características em um momento e lugar, e participa da dinâmica contraditória das relações entre setores sociais. As possibilidades de expressão dos fenômenos, no caso, da ação intersetorial, são condicionadas ou mediadas pelo sistema social, que delimita os limites de movimento dos processos produzidos nele. A história econômica, política e cultural determina os processos que têm espaço na realidade e a ação intersetorial em saúde é uma das expressões destes processos sociais (Suárez, 1992).

Portanto, não se pode desconsiderar as relações, objetivos, metas, propósitos que estão subjacentes em cada projeto intersetorial. Os diferentes conceitos de intersetorialidade provocam reflexão acerca da intencionalidade que cada projeto lidera.

Dixon, Sindall e Banwell (2004), por exemplo, denunciam o uso que tem sido feito pelas indústrias na Austrália, do estabelecimento de parcerias entre profissionais, instituições e setores, sob a égide dos ideais da Promoção à Saúde, com a finalidade de ocultar possíveis danos à saúde que seus produtos podem provocar,

induzir formação de opinião pública e modelar padrões de consumo. Os autores concluem que tais relações deveriam ser melhor investigadas e que, ao invés de benefícios, conclamados na Promoção à Saúde, poderiam estar provocando malefícios à população.

Nas palavras de Suárez (1992)

A ação intersetorial não se produz automaticamente como consequência da existência de setores sociais em contato, necessitando para isso da conjunção de uma série de fatores objetivos e subjetivos, historicamente determinados (p.234).

A ação intersetorial, deve, portanto, ser submetida à análise de intencionalidade, meios e resultados, pois diversos são os usos que se podem fazer da estratégia, assim como do ideário da promoção da saúde.

2.1 Os elementos que intervêm na ação intersetorial e a categorização das publicações sobre o tema

Apesar do grande número de publicações sobre o tema, que totalizaram 735 até fevereiro de 2006 (sem aplicação do filtro de data nas buscas), poucas têm tratado da questão da intersetorialidade sob o enfoque da percepção dos atores envolvidos no processo de ação intersetorial e dos trabalhadores de saúde.

Para analisar as publicações encontradas na busca bibliográfica específica sobre intersetorialidade, utilizou-se das doze categorias propostas por Suárez (1993) em seu trabalho, em que buscou identificar os fatores intervenientes no desenvolvimento das ações intersetoriais para a saúde. As publicações foram sendo

inseridas nas categorias de acordo com a(s) discussão(ões) mais central de intersectorialidade proposta nas publicações.

- situações-problema de saúde: designa a origem e a razão de ser das ações intersectoriais.

Diversos autores latino-americanos apresentam consenso na colocação de que a situação-problema que deve dar origem às ações intersectoriais devem ser as necessidades da população e seus problemas complexos, o que inclui sua participação na definição, planeamento e intervenção (Suárez, 1992; Suárez, 1993; Junqueira, 1998; Inojosa, 1998; Paim, 2000; Feuerwerker; Costa, 2000; Almeida Filho, 2000; Zancan, sd; Zancan; Bodstein; Marcondes, 2003; Buss; Ferreira, 2000). Outros autores também têm buscado perspectivas semelhantes: necessidades de saúde, no Japão (Kaneko, Takano, Nakamura, 2003), ‘necessidades básicas de desenvolvimento’⁴, no Irã (Asadi-Lari et al, 2005), questões mais complexas como a qualidade do ar na Itália (Bettoni, 2000), promoção da saúde ambiental ou criação de ambientes saudáveis, na Austrália (Peach; Barnett, 2001; Dwyer, 1997), equidade de gênero nas políticas de saúde no Chile e Peru (Gómez, 2002), violência contra a mulher, no Brasil (Schraiber; Oliveira, 2002), melhora de um sistema alimentar, incluindo produção, comércio e distribuição de alimentos na Austrália (Webb; Hawe; Noort, 2001), abuso sexual na infância em Zimbábue (Meursing et al, 1995)

Autores de outros países e alguns latino-americanos têm, com frequência, relatado ou pesquisado experiências de ação intersectorial - ou a indicam - cujo foco

⁴ O termo ‘necessidades básicas de desenvolvimento’ – basic development needs (BDN) – é utilizado pelo autor para se referir a uma abordagem de saúde determinada socialmente, o que inclui a participação popular, no nível local, o levantamento das necessidades e encaminhamento de propostas de resolução. O termo indicaria, então, que existe um nível mínimo de serviços sociais requeridos para a autonomia das pessoas.

de atenção são as doenças ou questões mais específicas do setor saúde como a infecção por HIV/ AIDS na África do Sul (Kvalsvig; Taylor; Jinabhai; Coovadia, 2004), prevenção do uso de álcool por adolescentes na Austrália (Huckle; Conway; Casswell; Pledger, 2005), prevenção da Síndrome Alcoólica do Feto no Canadá (Loney; Green; Nanson, 1994), redução do sofrimento de crianças e famílias e do custo social, por problemas relacionados à saúde mental (problemas ou desordens de comportamento) no Canadá (Browne; Gafni; Roberts; Byrne; Majumdar, 2004), redução da prevalência de esquistossomose na China (Utzinger; Zhou; Chen; Bergquist, 2005; Yuan; Manderson; Ren; Li; Yu; Fang, 2005), controle da endemia de tracoma em países como Etiópia, Gana, Mali, Marrocos, Nepal, Nigéria, Tanzânia e Vietnã (Kuper et al, 2005), para ampliar/ melhorar a resposta da Saúde Pública ao Diabetes nos Estados Unidos da América (Satterfield, 2004), prevenção ou controle da obesidade no mesmo país (Kumanyika, 2001), melhora do padrão alimentar para a redução de desordens biológicas relacionadas à nutrição nos Estados Federados da Micronésia (Englberger, Marks, Fitzgerald, 2003), redução do risco de zoonoses na América Latina (Moro, 1983) e na região mediterrânea (Bögel; Griffiths; Mantovani, 1992) e de parasitoses transmitidas por vetor na Colômbia, Cuba e outros países (Bergquist, 2001; Kroeger; Ordoñez-Gonzalez; Aviña, 2002; Sanchez et al, 2005), melhora atitudinal frente ao diagnóstico de câncer na Dinamarca (Nielsen; Palshof; Mainz; Jensen; Olesen, 2003), promoção da saúde cardíaca no Canadá (MacLean et al, 2003), prevenção de doenças cardio-pulmonares no mesmo país (Bourdages; Sauvageau; Lepage, 2003), redução da morbi-mortalidade relacionada à lesões/ feridas na Europa e prevenção de ferimentos acidentais na Suécia (Mc Kee; Zwi;

Koupilova; Sethi; Leon, 2000; Schelp, 1988) e redução da diarreia em crianças no Brasil (Rego; Moraes; Dourado, 2005).

O objeto da ação deve ser uma questão que diga respeito a diversos setores e não específico do setor saúde, apesar dos resultados da ação setorial, muitas vezes podem ser medidos através de indicadores de saúde – exclusão social, violência, preservação ambiental e qualidade de vida, são alguns exemplos de perspectivas a serem trabalhadas na ação intersetorial (Feuerwerker; Costa, 2000). Mas Feuerwerker e Costa (2000) ressaltam que, até mesmo problemas como as próprias doenças, podem, se abordados de maneira intersetorial, obter resultados mais significativos.

Como exemplo, a ação intersetorial e a participação social foram consideradas como fundamentais para a redução da prevalência da esquistossomose na China por Utzinger, Zhou, Chen e Bergquist (2005). Os autores colocam que ambas possibilitaram a formação de um comprometimento contínuo para uma estratégia de controle baseada em recursos locais.

Yuan, Manderson, Ren, Li, Yu e Fang (2005) realizaram um projeto intersetorial de educação em saúde para crianças e familiares na escola para ampliar o controle sobre a esquistossomose e seu manejo e conduziram pesquisa concomitante, antes e após a intervenção. Obtiveram resultados que detectaram mudanças significativas no conhecimento e crenças da população-alvo em relação à população do grupo-controle, mesmo cinco meses depois da intervenção.

Em Cuba, em busca de evidências para reorientação das políticas de prevenção da dengue, foi realizado também um projeto de pesquisa-intervenção intersetorial no nível local (Sanchez et al, 2005). Foram analisados conhecimento, atitudes e

percepções acerca da dengue, assim como os índices entomológicos, antes e depois de um ano de intervenção, nas áreas controle e alvo, havendo diferenças significativas entre os grupos após a intervenção. Os autores que conduziram o estudo-intervenção concluíram que a abordagem participatória realizada pelos cientistas sociais promoveu mudanças no gerenciamento intersetorial, facilitando a mobilização social e conduzindo à mudanças no conhecimento, atitudes e práticas relacionadas à dengue, na população (Sanchez et al, 2005).

Mendes, Teixeira, Araujo e Cardoso (1999) utilizam-se da definição de problema de Matus que seria “a formulação para um ator social de uma discrepância entre a realidade constatada ou simulada e uma norma aceita ou criada como referência” (p.169) para considerarem que o problema “é sempre auto-referido”, com base em “padrões e valores considerados desejáveis do ponto de vista de um ator social”. Num outro trabalho, Mendes (1996) defende que por problema de saúde “deve entender-se a representação social de necessidades sanitárias, derivadas de condições de vida e formuladas por determinado ator social, com base em uma percepção de uma discrepância entre a realidade e uma norma instituída” (p.249).

Tal definição de problema dá norte para os atores sociais que desejarem atuar intersetorialmente e com preocupação com a modificação do paradigma sanitário, cuja discussão será detalhada em outro tópico deste trabalho.

As três categorias seguintes, propostas por Suárez (1993), resumiriam, em grande parte, os fatores essenciais que interferem na tomada das decisões acerca das ações intersetoriais em saúde:

- estrutura de poder: resultado do jogo estratégico em torno do poder entre os distintos atores e forças sociais em relação ao problema-alvo⁵

Diversos autores têm discutido a relação entre setores e poder, sem se aprofundarem necessariamente nesta questão (Feuerwerker; Costa, 2000; Westphal; Mendes, 2000).

Suárez (1993) defende a descentralização como fator favorecedor de ações intersetoriais, especialmente ao nível local. Para ele, a verticalização estrutural nas instituições praticamente impossibilita o desenvolvimento de vínculos horizontais entre setores. O mesmo autor esclarece:

Descentralizar significa transferir poder e recursos do centro a periferia, e é um processo eminentemente político. Deve diferenciar-se da desconcentração, em que se delegam atribuições, mas não poder de decisão. O desenvolvimento da capacidade local de gestão está condicionado por uma real descentralização do poder de decisão sobre os recursos existentes no espaço-população local. (p.71-2)

A descentralização aumentaria, então, a capacidade de resposta: o centro se dedicaria ao estratégico e desenvolveria a força de trabalho do nível local e mobilizaria recursos locais. A resolução do problema seria delimitada, o centro se tornaria menos burocrático, facilitaria a coordenação local e a participação social (Suárez,1993). Mas Junqueira (1998) adverte que a descentralização não pode ser confundida com democratização e participação e sua prática não as garante.

Inojosa e Junqueira (1997) colocam que a intersetorialidade necessita da rede de articulações e parcerias envolvidas na descentralização, que ocorram da periferia do sistema de atenção à saúde para o nível central da organização e que os componentes desta rede se interpenetrem.

⁵ Suárez (1993) considera que a estrutura de poder está implícita nos fatores econômicos, vontade política, papel de líderes e dirigentes, participação social, entre outros. Refere-se, portanto, a micro e macro poderes.

Junqueira (1997) coloca que a descentralização, apesar de transferir o poder para o local, não garante a resolução dos problemas sociais se mantiver as políticas setoriais e que as políticas intersetoriais em conjunto com a descentralização, conformariam uma superação em direção a soluções integradoras para as necessidades da população.

Num outro trabalho, Junqueira (1998) toca na questão do poder sob um outro aspecto, em que, a mudança organizacional, exigida pela prática intersetorial, implica numa nova distribuição do poder - ao invés de atender aos interesses particulares e corporativos da administração pública municipal, deve atender às necessidades dos cidadãos. Reconhece também que esta estruturação se desenvolve nas interações sociais e não como algo imposto externamente.

A clareza estratégica, o conhecimento científico e a produção de fatos políticos, são colocados por Teixeira e Paim (2000) como elementos que contribuiriam para a redistribuição dos poderes técnico, administrativo e político, necessária para a viabilização das intervenções intersetoriais.

Ao passo que a descentralização no Brasil favoreceu a intersetorialidade das políticas públicas, para Viana (1998), a ausência de uma política mais geral que vise à descentralização e os impulsos centralizadores repetidos, assim como os interesses das elites locais que podem cercear as políticas, podem tornar as práticas restritas no tempo e espaço. A mesma autora coloca que as barreiras burocráticas e corporativas das instituições e setores também limitam as experiências de intersetorialidade.

“Os espaços da intersetorialidade”, para Feuerwerker e Costa (2000), “são espaços de compartilhamento de saber e de poder, construção de novas linguagens,

de novos conceitos que não se encontram estabelecidos ou suficientemente experimentados” (p.29).

- pensamento, concepções e enfoques sociais e de saúde predominantes: refere-se ao marco conceitual de referência para a realização das ações

Badia e Fernandez (2004) discutem que existe uma crise paradigmática no mundo contemporâneo – uma polarização entre o paradigma clássico e o paradigma da complexidade – e que dá forma às práticas de saúde, intersetoriais ou não. Estariam os paradigmas relacionados às características presentes na forma de produção do conhecimento. O primeiro – o paradigma clássico – tenderia a separar os elementos da totalidade para seu entendimento e explicação a partir de uma suposta neutralidade de valores, buscando relações causais lineares entre os fenômenos, reforçando, na prática do trabalho, sua divisão e especialização. Neste paradigma ainda, o ser humano tomado de forma unidimensional, no aspecto de sua racionalidade, e as diferenças entre as pessoas são tidas como erros e reforçam, no cotidiano, a tendência à exclusão. Já no paradigma da complexidade, que os autores discutem a partir das contribuições de Morin, a atenção está voltada à totalidade, absorve as diferenças e propõe a interdisciplinaridade como forma de movimentar saberes estanques. O ser humano não é só racionalidade, mas abre-se à subjetividade, à contradição, à imaginação e a um estado inacabado, que busca “juntar para compreender” (Badia; Fernandez, 2004, p.127). O paradigma da complexidade, então, ajudaria a reforçar as práticas de intersectorialidade em saúde, enquanto campo de idéias e valores norteadores.

Os trabalhos de Morin também são tomados como ponto inicial de análise para Junqueira (2000) na discussão dos conceitos de sistema e rede – e aí se baseia em Fritjof Capra - como meio de articular diversos atores sociais para a criação de conhecimentos e intervenção intersetorial. Para ele, a rede não tem um objetivo em si mesma, mas é uma forma de se relacionar em sociedade para atender às necessidades da população e de olhar a organização social, sendo uma construção coletiva. Ainda pode ser considerada como modelo organizacional, desarticulando as formas hierárquicas de organização “pois as redes são formas de articulação multicêntricas” (Junqueira, 1999, p.4). A noção de rede, para o autor favorece a possibilidade de mudança social, pois seu desenvolvimento pressupõe a assunção de sujeitos, responsáveis, ativos, na construção de uma sociedade mais igualitária (Junqueira, 1999).

Assim, a rede é complementar à dimensão intersetorial das políticas sociais, pois ela também só se viabiliza através da interação de pessoas, instituições, famílias, municípios, estados, mobilizados em função de uma idéia abraçada coletivamente. (Junqueira, 1999, p.6).

Converge, o autor, para a discussão da interdisciplinaridade, cuja idéia “não é criar um novo saber, uma nova disciplina científica, mas resolver problemas concretos” (Junqueira, 2000, p.41), o que implicaria na prática comunicativa, negociação.

Considerando qualidade de vida envolve diversos significados e integra dimensões que abarcam, não só a base material de existência, mas também experiências e valores de indivíduos e coletividades – solidariedade, liberdade, inserção social, a participação, o acesso à informação (Minayo; Hartz; Buss, 2000) – Mendes e Fernandez (2004) consideram que a intersetorialidade deve ser o caminho da construção social da qualidade de vida. Estes autores relacionam a

intersetorialidade ao compromisso com a mudança e o apego a valores como solidariedade, justiça e inclusão social. Acreditam que o exame da solidariedade faz emergir importantes dimensões da prática intersetorial, considerando tratar-se resultante de um acordo intersubjetivo que nasce justamente a partir da consideração das diferenças entre as pessoas ou grupos, mas que ultrapassa a tolerância, sendo emancipatória “ao possibilitar a transformação da sina da contingência em destino comum” (p.121). E valendo-se das proposições de Zygmunt Bauman, colocam que a solidariedade parte da consideração das diferenças como necessárias à própria vida e do enfrentamento de adversidades a favor da diferença alheia e não da própria, de forma orientada e militante (Mendes; Fernandez, 2004).

Almeida Filho (2000) parte da discussão de interdisciplinaridade e propõe uma prática de transdisciplinaridade, processual, estratégica e “não como propriedade ou atributo de relações modelares entre campos disciplinares” (p.23) e enxerga a transdisciplinaridade como via de transformação da ciência e como estratégia inovadora de ação no que se refere à prática social. Contrariando a noção de “tradução impossível” que questiona a possibilidade de integração interdisciplinar, o autor coloca que “A “comunicação imperfeita” será justamente a brecha por onde se pode infiltrar possibilidades de emergência do novo” (p.24). A transdisciplinaridade e a intersetorialidade seriam faces de um mesmo processo: a primeira representando o aspecto investigativo e a última como estratégia de interferência propriamente dita.

- política global e de saúde: refere-se à vontade política de atuar intersetorialmente, que se expressa no conteúdo das políticas e na participação

dos partidos políticos, autoridades governamentais ou representantes da comunidade

A ação intersetorial para a saúde pode prover mecanismos para o desenvolvimento de políticas e sua implementação (Kreisel; von Schirnding, 1998). Iniciativas de colaboração intersetorial, para Kreisel e von Schirnding (1998), têm favorecido o maior desvendamento das conseqüências dos determinantes sociais sobre a saúde, a adoção de abordagens preventivas e de promoção à saúde, a elaboração de políticas, planos e práticas contributivas com a saúde, a visibilidade do setor saúde na agenda política e desenvolvimento de estruturas organizacionais e estratégias de gerenciamento diferenciadas.

O movimento de Municípios Saudáveis, considerada como uma estratégia de Promoção da Saúde (Westphal; Mendes, 2000), tem sido abordado como filosofia (Ferraz, 1993), mas predominantemente como política de governo (Mendes, 1996; Westphal; Mendes, 2000; Ferraz, 1993; Inojosa, sd; Zancan, 2003). A política de cidades saudáveis congrega a intersetorialidade como elemento estruturante da gestão das cidades voltada à qualidade de vida e a participação social como norteadora dos processos de tomada de decisões de saúde, implicando, então, na reorientação dos serviços de saúde (Westphal, 1997). Reforça os princípios do sistema de saúde brasileiro e da promoção da saúde e, portanto, inclui e destaca a intersetorialidade como caminho.

Zancan (2003) defende a política de cidades saudáveis por observar que o desenvolvimento das ações interssetoriais nas áreas urbano-metropolitanas é complexo, exigindo grande esforço de articulação, o que justificaria uma nova forma de gestão pública das cidades.

Iniciativas da Organização Mundial de Saúde e da Organização Pan-americana de Saúde como Município Saudável, Escola Promotora de Saúde, Atenção Primária Ambiental, Municípios Produtivos, Habitação Saudável, Segurança Alimentar e Nutricional possuem, para Akerman (2004), ideário comum por estabelecerem sua base na intersetorialidade e participação social, com foco na melhora da qualidade de vida, para a elaboração de políticas públicas.

Os esforços para uma ação intersetorial, segundo Kreisel e von Schirnding (1998), têm sido menos bem sucedidos quando há falta de apoio político, e destacam a experiência de articulação intersetorial em Curitiba em que seus atores afirmam que os elementos-chave para o sucesso do projeto foram o comprometimento, envolvimento pessoal e liderança da prefeitura.

A próxima categoria de Suárez (1993) interferiria no desenho da resposta:

- planejamento/ programação: está intimamente relacionada com a política, economia, relações sociais e os fatores científico-tecnológicos

Teixeira e Paim (2000) denotam preocupação com o planejamento, organização e gerenciamento da ação intersetorial que, para eles, deve ser um processo que se dê num espaço de poder compartilhado. Atestam que o enfoque teórico-metodológico adotado deve manter coerência com os propósitos definidos e acredita, assim como Suárez (1993) que o Planejamento Estratégico Situacional (PES) derivado de contribuições do economista Carlos Matus, seja adequado à proposta intersetorial. Acrescenta adaptações realizadas posteriormente ao método, e inclui o Método Altadir de Planificação Popular (MAPP) e o Planejamento de Projetos Orientado por Objetivos (ZOOP) à forma de programar em saúde. Defende

o uso do PES porque os problemas de saúde e/ou sociais e oportunidades reais de intervenção são considerados como objeto de planejamento deste método; o planejamento é dado como processo, o que possibilitaria articulação de experiências acumuladas nas práticas dos diversos setores; a divisão em planos modulares (objetivos, atividades, resultados esperados, responsáveis, participantes, prazos e recursos) facilita a organização e participação de distintos atores sociais; sua teoria norteadora abre espaço à mudança organizacional em direção à democratização das relações e intensificação das ações comunicativas entre trabalhadores, dirigentes e população.

Um dos desafios para iniciar uma gestão intersetorial, é a sensibilização dos atores institucionais acerca da necessidade de trabalho integrado. Feuerwerker e Costa (2000) colocam que “a efetividade da ação intersetorial depende da capacidade de mobilizar, de colocar em movimento os atores que têm a capacidade potencial de produzir as mudanças necessárias” (p.30). Para isso, Mendes e Fernandez (2004) sugerem diversos caminhos como a problematização dos resultados que têm sido obtidos a partir de ações setorializadas, reflexões acerca do enfoque sobre as necessidades da população e quanto estas têm feito parte da formulação e implementação de políticas e absorção da dúvida e incerteza como partes do processo de mudança. Para isso, destacam alguns métodos como a realização de oficinas de territorialização, mapas falantes, biomapas, jogos de papéis, pesquisa-ação e sistematização de experiências.

Como a avaliação das ações deve necessariamente estar associada à prática de planejamento e implementação, muitos autores têm discutido práticas avaliativas que se adequem às ações intersetoriais.

Para Zancan, Bodstein e Marcondes (2003) a avaliação é importante, não só para a sistematização de ações, mas também pela capacidade de incentivar o diálogo e integração das iniciativas e pessoas envolvidas, o que dá visibilidade às ações. Zancan e Bodstein (2003) colocam que a avaliação não deve se dar apenas em torno dos resultados propriamente ditos e na utilização de indicadores para medir impacto e aplicam o processo de avaliação como parte da análise estratégica e em torno de processos de discussão sobre a pertinência da proposta, sustentabilidade e propostas de mudanças.

A avaliação formativa é utilizada por um grupo intersetorial de políticas alimentares e a experiência é descrita no trabalho de Hawe e Stickney (1997), cujos resultados e sua discussão produziram uma reforma na estrutura do projeto, desenvolvimento de novas estratégias para alcance dos objetivos.

Feuerwerker e Costa (2000) colocam que é importante que se avaliem, em projetos interssetoriais, se está havendo ou não compartilhamento de poder, construção social de grupos e sujeitos e produção de nova forma de governar e agir.

A avaliação gradual acerca da mudança epistemológica é necessária e se faz através da análise da percepção de saúde, de homem, de mundo, das representações sobre a realidade e forma de comunicação dos envolvidos nas ações interssetoriais (Westphal; Mendes, 2000), onde se devem buscar indícios de uma visão complexificada de mundo e interdisciplinar.

Outras três categorias sintetizam os fatores que interferem fundamentalmente no momento operativo da ação interssetorial:

- sistema de informação para a gestão global e setorial

Considerando a necessidade política de resultados de saúde mensuráveis para a tomada de decisões intersetoriais – outros setores teriam interesse em conhecer o impacto das ações – Mooy e Gunning-Schepers (2001), da Universidade de Amsterdã, colocam que a simulação informatizada poderia ajudar na quantificação dos resultados de diferentes decisões em Saúde Pública. As autoras analisam, então, em seu estudo, a possibilidade de se proceder a uma avaliação quantitativa do impacto das ações na saúde e se os benefícios potenciais de saúde calculados poderiam ser úteis no debate político na mensuração do controle do uso de tabaco. Concluem que, tal programa, chamado *PREVENT*, a validade dos resultados está relacionada com a possibilidade de comparar deferentes decisões políticas, mas não para estimativas precisas de mortalidade. Colocam também que tais análises são possíveis apenas quando há dados empíricos acessíveis (Mooy; Gunning-Schepers, 2001).

A utilização de mapas para descrição de aspectos epidêmicos é valorizada mundialmente (Bergquist, 2001), mas, para que possam ser melhor aproveitados, precisariam de atualizações constantes e/ ou formas dinâmicas de apresentação.

Com esta preocupação, Bergquist (2001) coloca que o sistema de informação remoto, via satélite, é importante para análise e integração de dados e sugere que o Sistema de Informação Geográfica (GIS) e o Sistema de Posicionamento Global (GPS) facilitem a coleta de dados no campo e a distribuição de pessoas afetadas por determinada doença, incorporando aspectos climáticos, de tempo e espaço na situação epidemiológica. O autor acredita que, a adoção destas tecnologias a nível nacional facilita a colaboração intersetorial e pode melhorar o planejamento e controle de doenças endêmicas.

Numa perspectiva de necessidades e não de doenças, Kaneko, Takano e Nakamura (2003), desenvolveram um GIS com a finalidade de visualização e avaliação das necessidades de saúde da comunidade japonesa. Eles compilaram informações do censo local, dados de mapas de planejamento, topográficos, equipamentos sociais e estatísticas setoriais numa base de dados geográfica e produziram indicadores compostos. A base de dados agregou, então, dados demográficos e aspectos ambientais e da vida. O sistema permite diferentes cruzamentos de dados e sua conformação em diversos ‘mapas temáticos’.

- comunicação/ coordenação entre setores

Num trabalho em que discute os aspectos legais relacionados à implementação do planejamento intersetorial, com vistas ao fornecimento de subsídios para implantação da estratégia de municípios saudáveis, Inojosa (s.d.) coloca quatro situações possíveis e as discute segundo limites e possibilidades. A primeira seria a experiência de planejamento e avaliação em aparatos governamentais setorializados; a outra, em aparatos governamentais intersetoriais; a terceira em redes de organizações governamentais e a última em redes de parcerias governamentais e não governamentais.

Inojosa (1998) aposta no aparato governamental intersetorial e, num outro trabalho, define o que seriam as características de uma estrutura governamental modelada segundo a intersetorialidade: as secretarias são estariam departamentalizadas por área de conhecimento ou intervenção (saúde, educação, obras), mas por área geográfica (regiões ou distritos); as missões de cada secretaria, além de realizar as ações de competência da prefeitura, estariam voltadas à promoção

do desenvolvimento e inclusão social da população de sua área geográfica, não se limitando às responsabilidades de um dado setor; não haveriam equipes especializadas para realizar e planejar ações específicas e setoriais, mas equipes intersetoriais para identificar necessidades da população, planejar, executar e avaliar ações integradas, com uso de indicadores de qualidade de vida e não setoriais, as equipes especializadas apenas para prestação de serviços específicos.

Também discutindo a implantação da estratégia de cidades saudáveis, o que implica necessariamente na prática intersetorial, Malik (1997) já acredita que as mudanças requeridas não são de cunho estrutural, mas a estrutura deve ser uma consequência da consolidação do modelo viabilizado na prática, de forma a mantê-lo. Acredita que a mudança da estrutura não garante a implantação da estratégia, mas pode gerar resistências a uma novidade imposta.

O exercício da intersetorialidade também pode ser realizado, segundo Akerman (1997), mediante a necessidade de medir as condições de vida e situação de saúde em dado município, na construção processual negociada e ampliada de indicadores compostos. Estes poderiam servir para avaliar intervenções, facilitar a identificação de espaços urbanos com maior necessidade de intervenção, além de colaborar na sensibilização política por propiciarem representação gráfica e por mapas, das necessidades.

- características do sistema de saúde

Políticas como o Programa Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde, para Viana (1998)

Têm um desenho intersetorial, buscam desenvolver novos tipos de participação da comunidade, estabelecem novas relações com o setor

privado, estimulam a cooperação social e introduzem novas formas de gestão e controle social. (p.31)

As últimas categorias estariam integradas nas anteriores expressando-se no pensamento, nas políticas, relações de poder, planejamento, sistema de informação, coordenação entre setores e no sistema de saúde e influenciam nas situações-problema que devem ser enfrentadas e são:

- economia e financiamento

A dificuldade de financiamento tem sido discutida por alguns autores como uma barreira à implantação e sustentação das ações intersetoriais, tendo em vista que o orçamento público é setorizado (Inojosa, sd; Feuerwerker; Costa, 2000).

O terceiro setor surge, para Oliveira e Junqueira (2003) como uma outra possibilidade de gestão da saúde que, apesar de privado, seus empreendimentos não têm como objetivo o lucro e geralmente é voltado para ações sociais com base na ação cidadã voluntária, em geral, o que lhe daria um caráter de “privado público”, segundo os autores (Oliveira; Junqueira, 2003). Acrescentam que, estas organizações do terceiro setor, também conhecido como setor da “economia social”, ajudam o cidadão na construção de espaços de poder e de exercício de direitos, e têm relevância na distribuição de recursos públicos e privados. Para eles, “o terceiro setor funciona como uma possibilidade de aliança entre cidadãos, instituições e movimentos, num esforço comum para a busca de soluções para os problemas sociais que afetam a população” e praticam a intersetorialidade (p.236).

Mas as ONGs (Organizações Não Governamentais) não podem ser instâncias substitutivas do Estado e, muitas vezes têm realizado alianças com instituições financiadoras que têm seus próprios interesses, nem sempre coincidentes com os dos

segmentos excluídos da sociedade, o seu potencial devendo ser aproveitado sempre com critério (Inojosa, sd).

- participação social: é um elemento de peso nas relações de poder, fundamentalmente no nível local

Muitos autores internacionais têm aplicado o termo ‘participação comunitária’ intervenções de ‘base comunitária’, muito mais num sentido quase utilitarista, em que a população *serve* a um objetivo *dos profissionais* e de educação normativa, do que no sentido que têm sido entendida participação no nosso país que é prevista inclusive na Constituição como uma instância de poder.

Morgan (2001) coloca, numa revisão literária sobre participação comunitária em saúde que o termo tem sido aplicado basicamente em duas perspectivas. Em uma, seria um empreendimento utilitário por parte de doadores/ financiadores ou governos para usar o trabalho, o dinheiro e o território da comunidade, na perspectiva de diminuição dos custos dos serviços oferecidos. Noutra, seria como uma estratégia para ‘empoderar’ comunidades, em que as pessoas assumem responsabilidades na definição e intervenção de problemas relacionados à saúde (Morgan, 2001).

Os conflitos de poder ou por poder, para o mesmo autor, devem ser considerados nos programas que envolvem participação e considera que nem sempre tais conflitos são destrutivos e que deles podem nascer soluções criativas. A visão idealizada da participação poderia conduzir ao fracasso de programas (Morgan, 2001).

Muitas vezes, pelo fato dos programas serem freqüentemente focados em grupo com menos poder, não se pode esperar que a participação floresça

espontaneamente da população, mas deve haver um esforço em despertá-la (Morgan, 2001). As práticas assistencialistas minimizariam a força mobilizatória, pois a participação emergiria da necessidade, como uma estratégia de sobrevivência, em que a população solicitaria, das instâncias responsáveis, usufruto dos bens conquistados pela sociedade (Morgan, 2001). Além disso, os profissionais que planejam uma ação em que se pretende envolver a participação comunitária devem, segundo Morgan (2001), primeiro discutir sobre os objetivos que querem alcançar com a participação e seus conceitos a respeito.

A participação pode ser considerada como um processo e não se trata de um investimento que agregue valor a qualquer projeto, mas deve ser a base em que é operado e sua realização deve considerar o contexto e a cultura em que se situam (Morgan, 2001).

Morgan (2001) define contexto de uma perspectiva antropológica, e se refere a ele como as “relações sociais e matrizes de poder através das quais a participação deve ser efetuada” (p.225). Cultura “ênfatisa a importância de se entender o quê participação significa num ambiente particular, além do limitado e formal sistema político e estruturas institucionais” (p.225), sendo a política parte do mesmo todo social que a cultura.

Acerca da intersetorialidade, Morgan (2001) conclui na sua revisão que, independente da perspectiva em que é adotada a participação, é consensual sua necessidade. Reflete também que, apesar da participação ser defendida no setor saúde, resulta sempre em ramificações em outros setores.

Na época de publicação de seu estudo, Al-Mazroa e Al-Shammari (1991) afirmam que a conformação do governo de seu país era de descentralização e com

espaços institucionalizados de ação intersectorial, o que favoreceria a participação social. Apesar disso, os autores concluem que, no nível central, havia falta de participação, mas os líderes políticos e os comunitários, defendiam a participação social no planejamento e na avaliação dos serviços de saúde, porém não na sua implementação. Os autores discutem que a reorientação e reorganização dos serviços e trabalhadores de saúde e da comunidade, em conjunto com modificações nas políticas, seriam passos importantes na consecução das atividades em base populacional e não central (Al-Mazroa e Al-Shammari, 1991).

Numa pesquisa que buscou analisar a performance dos gerentes dos distritos de saúde na América Latina – Guatemala, República Dominicana, El Salvador, Costa Rica, Colômbia, Panamá, Equador, Honduras e México – Díaz-Monsalve (2003) observou que a maioria dos planejadores não tinham um conceito ativo de envolvimento comunitário – apenas os mexicanos e panamenses que, além do conceito, tinham elementos programáticos para implantação do envolvimento comunitário. A colaboração intersectorial foi identificada como sendo forte no México, Honduras e Equador, onde haveria tradição de cooperação e colaboração com Organizações Não-Governamentais (Díaz-Monsalve, 2003).

Analisando as contradições envolvendo o campo da Promoção da Saúde no Canadá, Stern (1990) discute que muitas das estratégias de planejamento envolvendo a participação dos cidadãos, desconsideram as contradições e conflitos existentes em se aceitar o conhecimento científico e a experiência das pessoas como base para a saúde e doença. Também ressalta as contradições entre a manutenção de um planejamento burocrático, centralizado e racional enquanto se advoga autonomia local.

E nas palavras da autora:

In fact, the rhetoric of health promotion runs counter to growing practice in the field. We can all find some cold comfort in the expectation that policy makers and professional health workers will continue to 'advocate' community participation. At the same time, they will support approaches to professional dominance that undermine its growth. (Stern, 1990, p.226)

- desenvolvimento científico-tecnológico e de recursos humanos

Na Austrália foi desenvolvida uma estratégia nacional de saúde ambiental, numa abordagem intersetorial com a perspectiva de promover saúde e compreenderia aspectos da saúde humana determinados por fatores sociais, físicos, químicos e biológicos do ambiente (Peach e Barnett, 2001). Peach e Barnett (2001) analisaram, então, programas de cursos de graduação e pós-graduação daquele país, com a finalidade de avaliar qual deles acomodaria a perspectiva de atuação profissional dentro da estratégia. Concluem que as universidades australianas não estão atendendo a todas as necessidades educacionais esperadas para atuação na estratégia⁶.

Evidenciando uma preocupação mais com a forma do que com os conteúdos da formação superior, Mendes, Teixeira, Araujo e Cardoso (1999) colocam que a Universidade apresenta seus saberes de forma cada vez mais fragmentada e setorializada, separando-se da sociedade dinâmica e concreta, sendo a vida um todo complexo e indissociável. A formação universitária, estaria colaborando na produção de sujeitos alienados da totalidade, na medida em que os condiciona a realizar

⁶ Os conteúdos considerados como necessários para a estratégia seriam química, comunicação, avaliação crítica, tomada de decisões, desenvolvimento econômico, justiça relacionada à saúde ambiental, gerenciamento ambiental, proteção ambiental, epidemiologia, avaliação, finanças, segurança e higiene alimentares, questões globais, informática aplicada à saúde, promoção à saúde, legislação, microbiologia, saúde ocupacional e segurança, fisiologia, planejamento, estágio, métodos de pesquisa, projeto de pesquisa, avaliação e gerenciamento do risco, problemas indígenas e rurais, sociologia, estatística, sustentabilidade, toxicologia, gerenciamento do desperdício e qualidade da água.

“funções estreitas e repetitivas (...) impedindo-os de desenvolverem e fazerem desabrochar todas as suas potencialidades e aspirações vitais” (p.172).

- cooperação internacional

Na experiência de desenvolvimento local a partir da intersetorialidade e participação social de Manguinhos, Zancan, Bodstein e Marcondes (2003) colocam que a cooperação do Canadá através da *Canadian Public Health Association* (CPHA) não só foi importante para a consolidação do tema Promoção da Saúde na Escola Nacional de saúde Pública (RJ), com enfoque nos determinantes da qualidade de vida, como na capacitação de profissionais para que incorporassem conceitos e práticas de um novo paradigma de saúde e divulgação/ disseminação de conceitos e resultados através de seminários, cursos e publicações. Entre as dificuldades, Hartz, Ramos e Marcondes (2003) destacam a incerteza acerca da continuidade e manutenção da cooperação e a troca de experiências e informações parecem ter sido mantidas num nível superficial, as visitas curtas dos canadenses no Brasil e a complexidade do intercâmbio entre contextos tão diferentes.

Os órgãos internacionais têm colaborado na consecução de ações intersetoriais, segundo Kreisel e von Schirnding (1998), através de avaliações colaborativas e desenvolvimento de políticas, citando como exemplo a Comissão de Desenvolvimento Sustentável, e também através do incentivo à ações no nível local, como a estratégia de cidades saudáveis, por exemplo.

Os fatores econômicos seriam o elemento integrante fundamental de todas as categorias identificadas no estudo de Suárez (1993). O autor organizou as doze

categorias em três grandes grupos de fatores interdependentes que interferem no desenvolvimento da ação intersectorial em saúde:

1) **fatores que demandam/ pedem a ação intersectorial:** problemas complexos de saúde

2) **fatores que caracterizam a resposta intersectorial:** estratégias, planos e programas de saúde ou com objetivos de saúde, mecanismos de coordenação e comunicação entre os setores, o sistema de informação para a gestão e a participação social nas ações de saúde. Estes fatores dependem, por um lado, da natureza dos problemas que se devem enfrentar e, por outro, da capacidade e vontade real que tem a sociedade para responder aos problemas que se apresentam de forma intersectorial, assim como a história e características da organização social em geral e das relações entre os setores em particular.

3) **fatores que condicionam a resposta intersectorial:** vontade política, as idéias, as concepções e enfoques sociais e de saúde pública, as relações de poder, económicas e financeiras, a participação social, o processo de planeamento, o sistema de saúde, a cooperação internacional e o desenvolvimento científico e tecnológico e de recursos humanos. Estes fatores expressam as relações entre a estrutura e a superestrutura social e mediam, na qualidade de condicionantes, os problemas e a resposta. Neste grupo estão as chaves da resposta social aos problemas de saúde e são eles, portanto, juntamente com a situação de saúde, que são revestidos de maior interesse, já que deles depende em grande medida que a resposta seja ou não intersectorial. A participação social e o sistema de saúde interferem tanto como condicionantes da resposta como formando parte da própria resposta.

O Programa Saúde da Família é uma estratégia estruturante e reorganizadora da Atenção Básica, que visa a mudança do modelo assistencial e que assume a Promoção da Saúde como um campo referencial para as ações. São previstos, entre outros de seus objetivos, “proporcionar o estabelecimento de parcerias através do estabelecimento de ações intersetoriais” (MS, 1997, p.10) e estas são colocadas como um elemento importante no trabalho das equipes:

Como consequência de sua análise ampliada do processo saúde/ doença, os profissionais do PSF deverão atuar como catalisadores de várias políticas setoriais, buscando uma ação sinérgica. Saneamento, educação, habitação, segurança e meio ambiente são algumas das áreas que devem estar integradas às ações do PSF, sempre que possível. (MS, 1997, p.22).

Sabe-se que a questão social não será resolvida a partir do esforço do setor saúde isolado e que também não é possível reverter as desigualdades em saúde sem que se interfira nos outros âmbitos da sociedade.

A intersetorialidade e a promoção da saúde têm sido discutidas como caminhos para enfrentamento de problemas complexos como a violência, morbidade, exclusão social, criminalidade, processos de ocupação urbana, reverberações do modo como a sociedade tem se mantido organizada e que são alvo da atenção direta dos profissionais do Programa na prática diária. Estes, por sua vez, necessitam de formação e apoio institucional para engendram mecanismos de enfrentamento satisfatórios.

O setor saúde tem sido pioneiro em percorrer o local de moradia das pessoas, com a criação de vínculo com as famílias. Os outros setores como educação, transporte, habitação, segurança, meio ambiente, entre outros, ainda não têm este

alcance, mantendo um distanciamento relativo dos problemas e necessidades da população.

Suárez (1993) propõe então que se fortaleça o nível local e que se dirijam os esforços fundamentais à realização de programas, projetos e atividades intersetoriais neste nível, como estratégia para o desenvolvimento geral da intersetorialidade em saúde.

Minayo, Hartz e Buss (2000) numa discussão pertinente sobre qualidade de vida e saúde, abordam a incipiência da proposta da intersetorialidade no Brasil, assim como outros autores (Westphal, 1997; Ferreira; Buss, 2002) e colocam:

Assim, ainda que reconheça que poderosos determinantes estejam freqüentemente situados fora do setor e bastante ligados ao que se consideraria, no senso comum, como componentes da qualidade de vida, o sistema de saúde não intervém sobre eles; sente-se impotente ou simplesmente passa ao largo de tais relações. Na maioria das vezes, adota uma posição exclusivamente retórica quanto aos chamados determinantes extra-setoriais que são, em grande parte, os mais relevantes componentes da qualidade de vida e também de uma vida saudável. Até mesmo 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 maior parte dos países do mundo. (p.16)

Viana (1998) acredita que as práticas intersetoriais têm ficado restritas ao âmbito local, com característica experimental e temporária no Brasil, devido ao predomínio da vontade das elites locais, assim como a política econômica federal e corporativismo e burocracia nas ações públicas.

Num artigo que analisa as contradições e oportunidades na construção de alianças entre setores, Stern (1990) coloca que a burocracia governamental cooptaria as iniciativas de parcerias. Os recursos limitados fornecidos pelas parcerias à comunidade ativa e uma apropriação indébita da sua agenda de desenvolvimento,

limitariam a credibilidade da população. A competição pela liderança entre profissionais e setores também dificultaria o desenvolvimento das ações (Stern, 1990).

2.2 Algumas experiências brasileiras de práticas intersetoriais

Considera-se importante divulgar algumas experiências brasileiras de articulação intersetorial para a saúde, acessadas a partir do levantamento bibliográfico realizado para este trabalho, apesar de não acomodarem a totalidade das experiências realizadas. Pôde-se identificar experiências com diferentes características que foram divididas em grupos:

- Experiências que envolveram a gestão municipal da cidade envolvida

- com modificação da estrutura setorial de gestão

A partir de 1997, a cidade de Fortaleza (CE) legitimou um modelo descentralizado, intersetorial e participativo de gestão da cidade, inclusive com a criação da Lei 8000 de 25 de janeiro de 1997, tendo como horizonte a melhoria da qualidade de vida da população. Avaliou-se que o processo não poderia ser conduzido apenas pela Secretaria de Saúde, mas pela prefeitura para que se garantisse a intersetorialidade e a descentralização e não apenas a desconcentração. (Ribeiro, 1997)

Foram, então, extintas as Secretarias de Educação, Saúde, Trabalho e Ação Social e foram criadas seis Secretarias Executivas Regionais (SER) com áreas de abrangência populacionais definidas, sendo desenvolvidas nelas programas integrados de emprego e renda e ações que garantissem acesso aos serviços de saúde, educação, cultura, esporte, lazer e assistência social. (Ribeiro, 1997)

Com o objetivo de exercer funções de articulação das políticas sociais, foram criadas: a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social (SMDS), cujas atribuições são planejar, monitorar indicadores e definir prioridades para os grupos populacionais e de trabalhadores; a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Territorial e Meio Ambiente (SMDT), que possui a mesma estrutura administrativa, porém com poderes executivos no concernente à ações que ultrapassem os limites de uma região e a Secretaria de Ação Governamental (SAG) – órgão responsável pelo orçamento e planejamento municipal, comunicação e informação da Prefeitura. (Junqueira, 1997). Também se estabeleceram coordenadorias de saúde, educação, habitação e trabalho para realizar assessoria técnica às SER. Foram criadas Comissões Técnicas Intersetoriais, tanto para articular órgãos e planejar e priorizar ações de interesse da cidade, como no âmbito executivo das SER (Junqueira, 1997). É realizado planejamento plurianual com a participação popular (Ribeiro, 1997).

Nas palavras de Junqueira (1997) “No entanto, isso não significa mudanças efetivas nas práticas organizacionais, que só ocorrem quando há transformação de valores e da cultura organizacional.” (p.43), mas contribui para dar início a estes processos.

Ceará também teve outro de seus municípios – Sobral – com a sua estrutura governamental modificada, com inspiração na proposta de Cidades Saudáveis,

aplicação do planejamento estratégico e implementação de projetos intersetoriais, no período de 1997 a 2003 (Andrade; Baretta; Gomes; Canuto, 2005). As ações incluíram ampliação da rede de abastecimento de água potável, rede de esgoto, ampliação da coleta de lixo, expansão de áreas verdes, criação de ciclovias e universalização da cobertura do Programa Saúde da Família. Os autores Andrade, Baretta, Gomes e Canuto (2005) relacionam tais iniciativas à redução do índice de mortalidade infantil, diminuição das mortes por acidentes de trânsito, aumento do número de crianças freqüentando a escola, entre outros (Andrade; Baretta; Gomes; Canuto, 2005).

Sícoli e Nascimento (2003) publicaram uma análise de cinco experiências de gestão pública – Icapuí (CE), Belo Horizonte (MG), Vitória (ES), Ipatinga (MG) e Santos (SP) - com base nos princípios que caracterizariam as iniciativas de Promoção da Saúde definidos pela Organização Mundial da Saúde: concepção holística, intersetorialidade, empoderamento, participação social, equidade, ações multi-estratégicas e sustentabilidade. Santos foi o único município que contemplou, na análise dos autores, os sete princípios. Especificamente em relação ao princípio da intersetorialidade, dois municípios – Icapuí e Belo Horizonte – não o contemplaram em suas estratégias.

Tais autores concluem que os princípios da promoção de saúde são universalizáveis e operacionalizáveis, mesmo que o setor saúde não lidere ou seja central no processo. Questionam ainda a capacidade do setor saúde em avançar além da assistência e prevenção, considerando a herança histórica do setor, a desigual disputa de poder entre a assistência hospitalar e da rede básica ou entre a prevenção e a promoção e também o papel e a necessidade de se responder à demanda

assistencial. As ações de âmbito coletivo, para os autores, ficariam num segundo plano e talvez

O setor saúde teria maior potencial do que outros do poder público para indicar as ações necessárias à promoção, mesmo que sua execução coubesse a setores afins, como saneamento, habitação, educação, assistência social, etc. O setor saúde poderia ter, além das atribuições “tradicionais”, um papel de destaque para a operacionalização da intersetorialidade, sensibilizando outros setores e viabilizando a pactuação de metas e objetivos comuns, voltados a impactar positivamente sobre as condições de vida cotidianas e seus determinantes sócio-econômicos e ambientais. (Sicoli; Nascimento, 2003, p.120).

Por outro lado, atores sociais diversos têm notado que a percepção da limitação da ação setorial é mais clara no setor saúde, observando-se, por exemplo, a necessidade por saneamento e urbanização ou a relação da morbi-mortalidade com a violência (Feuerwerker; Costa, 2000).

Nutbeam (1994) sugere que o papel do setor saúde e dos profissionais de saúde estaria em ‘advogar’ pela saúde, liderando no levantamento das questões de saúde e os potenciais âmbitos de ação para promoção da saúde num amplo espectro de setores e ambientes.

Discutindo a questão do desenvolvimento sustentável, von Schirnding (2002) coloca que o papel do setor saúde estaria em prover evidências sólidas acerca dos riscos à saúde de um desenvolvimento ‘não-sustentável’, colaborar na elaboração de políticas para prevenção dos riscos e na construção de capacidades dentro e fora do setor para trabalhar neste perspectiva.

- sem modificação da estrutura setorial de gestão

Na cidade de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, o que desencadeou o processo de intersetorialidade foi a revelação das condições de vida em que as

peças viviam, a partir do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde vinculados ao PACS ou PSF, o que gerou discussões nos diferentes setores da administração municipal e nos conselhos regionais urbanos e setoriais que realizam o orçamento participativo (Dobashi; Gonçalves; Barros; Cabral, 2005).

Foi criado então um Conselho Consultivo, formado pelo conjunto dos secretários municipais da saúde, educação, assistência social, trânsito, habitação, obras, planejamento urbano e esportes/ cultura/ lazer. As propostas colocadas setorialmente, foram debatidas e integradas intersetorialmente através de oficinas e seminários. O projeto final, que pretendia o desenvolvimento integrado voltado para a qualidade de vida da população, foi desenvolvido de forma matricial: cada atividade era coordenada por um gestor, mas seu desenvolvimento era integrado com os outros órgãos municipais, incluindo o processo de execução⁷ e se realizou no período de 2001 a 2004. Tal projeto congregou várias ações sociais concretas e, segundo Dobashi, Gonçalves, Barros e Cabral (2005), os resultados puderam ser refletidos nos índices de saúde da região. (Dobashi; Gonçalves; Barros; Cabral, 2005)

- experiências de cunho regional ou local, com iniciativas externas à gestão municipal

- objeto de atenção diz respeito a vários setores

⁷ Como exemplo, os autores citam as ações relacionadas à melhoria do abastecimento de água e sistema de esgotamento, em que foi envolvida a Secretaria de Saúde e a de Habitação, além da empresa que realizava o serviço de abastecimento de água e esgoto na cidade. Foram realizadas, não só novas ligações à rede de água e coleta de esgoto, instalações sanitárias – banheiros, fossas, caixas de gordura, pias de cozinha, tanque e lixeiras – e casas, como as instalações eram feitas nas Oficinas de Saneamento montadas com o financiamento do projeto, as fossas eram feitas com os pneus recolhidos pelo programa de controle da dengue e a reconstrução das áreas degradadas incluiu educação ambiental nas escolas, entre outros.

O Programa de Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável de Manginhos (RJ) foi estruturado em torno dos objetivos de identificar, articular e integrar iniciativas de desenvolvimento econômico e social nas comunidades do local; promover interlocução e responsabilização entre poder público, privado e população através da conformação em instâncias de gestão e formular agendas locais pactuadas com foco na qualidade de vida da população (Bodstein; Zancan, 2003).

Tratou-se de um projeto de Promoção da Saúde realizado em três anos, a partir de 1999, que envolveu a cooperação do governo canadense, da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/ FIOCRUZ) e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), desdobradas em várias parcerias com órgãos governamentais e comunidade.

Utilizaram-se do Diagnóstico Rápido Participativo e realizaram levantamento dos equipamentos e iniciativas sociais da área. Este processo possibilitou a identificação das lideranças populares, discussão de necessidades e mobilização dos moradores na perspectiva da reversão da exclusão social (Bodstein; Zancan, 2003).

As principais reivindicações das comunidades locais foram cursos profissionalizantes, postos de saúde, atividades culturais e educativas, creches, ampliação do ensino fundamental até 8ª série, novas moradias, rede de esgoto nova e reparo e limpeza da já existente. Foram mapeadas 142 iniciativas/ equipamentos sociais: 28 de Associativismo, 23 de Assistência Social, 36 de Educação, 29 de Cultura, Esporte e Lazer, 15 de Trabalho e Renda e 11 de Saúde. Foi constituído o Fórum Regional Acorda Manginhos (Bodstein; Zancan, 2003).

Nesta experiência, a interlocução ficou prejudicada “pela lógica da política partidária e por uma espécie de neo-clientelismo, em que programas sociais são implantados, visando efeitos colaterais imediatos” (Bodstein; Zancan, 2003, p.57), o que dificulta a sustentabilidade do processo que deve passar pelo compromisso do poder público e elaboração e pactuação de agenda local (Bodstein; Zancan, 2003). Mas a participação e empoderamento da comunidade no processo de planejamento, implementação e avaliação do projeto, as ações intersetoriais empreendidas, a identificação e superação de desafios, são resultados de promoção à saúde obtidos do trabalho.

- objeto de atenção diz respeito ao setor saúde, especificamente

A experiência do Centro de Saúde-Escola Barra Funda, situada no centro do município de São Paulo, buscou articular uma rede de serviços através de encontros interinstitucionais e cadastro de serviços e profissionais, que culminou com um projeto de uma casa de cuidados para pessoas desabrigadas que necessitassem de cuidados de saúde por um curto período de tempo (Carneiro Jr. et al, 2000).

Junqueira (1997) reconhece que atuar intersetorialmente exige planejar, executar e controlar a prestação dos serviços de uma nova forma e, portanto, uma nova lógica de atuação que exige compromisso com a mudança, não só por parte dos dirigentes, mas de um número significativo de trabalhadores “capazes de inovar, de ser o motor da mudança” (p.38).

Avalia-se, então, que é preciso conhecer como estes trabalhadores do PSF percebem a intersetorialidade enquanto estratégia e como seu trabalho está organizado de modo a acomodá-la, assim como a forma que percebem as necessidades e potencialidades da população e que respostas dão em sua consequência. Acredita-se que, através da percepção destes atores, pode-se também resgatar questões relacionadas a outras esferas de poder, estabelecendo relações entre os dilemas que acometem os trabalhadores com outras dimensões da realidade.

No decorrer do levantamento bibliográfico, foram identificados três estudos que buscaram analisar, entre outras questões, a percepção de atores sociais acerca da intersetorialidade, no Brasil.

No seu estudo, Paula, Palha e Protti (2004) buscaram analisar como, especificamente os enfermeiros dos núcleos de Saúde da Família, compreendem a intersetorialidade e buscam a articulação com os equipamentos sociais na assistência à saúde prestada. Para isso valeram-se da técnica de análise do Discurso do Sujeito Coletivo. Dos resultados destaca-se a fragmentação no pensamento e prática dos profissionais, em que a intersetorialidade é compreendida e situada “no desenvolvimento das ações de saúde no trabalho em equipe ou apenas setorial, a partir dos níveis de atenção” (p.346) Tal fragmentação também se expressa na idéia de que a intersetorialidade faria parte de processos de trabalhos individuais e função dos trabalhadores da saúde e um trabalho informal, baseado em necessidades individuais dos usuários. Para eles, a intersetorialidade se constituiria, então, como um trabalho “penoso e solitário”, mas percebem a importância da criação de uma rede de apoio para sua efetivação e que é preciso aumentar a interlocução com outros profissionais e setores. (Paula; Palha; Protti, 2004).

Na análise do trabalho destes autores, percebe-se a necessidade de ampliação da análise dos resultados a partir do estabelecimento de relações entre as diferentes dimensões da realidade. A problemática da intersetorialidade fica situada no nível do profissional e da equipe e não são estabelecidas correlações com questões de ordem estrutural ou estruturantes do setor que possam estar colaborando na conformação da situação que descrevem.

Num estudo de caso que buscou conhecer a implantação das ações intersetoriais em um município participante do Projeto de Redução da Mortalidade na Infância, Ferreira e Silva (2006) analisaram, entre outros aspectos, concepções sobre intersetorialidade de pessoas envolvidas na gestão estadual e regional do programa; gestão e governos municipais e em instituições participantes e executoras do programa.

A intersetorialidade aparece, nas concepções, como um movimento social e como algo para ajudar a comunidade, relacionada a idéias de filantropia, caridade e sonho, sendo o conteúdo das ações referido como atenção básica, desconsiderando o grupo de trabalho intersetorial como uma instância interinstitucional de governo, capaz de influir nas raízes dos problemas de saúde, evidenciando uma desinstitucionalização do projeto. O governo municipal era percebido como político-partidário e não como instituição pública.

O estudo também detectou que a concepção dos membros do grupo de trabalho intersetorial estadual e regional era compatível com a noção da determinação complexa da saúde, mas, apesar disso, foi evidenciado distanciamento entre objetivos e atividades desenvolvidas ou a ação intersetorial era percebida como uma ação

dialógica. Foi detectada também a percepção de trabalho conjunto, remetendo-a à idéias de integração, parcerias, colaboração. (Ferreira; Silva, 2006).

3 OBJETIVO DO TRABALHO

Considerando que:

- a intersetorialidade é uma estratégia de intervenção na cadeia de determinação social do processo saúde-doença;
- o PSF é a estratégia nacional para reorientação do modelo assistencial e apresenta elementos que favorecem o trabalho intersetorial pela sua inserção no nível local, com reconhecimento das condições de vida e de outros setores no território;
- poucos estudos têm explorado a perspectiva dos trabalhadores de saúde sobre a intersetorialidade no PSF;
- o reconhecimento da validade da ação intersetorial não pode estar pautado apenas em resultados mensurados por indicadores de impacto, mas deve passar pela avaliação da mudança epistemológica através das percepções de saúde, de trabalho e de mundo, é que se determinou, como objetivo deste trabalho:
 - analisar a percepção sobre o trabalho intersetorial dos trabalhadores de saúde que atuam com o Programa Saúde da Família, na região administrativa da Freguesia do Ó/ Brasilândia.

4 O PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Quadro teórico-conceitual

Mendes (1996) discute que, para que o SUS se consolide, se fazem necessárias mudanças, concretizadas através de um processo de construção social, na *concepção de saúde-doença*, no *paradigma sanitário* e na *prática sanitária*.

As categorias que o autor propõe para a análise – concepção de saúde doença, paradigma sanitário e prática sanitária – foram utilizadas neste estudo para facilitar a compreensão da participação do setor saúde nas mudanças requeridas para viabilizar o SUS, que é uma política que vai além do setor, exigindo mudanças de ordem social maiores.

4.1.1 Concepção de saúde-doença

A concepção de saúde-doença, para Mendes (1996) deve evoluir da vinculação com a doença e a morte, o que chama de “aproximações negativas”, para concepções mais vinculadas à qualidade de vida, uma produção social, que chama de “aproximações positivas”.

Na primeira concepção, a saúde seria representada como ausência da doença e, portanto, a organização dos serviços é definida por parâmetros médicos e seu objetivo é disponibilizar serviços preventivos e tecnologias curativas e reabilitadoras, centradas no desenvolvimento biológico da doença, com atenção no indivíduo,

desprovido de sua expressão social, fragmentado em sistemas, cuja relação com o profissional é ‘tecnificada’.

Na concepção em que a saúde é vista em sua positividade, ou seja, naquilo que ela ‘possui’ e não naquilo que ‘não possui’, é tratada como

Processo que pode melhorar ou deteriorar conforme a ação de uma sociedade sobre os *fatores* (grifo meu – será explicado ao final deste item) que lhe são determinantes, sobre o estado de saúde acumulado e sobre as conseqüências da perda da saúde. (Mendes, 1996, p.239).

Para o autor, a saúde é produzida socialmente assim como a produção de bens econômicos ou não, como as produções políticas, organizativas, cognitivas, ideológico-culturais, entre outras. Desta forma, a produção social da saúde estaria inscrita, no campo dos conhecimentos, na interdisciplinaridade e, no das práticas, na intersetorialidade.

Faz-se necessário resgatar as teorias interpretativas do processo saúde-doença para que se possa realizar o exercício de identificação dos marcos referenciais de análise a que estão associadas as teorias.

Considerando que a ciência, assim como a arte, a religião, o direito, carregam consigo teor ideológico, um retrato da concepção de mundo, explicita-se tal visão, reconhecendo-se sua influência na ótica de interpretação dos resultados. Numa visão gramsciana, a ideologia não se restringe a um sistema de idéias, mas inspira atitudes e direciona as ações. Neste sentido, também colabora na delimitação do objeto de trabalho em saúde e na determinação dos seus meios, recursos, instrumentos, métodos e técnicas. As teorias interpretativas da saúde e da doença refletem o desenvolvimento das forças produtivas das sociedades e, ao mesmo tempo, são fonte de inspiração para sua manutenção ou transformação.

No resgate histórico sobre a inferência causal e os seus marcos teóricos de análise, Facchini (1993) define três marcos de inferência causal: as *crenças mágico-religiosas*, predominantes no período que vai da pré-história até a Antigüidade, quando a doença era interpretada como resultado de feitiços, ataque de espíritos do mal, castigo dos deuses, desrespeito a um tabu ou impureza humana; o *empirismo racionalizado*, preponderante na Grécia Clássica dos séculos VI a IV aC, com o desenvolvimento de explicações racionais sobre a doença, que estaria relacionada ao ambiente, à sazonalidade, ao trabalho, posição social dos indivíduos e humores corporais; e o *científico*, originada na mesma base da Revolução Científica do século XVII, cuja análise do surgimento da doença se dá através da observação detalhada, sistematizada e capaz de produzir ordenamento lógico do conhecimento.

Três concepções ou modelos de causalidade/ determinação das doenças, são delimitados pelo mesmo autor: o *unicausal*, o *multicausal* e o da *determinação social*. Na concepção *unicausal* admite-se “a existência de uma única causa necessária e suficiente para a doença” (Facchini, 1993, p.38). A preocupação reside na aparência dos fenômenos ou na causa mais evidente. Na segunda metade do século XIX este modelo é reforçado com o isolamento dos microorganismos estabelecendo predominância deste modelo na medicina e epidemiologia. (Facchini, 1993; Rosen,1980). Na atualidade, esta concepção pode ser reforçada a partir da descoberta do genoma e seu desvendamento e a busca de sua conexão com as enfermidades.

Já no modelo *multicausal*, busca-se “determinar uma rede de relações causais entre os fatores de risco e as doenças” (p.39). O modelo ecológico de Leavell & Clark seria uma outra perspectiva do modelo multicausal através da análise do

desenvolvimento da História Natural das Doenças. Este modelo acaba sendo dominado por uma concepção indeterminista diante da impossibilidade de se estabelecer conexões fundamentais entre causa e efeito ou dá ênfase às causas mais aparentes e próximas da doença, considerando-as com a mesma importância na sua determinação. O problema neste modelo é que o social é considerado como apenas mais uma dimensão do ser humano “sem estabelecer uma hierarquia entre os processos sociais e biológicos” (p.43).

Quanto à determinação social do processo saúde-doença, nesse modelo

Procura-se enfrentar a necessidade da construção de um novo marco explicativo para a determinação do processo que, de modo hierarquizado, articule todos os processos (condições ou características) que participam de forma essencial na produção de uma doença. (p.40).

A teoria da produção social, aplicada à saúde por Mendes (1996), divide a realidade em três dimensões: dimensão dos *fatos*, das *acumulações sociais* e das *regras básicas*. A primeira abarcaria os fatos/ fenômenos econômicos, políticos ou sociais, qualquer bem produzido, gerando um acúmulo social. A segunda seria o espaço dos atores e organizações sociais, capazes de produzir fatos pela capacidade acumulada, seja ela econômica, ideológica, política ou intelectual. A terceira dimensão reuniria as regras fundamentais que definiriam os “espaços de variedade do possível”, que seria o nível da essência dos fenômenos, não visível, sendo apreensível mediante teoria explicativa (Mendes, 1996).

A produção social da saúde considera a dimensão da acumulação social como “capacidades acumuladas de produção de fatos” que podem gerar “fluxos de produção”, constituindo-se em parte desta dimensão, “acumulando ou desacumulando saúde” (Mendes, 1996, p.240).

A Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença, avança no que seria, para Mendes, considerada a dimensão das *regras básicas*, porque busca no materialismo histórico-dialético a explicitação da determinação essencial do processo.

Apesar de esta última teoria ter sua origem no século XVIII nos movimentos da patologia social e da medicina social, as discussões que a permeavam se intensificaram com a crise econômico-política do final da década de 60 na América Latina, que é caracterizada por lutas sociais e populares que reivindicavam, de formas diferentes, a satisfação das necessidades da população trabalhadora no âmbito da saúde.

O materialismo histórico-dialético é usado como referencial teórico de análise e a saúde-doença são vistas, então, como um fenômeno social, expressão da forma como a sociedade está organizada (estaria incluída na dimensão dos *factos*, de Mendes). Neste sentido, tem especial importância o desenvolvimento das forças produtivas com seus meios de produção e força de trabalho e as relações sociais de produção que geram formas de trabalho e condições de vida específicos e de forma diferenciada entre os grupos sociais, gerando potenciais de risco e benefício que, numa relação dialética, configuram-se em diferentes perfis saúde-doença, conforme a síntese das forças envolvidas nesse processo.

Processo, segundo Demo (1981), envolve o conceito de historicidade, a realidade de conflito, mutação e movimento constantes. Tal realidade processual é inacabada e fragmentária, mas há relativa persistência temporal nas fases da realidade histórica, ocorrendo uma relação dialética entre *perene* ou *passageiro*. Não significa progresso, podendo também incluir o retrocesso.

O processo saúde-doença, para Laurell (1983), que compartilha da visão de Breilh (1981)

É determinado pelo modo como o homem se apropria da natureza em um dado momento, apropriação que se realiza por meio de processo de trabalho baseado em determinado desenvolvimento das forças produtivas e relações sociais de produção. (p.157).

O homem é visto como um ser social e histórico e, para Laurell (1983), “o próprio processo biológico humano é social (...) na medida em que não é possível focalizar a normalidade biológica do homem à margem do momento histórico” (p.152) e por isso tem caráter histórico em si mesmo.

Tais contradições se operam nas dimensões estrutural, particular e singular. Cada uma destas dimensões mantém relação dialética com a outra. De forma geral, a dimensão estrutural se compõe dos processos de desenvolvimento da capacidade de produzir e das relações sociais que ocorrem no contexto onde há dado perfil epidemiológico. A particular é formada pelos processos relativos à forma de produzir e consumir de cada grupo sócio-econômico e a singular se compõe dos processos que, em última instância, sustentam a vida e a saúde ou conduzem ao adoecimento e morte.

O perfil epidemiológico (perfil típico de saúde-doença), para Breilh (1981), resume a essência deste complexo processo, que é histórico e manifesta-se diferentemente nos perfis reprodutivos das classes sociais.

Para Laurell (1983), a forma como a sociedade está organizada, condiciona uma visão de saúde-doença predominante na sociedade e, no caso da sociedade capitalista, predomina a visão centrada na biologia individual, expropriando o seu caráter social, por expressar as necessidades da classe dominante, cujo corpo deve estar saudável o suficiente para o trabalho. Apesar disso, não se anula o

conhecimento do funcionamento biológico. Este é necessário, porém não suficiente para intervir nas suas raízes para se ter uma atuação diferenciada.

Processo saúde-doença da coletividade, para Laurell (1983), é

O modo específico pelo qual ocorre no grupo o processo biológico de desgaste e reprodução, destacando como momento particular a presença de um funcionamento biológico diferente com consequência para o desenvolvimento regular das atividades cotidianas, isto é, o surgimento da doença. (p.151).

Nesta concepção de saúde-doença, as propostas de atuação para seu enfrentamento deveriam reconhecer a complexidade do fenômeno e sua relação com as outras dimensões da sociedade, assegurando respostas permanentes e conjunturais efetivas nas três dimensões, segundo prioridades que só podem ser estabelecidas em dado terreno histórico.

Nos estudos descritos na Introdução deste trabalho, pode-se notar que a maioria dos autores trabalha numa perspectiva de ‘determinantes sociais da saúde’, baseados na perspectiva de sua produção social multifatorial recaindo sobre os principais dilemas aqui levantados. Portanto, por assegurar o nível de importância e hierarquização da intervenção em diferentes dimensões da sociedade, é que se adotou a Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença para análise.

Numa perspectiva complementar, adota-se as proposições de Mendes (1996) quando provoca uma reflexão em torno do conceito positivo de saúde - e não naquilo que o indivíduo ou grupo não possuem, ou seja, seu conceito negativo – e avança na consolidação de uma base para ações de reforço às potencialidades de saúde e não nos desgastes, apesar de não negar a importância da assistência no momento peculiar da doença.

4.1.2 Paradigma sanitário e prática sanitária

Paradigma, para Mendes (1996), que se apóia na visão sociológica de Kuhn, “é um conjunto de elementos culturais, de conhecimentos e códigos teóricos, técnicos e metodológicos compartilhados pelos membros de uma sociedade científica” (p.237).

O autor defende que, para que ocorra a reforma sanitária, é necessário que haja uma mudança do paradigma *flexneriano* – nome relacionado ao Relatório Flexner de 1910, realizado pela Fundação Carnegie, cujas recomendações receberam investimento financeiro de 300 milhões de dólares por 20 anos de fundações americanas privadas – para o paradigma da produção social da saúde.

O paradigma flexneriano se expressaria por elementos como: *mecanismo* (corpo humano como máquina), *biologismo* (reconhecido apenas o aspecto biológico da doença), *individualismo* (atenção individual como objeto da saúde), *especialização* (profundidade do conhecimento em dimensões específicas em detrimento do todo), *tecnificação* (como forma de mediação entre os profissionais e a doença) e *curativismo* (processo fisiopatológico é prestigiado em detrimento da determinação). (Mendes, 1996).

A construção do paradigma da produção social da saúde que supere tal paradigma, deve se dar na direção de um conceito positivo de saúde e como um processo que pode ser modificado mediante a ação social, que supõe o uso de recursos econômicos, de poder e conhecimentos.

Prática sanitária, para Mendes (1996) “é a forma como uma sociedade, num dado momento, a partir do conceito de saúde vigente e do paradigma sanitário

hegemônico, estrutura as respostas sociais organizadas ante os problemas de saúde” (p.241).

Entende-se então que a Promoção da Saúde, enquanto campo de conhecimentos, códigos metodológicos e técnicos, se insere na noção de paradigma e, enquanto resposta social aos problemas de saúde dada em alguns contextos determinados, pode se inserir na noção de prática sanitária ou pode vir a ser uma prática sanitária.

O termo promoção da saúde não é novo, mas ressurgiu nas últimas décadas no contexto de países industrializados, com especial investimento no Canadá, a partir do questionamento da eficiência da assistência médica de alta tecnologia. Alguns autores, ainda, citam que se partiu da necessidade de controlar os custos relacionados à assistência no modelo biomédico, resgatando-se então o pensamento da Medicina Social do século XIX em que a saúde e o ambiente social se relacionavam (Czeresnia, 2003).

Mas o movimento da Promoção da Saúde no Brasil e na América Latina adquire uma identidade própria, diferenciado pela crítica e análise das relações entre saúde e sociedade, com propostas concretas para transformação das desigualdades em saúde e com alterações na estruturação das políticas de saúde no Brasil. O resultado do movimento pela Reforma Sanitária e, mais diretamente, da VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986 e a conformação do Sistema Único de Saúde com sua posterior regulamentação na Lei Orgânica 8080 e 8142 de 1990 no Brasil e, na América Latina, com a Conferência de Bogotá, em 1992, são exemplos disto (MS, 2002).

Zancan (2003) define promoção da saúde como um campo aplicado de teorias e práticas em que estariam abrigadas todas as proposições do campo da saúde coletiva presentes na base da formulação do SUS - “integralidade, equidade, descentralização e controle social” (p.52), contemporaneamente.

Um dos primeiros autores a utilizarem o termo promoção da saúde, segundo Buss (2003), foi Sigerist, quando definiu o que seriam as principais ações da medicina: a prevenção de doenças, promoção da saúde, recuperação dos doentes e sua reabilitação (BUSS, 2003). Em 1965, Leavell & Clarck desenvolvem o modelo da história natural da doença sendo a promoção da saúde considerada como um dos níveis da prevenção primária, o que acaba reduzindo-a a ações individuais e pré-patológicas, confundindo suas proposições na atualidade e limitando sua amplitude para a transformação social.

A prevenção, para estes autores, exigiria uma ação antecipada que impossibilitasse o progresso posterior da doença. A prevenção primária, que inclui a *promoção da saúde* e a *proteção específica*, deveria ser realizada do período chamado de pré-patogênese, com foco na proteção contra agentes biológicos ou alterações no meio ambiente (Leavell; Clark, 1977).

As medidas aplicadas para promoção da saúde, não se dirigiriam à determinada doença ou desordem, mas seriam voltadas a “aumentar a saúde e o bem-estar gerais” (p.19). Reuniriam como ações de promoção da saúde a educação sanitária, “bom padrão de nutrição”, atenção ao desenvolvimento psicológico, moradia, lazer e “condições agradáveis de trabalho”, “aconselhamento matrimonial e sexual”, medicina genética e exames periódicos (Leavell; Clark, 1977, p.18). As intervenções

nas diferentes fases, na verdade, estariam voltadas a evitar doenças, porque parte de um conceito de que a saúde é a ausência da doença.

Desde então, o conceito de promoção vem sofrendo influência de diversas publicações, eventos e encontros em favor da saúde. Buss (2003) indica que o informe Lalonde de 1974 terá influência no desenvolvimento do campo da promoção, assim como a 30ª Assembléia Mundial de Saúde de 1977 – Saúde Para Todos no Ano 2000 e a Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde, cuja produção resultante foi a declaração de Alma Ata, além de outras publicações.

Da I Conferência Mundial de Promoção da Saúde, ocorrida em 1986, na cidade de Ottawa (Canadá), cujo produto das discussões foi a reconhecida Carta de Ottawa, nasce a perspectiva contemporânea de Promoção da Saúde. Promoção da Saúde, desde então, é definida como o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (MS, 2002, p.19). A saúde passa a ser vista num aspecto positivo, de reforço de potencialidades. As ações de promoção, portanto, não excluem aquelas que evitam doenças ou as tratam, mas não se detêm aí como objetivo final, mas se prolongam na busca de melhor para qualidade de vida, distribuída de forma mais igualitária pela sociedade.

Andrade e Barreto (2004) destacam a necessidade de um alinhamento conceitual sobre Promoção da Saúde no sistema de saúde brasileiro. Discutem que na Constituição brasileira de 1988, a Promoção da Saúde é tida como um “tipo de ação de saúde”, reduzindo seu significado, como se fosse “mais uma ação entre outras de saúde” e colocam que isto se deve à estruturação proposta por Leavell e Clark na década de 60, em que a promoção aparece como um dos níveis da prevenção,

conforme citado anteriormente. Argumentam que os alinhamentos conceituais são consolidados politicamente de uma forma normativa e operativa e que têm o poder de exercer tensão sobre o paradigma biomédico predominante.

Inúmeras aplicações práticas do que seriam os eixos de atuação para se promover saúde, definidos na Carta de Ottawa - elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, reforço para a ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos sistemas e serviços de saúde – foram aperfeiçoando a noção de promoção. Pesquisas no mundo todo têm assumido a tarefa de detalhar o entendimento sobre promoção da saúde. Esta relação praxica, intimamente relacionada com o contexto histórico e a forma como a sociedade está organizada, pode ser evidenciada nos diferentes modelos de promoção à saúde que foram sendo conformados e que alguns autores buscaram evidenciar e classificar.

Caplan (1993) considera que são os processos políticos que influenciam o desenvolvimento de projetos em Promoção da Saúde. Este autor representou um esquema teórico composto de quatro principais paradigmas existentes no campo da Promoção da Saúde, partindo de teorias sociais. Sua análise se pautou em três aspectos, adaptados do trabalho de Whittington e Holland de 1978, quais sejam: (1) *visão de sociedade*; (2) *origem dos problemas de saúde*; (3) *objetivos da promoção da saúde*. A representação gráfica foi baseada na proposta de Burrell e Morgan de 1985 que dividem as teorias em quatro grupos: (1) *radical*; (2) *radical-estruturalista*; (3) *humanista* e (4) *tradicional-funcionalista* e as relacionam com as dimensões objetiva e subjetiva do conhecimento. Ressalta-se que as duas primeiras seriam teorias voltadas para a transformação radical e as duas últimas, de caráter regulatório.

Com base nessa categorização, os paradigmas de promoção da saúde propostos por Caplan (1993) foram:

- *funcionalista*, em que o sistema social é baseado na harmonia de interesses valores comuns, as questões humanas são compreendidas a partir das ciências naturais e a origem dos problemas de saúde são as doenças, comportamentos incorretos, hábitos ou estilos de vida, cuja superação se dá pela modificação da atitude ou mudanças administrativas, legislativas ou ambientais.

- *humanista*, em que a sociedade tem base na subjetividade dos participantes e as estruturas sociais, instituições, regras são criadas, sustentadas e modificadas através da interação entre as pessoas. A sua sustentação se dá desconsiderando as causas e conseqüências da política e economia. A origem dos problemas de saúde são as perturbações nos significados que as pessoas atribuem para suas identidades e ações, e sua superação se dá a partir da melhora da comunicação e conhecendo os significados dos problemas e eventos para as partes envolvidas.

- *radical estruturalista*, em que os conflitos oriundos do sistema econômico resultam em distribuição desigual da riqueza, poder e oportunidades para as diferentes classes sociais, sendo o conflito de classes o que caracteriza a sociedade. Os problemas de saúde advêm dos desgastes da produção e demandas não atendidas na dimensão da reprodução. As condições para acumulação de capital interferem, ainda, nas doenças ocupacionais, emprego ou desemprego, padrões de consumo, habitação inadequada, nutrição, entre outros, advindos dos primeiros.

- *radical*, em que a sociedade é entendida como opressiva e alienante, caracterizada por distribuições desiguais de poder e a fonte de problemas estão nas instituições sociais que definem valores, invalidam alternativas, afetando a consciência humana,

relacionamentos e potencial. A proposta de superação se dá na auto-descoberta através de projetos cooperativos e não hierárquicos e ‘desprofissionalização’ do cuidado de saúde que muda o sistema de controle social, bem como na revelação e no desafiar a política em saúde.

Para Naidoo e Wills (2002), os diferentes entendimentos sobre Promoção da Saúde, refletem sua história, origem, e identificaram cinco diferentes modelos de Promoção da Saúde, que foram descritos a partir da análise dos objetivos, métodos e forma de avaliação das diferentes abordagens.

O modelo *médico ou preventivo* tem foco na redução da morbi-mortalidade e as ações de saúde são focadas em grupos de risco, sendo pautadas no conceito de saúde como ausência de doença. Em última instância, sua avaliação se dá a partir da redução da morbi-mortalidade. O *comportamental* objetiva encorajar indivíduos a adotarem comportamentos saudáveis, como sendo o elemento-chave para melhora da saúde, valendo-se de campanhas, meios de comunicação em massa ou abordagens individuais. O *educacional* pretende prover as pessoas de conhecimentos e informações e desenvolver habilidades para que possam tomar decisões conscientes sobre sua saúde. Diferencia-se do anterior por não utilizar a persuasão ou motivação para uma direção específica, mas faz uso de folhetos, recursos audio-visuais, abordagens individuais ou de grupo e sua avaliação é pautada na aprendizagem. Já o *empoderamento* busca tornar possível às pessoas conquistar controle sobre suas vidas, através do reconhecimento de suas necessidades, conquista das habilidades e confiança para o enfrentamento de suas questões.

As categorizações ou modelos propostos por Seedhouse (2000) são baseadas na crença de que são os valores políticos que inspiram os diferentes modelos e são:

promoção da saúde médica, promoção da saúde social, promoção da boa saúde, a 'pegue-e-faça' promoção da saúde e o modelo 'mesclado'.

Os praticantes do primeiro, o teriam como um modelo objetivo e baseado em evidências, mas sua filosofia estaria associada à manutenção do poder e ao utilitarismo. Já o modelo da saúde social, tem a perspectiva da melhoria da qualidade de vida das populações, em especial, a das menos favorecidas economicamente, seus praticantes a tendo como inquestionavelmente moral mas, segundo o autor, sendo baseado em valores e interesses como os demais. O modelo da promoção da boa saúde teria base nas necessidades reais das pessoas, seus praticantes utilizando-se de estratégias de 'empoderamento' e participação popular, sem regular a vida privada das pessoas para isso. No modelo 'pegue-e-faça' promoção da saúde, a promoção da saúde é senso comum, uma questão de se fazer o que é necessário a partir da noção de óbvio, sendo a reflexão um obstáculo à ação. No modelo mesclado, promoção da saúde é uma questão de ser teoricamente flexível para que se possa realizar a maioria das ações possíveis.

Já Labonte (1995) se baseia na análise das respostas dos profissionais aos problemas de saúde, categorizando o trabalho em promoção da saúde em: *médico, saúde pública e sócio-ambiental*. O médico dirigiria as ações para grupos de risco, testes para detecção de doenças e oferta de serviços de saúde. As ações características do modelo saúde pública estariam relacionadas à mudança do estilo de vida das pessoas, com o desenvolvimento de programas para isso. Já as ações do enfoque sócio-ambiental seriam dirigidas para as condições de vulnerabilidade psicossociais e forma como as pessoas lidam com estas condições.

Esta pesquisa inspira-se de forma mais aproximada no modelo *radical* de Caplan (1993), considerando, entretanto, que os outros modelos também foram úteis para a análise das produções bibliográficas e dos resultados deste trabalho.

As ações intersetoriais adquirem também diversas perspectivas de acordo com a intencionalidade, objetivos, meios e instrumentos adotados e, em cada um destes ‘modelos de promoção’ estariam refletidas características peculiares.

Uma ação intersetorial voltada à prevenção de determinada doença, por exemplo, cujas práticas fossem voltadas à mudança comportamental da população, com uso predominante da comunicação de massa, poderia ser incluída na perspectiva *funcionalista* de Caplan, no modelo *médico* e também no modelo *comportamental* de Naidoo e Wills, o da *promoção da saúde médica* de Seedhouse ou o modelo da *saúde pública* de Labonte.

Mendes (1996) coloca que, para a consolidação da mudança na saúde, é preciso que se mude o foco da prática sanitária da atenção médica, para a Vigilância da Saúde, que seria norteadada pelo conceito positivo de saúde e, portanto, apresenta uma outra forma de organizar as respostas sociais aos problemas, articulando estratégias de intervenção individual e coletiva. Tais intervenções têm, por conseguinte, base no saber interdisciplinar e formato intersetorial, partindo de base territorial e dos problemas de saúde (numa concepção ampla, já explicitada neste trabalho) e implicam em ações integrais nas diferentes dimensões do processo saúde-doença. Estas dimensões variam, como aborda o autor, de acordo com a teoria norteadora ou modelo de análise proposto. E ressalta:

Apesar de todas as críticas levantadas contra a atenção curativa, nos marcos da prática sanitária da atenção médica – o que se faz também neste trabalho – ela, quando situada no contexto mais amplo da vigilância da saúde, obedece a necessidades contundentes de seus demandantes e deve

ser provida, de forma adequada e oportuna, como parte dos direitos da cidadania. (Mendes, 1996, p.247).

4.2 A concepção da pesquisa

4.2.1 Tipo de estudo

Tratou-se de um estudo qualitativo, o que permitiu o aprofundamento do conhecimento da realidade a partir da realização de oficinas de reflexão junto aos trabalhadores envolvidos.

O procedimento utilizado para a coleta de dados foi o desenvolvido por Chiesa (1994) em sua pesquisa que é a oficina de trabalho. A oficina vai além da entrevista individual na medida em que permite a coleta a partir dos atores sociais em relação, auxiliando na captação da dinâmica da realidade a ser estudada. Além disso, promove reflexões acerca das questões levantadas no grupo e permite fomentar discussões que, no caso do objeto deste estudo, são fundamentais para potencializar eventuais ações entre setores. Pela presença do pesquisador, a comunicação no grupo é facilitada e, segundo Chiesa (1994), permite a superação da “visão linear e superficial dos fenômenos em discussão”.

De acordo com a mesma autora, a dinâmica da oficina permite o estabelecimento de relações horizontais entre o pesquisador e os sujeitos pesquisados porque resgata os conhecimentos existentes, ajuda a manifestar os sentimentos relativos à vivência e facilita a expressão no grupo (Chiesa, 1994).

Outros pesquisadores têm aplicado a técnica de coleta de dados a partir de oficinas de discussão. Como exemplos, pode-se citar o trabalho de Amaral (2005), em que buscou compreender as representações sociais de adolescentes sobre a iniciação sexual, de Coelho (2001), que buscou conhecer a prática de assistência de enfermeiras à mulheres e sua saúde, de Veríssimo (2001) que analisou a percepção de trabalhadoras de creche sobre o cuidado da criança, entre outros (Barrientos, 2002; Amaral; Galastro; Coelho; Fonseca, 2002; Coelho 2003).

A opção metodológica adotada permitiu revelar os aspectos que aproximam e distanciam da intersetorialidade, a prática das equipes do PSF em uma grande cidade.

4.2.2 Cenário do estudo e sujeitos

O estudo foi realizado na região administrativa da Brasilândia/ Freguesia do Ó, nas Unidades onde já estava implantado o Programa Saúde da Família. Tal região foi eleita tanto pela situação de exclusão social em que vivem as famílias da região, como pela aproximação da pesquisadora no campo pela sua atuação como enfermeira de família e como docente na região, o que colabora na evidenciação das contradições existentes relativas ao tema deste trabalho, no conhecimento da dinâmica local e reforça o compromisso da pesquisa para apoiar processos de transformação da realidade.

A razão de serem eleitas Unidades de Saúde com PSF implantado é, primeiramente, pelos recursos que têm para acessar as necessidades das pessoas: sua inserção no nível local (os técnicos conhecem a população que está sendo atendida e têm acesso à informações que permitem conhecer as suas condições de vida),

delimitação da área de atuação e por contar com elementos da comunidade na equipe – os agentes comunitários de saúde (Chiesa, 2000). Além disso, é a estratégia atual do governo Federal para reorientação do modelo assistencial e bons resultados têm sido obtidos a partir de sua adoção (Capistrano Filho, 1999).

A princípio, parece evidente que, para que se efetive um trabalho como este na região, é fundamental que o coordenador de saúde local esteja envolvido com a proposta, assim como os gerentes das Unidades de Saúde PSF. Também foram indicados profissionais de saúde - enfermeiros, agentes comunitários de saúde e médicos. Apesar da relevância da análise da percepção da comunidade e dos outros setores, este estudo se detém na dimensão dos trabalhadores do setor saúde, o que indica a necessidade de ampliar o conhecimento com outras pesquisas nesta temática.

A referida região está localizada na região Norte da cidade de São Paulo. Seu núcleo foi fundado no século XVI, em 1580, “apenas 26 anos depois da fundação de São Paulo de Piratininga” (Künsch, 2000, p.100), por um bandeirante chamado Manuel Preto. Este ganhou as terras de seu pai Antônio Preto, que as recebeu do rei de Portugal em sesmaria⁸, tendo fundado lá uma fazenda, o latifúndio da região.

Sendo a região tão antiga, tem no seu território impressas as marcas da colonização, escravidão de índios e de negros, envolta na nuvem religiosa e na sua presença concreta nas festas religiosas, romarias, com grande exercício de poder pelo clero no local (Aquino; Maldonado, 2000).

Em 1554, os padres da Companhia de Jesus se refugiaram no Planalto do Piratininga, buscando gentios para catequizar e também segurança pessoal, formando-se, então, um povoado no local, que aos poucos foi se dispersando e

⁸ Segundo o Dicionário de Aurélio Buarque de Holanda Ferreira, o termo se refere a “Lote de terra inculta que os reis de Portugal cediam para cultivo”.

formando outros núcleos. Estes núcleos formaram povoações ao longo do Rio Tietê e, através deste, se foi invadindo o interior na busca do ouro, também encontrado no Jaraguá. (Santos, 2000)

Usando-se mão-de-obra escrava, era cultivada, na região, a mandioca, o algodão, o milho e, principalmente, a cana-de-açúcar, sendo a produção da aguardente a principal atividade da região. (Santos, 2000)

Manoel Preto e sua esposa doaram terras para a construção de uma “casa de orações à Nossa Senhora da Esperança” – padroeira da capela - além de escravos, animais e moinho para tal.

Com o passar do tempo, a Nossa Senhora da Esperança passou a ser chamada de Nossa Senhora do Ó, por causa das evocações precedidas pela exclamação ‘Ó’, feitas nas celebrações pré-natalinas. (Santos, 2000)

A vila, em 15 de setembro de 1796, foi elevada à categoria de freguesia porque sua paróquia era independente e possuía número suficiente de fiéis. Em 1810, a cidade de São Paulo apresentava dez diferentes freguesias, sendo a da Nossa Senhora do Ó a menor das dez, com 1759 habitantes (Künsch, 2000), a maior parte escravos (Santos, 2000).

A violência tem presença forte na região desde o século XVII, a partir dos embates entre escravos fugitivos que formavam os quilombos, muito frequentes na região, e os capitães-do-mato. (Santos, 2000)

Os índios do local foram sendo substituídos pelos negros, mas conviveram com estes nas mesmas condições até o fim do século XVII, até então constituindo a maioria. (Santos, 2000)

Com o falecimento dos donos do latifúndio da região e de seus herdeiros, a sesmaria foi sendo dividida em várias fazendas e estas em sítios e chácaras. A região que até então era dominada pelos seus proprietários, que faziam do tráfico de escravos sua maior fonte de rendimento, passou a ser explorada por imigrantes estrangeiros e bandeirantes em procura de ouro. (Barro, 2000)

Com as epidemias, em especial a de varíola de 1798, um hospital improvisado na Freguesia do Ó foi o local privilegiado para o tratamento dos doentes, assim como os mortos da cidade eram levados à capela do Ó para sepultamento, pois ambos – doentes e mortos – não eram desejados no centro. (Santos, 2000)

A região era de difícil acesso. Os caminhos que foram sendo abertos para se chegar lá, não seguiam a lógica do tempo ou da distância, mas considerando desvios de áreas pantanosas ou rotas de comércio por lugares onde haviam compradores em potencial, utilizando-se também de botes e pinguelas para atravessar o Rio Tietê, além de riachos e alagados no caminho. O acesso começou a melhorar a partir do século XX. (Barro, 2000)

“O habitante da Freguesia freqüentava o centro tão esporadicamente como qualquer campineiro, bauruense ou sorocabano” (Barro, 2000, p.34).

Era justamente pelo acesso difícil que a região era escolhida pelos negros fugitivos, brancos sem recursos ou mestiços. A perseguição dos primeiros pelo poder público da época, fomentou um ciclo de violência em que os negros, não podendo plantar, assaltavam comerciantes e viajantes para sobreviver. Estes também se armavam com medo dos roubos e as autoridades, porque solicitadas e cobradas, enviavam tropas de “caça” aos fugitivos que, por sua vez, se defendiam e se refugiavam cada vez mais na periferia. (Santos, 2000)

Com a abolição da escravatura, tais negros passaram a ser, então, discriminados. Até quase o final do século XX, as tradições afro-brasileiras se mantiveram no local, através, por exemplo, dos batuques em noites de lua cheia, hoje não sendo mais realizados os festejos. (Santos, 2000).

No século XX, depois da gripe espanhola que provocou várias mortes, a revolução de 24 gerou migrações em São Paulo. Pessoas que moravam no centro se refugiaram dos bombardeios em outras cidades e também na periferia, incluindo a região da Freguesia/ Brasilândia. (Silva; Nazareth; Azevedo, 2000)

A região foi marcada também por protestos coletivos e lutas, como quando o poder público mencionou a necessidade de demolir a caixa de água (torre da Sabesp), situada na Rua Itaberaba, 185 e o fizeram (Silva; Nazareth; Azevedo, 2000) e quando o “Hospital da Obra Assistencial Nossa Senhora do Ó”, também situado na Rua Itaberaba, 549, foi fechado pelo governo estadual por irregularidades na instituição (Silva; Rocha; Azevedo, 2000).

Há referência de um Conselho Popular de Saúde vinculado ao único hospital da região – o hospital Geral da Vila Penteado, atualmente Hospital Geral Dr. José Pangella (nome escolhido pela população do local por votação, sendo referente a um médico falecido, respeitado na região) – considerado bem atuante (Silva; Rocha; Azevedo, 2000).

Atualmente, autores referem que, no largo da Matriz de Nossa Senhora do Ó, a criminalidade, o tráfico e o uso de drogas, é desenfreado no período noturno e finais de semana, restringindo a circulação de outras pessoas no local (Pires, 2000).

Conforme discutem Aquino e Maldonado (2000), depois dos anos 70, a região passou a receber migrantes do interior do Estado e do nordeste de forma

descontrolada e sem recursos locais para atendê-la. Os novos habitantes passaram a viver em barracos, sem condições sanitárias, de educação ou lazer, mas continuavam e continuam chegando, na perspectiva de conseguir trabalho na cidade de São Paulo.

Desde a década de 60 não apresentava nenhum resquício rural, os índios foram dizimados, mas o acesso à região continua difícil até hoje, especialmente na Brasilândia. Por outro lado, é rica em grupos musicais compostos pelos jovens da região representando uma “efervescência cultural” que é desconhecida. (Medina, 2000)

No relato de um padre conhecido pelas suas ações sociais na região, o padre Noé, percebe-se que as pessoas não têm se organizado para promover ações a seu favor, descaracterizando o sentido de se viver em comunidade e Milton Greco, sociólogo que participa do debate sobre a região, coloca que a dificuldade de se formar uma comunidade não é responsabilidade apenas do governo através da criação de obras, mas, principalmente, o desenvolvimento, por cidadãos e poder público, de “instrumentos para a organização da sociedade e para a formação de comunidades nos mais diversos segmentos (...) motivar pessoas para se organizarem e lutarem pelos seus interesses” (Medina, 2000, p.171).

Sua área total é de 31,5 km² e a população atual total é de 392.251 habitantes. A densidade demográfica é de 12.452,4 hab/ km² e a sua taxa de urbanização é de 97, 75% (PMSP, 2005).

Do total de habitantes, somados os da Freguesia e Brasilândia, 203.622 são mulheres e 188.625 são homens. A faixa etária predominante entre as mulheres é 20 a 24 anos (com 20005 hab), em segundo lugar de 15 a 19 anos (com 19846 hab) e em terceiro 0 a 04 anos (19375) quase equiparada à faixa de 25 a 29 anos (18361 hab).

Entre os homens é 0 a 04 anos (19375), seguida de 15 a 19 anos (19056) e 20 a 24 anos (18692).

Segundo Sposati (2000), o distrito administrativo da Brasilândia é o terceiro em maior população de crianças de 0 a 4 anos de vida, o que corresponde a 10% de seus moradores.

O tipo de atividade econômica predominante na região é o comércio e os serviços, totalizando 1689 estabelecimentos, o que equivale a 77,34% da atividade econômica do local do total de 2184 estabelecimentos – serviços, comércio, indústria e construção civil (PMSP, 2005).

A maioria dos estabelecimentos é de pequeno porte, pois, de 2184 estabelecimentos, 1484 (67,95%) contrata até 04 empregados e 567 (25,96%) de 5 a 19; 122 (5,59%) contrata de 20 a 99, 10 (0,46%) de 100 a 499 e 1 (0,05%) 500 ou mais (PMSP, 2005).

Em relação a um dos índices de exclusão social (IEX), no que se refere à taxa de emprego/ morador/ população economicamente ativa, o IEX da Brasilândia é de -0,95, situado na faixa de maior exclusão de São Paulo, o que representa morar num distrito onde apenas 18 a 40% dos moradores têm emprego no próprio distrito. O da Freguesia é de -0,74, faixa em que a taxa sobe para 41 a 61% de moradores com emprego no próprio distrito. (Sposati, 2000)

Em relação ao rendimento dos chefes de família, 12,92% não o tem, 55,72% possuem até 05 salários mínimos, 28,20%, mais de 05 a 20 salários e 3,16%, mais que 20 salários mínimos (PMSP, 2005).

Não existem beneficiados de Programas distributivos na Freguesia do Ó. Na Brasilândia 4320 famílias recebem o “Renda Mínima”, 70 pessoas recebem o “Bolsa-trabalho” e 133 pessoas o “Começar de Novo” (PMSP, 2005).

Existem 72 equipamentos de educação, totalizando 52.490 vagas entre o ensino infantil, fundamental e médio, na região total do estudo. A taxa de analfabetismo é de 5,83%, comparada com a de 4,88% do Município como um todo; 41,80% dos chefes de família têm ensino fundamental completo e 24,36%, o ensino médio. (PMSP, 2005)

Considerando a meta de 40% de cobertura em relação a vagas públicas de creches, para crianças de 0 a 3 anos, a Brasilândia tem um IEX de -0,68 e a Freguesia de -0,72, o que representa morar num distrito em que o déficit de atenção é de 50 a 74,8% em ambos os casos. O índice de exclusão da Freguesia também é maior que o da Brasilândia no que se refere à atenção e educação infantil, com -0,56 e -0,49, respectivamente, mas torna-se positivo no que se refere ao ensino fundamental com 0,18 contra -0,09 da Brasilândia. (Sposati, 2000)

Não há hospitais municipais, federais ou privados na região, havendo apenas um hospital Estadual, com 213 leitos (PMSP, 2005). Totalizam 16 as Unidades Básicas de Saúde da região do estudo, além de 01 Centro de Atenção Psicossocial, 01 Centro de Convivência e Cooperativa, 01 Centro de Referência em DST/ AIDS e 01 Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (SMS, 2004b). Em ambos os distritos o IEX é positivo em relação à cobertura da população por unidades de saúde (Sposati, 2000).

A partir da municipalização dos serviços de saúde desde janeiro de 2001 (SMS, 2004b), deu-se continuidade à implantação do Programa Saúde da Família em São

Paulo, assim como ao processo de formação de parcerias com instituições de ensino e serviço. Em São Paulo há 12 instituições parceiras e, na região de estudo, 02: A Fundação Zerbini e a Associação Saúde da Família.

Segundo Sousa (2003), tais parcerias fazem parte da Rede de Apoio à implantação e se dão a partir de convênios entre o poder público e tais instituições com agenda de trabalho pactuada, o que é o início de um relacionamento intersetorial.

Em 2004, a cobertura por equipes de PSF atingiu 24% em toda a cidade de São Paulo e de 30 a 49% na região da Freguesia do Ó/ Brasilândia. Das 386 Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município, 197 funcionam com equipes do PSF. Ao todo são 645 Equipes de Saúde da Família (ESF) e 128 equipes do Programa de Agentes Comunitário de Saúde (PACS), totalizando 773 equipes de PSF/PACS. (PMSP, 2004a)

A região – Freguesia e Brasilândia conjugadas - apresenta 7578 nascidos vivos ao ano, com 16,4% das gestações em adolescentes (SMS, 2006). Apresenta 13,65/ 1000 NV de mortalidade infantil e 91,96/ 100000 NV de mortalidade materna. (PMSP, 2005)

Ainda quanto à mortalidade, a primeira causa na região é as doenças isquêmicas do coração com 268 mortes, seguida das doenças cerebrovasculares com 202 mortes, pneumonias com 166 mortes, homicídios com 147 mortes e doenças hipertensivas com 104 mortes, totalizando 2.422 mortes em 2005 (SMS, 2006).

Dos 108031 domicílios, 99,21% é abastecido com rede de água, 91,17% com esgoto e 98,72% têm seu lixo coletado. Há 51882 habitantes distribuídos em 101 favelas - 13,23% da população local - e não há terminais de ônibus na região

comparado ao total de 19 no Município, e nem metrô, havendo um corredor de ônibus. Possui 472 km de extensão de vias cobertas pelo parque de iluminação e 02 reservatórios de água, os “piscinões”. (PMSP, 2005).

Em toda há região, somam-se 02 bibliotecas e nenhuma casa de cultura, museu, teatro, em comparação à 100 equipamentos de cultura existentes em todo o Município. Há dois Clubes Desportivos Municipais e nenhum equipamento especial (estádio, autódromo, Centro Olímpico), frente à 244 equipamentos no município. A região é desprovida de parques municipais e áreas de proteção ambiental e a taxa de cobertura vegetal é de 30,29 m²/ hab. (PMSP, 2005).

Quanto ao Índice de Exclusão/ Inclusão Social de Desenvolvimento Humano (Iexi-dh) que envolve longevidade, nível educacional dos chefes de família, taxa de homicídios e anos potenciais de vida perdidos, o da Brasilândia é de -0,72 e o da Freguesia é de -0,18.

Paviani (2002) coloca que existem as periferias que se destinam aos destituídos e aquelas que servem às classes mais abastadas, modificando o conceito de periferia associada à pobreza e à distância do centro, localização geográfica somente. Para o autor, as primeiras estão infiltradas hoje em todo o território metropolitano e podem ser qualificadas por ações: no âmbito do trabalho – falta de acesso a postos bem remunerados, legislação trabalhista, falta de reajuste salarial ou atividades remuneradas esporádicas, não possuindo qualificação técnica e sofrendo com o desemprego; no âmbito da educação – manutenção do analfabetismo ou alfabetizados incompletos; da moradia – contradições insuperáveis nas políticas habitacionais; da cidadania – a conquista do direito à cidade. Dadas as más condições de trabalho, educação e moradia, são pessoas que dependem de benefícios sociais

que, dado o caráter de cobertura ínfima e descontinuidade, assumem mais a condição de favores do que de direitos.

O caráter assistencialista e o paternalismo destas ações, traz medidas paliativas e “concede a cidadania”, o que torna a pessoa alvo como um sujeito incompleto. Esta cidadania estaria em contraposição à cidadania conquistada, que é aquela fruto das lutas e enfrentamentos cotidianos e que se contrapõe às forças da periferização. (Paviani, 2002)

Mas pode-se observar, de maneira geral, que tanto a Freguesia do Ó, quanto a Brasilândia, são regiões onde se identifica forte exclusão social e que a cobertura de saúde, apesar de relativamente boa na região, não é suficiente para melhorar a qualidade de vida e o desenvolvimento humano, tornando imprescindíveis as ações intersetoriais no território.

4.2.3 Procedimentos e instrumentos para coleta de dados

A oficina de trabalho como forma de coletar os dados da pesquisa, cria espaços de aprendizagem e reflexão no decorrer de sua realização. O seu desenvolvimento foi baseado na Teoria da Educação Emancipatória de Paulo Freire que inspirou para Fonseca (2002) alguns princípios norteadores para sua prática:

- Participação: é a garantia da presença dos posicionamentos de todos os envolvidos, na medida de sua competência e grau de responsabilidade.
- Responsabilidade compartilhada: relaciona-se diretamente à participação e refere-se à assunção equitativa do ônus e bônus resultantes das iniciativas implementadas, onde cada participante arca com as consequências dos seus atos no que se refere aos direitos e deveres inerentes à vida em sociedade.
- Auto-estima: o valor do sujeito atribuído a si por si mesmo, adquirido através da convivência com seus pares e com os demais sujeitos no espaço das relações sociais.

- Empoderamento: ampliação de poder para tomar decisões responsáveis e conseqüentes. Neste processo, os indivíduos ampliam o controle sobre suas vidas no contexto da participação no grupo visando à transformação da realidade, tida como espaço social e político.

Carneiro e Agostini (1994), em sua publicação sobre oficinas de reflexão, desenvolvem um modelo teórico-prático de condução das oficinas. Para tal, inspiraram-se na Pedagogia do Oprimido de Paulo Freire, em técnicas de terapias corporais da área de saúde mental, subsídios da Psicologia Social e em autores como Reich, Moreno, Lowen, Boal, Pichon Rivière, Zanetti e Roberto Freire.

Inicia-se com processo de “aquecimento” (exercícios de relaxamento, de concentração ou lúdicos), realiza-se a proposição de um tema e uma técnica que auxilie na reflexão – técnicas mobilizadoras que facilitam a expressão (colagens, dramatizações, desenhos, entre outras), é proposta a troca de experiências e realiza-se a análise do empírico em grupo.

As mesmas autoras recomendam que as oficinas sejam conduzidas por um coordenador e um observador. O coordenador é aquele que promove o diálogo no grupo, buscando encaminhar soluções, através do próprio grupo, para questões que possam surgir. Deve garantir a fala de todos, incentivar a troca e cuidar do tempo. (Carneiro; Agostini, 1994).

Destaca-se também que, na estruturação da oficina da presente pesquisa, foram utilizados elementos do psicodrama pedagógico para facilitar a expressão dos componentes do grupo, visando ampliar sua participação (Chiesa; Westphal, 1995).

Foram seguidas as recomendações das pesquisas anteriores, porém, devido a questões relacionadas à disponibilidade dos profissionais para a pesquisa, as discussões foram concentradas em dois encontros, com quatro horas de duração o

primeiro, e três horas o segundo, tendo sido incluído um longo intervalo para alimentação e descanso do grupo em cada encontro.

Os participantes se mantiveram fixos ao longo dos dois encontros e o número e caracterização dos participantes estão descritos nos resultados. As discussões realizadas nas oficinas foram gravadas e depois transcritas e analisadas. O instrumento de coleta de dados/ estrutura das oficinas se encontra em anexo (Anexo II), bem como o instrumento utilizado para coleta de dados de caracterização do grupo (Anexo III).

Com a finalidade de resguardar os direitos dos participantes e os aspectos ético-legais desta pesquisa, o projeto foi encaminhado à Comissão de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Foi aprovado (documento em anexo) e os sujeitos foram convidados a participar após o esclarecimento acerca do objetivo e finalidade do trabalho, direito ao sigilo e retirada do consentimento, se necessário, e a coleta de dados se deu no mês de julho (primeiro encontro) e agosto de 2005 (segundo encontro). O termo de consentimento livre e esclarecido está em anexo (Anexo I).

No que se refere aos princípios inspirados por Paulo Freire à Fonseca (2002) e citados no tópico anterior, considerou-se que foi garantida a participação de todos os membros do grupo. Todos participaram das dinâmicas, dos processos de discussão nos pequenos grupos, mas nem todos tomaram a palavra nos debates, apesar de se perceber o seu envolvimento, pois, na pausa realizada para o café, continuavam a discutir os temas intensamente. Também pelo nível de atenção concedido e o empenho nas discussões grupais e nas representações com sucata, painéis e massa de modelar em que todos, sem exceção, deram interessada contribuição. Acredita-se que

o fato de algumas pessoas não terem participado verbalmente nas discussões do grande grupo, se deveu ao aspecto de que estavam presentes profissionais em diferentes condições de poder, o que pode ter gerado o medo da coerção ou o silêncio pelo discurso autorizado pela técnica do outro. A participação verbal talvez aumentasse com o aumento da frequência dos encontros, o que ficou evidenciado pelo fato de que, no segundo encontro, as participações foram mais distribuídas pelo grupo.

Quanto à responsabilidade compartilhada, não foram propostas ações que buscassem superação dos conflitos, mas a responsabilidade do grupo se expressou no cumprimento do horário e na manutenção da participação durante todo o processo, pois foram esclarecidos sobre a importância deste elemento para a validação dos resultados da pesquisa, mesmo tendo a liberdade de não fazê-lo.

A responsabilidade também se expressou num momento em que, por ter a oficina se prolongado por mais tempo do que o previsto no início dos encontros, foi discutida proposta conjunta de resolução da questão e discutidos os pontos favoráveis ou desfavoráveis na marcação de novo encontro. O grupo então optou por dar continuidade no mesmo dia, tendo sido uma posição mantida pelo grupo como um todo, não havendo qualquer participante que desistisse de estar lá por isso.

Em relação à auto-estima, a pesquisadora reconhece o valor de cada um dos sujeitos do estudo que foram tratados com igualdade nos encontros. Percebeu-se que as pessoas em condição de maior poder técnico e que tomavam mais a palavra, em momento algum diminuíram o valor dos outros presentes, o que ficou evidenciado na sua inclusão igual nos debates, respeito às diversidades e às diferentes opiniões não havendo qualquer postura que denotasse superioridade ou atos de humilhação. Mas

percebeu-se também que os profissionais em condição de menor poder talvez não se atribuíssem o valor merecido, ausentando-se de tomarem a palavra quando no grupo maior.

Acredita-se que o aprofundamento do vínculo com o pesquisador ao longo de encontros mais freqüentes poderia levar a uma superação contextualizada desta questão. Talvez a divisão dos grupos por categoria profissional, também, pois talvez se sentissem mais protegidos e fortes numa expressão coletiva e não individual.

Quando um dos auxiliares de enfermagem tomou a palavra no primeiro encontro, sua participação foi fundamental, pois foi para se contrapor à visão geral pessimista que o grupo apresentava sobre o próprio trabalho, mostrando ao grupo as conquistas e potenciais obtidos a partir do trabalho no Programa. Esta pessoa se valorizou o suficiente para realizar este enfrentamento e chamou outros a participarem, como se observa ao final de sua fala.

“Acho que está se vendo muito o lado negativo. Quando eu fui para o PSF ... foram escolhidos os profissionais ... no início ... a gente também não tinha prática das coisas ... mas eu vejo um ponto bem positivo, eu sinto assim, que depois de 5 anos, que a gente teve o PSF pela Secretaria, depois de 2 anos foi municipalizado, hoje, né ... hoje ... assim ... como auxiliar de enfermagem, o que eu vejo um pouco é que eu vi bastantes melhoras. Se eu não valorizar o pouquinho que eu vou fazendo, você tem que ir valorizando para mim fazer mais, senão eu vou desanimar. Porque quando a gente iniciou, que falou - O que a gente vai fazer? O que nós vamos fazer? Vamos dar conta? Não vamos dar conta? A gente teve ajuda da Dra., muito, da enfermeira chefe ... Numa visita, eu conversando com um senhor ... a mulher passava por mim e

*nem olhava. Hoje a situação mudou bastante ... está aqui hoje (fala o nome do ACS)
... você tem quanto tempo lá?*

No que se refere ao empoderamento, quando este auxiliar se colocou, outros componentes que até então estavam calados, se sentiram à vontade pra falar. Provavelmente se sentiram mais ‘empoderados’. A protagonista também era uma das pessoas mais idosas do grupo o quê, em alguns contextos, pode representar mais ou menos status. Naquele contexto pareceu ter um significado de mais status. O empoderamento partiu do grupo que supostamente teria menos poder, gerando uma “tomada de espaço”.

O processo de “aquecimento” utilizado nos dois encontros facilitou o envolvimento dos participantes e a criação de vínculo, bem como aumento do nível de compromisso com as discussões.

As estratégias de expressão foram adequadas para tal e a facilitaram, além de promoverem a troca e discussão inter-profissional e expressão de emoções como frustração, impotência, esperança, empatia, entre outras.

A problematização dos temas foi possível através da discussão grupal, tendo ficado prejudicado o encaminhamento das soluções, fato esse atribuído ao curto período de tempo e grande angústia, estresse e tensão trazidos pelo levantamento de inúmeros aspectos desafiadores e que atualmente têm conduzido à sensação de impotência em seu trabalho e que ocuparam grande parte do tempo.

A coleta de dados não ficou prejudicada e foi atingido o objetivo do estudo, porém, foi estabelecido compromisso entre a pesquisadora e o grupo para retomada

das questões e suas propostas de encaminhamento depois do término da pesquisa, no processo de devolutiva dos resultados.

De forma geral, avalia-se que a técnica de coleta de dados é que possibilitou a inclusão da subjetividade de cada participante e promoveu relações entre as diferentes subjetividades e, ao mesmo tempo, análise do contexto e das relações.

A introdução de elementos do psicodrama pedagógico concretizou o diferencial da técnica e os elementos da proposta problematizadora, apesar dos encaminhamentos não terem sido concretizados pelo grupo, possibilitou que o mesmo refletisse sobre o trabalho, o que ficou evidenciado no segundo encontro em que o grupo, além de mais tranquilo, expressou sinais de reflexão no decorrer da semana, além de terem sido retomadas questões sob uma nova perspectiva:

“Semana passada estava bem de baixo astral, sabe... Quinta... sexta feira... eu vi outras referências... teve um caso em relação à saúde mental, super complicado... um barraco... paciente da saúde mental (...) Então, tem a parcela das crianças, dos idosos... (falando sobre as características da população atendida) mas esquecemos da saúde mental, que estamos atendendo e que dá muito trabalho para a gente. É estressante... (Participante acrescenta este aspecto do trabalho logo no início do segundo encontro, elemento que, para ele, havia sido esquecido de discutir e era importante acrescentar nas discussões.)

“Eu queria retomar uma questão da semana passada, a respeito da questão da marginalização. Eu queria fazer uma diferença entre ‘ser excluído’ e ‘ser marginalizado’. Semana passada a gente falou aqui que 98% ... uma quantidade

imensa, quase toda a população... ou até... caiu a ficha agora... entender melhor o que é marginal. Quando a gente fala que 98% da população é marginal, a gente precisa definir o que está entendendo por marginal, porque quando a gente fala 'marginal' o primeiro sentimento que vem é o daquela pessoa que está transgredindo alguma norma social. Ou é drogado, ou comete delitos... ou sei lá... enfim... uma pessoa que transgredir uma norma, né. Eu acho que a nossa população ela é marginalizada, mas no sentido sociológico da palavra, marginalizada porque não tem acesso a uma certa coisa. Isto é muito importante na hora que você pensa no serviço. Se você vê uma população marginalizada, porque ela é excluída por uma série de questões, o olhar é outro.”(Outro participante retoma discussão do outro encontro sobre outra perspectiva.)

A oficina enquanto método de coleta de dados apresenta convergência com a teoria da hermenêutica-dialética que deu base a este estudo e que será discutida no item que se segue.

4.3 Referencial teórico-metodológico

Os dados obtidos foram submetidos à análise hermenêutico-dialética, que não se resume a uma forma de tratamento dos dados, mas é uma teoria que se forma a partir do diálogo entre duas correntes de pensamento distintas: a Hermenêutica de Gadamer e a Dialética na visão de Habermas. Passa, então, a ser uma fonte de compreensão do processo comunicativo que extrapola o próprio processo, buscando evidenciar as raízes históricas em que está inserido o homem.

Considera-se, nesta abordagem, que aquele que interpreta o processo comunicativo também não é isento de posicionamento ou crítica e também faz parte da história de seu tempo, tendo sua interpretação essa marca, diferentemente da ilusória isenção que busca a ciência positivista. A compreensão da comunicação então, nas palavras de Minayo (2004) “é também finita: ocupa um ponto no tempo e no espaço” (p.220).

A hermenêutica, um dos pólos desta aproximação teórica, busca, nas condições cotidianas da vida, o esclarecimento sobre sua estrutura mais profunda, no tratamento dos dados. No processo de compreensão da comunicação, não é desconsiderada a subjetividade, ao contrário disto, a intersubjetividade que se dá entre aquele que busca compreender e o sujeito agente é a arena na qual é possível desvendar o sentido que não está transparente nas palavras (Minayo, 2004).

É a dialética de Habermas que vem oferecer à hermenêutica de Gadamer os elementos para o raciocínio crítico acerca do contexto em que o processo comunicativo ocorre, trazendo para a análise a totalidade da vida social. Habermas considera que a comunicação está fundamentada nas relações entre classes ou grupos, que são históricas, dinâmicas e contraditórias. A linguagem expressa também esta dinâmica social. Nas palavras de Minayo “a linguagem é um índice de alienação que expressa a dominação dos homens sobre seus semelhantes” (Minayo, 2004, p.225).

Este método busca, na interpretação, os elementos para a transformação, pois está baseado numa concepção teórico-prática da realidade. A interpretação pode servir como baliza das questões da prática (Minayo, 2004).

Nesta visão de mundo, não são as idéias que determinam a vida material, mas o contrário. A linguagem media as transformações nas condições de reprodução da vida material. Portanto, não é a interpretação que pode modificar a realidade, mas a práxis (Minayo, 2004).

A hermenêutica busca o sentido do conteúdo no tratamento dos dados e a dialética desvenda as contradições subjacentes, sendo a comunicação resultado de um processo social (Minayo, 2004).

4.3.1 Análise e interpretação dos dados

Minayo (2004), valendo-se da recomposição que Habermas faz dos pressupostos metodológicos da Hermenêutica, estabelece algumas orientações para o tratamento de dados sob este enfoque. Coloca que o pesquisador deve ter claro o contexto em que estão inseridos os entrevistados, assim como seu próprio contexto, bem como a responsabilidade daqueles enquanto atores sociais. Deve considerar a razão/ intenção que está obscura no conteúdo do seu autor e deve se posicionar em relação a esta. A possibilidade de compartilhar a explicação elaborada com os entrevistados – se estes puderem adentrar no mundo do pesquisador – é a forma de verificar o seu sucesso (Minayo, 2004).

A mesma autora estabelece, então, passos para o processo interpretativo que incorpora:

- (a) diferenciar a compreensão do contexto da comunicação, da compreensão do contexto do próprio pesquisador;
- (b) para isso, explorar e deduzir as definições de situação que o texto transmitido permite, a partir do mundo da vida do autor e de seu grupo social. Esse mundo da cotidianidade é o horizonte, o parâmetro do processo

de entendimento do texto com o qual seus contemporâneos e interlocutores concordam ou discordam sobre algo, num único mundo objetivo, num mundo social comum, num mundo de intersubjetividades;

(c) o pesquisador ao analisar pode pressupor que compartilha com o autor suas referências formais à vida social. A partir da busca entender porque o sujeito da fala acredita em determinada situação social, valoriza determinadas normas e atribui determinadas ações ou responsabilidades a certos atores sociais. (Minayo, 2004, p.222).

Ainda acrescenta: “somente na medida em que descobre as razões que fazem aparecer tal como é, um depoimento de determinado locutor, o analista pode apreender o que o sujeito quis dizer, isto é, a significação da fala” (Minayo, 2004, p.223).

A partir da análise dos temas e sub-temas que emergiram dos conteúdos revelados é que foram constituídas as categorias deste estudo. As categorias empíricas foram: o trabalho realizado, a população atendida e as respostas dos serviços às necessidades da população e se compuseram dos temas eleitos para discussão. No Anexo II está a estrutura da oficina de trabalho. Seguem-se os resultados obtidos na oficina.

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização dos sujeitos do estudo

Após a chegada do grupo ao local marcado – um centro de referência em tratamento de AIDS e doenças sexualmente transmissíveis – sugerido pela coordenação de saúde local pela facilidade de acesso aos trabalhadores e pela área

física que possibilitava a reunião do grupo, demos início ao primeiro encontro da oficina.

Constatou-se, então, que nem todos os trabalhadores que compareceram estavam cientes do propósito do encontro. Foram convidados a participar de acordo com os critérios da pesquisa pela direção das Unidades de Saúde que, por sua vez, foram convidadas pela coordenação do Programa Saúde da Família local. Esclareceu-se qual era o objetivo do encontro e foi enfatizado que a participação era voluntária e não compulsória e a importância da manutenção do mesmo grupo em todos os encontros. Foram respondidas as dúvidas do grupo e garantida a preservação do anonimato dos participantes. Disponibilizou-se o termo de consentimento para ciência e assinatura caso concordassem com seus termos e o questionário de identificação que consta no Anexo III. Todos os presentes concordaram em participar da pesquisa. Explicou-se então que os três temas seriam abordados ao longo de dois encontros de quatro e duas horas respectivamente, pela dificuldade da liberação das pessoas do seu trabalho.

A população total do estudo foi composta de 17 pessoas, advindas de 10 Unidades de Saúde diferentes, todas da região da Freguesia do Ó e Brasilândia. As Unidades de Saúde envolvidas no estudo e o número de participantes de cada uma delas foram: Jd. Guarani (2); Sylmaria R.M. Souza (1); Jd. Icarai (2); Jd. Paulistano (1); Jd. Vista Alegre (1); Terezinha (2); Augusto L.A. Galvão (2); PSF Brasilândia (2) – todas na Brasilândia e Cruz das Almas (2) e V. Ramos (2) – na Freguesia do Ó, em que apenas estas duas unidades participantes possuem PSF implantado. A Fundação Zerbini é a instituição parceira das unidades V. Ramos e Augusto L.A. Galvão, sendo a Associação Saúde da Família parceira em todas as outras.

Na definição dos participantes, observou-se um dos critérios de inclusão na pesquisa – “tempo de trabalho de 01 ano” não foi respeitado ao convidar os participantes, mas os mesmos foram mantidos por respeito ao seu envolvimento e percebeu-se, na análise dos resultados, que foi benéfico, pois incluiu diferentes percepções de um mesmo contexto.

Os dados de identificação estão expostos nas tabelas que se seguem.

TABELA I – Distribuição dos participantes do estudo segundo sexo e idade

Idade \ Sexo	27 a 31	32 a 36	37 a 41	42 a 46	47 a 51	52 a 56	57 a 59	TOTAL
Feminino	3	2	1	4	0	1	2	13
Masculino	1	0	1	1	1	0	0	04
TOTAL	4	2	2	5	1	1	2	17

Observa-se que a faixa etária predominante é de 42 a 46 anos, seguida de 27 a 31 anos e que o número de mulheres supera em muito o de homens, sendo o total de 13 e 04 respectivamente.

TABELA II – Distribuição dos participantes do estudo segundo escolaridade e sexo

Escolaridade \ Sexo	1º. Grau completo	2º. Grau completo	3º. Grau incompleto	3º. Grau completo	TOTAL
Feminino	0	4	1	8	13
Masculino	1	2	1	0	04
TOTAL	1	6	2	8	17

A maioria dos participantes do estudo tinha nível superior, completo ou não e apenas um participante tinha formação fundamental.

Quanto à profissão dos participantes, 06 eram agentes comunitários de saúde, 04 auxiliares de enfermagem, 04 enfermeiros da família, 02 médicos da família e 01

assistente social atuando como gerente de Unidade de Saúde. Nenhum participante estava em desvio de função na época do estudo.

Do total de participantes, 12 possuíam mais de três anos de tempo de trabalho, 02 mais de dois anos, 01 um ano e 02 de três a onze meses e 29 dias. Quanto à forma de contratação, 14 eram exclusivamente celetistas, 02 eram funcionários públicos e 01 ambos – vínculo público e CLT.

Em relação à formação complementar dos participantes, 07 referiram não apresentá-la. Dos 10 restantes, 08 apresentam especialização e, destes, 06 a realizaram sem o apoio da instituição (Educação em Saúde Pública; Administração Hospitalar; Enfermagem em Obstetrícia; Enfermagem do Trabalho; Neuropediatria) e 02 com (Gerência de UBS; Saúde da Família); 06 referiram outro tipo de formação complementar e, destes, 04 referiram não o terem realizado com o apoio da instituição (Residência em Medicina de Família e Comunidade; cursos de línguas; Graduação em Enfermagem) e apenas 02 referiram obter apoio da instituição para tal (Técnico em Enfermagem; Graduação em Ciências Econômicas).

Totalizaram 75 as referências sobre temas e participação em capacitações. Os temas de capacitação e número de pessoas que referiram terem participado foram agrupados e distribuídos como se segue:

- *doenças*: tuberculose (08), hanseníase (06), pessoas acamadas (02), doenças sexualmente transmissíveis (03), tabagismo, etilismo e drogadição (02), dengue (02), intoxicação (01), portadores de diabetes insulino-dependentes (01). **TOTAL: 25 referências;**

- *ciclos biológicos e de vida*: Saúde da Mulher (02), Saúde do Idoso (02), Saúde da Criança (05), Saúde do Adolescente (02), Saúde do Adulto (01), Saúde Mental (04), Sexualidade (01). **TOTAL: 17 referências;**

- *categorias profissionais*: odontologia (01), reabilitação (01), protocolos de enfermagem (01), capacitação de agente comunitário de saúde (02), gerenciamento de serviços de saúde (01). **TOTAL: 06 referências;**

- *atividades sanitárias*: coleta de papanicolaou (01), visita domiciliar (01), vacinação/ imunização (02), coleta de exames laboratoriais (01). **TOTAL: 05 referências;**

- *instrumentalização para o trabalho*: informatização (01), territorialização (02), Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB (01). **TOTAL: 04 referências;**

- *problemas complexos*: violência - resgate cidadão (01). **TOTAL: 01 referência;**

- *diversos*: projeto janelas (01), acolhimento (01), SUS (03), Momento I (05), Momento II⁹ (02), outros (04), não participou de capacitações (01 – trabalhador há três meses na instituição). **TOTAL: 17 referências.**

Pode-se observar a predominância dos temas voltados à prática sanitária tradicional nos serviços, dificultando o preparo dos profissionais para a mudança de modelo e também para a mudança de modelo assistencial.

⁹ Momentos I e II se referem às fases da capacitação proposta para o município de São Paulo, que se constitui no total de cinco momentos. O Momento I se refere ao conhecimento geral sobre o PSF, apresentando as bases conceituais e princípios da estratégia e o Momento II se refere à capacitação técnica profissional voltada à função generalista (SMS, 2004a).

Conforme discutido na descrição metodológica, a oficina foi estruturada a partir de três perguntas norteadoras: “como é o meu trabalho?”, “como é a população que eu atendo?” e “que respostas damos à população?”.

No primeiro encontro, quando foram discutidas as duas primeiras questões, foi realizada, no início, uma dinâmica para descontração e reconhecimento do grupo. Tratava-se de falar o próprio nome e a história de sua escolha. Em seguida, realizamos a técnica do trabalho com sucata, onde, divididos em grupos formados pela pesquisadora, discutiram e buscaram representar como é o seu trabalho, o que teve duração de aproximadamente 30 minutos. Cada grupo teve a oportunidade de explicar sua produção e passamos para a discussão propriamente dita, tendo sido abordadas as dificuldades e potencialidades do trabalho, visão de saúde-doença, diferenças de modelo assistencial.

Foi realizado intervalo e retornou-se para a discussão sobre “como é a população que eu atendo?”. Utilizou-se o recurso da montagem de painéis com recortes de revistas, com tempo para discussão e apresentação das produções, como na questão anterior. Como o tempo já estava se esgotando, os grupos se apresentaram, mas não puderam discutir.

Na semana seguinte, iniciou-se com a dinâmica de descontração “a minha direita está vaga para...”, em que uma pessoa com uma cadeira vaga ao lado chamava outra do grupo pelo nome para que se sentasse ao seu lado, esta deixando sua cadeira vaga para que o outro chamasse nova pessoa, até que todos tivessem mudado de lugar. Depois o grupo tinha que voltar na conformação inicial, mas desta vez fazendo-se o movimento inverso: a última pessoa que havia sido chamada lembrava o nome daquele que a chamou e assim por diante.

Foi retomada a discussão sobre “como é a população que eu atendo?” que não pôde ser feita no encontro anterior. Para isso, foram colocados os painéis para que todos pudessem apreciá-los e reiniciar a discussão. Foi importante a pausa para que o grupo refletisse. O objetivo da técnica de coleta de dados através das oficinas é também promover a reflexão e discussão para que o grupo também possa se apropriar de um novo conhecimento ou percepção. Percebeu-se que o grupo conseguiu avançar de forma mais aprofundada nas discussões.

Após um intervalo foi iniciada a reflexão sobre “que respostas damos à população?” através da técnica com massa de modelar, onde puderam representar suas respostas. Com a apresentação dos grupos e discussão no grande grupo, encerramos propondo um reencontro de devolutiva das percepções analisadas ao longo do processo de pesquisa, diante do quê houve motivação geral do grupo.

As falas foram gravadas, transcritas e o material foi lido diversas vezes para identificação das unidades de significado, temas e sub-temas. Dado o referencial da Promoção da Saúde na perspectiva crítica e emancipatória, buscou-se percorrer as dimensões singular, particular e estrutural para a análise, bem como a identificação dos aspectos de suas positivities e negatividades, relativas às categorias empíricas. Tal conformação dos resultados deveu-se também ao referencial teórico-metodológico que impele para a análise e interpretação do contexto em que estão inseridos os sujeitos da pesquisa. As dimensões da realidade estão em relação dialética, e se manifestam nos elementos identificados a partir das categorias empíricas.

Cada fala poderia ser abordada sob múltiplos aspectos, mas o que norteou a análise foi o destaque daqueles que apresentavam alguma relação com as ações

intersetoriais na saúde, seja como aspecto que demanda a ação intersetorial, caracteriza a resposta intersetorial ou condiciona a resposta intersetorial.

A seguir descrevem-se os principais sub-temas emergentes a partir das categorias empíricas e os trechos de discurso elucidativos dos mesmos.

5.2 Percepções sobre o trabalho

As percepções sobre o trabalho puderam ser captadas a partir da primeira pergunta norteadora da oficina “Como é o meu trabalho?” e seguem abaixo os temas identificados na discussão.

Temas identificados como aspectos positivos do trabalho: união, interdisciplinaridade, trabalho em equipe, experiência e habilidades pessoais, enfermeiros na assistência, vínculo e valorização dos resultados do trabalho, capacitação, apoio da instituição parceira, modelo assistencial.

A seguir são expostas as falas e as discussões propostas para cada um dos temas.

- **união, interdisciplinaridade, trabalho em equipe**

“Então, nós achamos que ‘meu trabalho’, para ele ser bom, como teria que ser meu trabalho, a gente simbolizou aqui pela união, que o princípio básico para o trabalho é que a equipe tem que ser unida. Se não tem união... para a gente poder andar... E depois do trabalho... da equipe estar unida, precisava de uma corrente. Esta corrente simboliza as diferentes correntes de vertentes do conhecimento. Que a

equipe ela é diferente no conhecimento, no grau, mesmo na sua individualidade é diferente. Na criação, no modo de entender, cada um entende desde um prisma diferente. Quando a gente não une essa equipe... como que a gente vai fazer para que essa vertente, essa corrente de diferentes conhecimentos, tanto dessa equipe ... então precisa primeiro a equipe se integralizar para depois desenvolver alguma ação. E isso tinha que ser, na nossa opinião, todos os dias.(...) Então a gente vai lá na equipe todo dia, faz a união, faz a corrente, a respeito do conhecimento, que cada indivíduo tem um jeito, um aspecto, para ver como lidar com esse indivíduo da equipe, para ele lidar com meu jeitão, minha forma de ser. Eu acho que o mais complexo é isso aqui, essa organização.”

A busca da integralidade como princípio filosófico do nosso Sistema de Saúde, pode gerar a conformação de diferentes desenhos estratégicos, nos diferentes níveis de atenção no sistema. Uma delas seria organizar o trabalho dos profissionais em equipes estratégicas. O trabalho em equipe é um dos eixos de organização do serviço no Programa Saúde da Família que busca contribuir, dinamizar as inter-relações profissionais para uma atenção mais integral, menos fragmentada, isolada e corporativista, centrada em interesses de grupo de elite e não nas necessidades da população.

Mas, como coloca Peduzzi (2000), não basta que os profissionais compartilhem o mesmo espaço físico ou clientela o que conformaria apenas um agrupamento de profissionais – sua integração não é automática.

Na fala do participante, nota-se a percepção de uma falta em relação à integração da equipe para que se realizem as ações propostas de forma mais satisfatória. Pode-se notar diferentes aspectos na mesma fala que se seguem:

- um aspecto *interdisciplinar*, de troca de conhecimentos, que denota ser conflituosa, em que precisaria se estabelecer uma conexão entre os conhecimentos, representada pela corrente.

Na Grécia Antiga, como localizam Westphal e Mendes (2000), o ideal da educação era a apreensão do todo, o que vai perder valor a partir da Idade Moderna, em que o saber vai sofrendo desintegração processual com o advento do Iluminismo, da racionalização e o surgimento da ciência positivista. Este saber fragmentado e departamentalizado, para Badia e Fernandez (2004), possui procedimentos que “são meras transposições para o campo dos sistemas cognitivos, da divisão do trabalho e da organização especializada das funções” (p.126).

A interdisciplinaridade é o ponto de conflito, mas também pode ser um dos pontos de superação, na medida em que se considera, como foco da atenção, as necessidades da população acima dos interesses pessoais ou corporativos, devendo ser este o ponto comum entre as divergências.

Outra questão a ser considerada, levantada por Westphal e Mendes (2000) nas experiências de implantação da estratégia de cidades saudáveis, é que

Os técnicos ou cientistas chamados a colaborar na resolução dos problemas, por terem sido formados dentro do paradigma da disjunção, só conseguem analisar tais situações de acordo com sua ótica, não identificando as múltiplas facetas, nem os múltiplos sinais que os problemas emitem. Desta forma, indicam soluções parciais ou alienadas, que não têm atingido as reais causas desses problemas. (p.52).

Uma fala de outro participante já denota uma percepção processual embutida no termo construção e também a percepção do trabalhador como protagonista, como

alguém que pode e está conduzindo o processo de construção interdisciplinar - “*Nós somos construtores de conceitos, de conhecimentos.*”

-um aspecto *relacional*, em que cada um tem uma formação, cultura e inserção social diferenciados, que revela, na equipe, um dos espaços da luta de classes na sociedade e também de conflitos pessoais, sentimentos e comunicação interpessoal.

Peduzzi (2000), baseada em Habermas, coloca que

Não basta passar ou trocar informações, pois nem sempre os agentes estão de acordo quanto ao sentido e a pertinência do que é afirmado. Há situações em que é necessário questionar, debater, discutir para encontrar a melhor alternativa, de forma compartilhada. (p.4)

A fala de outro participante também aborda o aspecto desafiador do trabalho em equipe, porém demonstra aceitação do conflito como parte do processo e sua superação, ainda que parcial, gera satisfação:

“Só que no PSF, muitas vezes, você não consegue montar todas as peças, porque as dificuldades são muitas. Começa pela própria composição das equipes, as pessoas são diferentes... até você harmonizar tudo isso, que você monta o quebra-cabeça leva um tempo. Mas quando você monta um pedaço é muito gratificante.”

- um aspecto *organizacional*, como algo estruturante do trabalho, porém não cartesiano clássico, mas complexo.

A equipe não vivencia uma situação social, mas de trabalho, provocando uma conexão de diferentes processos de trabalho, que são interdependentes (Peduzzi, 2000). Peduzzi afirma que a complexidade desta integração reside nos problemas de saúde, foco do trabalho em equipe e que apresentam múltiplas dimensões, cujas relações entre si, não são dadas a princípio.

Numa outra fala que se segue, também pode ser evidenciada a necessidade que o grupo sente de organizar o seu trabalho:

“Bom, a gente começa simbolizando o trabalho pela união, tentando integrar, todo mundo junto, falando a mesma língua, para o trabalho começar a caminhar.”

- um aspecto de *concepção de mundo*, em que o trabalho só será bom, quando não houver mais conflito.

Estando a satisfação relacionada diretamente com uma condição ideal, irreal, também é algo inatingível. Numa sociedade que não absorve o conflito, o diferente, como parte da vida, mas busca expugná-lo, a busca pela perfeição substitui o deleite da experiência, da superação pelos enfrentamentos diários.

- experiência e habilidades pessoais

“E essa mala (falando da representação em massa de modelar) é a bagagem que trazemos de outras coisas que fizemos na vida para estar ajudando.”

Outro aspecto percebido como positivo no trabalho, é a autonomia que as equipes têm e que possibilita o uso das habilidades pessoais e experiências para colaborar na resolução das situações cotidianas.

- enfermeiros na assistência

“(...) a criança está hiperativa, tem algum problema de fala... fono... não sei como é na unidade de vocês, mas na nossa a enfermeira pode fazer avaliação e devolver (para a creche).”

O PSF possibilitou o aumento do número de enfermeiros por Unidade de Saúde. Na Unidade Básica tradicional muitas vezes o número de enfermeiros não era suficiente para cobrir o horário de funcionamento do serviço e, quando cobria, era freqüente que se mantivesse um por período, o que o impossibilitava de realizar ações educativas, consulta de enfermagem, visita domiciliar, que eram deixadas num segundo plano devido à sobrecarga das funções gerenciais.

Sua presença aumenta o poder de resolubilidade sobre antigos problemas e abre-se a possibilidade de se descentralizar a assistência da figura médica, o que é fundamental para a mudança do modelo.

Apesar disso, o que se percebe muitas vezes nas falas é que a assistência tem enfoque na doença, realizando atendimento individual voltado para uma abordagem clínica. Não adianta descentralizar o atendimento da figura médica, porque apenas isso não mudaria o paradigma sanitário, mas apenas tornaria a prática clínica mais barata, tendo em vista que o custo da força de trabalho do enfermeiro é menor. Se o que se busca na reforma da saúde, é a mudança do paradigma, o foco deve sair da atenção médica e partir para a prática da Vigilância à Saúde.

Mesmo quando em grupo, a atenção é dada mais aos aspectos clínicos e não para ações de promoção, como se pode observar nas próximas falas o que parece denotar uma concepção de saúde como ausência de doenças:

“Aí a gente depara com amigdalites crônicas... né ... você depara com aquela criança ‘chiadora’, então é o formiguinha mesmo que cabe ao enfermeiro ... Na realidade acho que é também o perfil do profissional dentro do PSF, porque a hora que você quer ... você vai lá, pega o livro e vê - como é que eu vou montar esse grupo? Vou falar para essa mãe que é de crianças ‘chadoras’ ... né ... ‘grupo de

crianças chiadoras’ ... e aí o que eu vou trazer para elas? Vou falar para ela que ela não pode ter tapete, que ela não pode ter o cachorrinho que ela encontrou na rua e ficou morrendo de dó e levou para dentro de casa... é isso que a gente tem que fazer mesmo ...”

“Só que lá é assim ... essa de 21 (gestante de 21 anos) eu entrei na casa dela ... não agüentei ... tem uma fila ... lá tem mais piolho que criança ... né ... tem um nenê de três meses com piolhos na cabeça... lá é crítico mesmo... Então, o que acontece? Agora estou fazendo grupo de piolho...”

Em meados da década de 80, o atendimento médico tornou-se o elemento central na organização da atenção básica e o serviço se estruturava em torno de seu trabalho, o enfermeiro cumprindo um papel auxiliar do processo de trabalho do médico, sendo as ações coletivas raras ou inexistentes (Dalmaso, 1994; Almeida; Rocha, 1997).

Peduzzi (2000) coloca que o Programa Saúde da Família possibilita que se contemple tanto a dimensão individual como a coletiva e também uma atuação de enfermagem que esteja voltada às necessidades de saúde da população e não à racionalização do trabalho médico. Ressalta ainda que este último aspecto pode ainda estar presente, mas o foco da assistência deve ser o cuidado e a Vigilância à Saúde.

- vínculo e valorização dos resultados do trabalho

“Eu acho que o pessoal está aceitando bem, já recebem em casa, vão ao posto participar de grupos, fazem grupo de caminhada, grupo de artesanato... eu acho que o PSF ajudou muito...”

Nesta fala o participante revela a percepção de que o trabalho produziu resultados visíveis no local e os valoriza, demonstrando também uma relação positiva com a população. Na que se segue, a valorização do trabalho adquire importância ainda maior, pois, no contexto da oficina, buscou se contrapor à idéia de um trabalho frustrante e ineficaz. Demonstra também a inserção no núcleo familiar possibilitada pelo Programa.

“Assim (...), o que eu vejo um pouco é que eu vi bastantes melhoras. Se eu não valorizar o pouquinho que eu vou fazendo, você tem que ir valorizando para mim fazer mais, senão eu vou desanimar. Porque quando a gente iniciou, que falou - o que a gente vai fazer, o que nós vamos fazer, vamos dar conta? Não vamos dar conta? (...) Numa visita, eu conversando com um senhor ... a mulher passava por mim e nem olhava. Hoje a situação mudou bastante...”

A construção de vínculo, para Campos (2003), é um recurso terapêutico, sendo parte essencial do atendimento às pessoas, não só pela humanização, mas pela qualificação do trabalho em saúde. Vínculo, para o mesmo autor, “é algo que ata ou liga pessoas, indica interdependência, relações com linhas de duplo sentido, compromissos dos profissionais com os pacientes e vice-versa” (p.68), dependendo de ambos, usuário e equipe. O usuário somente permitirá o vínculo quando acreditar que o profissional pode contribuir para melhorar sua saúde e os profissionais só

constituirão vínculo através do compromisso em relação à necessidade demandada, dependendo dos conhecimentos deste sobre a relação interpessoal e disponibilidade de recursos do sistema de saúde (Campos, 2003).

- capacitação, apoio da instituição parceira

Os temas de capacitação vivenciados pelos trabalhadores e identificados no questionário de caracterização da população do estudo, evidenciam o apoio da instituição parceira.

Os espaços conquistados para a capacitação podem ser revertidos em espaços participativos, de discussões técnicas e também de reversão da lógica, pois, como coloca Suárez (1993) um dos fatores que condicionam a ação intersetorial são as idéias, concepções e enfoques que se tem de saúde.

- modelo assistencial

“Acho que o diferencial do PSF ... porque eu acho que todas essas situações sempre existiram, né, essa pobreza... O PSF traz isso para perto. Porque eu trabalhei em pronto socorro e tal ... e o paciente ia lá, via o que tinha, saía, nunca mais via a cara dele... ou até tinha alguns que voltavam, mas a gente acaba não se envolvendo muito com a problemática do paciente. Acredito que em posto de saúde... seria mais ou menos assim, atender e tal... atender aquela questão localizada que é da saúde e tal... Mas com o PSF não... porque você se apropria da vida do paciente, da história dele, da família dele. Por isso que é angustiante, porque no sistema antigo você dava ali... até... na verdade a gente é a mesma em todo lugar... o que mudou é a forma de trabalhar... às vezes até chorava um pouquinho, que tinha atendido uma pessoa

assim ou assado... de repente não via mais... Mas no PSF a gente tem paciente que vai todo dia na unidade. Não tem como você apagar, ele está lá... ele está vivo com a presença dele, aquela ferida que não fecha... aquela consulta que você não consegue... Então, esse que é o grande problema... ou a solução..."

A estratégia PSF, através das visitas domiciliares e adscrição da clientela, possibilitou, na percepção do participante, a visualização das condições em que vive a população e a aproximação dos trabalhadores, assim como o estabelecimento do vínculo, através da manutenção de uma equipe de referência para as famílias.

Também é importante considerar a estratégia de acolhimento que foi assumida na totalidade das Unidades da região da Freguesia do Ó e Brasilândia, também favorecedora do vínculo e escuta, assim como responsável pelo aumento da acessibilidade.

Novamente, no discurso, observa-se a diferenciação entre a atenção básica e hospitalar, estes com menor estabelecimento de vínculo, portanto destaca-se a necessidade de discussão e implantação da estratégia de acolhimento neste nível de atenção.

O vínculo é um problema na medida da impotência do setor em dar respostas satisfatórias às famílias e é uma solução para a desumanização, dificuldade de acesso, fragmentação da assistência, mas que revela as deficiências do sistema antes não valorizadas, tanto no nível da formação dos profissionais, como no dos recursos, referência e contra-referência, entre outros (Franco; Bueno; Merhy, 1999).

“O que mudou é que a unidade de saúde, os profissionais de saúde, é que foram para dentro da casa dele. Essa foi a grande mudança. (...) Na realidade a gente acaba se apropriando da vida deles. Essa foi a diferença crucial.”

“(...) desse ponto de vista o PSF é muito legal, porque o paciente volta... ele volta para resolver a questão ou até para a gente falar que não sabe como mexer com aquilo...”

A fala do participante que se segue percebe a potência do modelo para levantar os problemas, apesar de focá-lo numa questão específica como a da saúde mental, mas passa a enxergar, após as discussões, a intersetorialidade como caminho, sofrendo a interpelação de outro participante que não via da mesma forma:

“Aí acho que uma coisa que podia ser importante no PSF, seria levantar os problemas, como a saúde mental, e fazer a parte de intersetorialidade mesmo, contatar outros serviços para poder ...

P: mas aí que está...

... integrar ...”

Quando abordada a questão do modelo assistencial, percebe-se que os participantes entendem o PAS como um modelo assistencial. De qualquer forma, pautam a diferença justamente na acessibilidade e no acolhimento:

“A diferença de nós para o PAS: nós atendemos, ouvimos, acolhemos...”

Alguns participantes se percebem como promotores da saúde ou como foco do trabalho da estratégia a Promoção da Saúde e a relacionam em alguns momentos a um referencial que amplia a perspectiva de atuação:

“E a gente que trabalha em promoção em saúde a gente não vê só isso... a gente vê como um todo...”

Diferenciando a Unidade Básica tradicional daquele com o PSF implantado, o participante percebe que, o fato de conhecer as condições de vida da população, modificou a sua prática, ainda que se limite a reconhecer o fato e mudar a abordagem:

“A gente recebia, atendia, dava receita. Eu, como enfermeira, receitava - olha, dá o suco, dá papinha, vitamina, isso, aquilo - ela ia embora e eu não sabia se ela tinha papinha, fruta ou não. Agora eu fui lá, e agora eu sei que na casa dela não tem.”

Pretende-se, com a ação intersetorial, potencializar a ação do profissional diante das necessidades da população. Na fala abaixo, apesar de se reconhecer a importância de que os outros setores estejam sensibilizados para as questões da saúde, parece que se delega a eles um papel coadjuvante:

“Eu acho que até que a política de saúde não estiver reunindo os outros setores, escola, creche, hospital geral, e estar colocando para eles como é esse programa... enquanto isso não acontecer, gente, enquanto a saúde não mostrar a cara para todo mundo, sei lá... para a polícia, para todo mundo, para o Estado... eu acho que esse nó, essa dificuldade vai continuar.”

A política de saúde passa a ser um ator central no processo, mas, na perspectiva intersetorial, a própria política não é setorial e isso geraria uma nova forma de estruturação dos serviços (Inojosa,1998; Inojosa, s.d.). Malik (1997) já acha que as mudanças de estrutura devem consolidar as mudanças que já ocorreram na prática e Teixeira e Paim (2000) acreditam, assim como Mendes (1996), que é preciso produzir fatos políticos, a partir de qualquer nível do sistema ou ator social, para que se consolidem novos modelos:

“Eu acredito que a escola adoraria trabalhar bem com o posto. Eu acho que tem a política, mas eu vejo muito mais nas pessoas. As pessoas que fazem a política, as pessoas que fazem orientação, que fazem o trabalho ali...”

A sensibilização dos atores e setores para a ação intersetorial é um desafio (Feuerwerker; Costa, 2000), mas as discussões acerca dos limites de cada setor na atuação sobre os problemas e necessidades da população, podem guiar estes processos, que podem partir, inclusive, dos trabalhadores. Mendes e Fernandez (2004) sugerem alguns métodos para isso, já colocados na primeira parte deste trabalho.

Na frase seguinte, é possível observar a reflexão de um dos trabalhadores sobre a lógica em que o sistema tradicional atua e sua insuficiência, possibilitada a partir da atuação na estratégia PSF:

“Aí eu tenho o esgoto a céu aberto e aí aquele esgoto quando chove entra na casa das pessoas e adianta você ficar indo lá com remédio para rato, remédio para barata, remédio para inseticida, para tratar das alergias?”

A estratégia PSF permite um vislumbre da determinação social do processo saúde-doença. O reconhecimento dos trabalhadores da saúde sobre a posse ou não do terreno, alternativas de lazer, passa a ser mais presente a partir da implantação da estratégia, assim como a clareza da urgência da interferência de outros setores para a resolução de dada questão:

“Por exemplo, como vai fazer grupo de bebê chiador, se a mulher mora numa área invadida... você precisaria da interferência de uma outra Secretaria... como você vai falar da questão da educação, do conhecimento do corpo e tal, que é legal, se a menina com 14, 15 anos já está fora da escola, porque a diretora arrumou um jeito de expulsar ela da escola, né... como é que você vai falar dos males... do uso da droga... se você mora... se você trabalha numa região onde as alternativas de lazer elas inexistem... entendeu?”

Apesar da concepção multicausal de saúde-doença que o participante seguinte demonstra na sua fala, revela a transição paradigmática que, de uma concepção de saúde como ausência de doença no corpo e uma prática ‘medicalizante’ ineficaz, migra para uma concepção mais abrangente, porém ainda desacompanhada de uma prática inovadora:

“(...) o atendimento está ali, mas quando ela vai para casa surge o problema, porque a saúde depende da alimentação, da higiene, depende de ‘n’ fatores, que o serviço só atendia lá, dava receita... dava Amoxil, dava remédio para verminose, só que aí não resolvia, não tinha esse outro lado, quando chegava em casa não tinha nada para dar. Então a gente conversou bem isso, faz tempo que os profissionais de saúde vêem isso.”

Temas identificados como aspectos negativos do trabalho: sobrecarga, estresse, alienação, grande demanda, número excessivo de famílias por equipe, burocracia, despreparo do profissional, expectativa de soluções através da capacitação, autoritarismo nas práticas de saúde, dificuldade para legitimar o trabalho do enfermeiro, falta de eixo norteador para o trabalho, precária referência e contra-referência e relação com outras instituições, ações não são discutidas, capacitação não corresponde ao novo objeto que é ampliado, dificuldade na mudança do modelo assistencial, expectativa por produtividade.

- sobrecarga, estresse, alienação, grande demanda, número excessivo de famílias por equipe

Pode-se agrupar estes temas num único item, tendo em vista sua relação intrínseca.

“Existe também a questão da população, a dificuldade de acesso. O que tem não cobre a demanda... a demanda é muito maior do que nossas mãos...”

“No quintal você tem um número só (de cadastro) para 10 famílias... os cortiços, né.”

“Então, lá quando foi implantar foi prometido cinco equipes, com cinco agentes, entendeu... quer dizer, tem uma área lá... área de influência, que é chamada, que não tem equipe, não tem agente... não tem nada... tem os direitos de ir no posto... mas

eles não tem agente de saúde... E eles questionam - por quê a rua tal tem, que é em frente à minha casa e na minha casa não tem?"

Observa-se também que o profissional é tomado de angústia com frequência, o que pode ser atribuído ao fato de perceber-se sozinho para lidar com uma realidade complexa, reconhecendo a limitação da ação isolada.

"Nós temos o nosso posto de especialidades que é o Vila Espanhola, ameniza um pouco, mas não tudo porque nós estamos com demanda muito grande, né. Mesmo criando mais uma equipe... não atende às necessidades."

"É uma população muito grande..."

Numa revisão bibliográfica acerca de estudos cujo assunto era o Programa Saúde da Família, detectou-se a falta de publicações que discutam os critérios que podem colaborar na definição do número de pessoas por equipe. Na publicação do Ministério da Saúde (1997) que discute a estratégia, recomenda-se que cada equipe seja responsável por uma área onde residam de 600 a 1000 famílias, não devendo exceder o limite de 4500 habitantes. Também é colocado que este número deve ser reavaliado em função das condições do local e necessidades da população. Através de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica, sabe-se que frequentemente este número tem sido ultrapassado.

Mais importante, ainda, seria discutir através de estudos os critérios para distribuição deste número de famílias por equipe. Também é fundamental que o

Programa seja universalizado, substituindo por completo a rede básica tradicional, evitando de caracterizá-lo como uma estratégia “pobre para pobres” (Mendes, 1996). A utilização do princípio da equidade deve dar-se na distribuição das famílias por equipe e não da decisão de aplicação ou não da estratégia, que pretende desenvolver nova lógica de atuação. Além de gerar desigualdades de abordagem e acesso no território, sobrecarrega os núcleos que atendem pelo Programa.

“você tem que dar ênfase, sim... à prevenção para que diminua a demanda depois... só que... precisa de tempo, não é de um dia para o outro, enfia a colher lá e o remédio desce, entendeu? Leva um tempo... tem que se acertar as coisas. E as coisas não vão ser acertadas dessa maneira. Porque está faltando gente, as equipes não estão completas, são poucas equipes por unidade...”

Nesta fala anterior é possível observar vários aspectos. Um deles se refere à discussão sobre a visão de modelo e de prevenção, que serão abordados em outro momento. O outro é a associação da questão da mudança do modelo, com a disponibilidade de recursos adequados para isso. A sobrecarga de trabalho e o estresse decorrente dele, dificultariam a abordagem dos trabalhadores de saúde, nas questões referentes à mudança do modelo – concepção de saúde, paradigma de saúde e prática sanitária. Um modelo diferente não demandaria mais tempo, mas um trabalho organizado sob uma nova lógica. Porém, este processo deve ser discutido com os trabalhadores, que poderiam resistir à mudanças pela idéia de que outro modelo agregaria mais trabalho. Também pode ser percebido que, na medida em que os processos forem discutidos e implantados como uma nova prática sanitária, o estresse pode ser diminuído tendo em vista a reorganização do trabalho.

As duas falas que se seguem revelam também o estresse da equipe não só na abordagem do paciente psiquiátrico, mas também das questões relacionadas ao âmbito relacional e da saúde mental como um todo, dimensões que o trabalhador entra em contato no cotidiano, mas percebe-se impotente ou necessitando aumentar sua capacidade para abordar tais questões.

Nesta primeira fala, ainda é possível extrair o aspecto do risco ocupacional do trabalho, especialmente do Agente Comunitário de Saúde que está mais freqüentemente em contato com as famílias, além da dificuldade em lidar com questões como a miséria, a marginalização e a negligência que não são visíveis no cotidiano, devido à exclusão social que afasta estas situações do domínio público.

“Segunda (feira) a gente foi fazer uma visita, uma casa também por aí... é uma idosa que está com a família, mas é muito maltratada pela família. Na casa tem 22 gatos, não sei quantos cachorros... assim... a casa é um mal estar ... O cachorro avançou na gente, mordeu o agente de saúde, tudo... Foi muito desgastante... foi quinta e sexta feira... que deu para perceber o outro lado... que estava meio esquecido... De vez em quando aparece esse tipo de questões no trabalho da gente e que é desgastante... muito estressante...”

“(...) saúde mental eu acho que é a doença mental de todos nós... no PSF...”

Na fala a seguir pode-se notar a importância da compensação dos esforços empreendidos como uma forma de manter o compromisso no trabalho:

“(...) mas o que a gente principalmente quer é... sabe que esse trabalho tem que ser feito muito arduamente e com muito amor e acima de tudo tem que ter uma festa

para a gente... uma festa... a banda que está aqui... se não tiver uma festa, ninguém agüenta...”

Santos (2002) coloca que a transformação paradigmática só é possível a partir da transformação paradigmática da subjetividade, individual ou coletiva. Um dos aspectos que o autor valoriza nesta nova subjetividade é justamente sua característica festiva em que, a intensidade do prazer vivido em momentos fugazes, dá origem à vontade por movimento, tolerância ao caos e gosto pela turbulência, “sem o que a luta pela transição paradigmática não pode ter lugar” (p.364). O exercício do prazer é essencial na criação da nova subjetividade, ao contrário do que se valoriza na racionalidade cartesiana.

A crítica radical do conhecimento-regulação implicaria no risco de se anular o desejo de se construir o conhecimento-emancipação portanto, sem prazer, não há emancipação (Santos, 2002).

- burocracia

“Então, primeiro aqui a gente pôs a chave (falando da representação com sucata) que representa as partes mais burocráticas, administrativas, que às vezes você tem muitos empecilhos. Não é uma questão de direção ou não, e sim de regras que o pessoal em geral tem que seguir e que acabam atrapalhando. Apesar de regulamentar e permitir o trabalho, elas muitas vezes atrapalham também.”

Entendendo por burocracia o estabelecimento de normas, regulamento e hierarquia rígidos na administração de um serviço, percebe-se que ela está infiltrada nos níveis de governo mais centrais, com reflexos no nível local, espelhando a forma

de gestão predominante no sistema público brasileiro, interferindo negativamente na resolução das necessidades da população. (Stern, 1990; Viana, 1998)

“(...) a luta contra o tempo é uma coisa cruel.”

A burocracia também surge como um instrumento de regulação do profissional. O agente comunitário de saúde é, ao mesmo tempo, profissional e população, e informa em tempo real as conseqüências das respostas burocratizadas, o que também gera sofrimento e frustração.

“Como a gente vai falar de moradia salubre sem trabalho ou quando a gente liga para a Regional e fala - olha, em tal unidade tem um excesso de ratos... Ah, faz um memorando, manda não sei para quem, protocola não sei aonde, espera não sei quanto - enquanto isso a população está lá convivendo.”

Nesta fala é possível perceber três aspectos: o primeiro estaria relacionado à percepção da determinação social sobre a saúde quando o participante coloca a importância do rendimento pelo trabalho para que se tenha uma moradia saudável e, conseqüentemente, bons efeitos na saúde das pessoas. Seria como dizer: “Como se pode falar em saúde sem trabalho?”.

O outro aspecto estaria relacionado novamente à burocracia e como ela cerceou a intersectorialidade que o participante buscou mas, ao mesmo tempo, poderia se conformar uma outra forma de gestão *através* da intersectorialidade. No mesmo espaço em que está o ‘nó crítico’, está a resposta (Santos, 1994; Morgan, 2001).

O terceiro aspecto se refere à percepção acerca da relação intersectorial como algo burocrático em si e, ao mesmo tempo, o participante nota que não é possível

discutir saúde sem intersectorialidade, destacando sua importância. Seria o mesmo que dizer: “Como falar em saúde sem uma relação intersectorial satisfatória?”.

- despreparo do profissional, expectativa de soluções através da capacitação

“Tem uma dificuldade no individual, a gente acha que precisa capacitação ... mais ... abrir mais o espaço para capacitação do profissional, para acrescentar para a equipe multiprofissional. E deixar o PSF fazer o que é seu objetivo: promoção em saúde.”

Além da dicotomia entre a prevenção e a promoção revelada no discurso, entre curativo e preventivo, repetidas vezes os profissionais destacam a capacitação (formação para o serviço) como uma saída para dilemas no trabalho. Ao mesmo tempo, observa-se, através do questionário de caracterização, que todos tiveram acesso à capacitação (exceto um participante há três meses contratado).

A discussão pertinente seria: ou a capacitação não está atendendo às necessidades dos profissionais ou “as soluções” não estão na capacitação. O quanto as capacitações estão partindo dos problemas concretos do trabalhador ou produzindo uma formação diferenciada do modelo de tradicional ou ainda, privilegiando qual gênero de raciocínio?

Em documento da PMSP (2004) as diferentes fases da capacitação incorporariam tanto os aspectos da formação técnica, com foco no profissional generalista, como aspectos que buscavam fornecer instrumentos para a atuação sobre problemas “que não eram conhecidos pela atenção básica tradicional” (p.08), indicando articulação “com outros níveis de atenção” e outros profissionais, o que

não significa uma atuação intersetorial. De qualquer forma, os profissionais deste estudo ainda não haviam participado dos outros momentos em que seria discutida tal atuação.

Para que se possa consolidar uma mudança de modelo assistencial, é preciso que as capacitações, núcleo privilegiado de discussões, partam de modelos pedagógicos interdisciplinares na forma e não apenas na união de profissionais num só curso.

A pedagogia de projeto, por exemplo, busca desenvolver habilidades e inteligências diversas no trabalho com problemas complexos, desenvolvendo um núcleo com conceitos-chave que já são interdisciplinares na origem.

Como exemplo deste trabalho, há a o de Menezes e Faria (2003) que avaliou a qualidade da água de um rio com alunos de graduação do curso de Engenharia Civil mas que, no desenvolver do processo, envolveu também alunos de Enfermagem e Biologia. O conhecimento obtido pôde ser contextualizado e a necessidade dos conceitos foi surgindo na prática do projeto, sendo apreendidos de forma integrada. Também puderam, a partir desta prática, ser discutidas políticas e produzidas informações relevantes para a formulação da agenda 21 da cidade em questão.

É importante que se trabalhe com problemas concretos, partindo das necessidades complexas de saúde da população, pois são estas que trazem a sensação de impotência do trabalhador que percebe o limite do setor para lidar isolado com tais questões, sem, no entanto, conseguir perceber perspectivas. Mesmo a expectativa do trabalhador acerca da capacitação é difusa, característica da transição paradigmática. O trabalhador tem dificuldade de identificar quais as lacunas do seu

saber e da sua prática, o que gera solicitações em torno de capacitações que colaboram pouco na atuação ampliada.

Mas há questões que não dependem do trabalhador, nem de sua formação, mas da atitude gerencial e da coordenação local e isso a capacitação não resolve (Campos, 1998).

“O problema é que todo mundo que tem uma formação em saúde, em geral, é quase 100%, enfermeiro, médico, auxiliar... qualquer um... tem um certo modo de não saber conversar, de não saber acolher, de não atender...”

Pode-se notar, na fala deste participante, que apesar de atenderem e conversarem com o usuário, a percepção é de que não o atendem *de fato*. Percebe que não há correspondência entre o atendimento oferecido e a demanda, a necessidade levantada, o que pode estar relacionado à dificuldade no enfrentamento das necessidades complexas, e também com aspectos relacionais, no que se refere às relações complexas que se dão no ato comunicativo, que expressa os poderes, necessidades e conflitos.

Merhy (2004) revela esta relação em seu livro:

Toda conformação do que interessa em um modelo de atenção à saúde: quais problemas serão enfrentados, onde, como serão, por quê e para quê, antes de se tornar um problema técnico-assistencial, parte de um encontro, de disputas e acordos, entre o conjunto de indivíduos e grupos portadores e produtores das necessidades de saúde, com o dos que dominam certos saberes e práticas, certos modos de saber fazer atos de saúde que operam sobre elas (as necessidades), mediado por aqueles que ocupam os espaços institucionais reconhecidos como legítimos para governar e contratualizar este processo, enquanto uma dinâmica do privado e do público.

E ainda:

Pensar em modelos de atenção à saúde é antes de tudo perceber que ele expressa relações de contrato, de acordos nem sempre conhecidos e falados, entre estes 3 tipos de atores centrais no conjunto das ações de

saúde (usuários , trabalhadores e governo), por isso, é fundamental, para se analisar esta situação, compreender que se está antes de tudo diante de processos políticos, que se apresentam sempre sob a capa de serem tecnológicos.

“Tem lugar que sai com receita de qualquer coisa, para ficar contente. E não é um problema que é médico, enfermeiro ... é um problema geral. Todo mundo ... Ninguém consegue conversar, ninguém consegue se comunicar. E tem uma dificuldade grande também porque normalmente a gente trabalha em periferia com população carente, e eles também tem outra linguagem, os sintomas são sentidos de outra maneira ... a gente não tem paciência, eles exigem coisas que a gente não consegue entender porque irrita ... Tem uma demanda muito grande, você não tem para onde mandar ... as referências. Você está ... está perdido ali ... e acontece de tudo ...”

Merhy (2004) também coloca que os usuários representam suas necessidades de saúde de formas variadas e que o importante é tentar revelar na sua fala, a necessidade subjacente. É importante lembrar que o usuário sempre irá aparentar uma necessidade que previamente sabe que será bem aceita pelo serviço: febre, dor, tosse – e o exercício do trabalhador é tentar ir além disso, numa postura acolhedora, o que exige ferramentas conceituais e operacionais, com vistas à explicitação dos conflitos e relações de poder, viabilizando a negociação de soluções e acordos.

A demanda gera pressão negativa no conflito, especialmente do que se refere ao trabalhador, evidenciando as contradições entre a quantidade e a qualidade e evidenciando a necessidade de se operar numa nova lógica, sob novo eixo organizador.

“A gente quer capacitação. Hoje eu preciso dar uma resposta... então eu preciso de uma capacitação, para quê? Para dar essa resposta rápida. E a gente pressiona aqui, que vai pressionar lá... e lá não estão tão incomodados como quem está mais próximo da realidade deles. Acaba emperrando ali, fica uma coisa ... falta um pouquinho de graxa ainda nessa engrenagem para poder girar. Acho que é isso que está faltando.”

“Durante anos nós enfiamos goela abaixo, para dismantelar o paciente, então vai no neurologista, vai aqui, vai ali ... vai ali ... Agora nós queremos juntar ele de novo numa equipe do PSF e nós não estamos tão preparados também.”

Esta última fala denota claramente a percepção na ineficácia do modelo flexneriano e da contra-mão que o PSF representa na perspectiva de avançar para a integralidade. Revela o período crítico de transição de modelos, pois há espaço no cotidiano da prática sanitária para manter a fragmentação, que é o que “se sabe e se aprendeu” fazer ou pode-se ter acesso e vivências à formas interdisciplinares e intersetoriais de relação. Reflete, também, o conflito entre o paradigma clássico e o da complexidade, reflexos da divisão do trabalho no sujeito epistêmico (Badia; Fernandez, 2004).

- autoritarismo nas práticas de saúde

“Quando o usuário chega para mim e fala assim: - eu não quero passar no médico tal - levando em conta meu modo de ser, minha história de vida, a forma como eu penso o mundo, eu acho que ele está certo. Mas eu faço o discurso contrário para

ele: - não, no PSF... você... - e isso tem um custo, porque ele vai para o médico que ele não está feliz, então não há um relacionamento super legal, não existe um retorno legal, né... mas é com isso que a gente lida, então não sei até que ponto é legal... porque assim, você implanta um projeto e depois você corre atrás do prejuízo, tentar acertar. A pessoa não consegue acertar, porque tem momentos do PSF que é muito autoritário, como é que a gente resolve esse autoritarismo? (...)E também tem isso ... não pensem que é fácil colocar médicos na periferia, profissionais para fazer o PSF que a gente sonha, né. É o que tem ... Aí você vai, você faz, você convence o usuário... E se é isso, cadê a cidadania? Porque o PSF teria também que trabalhar a questão da cidadania, a questão dos direitos...”

Aqui cabe uma questão: o Programa é autoritário por referenciar uma equipe a uma dada população ou as práticas são autoritárias, sem negociação ou enfrentamento dos conflitos? Enfrentar a situação referida sem recair no autoritarismo implicaria em lidar com o poder e o corporativismo de algumas profissões, sob a pressão de não conseguir profissional para trabalhar na rede. Pode-se considerar, ainda, que há uma rigidez no âmbito gerencial, pois caberia flexibilizar as normas de acordo com as necessidades.

Também evidencia a percepção de que o “profissional é daquele jeito e não vai mudar” e de que “é preciso trabalhar com o que se tem”, como se a prática do profissional não refletisse uma prática sanitária geral e dado modelo histórico e alguns ‘privilegiados’ tivessem ‘perfil’ para atuar, numa visão de mundo em que as pessoas ou ‘estão prontas’ ou ‘não servem’. Como pode-se pensar na mudança na saúde se não se acredita no potencial humano ou que existam vulnerabilidades no sistema que possam ser atingidas pelas mudanças?

Mais uma vez destaca-se a importância do processo de educação permanente para construir as competências necessárias desta prática.

- dificuldade para legitimar o trabalho do enfermeiro

- *“Esta semana a creche está recusando, recusa a avaliação porque quer a assinatura do doutor.(...) Eu fiz a avaliação de tudo e falei para o médico – você assina para mim? Também é a última, porque não faço mais...”*

Discutindo os processos de mudanças que ocorreram nas Unidades de Saúde de Betim em Minas Gerais em que os enfermeiros realizando funções que anteriormente não estavam habituados, mesmo que constassem na Lei do Exercício Profissional como autorizados, Franco, Bueno e Merhy (1999) colocam que foram geradas tensões, incluindo pressões por parte da Câmara dos Vereadores. Atribuem a isto a disputa pelo poder que, do monopólio médico, passa a ser mais distribuído pela equipe. Uma discussão necessária é sobre a revisão dos papéis profissionais, pois a prática generalista no PSF “borra” os papéis tradicionais.

Este é o gênero de disputas que também condiciona a ação intersetorial, pois implica em redistribuição de poder, inclusive entre a população, sendo altamente desafiador empreendê-la (Feuerwerker; Costa, 2000; Junqueira, 1998).

“Então, assim, você acolhe, eu acolho, com amor e carinho... só que não tem apoio... Para onde referencio, para onde a gente manda esse paciente... onde que essa referência da enfermeira vai ter validade, sabe... quando vão parar de brigar lá em cima. Porque... a enfermeira... ou porque não aceita, porque é enfermeira... porque eu faço todo o serviço e aí não aceita... aí começa a deslegitimar o trabalho

que eu fiz porque não querem aceitar. Então é aí? É a equipe multiprofissional? Então quem está lá em cima precisa brigar para legalizar algumas coisas. Então eu acho que... tem esses entraves aí. Só que tem que ter aquele coração nesse negócio... até enfartar..."

Na relação com outras instituições, torna-se ainda mais complexa a inserção de outros profissionais da equipe em funções que não eram realizadas por eles anteriormente. Desde que respeitados os aspectos ético-legais do trabalho, é preciso manter a conquista de espaço, porém o apoio das coordenações e da própria Secretaria Municipal de Saúde, deve se dar no sentido de ampliar o debate em torno da modificação do modelo nas outras instituições (Cecílio; Merhy, 2003¹⁰; Franco; Magalhães Júnior, 2004; Merhy; Cecílio, s.d.¹¹).

- falta de eixo norteador para o trabalho

"(...) então precisa ajustar, em relação a melhorar a equipe, precisa rever algumas implantações, como está o sistema, unificar o sistema, porque cada um dentro da própria unidade faz diferente, faz um PSF diferente até dentro da própria unidade. Mas mesmo que cada um faça uma coisa, aí eu resolvi que vou hoje fazer isso, e vou fazer... não é uma seqüência... Eu trabalho mais na unidade, então o PSF não tem uma cara, ele é multiface, eu acho, no meu dia-a-dia. Quando eu vou visitar os colegas, eles fazem de um jeito, lá onde eu estou já faz de outro jeito. Então é tudo PSF, mas a gente faz um PSF diferenciado, até dentro da própria unidade."

¹⁰ Cecílio LC de O; Merhy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. Mimeografado, 2003.

¹¹ Merhy EE; Cecílio LCdeO. Algumas reflexões sobre o singular processo de coordenação dos hospitais. Mimeografado, s.d.

Este trecho revela a percepção de quê, apesar da estratégia ter algumas diretrizes norteadoras como a Vigilância da Saúde e a Promoção da Saúde, elas não têm sido refletidas na prática, na medida em que há falta de instrumentos que viabilizem sua operacionalização. O que aparenta é que falta sustentação na elaboração do planejamento da região da Brasilândia/ Freguesia do Ó. Parece que tais diretrizes não são a preocupação central no gerenciamento da estratégia e nem da Unidade.

- precária referência e contra-referência e relação com outras instituições

“E a base ... é a base do SUS ... eu atuo como médica no PSF, estou há 3 meses no PSF e se tem a impressão que o PSF tem que resolver tudo... e a gente não consegue encaminhamentos... a gente não consegue. É uma base, só para poder organizar isso, porque todo mundo merece ter acesso à tecnologia, internação ...”

O participante demonstra a percepção de que o setor não resolve todas as questões, mas não avança numa discussão de relação intersetorial, mas ainda interinstitucional.

O papel do setor saúde da relação intersetorial não está estabelecido a priori, devendo ser desenvolvido ao longo dos processos de discussão sobre a questão, mas pode variar desde indicar as questões relevantes para uma atuação compartilhada, sensibilizar outros setores e viabilizar pactuação de metas e objetivos (Sicoli; Nascimento, 2003), advogar em favor da saúde (Nutbeam, 1994) ou prover evidências acerca dos efeitos das questões sociais sobre a saúde, além de colaborar na elaboração de políticas e construção de capacidades, dentro e fora do setor para trabalhar nesta perspectiva (von Schirnding, 2002).

“(...) eu falo que o PSF está igual em casa... o marido quer que faça filet mignon com um ovo (...) mas na verdade o filet mignon precisa do dinheiro, suporte, recursos, da capacitação dos profissionais... numa visão... não simplesmente abrir a porta... eu, para mim, a unidade básica é a porta de entrada... a porta de entrada é a trincheira da guerra... então, ela precisa de suporte. Até de munição... você está atirando e precisa de munição, aí você vira para o outro - cadê as balas? Ah, não tem - você está ali recebendo tiros, e você faz o quê?”

“Também tem a questão de orientar... todos os gestores deveriam entender o programa do PSF. Porque, por exemplo, está doente... o pediatra é excelente - mãe, é só observar - aí saía de lá, ia para o pronto socorro, chegava lá... tem o imediatismo... o médico olha a criança... era o primeiro dia de febre... igual, a gente vai avaliar até intervir, e não, dava um antibiótico, Amoxicilina. Ela voltava, porque também quando ela chega em casa - fui no médico. Que remédio que deu? Não deu remédio? Então tem que ir no pronto socorro - então ela vai para o pronto socorro, porque tem que voltar com o remédio. É cultural também.”

A percepção é de que as outras instituições devem *entender* como funciona a *estratégia*, mas na realidade deveriam *participar* da consolidação do Sistema Único de Saúde. Observa-se uma responsabilização excessiva da atenção básica pela mudança de modelo, excluindo a atenção em outros níveis de sua participação, como se estes outros âmbitos tivessem menor parcela de poder/ responsabilidade na implementação do SUS.

Isso se deve, em grande parte, ao fato de que com o PSF foi possível conhecer as rupturas do sistema de referência e contra-referência na rede e as conseqüências das mesmas na vida da população usuária.

Com o aumento do vínculo e da responsabilização na rede básica, os profissionais parecem evoluir para um extremo em que são responsáveis por todas as questões, justificando a iniciativa de se ampliar as discussões nos outros níveis de assistência, criando mecanismos para sua reorganização que favoreçam o vínculo, não só com o usuário, mas também com a rede.

“Então, eu acho assim, os profissionais não estão preparados para... nem a população está preparada para... então... nem os gestores estão preparados para... os colegas de pronto socorro não estão preparados para... então estamos num momento que ninguém está preparado para o PSF. Ele está, já está acontecendo, está sendo gerado, um filho disforme, mas ele ainda não tem consenso. Daí o colega começa a brigar por categoria, o do pronto socorro diz que o colega é doido, porque diz que vai observar... o colega dele não é doido, estamos promovendo, aquilo dava para promover.”

“(...) a bandeira do prefeito é essa, mas não adianta ele chegar e implantar 1000 PSF aí e não dar condições de trabalho para a gente, não dar um respaldo. A gente precisa de dinâmica, de abertura de carreira de trabalho... portas abertas para que a gente consiga construir isso, que a gente consiga ter... mandar um paciente, o usuário, onde ele deseje ir...”

Este participante é um agente comunitário, fato importante de se colocar tendo em vista sua reivindicação por carreira de trabalho. O trabalho no Programa, na perspectiva do trabalhador, não gera perspectivas de crescimento profissional, são celetistas e, no caso dos agentes, ganham pouco. Também aparenta estarem sem apoio, sem suporte dos níveis superiores de gestão o que, neste caso, parece estar traduzido na deficiência da referência e contra-referência que dificulta o atendimento das necessidades da população. Na fala seguinte esta questão fica mais evidenciada:

“Tem uma paciente que eu acompanhava, eu precisei do transporte e todas as viaturas estavam quebradas. O que aconteceu? Fui na Subprefeitura não tinha... a Subprefeitura me mandou na garagem... fui na garagem e não tinha o transporte ... aí mandaram - vai lá no Conselho Tutelar que tem uma perua 24 horas disponível para atender esses casos - cheguei lá ...”

É como se houvesse uma pressão para o atendimento, para a resolução das questões trazidas pela população, sem, no entanto, terem condições como transporte para emergências, transporte para deficientes, vagas em quantidade suficiente para as especialidades e para a atenção em outros níveis da assistência em que não conseguem, por exemplo, vaga para cirurgias de esterilização, suporte relacionado à realização de exames diagnósticos, entre outros, o que pode ser observado em diferentes falas anteriores e nas próximas.

“Eu já usei o próprio carro, duas vezes, para levar paciente (...) para ela não perder o atendimento.”

“(...) nós estamos perto do Cachoeirinha, o Hospital da Cachoeirinha é uma referência só que ele é de outra coordenadoria de saúde, é da coordenadoria da Casa Verde... Nós estamos encostados nele. Nós fazíamos raio x, mandavam para lá, agora tem que agendar, tem que chegar no posto, pegar uma guia, para chegar no Cachoeirinha e agendar um raio x. É uma dificuldade... É complicado, você ter a referência mas não existe...”

“Você tem que ter um apoio para você dar aquela resposta. (...) e ninguém tem ambulância ...”

Vários: “ninguém...”

“Ninguém tem... são umas 40 unidades básicas e ninguém tem ambulância...”.

“O motorista da ambulância fala – ah, eu não vou - porque não é da Prefeitura, que é um serviço terceirizado. E ainda tem a questão que nós temos uma ambulância de uma associação, mas é para quando alguém passa mal... assim... e o que acontece? Ele quer pegar a nossa auxiliar de enfermagem para ir para outros postos... uma auxiliar nossa e aí... se acontece alguma coisa... aí eles vão buscar combustível lá em Pirituba...”

Algumas falas denotam o tipo de relação que se estabelece entre setores, como saúde e educação, por exemplo:

“Agora conversar virou moda. Toda quanto é escola manda... a criança não consegue ler e manda para o posto. A psicopedagoga tem todas as ferramentas para lidar com uma criança que está com problemas de aprendizagem e ela manda encaminhamento... que a criança está com problemas de aprendizagem, problemas de leitura, e manda para o posto.”

Na percepção do participante, o setor da educação tem estabelecido uma relação utilitária com a saúde, transferindo ‘o problema’ para outro lugar. Parece não existir uma relação com propósitos comuns, diante das limitações de ambos os setores, com vistas à superação e melhor enfrentamento das questões complexas. A escola parece querer encontrar, num problema biológico, a explicação para o fracasso escolar.

Na fala a seguir, nota-se um comportamento semelhante no setor saúde:

“A escola diz que a criança tem problema de comportamento e que a escola não é obrigada a ficar... então manda para o posto para avaliação psicológica. Se a escola, que é um centro de formação, com professores e orientadores eu penso que lá elas vão dar educação, são educadores. Aí, quando chega no posto, o que o PSF pode fazer em termos de uma abordagem psicológica?”

Também parece, no discurso seguinte, que a escola procura responsabilizar a unidade de saúde por toda e qualquer questão relacionada a um cuidado físico, ainda que seja básico. A fragmentação da pessoa e de suas necessidades fica então evidenciada: nada do que diga respeito ‘a outro setor’ é assumido, parecendo que o vínculo e o compromisso inclusive são mais presentes nas Unidades de Saúde, havendo certo distanciamento da escola:

“A creche lá perto no ano passado elas pediam uma receita médica para quando tiver febre, do médico, ela queria uma receita do médico, aí eu falei – precisa perguntar para a mãe o que ela dá, aí o que ela dá vocês podem dar também - porque o médico vai passar uma receita assim – olha, se tiver febre, dêem tal coisa ... - isso sem ver a criança, né, porque a creche manda a mãe sem a criança.”

Aparentemente há uma disponibilidade de alguns trabalhadores em pararem de competir e disputar funções e de estabelecer um diálogo com o outro setor:

“O Estatuto do Menor diz que não pode afastar da escola por pediculose ou por escabiose, não pode, é discriminatório. Teria que suspender todos os CEUS, porque está todo mundo com piolho... está tudo ‘piolhento’... Eu acho que teria que sentar e conversar todo mundo...” (aqui o participante se refere à conduta da escola de tentar afastar a criança por pediculose, solicitando intervenção da Unidade para isso).

Aqueles profissionais que se sentem mais capacitados, assumem “o problema” e buscam enfrentamento, sem, no entanto, buscar estabelecer um trabalho conjunto com a escola:

“Quando mandam uma criança que dizem estar com problemas de aprendizagem aí eu faço uma abordagem de família. Muitos vão para terapia... É fácil fazer isso... não é difícil... O PSF podia fazer uma abordagem familiar com esses problemas de aprendizagem.”

Na discussão da questão, surge a percepção do quê seria o início de uma relação intersetorial, mas que fica duvidosa quando o participante coloca que orienta

a mãe a procurar a escola. Também parece uma relação desigual e não de parcerias, na medida em que um setor assume a postura de orientar o outro, apesar de já ser um avanço em direção a uma solução conjunta:

“Concordo com ela, mas eu acho que a escola tinha que se envolver também. Porque a gente assume isso e volta para a escola. Por exemplo, eu atendo crianças que estão com dificuldades, oriento a professora, no que ela está tendo dificuldade... quando começou isso... e isso para poder trabalhar junto. Eu não desvinculo, mas oriento a mãe que tem que procurar a escola. Tem umas escolas que são muito legais, mas têm outras que...”

Ainda numa outra situação, fica demonstrada a percepção da relação com o setor de zoonoses e a intervenção fragmentada da subprefeitura, que seria um núcleo privilegiado de gerenciamento das ações sobre problemas por ter contato com diferentes setores:

“Eu atuo numa área de invasão e dou um exemplo de realidade. Uma área de invasão com 528 famílias... muitas vezes existem 3 famílias numa casa só. Então não dá para contar. E o que acontece? Tem um monte de ratos lá que não é rato, é gato... é gato gigante... Você fica na subprefeitura pedindo a desratização, se identifica como agente de saúde, que trabalha na área em promoção em saúde... eles pegam o endereço, tudo certinho... você dá a quantidade de casas, etc... e o cara manda lá o pessoal lá da zoonoses... e mandam fazer a desratização de uma casa só? Quer dizer, está faltando um entendimento lá fora...”

Discutindo o que poderiam ser as causas da dificuldade de relacionamento entre os setores, alguns arriscam que seriam as políticas que desfavoreceriam a

relação. Um outro participante percebe que, além das políticas, também há a dimensão dos micro poderes e das relações que se conseguem estabelecer em dado contexto:

“Vocês falam muito que é um problema de política pública, né, mas eu acho que não é tanto de política pública... depende do vínculo que tem com a escola. É a política ou é a diretora da escola, os outros professores da escola ou é essa instituição, né?”

Na perspectiva de Suárez (1993), ambos – políticas e poderes - estariam influenciando no estabelecimento desta relação. Algo interessante a ser observado nestas discussões, é que a família em nenhum momento aparece como participante ativo no processo, mas apenas recebendo passivamente os encaminhamentos e orientações. É possível que o trabalhador apenas perceba/ veja a população como um agente passivo ou que realmente esteja enfraquecida a participação social.

É importante lembrar que a relação intersetorial não tem significado ou sentido, sem a participação social, porque é a população que é a razão de ser desta relação (Suárez 1993) e é ela que sinaliza quais são as questões problemáticas em que precisaria de apoio e é ela que deve discutir quais os meios que têm mais significado para ela (Morgan, 2001) e avaliar se está suficiente ou satisfatório.

- ações não são discutidas

“(...) e todos nós sabemos, estamos na linha de frente... não tem ninguém com mais preocupação do que nós... e geralmente quando vêm as ações, as cartilhas... nós não somos ouvidos... Chegou lá agora, tantas ações... não sei o quê...”

Já pôde-se notar que o planejamento não é percebido como participativo, especialmente nas falas que se seguem:

“Não adianta a cartilha vir pronta - olha, o generalista tem que atender isso, isso... e a saúde mental, tem que atender, porque não dá para separar o indivíduo da saúde mental - mas como é que vai atender, gente? A saúde mental é escuta!”

“É que a cartilha veio como um instrumento de pressão, não de discussão... em algumas unidades, eu não digo em todas, mas tem algumas que é um instrumento de pressão... e é uma cartilha que era para ser discutida, em cima daquilo o que a equipe pode fazer... fazer as adaptações...”

Vários: “é... é...”

A ação intersetorial e a promoção da saúde formam parte de uma busca por alternativas para a crise da saúde, prática e conceitual, no que se refere à capacidade de responder às características da sociedade atual, com seus perfis demográficos, culturais, políticos e epidemiológicos (Teixeira; Paim, 2000). Estão incluídos nos desafios de enfrentamento da crise, aqueles relacionados ao planejamento, organização e gerenciamento da ação intersetorial por ser imprescindível que haja compartilhamento de poder e articulação de interesses e saberes no processo (Teixeira; Paim, 2000; Feuerwerker, Costa, 2000; Junqueira, 1998). Para isso, é preciso reorganizar as práticas gerenciais, a instituição enquanto organização e os processos de trabalho dos setores e instituições envolvidos (Teixeira; Paim, 2000).

Considerando a cultura organizacional da não-participação, percebida pelos participantes do estudo, evidencia-se um dos nós críticos para a implantação das ações e que deve sofrer atenção (Inojosa, 1998), mesmo que se trate do planejamento

em saúde tradicional, tendo em vista o alto grau de insatisfação que este sistema tem despertado nos trabalhadores e sua ineficácia.

- capacitação não corresponde ao novo objeto que é ampliado

Pelos discursos, o que se pode inferir é de que as capacitações não têm correspondido à ampliação do objeto de trabalho proposta pela estratégia, gerando impotência nos trabalhadores:

“Os agentes comunitários que entram na casa da pessoa e ela fala - está tudo bem - se ela fala que está tudo bem aí ela vai embora, entendeu. Se falar - não, não está...

“Sai correndo...”

“O coitado vai fazer o quê?”

- dificuldade na mudança do modelo assistencial

No discurso que se segue, nota-se a percepção sobre a dificuldade no estabelecimento dos limites de atuação da atenção básica e evidencia a importância da discussão no âmbito multiprofissional, assim como mostra a lacuna no conhecimento da atuação intersetorial como estratégia:

“A coisa da gente querer resolver... querer resolver grande parte das questões na unidade básica... até você pode resolver, mas existe uma pressão muito grande pela especialidade. Então, enquanto a gente não fizer esse esclarecimento, enquanto a gente não fizer o que eu chamo de ‘socialização da informação’, que as pessoas realmente assimilem o PSF como um modelo... não é uma coisa certa para resolver todos os milagres, não é isso, né. E muitas pessoas ainda tem essa... esse entendimento, que o PSF é para resolver tudo. Não vai resolver. Minimamente a

gente tem que entender que é que nós estamos fazendo lá, porque tem coisas que nós não vamos conseguir mesmo, entendeu? O que é para fazer... e minimamente fazer a população entender que modelo é esse, né?”

Já na fala seguinte, percebe-se que o limite de atuação da atenção básica está no enfrentamento do que o participante chama de “questões de base” e que se pode entender no discurso que se trata das condições de vida e trabalho da população e da exclusão social em que vive e começa-se a perceber que, onde o limite do setor saúde começa, o trabalho intersetorial se torna adequado:

“E aí a gente vai esquecendo, a gente vai esquecendo ou porque é cômodo que seja desse jeito... a gente vai vendo como se o PSF, a saúde, como se fosse uma panacéia para dar conta de todas essas questões. E não é bem assim... Porque na verdade a gente não pode pensar no PSF de qualidade com todas as outras questões de base... que interferem nisso. Por exemplo, como vai fazer grupo de bebê chador, se a mulher mora numa área invadida... você precisaria da interferência de um outra Secretaria... como você vai falar da questão da educação, do conhecimento do corpo e tal, que é legal, se a menina com 14, 15 anos já está fora da escola, porque a diretora arrumou um jeito de expulsar ela da escola, né ... como é que você vai falar dos males ... do uso da droga... se você mora... se você trabalha numa região onde as alternativas de lazer elas inexistem... entendeu?”

No discurso que se segue, primeiro observa-se a concepção de que o “papel do PSF” é a prevenção, evidenciando a dicotomia gerada a partir de Leavell e Clark, bastante freqüente entre os profissionais de saúde, de quê é possível separar a

prevenção das outras ações de saúde. Tal dicotomia também expressa a relação histórica entre a atenção básica e o usuário, de repressão da demanda espontânea, em que a ideologia da prevenção acaba dando subsídio a tais ações.

O outro aspecto é o reconhecimento mais evidente da ação intersetorial como fundamento de uma assistência de qualidade:

“Você vê a pessoa andando de quatro, na fila, esperando uma vaga de ortopedia, e você lá com a bandeira do PSF - nós vamos fazer a prevenção - e como a gente sensibiliza os outros setores para que os outros setores comprem a nossa briga? O setor de moradia, o setor de educação. A gente não, não existe você fazer um trabalho de qualidade isoladamente. Eu só fui para o PSF porque acreditava nessa parceria, se a gente não pensa nessa soma, por pequena que seja... Nós ainda não conseguimos somar os poucos recursos que nós temos, está cada um atirando para um lado e nesse cada um atirando para um lado... fica complicado.”

Na fala também é revelado o cenário em que está a atenção dos setores em relação às necessidades da população: recursos e tempo desperdiçados atendendo a problemas aparentemente desconectados, enquanto a ação sinérgica em torno de objetivos comuns poderia produzir melhores resultados.

A Promoção da Saúde se revela, no discurso que se segue, como uma ação paralela à educação em saúde, empoderamento ou autonomia, o que denota uma não apropriação da noção de promoção no cotidiano do trabalhador, semelhante ao que Seedhouse (1997) coloca sobre o modelo ‘pegue-e-faça’ promoção da saúde e já abordado anteriormente. Mas, ao mesmo tempo, demonstra o desejo do trabalhador em ir além do modelo flexneriano, um desejo de se praticar a promoção da saúde na

sua essência, mesmo que sem compreender o conceito e que um outro participante logo compreende como promoção e o interpela:

“Nós somos construtores de conceitos, de conhecimentos. E nós não só promovemos a saúde, a gente ensina a fazer saúde. É difícil o pessoal conseguir entender. Mas a gente na verdade não quer só cuidar, só medicar, a gente quer ensinar a ter saúde.

P: é promover saúde...”

A falta de recursos e a fragilidade da implantação do SUS no município seriam elementos que dificultariam a tomada de algumas ações de saúde, o que se observa na fala a seguir:

“Tem uma dificuldade no individual, a gente acha que precisa capacitação... mais... abrir mais o espaço para capacitação do profissional, para acrescentar para a equipe multiprofissional. E deixar o PSF fazer o que é seu objetivo: promoção em saúde. Que se a gente vai fazer promoção... e a doutora fala da base... para a gente estar promovendo... a gente promove, mas eu falo que o PSF está igual em casa... o marido quer que faça filet mignon com um ovo...”

Também fica evidenciada novamente a dicotomia da promoção com o trabalho atual que desempenham, como se um inviabilizasse o outro, além da idéia de que o profissional pode “promover à saúde” e não desenvolver ações de promoção.

A mudança do modelo assistencial implica também em lidar com a concepção de saúde-doença, não só dos trabalhadores, mas também da população que, pelo

discurso a seguir, parece ter visão de saúde como ausência de doenças e se contenta com o modelo flexneriano de atenção:

“O PSF tem uma parte muito mais educativa do que medicamentosa, e você tem uma população que bate o tempo inteiro no consultório, todos os dias, que quer antibiótico(...) A população não está preparada para receber o modelo do PSF e nós não temos tempo para... a gente briga todo dia, a gente ensina todo dia... a gente reza o terço todos os dias... às vezes muito mais do que dez vezes no dia. Mas... a população não entende. Se tem uma reunião de comunidade, a população não vem para essa reunião de comunidade discutir o que é PSF, se inteirar do que está acontecendo. Para ele o importante é que tenha lá seu médico, e que esse médico lhe atenda.”

Outro participante traz outra visão de que o trabalhador tem dificuldade de captar as necessidades da população:

“Eu discordo um pouco. Eu acho que a população... ela quer fazer, ela quer conversar, ela não quer só remédio. O problema é que todo mundo que tem uma formação em saúde, em geral, é quase 100%, enfermeiro, médico, auxiliar... qualquer um... tem um certo modo de não saber conversar, de não saber acolher, de não atender...”

O paradigma flexneriano, muito bem retratado na fala que se segue, está sedimentado não só no setor saúde, mas na sociedade de forma geral. É uma expressão do paradigma clássico citado por Badia e Fernandez (2004). No entanto, deve sofrer oposição pelo paradigma da produção social da saúde. Para isso, o

trabalhador deve estar melhor instrumentalizado conceitualmente e para uma prática diferenciada, no que a pedagogia de projeto, trabalhando-se com problemas concretos e complexos, pode colaborar, conforme já citado.

“Durante anos nós enfiamos goela abaixo, para dismantelar o paciente, então vai no neurologista, vai aqui, vai ali... vai ali... Agora nós queremos juntar ele de novo numa equipe do PSF e nós não estamos tão preparados também.”

Significa, portanto, realmente, um processo de “desconstrução” pessoal:

“Uma coisa que a gente fala no posto é que o PSF não é construção, é desconstrução pessoal, porque você aprende que está pronto, você aprende que você orienta e ele aprende e não que a gente aprende junto. Que se a gente compartilha, tem que ver se ele deixa eu ajudar. Eu acho que é muito mais o tempo que todos nós precisamos para nos acostumar com uma nova filosofia mesmo.”

As falas traduzem aspectos cotidianos da transição do modelo, dificuldade presente, sobretudo, em São Paulo, que já contava com uma rede de atenção à saúde. Portanto, o PSF não abarca somente a expansão da cobertura e o maior impacto da atenção básica e sim a substituição do modelo. Nessa perspectiva, percebe-se que há uma visão de Promoção da Saúde restrita à dimensão educativa e dicotômica em relação à curativa.

“(...) o modelo hoje seria a prevenção e a promoção a saúde. E só (...) mas aí, o que está acontecendo? A gente ainda tem que atender o paciente, porque nós não chegamos ainda na conscientização nem nossa e nem da comunidade... como é que

nós vamos prevenir... como é que nós vamos promover... E aí a gente acaba fazendo as duas coisas, menos promoção... e acaba fazendo as duas coisas...”

O PSF está num momento crítico de transição de modelo e, portanto, é um momento fundamental de discussão e definição das questões trazidas neste trabalho, para evitar que, novamente, o paradigma flexneriano consiga se adaptar à nova estratégia, vestindo apenas outra roupagem.

- expectativa por produtividade

A expectativa por produtividade é típica das sociedades capitalistas e não o poderia deixar de ser no setor:

“Quando eu vou fazer a visita... o usuário não quer saber... para eu fazer 8 (visitas), eu só posso falar - oi - e eu aprendi a falar - oi, tudo bem?”

“Porque se o meu ponto é promover saúde, lógico que eu vou usar mais tempo.”

A idéia de que as ações de promoção da saúde ocupam mais tempo do profissional, e não que este atue sob nova lógica, podem gerar um desconforto na mudança requerida pelo serviço. As reflexões, a pesquisa e o planejamento requeridos para atuação sob novo enfoque, realmente podem ocupar mais tempo do profissional mas, para evitar isso, as coordenadorias devem buscar olhar o trabalho sob este outro prisma e criar instrumentos de avaliação que captem outras formas de atuação que não só o número de consultas e de visitas. O esquema de registro de produção das unidades também revela que a inversão da lógica do local de trabalho, exige também uma inversão da lógica dos sistemas de informação e planejamento.

Para Tasca, Grego e Vilarosa (1999), trabalhando com a concepção de Distrito Sanitário e com as mudanças necessárias para a reforma sanitária promulgada na Constituição, colocam que o sistema de informação é uma das áreas fundamentais e estratégicas para a sua condução, devendo “suportar e fortalecer o processo de tomada de decisões” (p.268).

A realidade do PSF e do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) revelam o que estes autores criticam em seu trabalho, de quê os sistemas de informações usualmente produzem apenas dados descritivos, servindo apenas para armazenar dados, não sendo prático o seu uso. Criticam também os sistemas de informações setoriais, em que cada setor ou instituição colhe dados semelhantes e sem possibilidade de cruzamento de informações.

O sistema, para eles, deve ser flexível e ser capaz de detectar problemas e recursos regionais; deve fornecer suporte ao planejamento, acompanhamento e avaliação das atividades, sendo processual; deve permitir a participação social.

O SIAB é um avanço na medida em que, não só capta a doença, mas também as condições de vida da população local, mas dificulta a atuação das equipes na medida em que fornece apenas dados numéricos e não de localização e não possibilita o cruzamento dos dados pelas equipes, além das unidades não estarem suficientemente equipadas de computadores e internet. Até mesmo o sistema laboratorial da rede básica é processado manualmente, seus resultados sendo transportados por via terrestre, o que provoca uma série de transtornos.

O sistema de informações sobre produção das equipes também não está adequado à nova proposta, pois valoriza o registro numérico e não qualitativo, valorizando mais a consulta (na medida em que é preciso que se descreva qual o

perfil do paciente atendido) do quê outras ações, tornando seletivo ao profissional o que ele deve valorizar, ainda numa lógica flexneriana.

“Como que um médico pode atender um paciente psiquiátrico, numa consulta, em 15 minutos?”

5.3 Percepções sobre a população

As percepções sobre a população puderam ser captadas a partir da segunda pergunta norteadora – “Como é a população que eu atendo?” – e os temas identificados e sua discussão estão descritos a seguir.

Temas identificados como capacidades da população: possibilidade de articulação para resolução de suas questões, busca pela melhoria de vida.

- possibilidade de articulação para resolução de suas questões

Na fala que se segue, está implícita uma noção de poder em que se supõe que a população seja detentora e que pode ser movimentado e utilizado para a resolução das questões que sejam importantes para ela. Também há uma noção de autonomia e liderança, mas também envolve uma relação com o serviço de saúde que assume o papel de *orientar* a população para que tenham autonomia:

“A partir do momento que você tem uma população orientada, não é que a gente tem que fazer por eles... ele vai atrás... eles sabem muito mais do que a gente...”

Esta relação entre serviço, população, autonomia e poder, tem sido analisada nas discussões sobre empoderamento na literatura. Wallerstein (2002) compara o

empoderamento a uma estratégia de Promoção da Saúde que visa o fortalecimento dos fatores de proteção social e redução de disparidades, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e a saúde e coloca a questão do controle da pessoa sobre sua vida como central na determinação social da saúde-doença.

É importante o estabelecimento de espaços institucionalizados para discussão desta temática nos serviços e nas capacitações porque, ao que parece, o empoderamento não é aproveitado no seu potencial estratégico de forma sistematizada, apesar de ser valorizado enquanto princípio.

- busca pela melhoria de vida

No contexto da oficina observa-se que a percepção dos trabalhadores é de que a população busca superar as adversidades cotidianas, o que está associado na fala com a idéia de *luta*:

“A população é sempre igual, mas que eles têm uma garra muito grande. Vivem lutando, né. Eles estão sempre tentando fazer alguma coisa.

Entretanto, percebe-se que é uma luta individual ou, no máximo, restrita ao contexto familiar:

“Uma população que, apesar de todas as dificuldades, apesar de... dessa situação complicada, é uma população que luta, que vai atrás, que matricula... A história - ah, vive da bolsa alimentação - não, é o que tem, entendeu? Eu mandei ir atrás, não quero nem saber. O pessoal vai atrás da bolsa alimentação, vai atrás disso,

daquilo... porque é isso que tem... Se é assistencialista, vamos resolver isso depois, entendeu. É isso que ela tem, então é isso que a população vai buscar.

Através da percepção dos trabalhadores pode-se inferir que não há, na população, uma noção dos problemas como pertencentes ao grupo ou classe social e que seu enfrentamento deve se dar coletivamente, assim como o trabalhador fica perdido ao tentar mobilizar estes esforços, limitando-se a encaminhar o paciente para uma abordagem por outro setor.

Numa pesquisa que buscou avaliar os fatores intervenientes para a mobilização comunitária numa ação intersetorial em cinco comunidades do Québec (Canadá), Bourdages, Sauvageau e Lepage (2003) consideraram a apropriação das ações no nível local por indivíduos e grupos-chave como o elemento essencial capaz de gerar parcerias. Tal apropriação seria determinada pelos papéis desempenhados pelos serviços e parceiros envolvidos no planejamento e implementação das atividades.

Tal estudo evidencia, por um lado, a possibilidade de ação do serviço em direção à mobilização social e, por outro, parte de uma visão de planejamento em que a participação social não é prevista na identificação dos problemas prioritários, nem no planejamento ou propostas de implementação, o que dificulta que se chegue à mudança principal.

Talvez o ponto de conversão inicial que pode colaborar no desencadeamento das ações intersetoriais, seja a apropriação da população de seus próprios problemas com vistas à sua superação e a ação do serviço pode se dar numa perspectiva de empoderamento que vise tal apropriação.

“Mas apesar de tudo isso, apesar do quadro pouco animador que a gente tem, é uma população de luta, tá? Com as armas que ela tem. Ela luta. Procura vencer as dificuldades. Por exemplo, a gente tem na estatística do Guarani, 98% das crianças estão na escola. Isso é dado de estatística. Eles não sabem ler... estão na 5ª série... mas...”

O autor desta fala considera a manutenção da criança na escola como fator de superação das más condições de trabalho e vida que enfrentam. Seria necessário investigar o que realmente motiva a família a manter a criança e o jovem na escola, porém, é um elemento que favorece o fortalecimento dos fatores de proteção social.

Temas identificados como necessidades da população: necessidade de soluções imediatas, falta de articulação para resolução de suas questões (rede), más condições de vida e de trabalho, morbidade, atitudes passivas, processos de exclusão social local, agravos (violência, criminalidade), processos de ocupação urbana.

- necessidade de soluções imediatas

“Tem o seguinte, a necessidade deles é imediata, e o PSF é a longo prazo, não tem a questão de você dar uma resposta imediata para a pessoa. Então, está lá... toda vez que ele abre a geladeira e vê... então assim, o que acontece? (...) Isso sem contar que a gente é a presença do Estado dentro da casa da pessoa, quando a gente vai lá, né. E qual a grande cobrança? Quando você não tem nada, a primeira coisa que você vai cobrar... você cobra o Estado e como você é a presença do Estado lá, então a pessoa...”

A privação material intensa que muitas famílias sofrem e que ficam evidenciadas na estratégia PSF, não pode ser resolvida pelo setor saúde e algumas necessidades realmente são imediatas, como a falta de alimentos, por exemplo.

A articulação intersetorial pode colaborar no enfrentamento destas necessidades na formação da rede de apoio às famílias em privação, assim como tem o potencial de gerar propostas de enfrentamento a longo prazo, que atuem nas raízes dos problemas sociais.

Para a Organização Mundial de Saúde (WHO, 1997), o papel do setor saúde, nas iniciativas relacionadas à pobreza inclui: a promoção de pesquisas sobre o inter-relacionamento entre os determinantes/ fatores causais, a mobilização de comunidades, a construção de capacidades institucionais e pessoais, o desenvolvimento de técnicas analíticas para conhecer o impacto das ações, advogar e construir a rede de apoio em todos os níveis. Acrescenta ainda que “A teia que mantém as ações interssetoriais conectadas é a comunicação” (p.14).

- falta de articulação para resolução de suas questões (rede)

O participante revela, no discurso a seguir, a importância da formação de uma rede de apoio que sustente os grupos sociais nos momentos de privação e também como forma de enfrentamento de suas questões. Evidencia a percepção do trabalhador que a rede também é responsabilidade da população e não só do setor, além da dificuldade do setor saúde em entender estas questões como a pobreza e a privação como uma responsabilidade social e intersetorial e não só do setor saúde ou só das pessoas, tentando resolver estas questões apenas com recursos do próprio setor:

“Agora também tem uma coisa que é da pessoa, é o indivíduo também que luta pela sua sobrevivência. Procura na rede, mando procurar... vão catar frutas, legumes no lixo... Eles querem tirar o lixo, agora acham que o lixo é bom deixar... porque podem catar frutas... é onde o CEASA despeja... Então, é a fonte que ele tem para comer... e o profissional fica assim... gostaria de abrir a geladeira e que tivesse as coisas, mas também tem coisas que são eles que tem que ir atrás. A gente vê a situação da pessoa, aí você fala - vamos arrumar uma cesta básica - mas é para aquela e o outro monte? Vamos reunir um grupo e fazer reciclagem - entende? Não tem uma rede, não foi criada uma rede. Nós temos o nosso trabalho, mas falta ampliar essa rede. Não é a rede ‘do dar’, é a rede ‘do procurar’, da pessoa também querer. Porque a pessoa também tem que querer, o primeiro passo é querer. E muitos deles também não querem.”

Para Junqueira (1999) a rede se concretiza a partir da interação das pessoas, instituições e famílias, portanto não são necessários recursos tecnológicos de alta complexidade para tal, mas sim que a rede seja entendida como uma estratégia e uma forma de organização pelo setor. A rede pode existir em torno de diferentes questões, mas pode se dar em torno de objetivos almejados coletivamente. Tal mobilização pode partir do setor, de alguma instituição ou de famílias.

As pessoas podem se perceber como isoladas e não como parte de rede de interações (familiares, políticas, religiosas, de trabalho, entre outros), mas de fato já estão inseridas em diversas redes, com diferentes objetivos, intencionais ou não, em constante transformação (Junqueira, 1999; Junqueira, 2000).

A rede também pode surgir a partir da percepção conjunta dos problemas que são comuns e da sua possibilidade de resolução através da articulação entre diferentes atores sociais (Junqueira, 1999).

A conformação da rede depende da maneira como cada participante se sente chamado a participar e se estabelece a partir da formação de vínculos. A idéia de rede reforça a interdependência de atores, institucionais ou não, superando os limites da ação isolada (Junqueira, 1999) e a falsa dicotomia entre responsabilidade da população e responsabilidade do setor.

O chamamento pode partir do setor saúde como uma estratégia de empoderamento, pois a formação da rede, além de gerar uma construção coletiva, pressupõe a transformação de indivíduos em sujeitos responsáveis e ativos no decorrer do próprio processo (Junqueira, 1999), elementos que parecem estar diminuídos na população da área de abrangência do estudo e que são destacados como importantes, na percepção de seus trabalhadores.

- más condições de vida e de trabalho

É possível notar, na fala de outro participante, a percepção da relação existente entre a inserção no mundo do trabalho e as condições de vida, e esta revela também o reconhecimento do território propiciado pela estratégia PSF, também já descrito no cenário deste estudo:

“A nossa população ela é carente. As nossas áreas são mais ou menos parecidas, então é uma área economicamente considerada pobre, pelo tipo de trabalho que apresenta, porque a maioria deles fazem ‘bicos’, vivem precariamente, assim... de

mão-de-obra... não são remunerados. Também pela sua escolaridade. O nível sócio-cultural também é baixo.”

“É, tem que ter também uma, uma política pública, entendeu... para o negócio andar tem que ter a mínima condição. A mínima, entendeu... Assim... morar, daquele jeito, já não é decente. Agora morar daquele jeito, com os ratos, do jeito que está, que está hoje... é um negócio que assim... você entra numa casa e vê em cima do fogão...”

A fala que se segue permite imaginar uma fotografia do cenário em que vivem parte das famílias da região, descrições que não são obtidas a partir dos dados dos sistemas de informação ou de quaisquer indicadores de saúde. Porém, trata-se de representações de uma parte do grupo que trabalha em áreas mais empobrecidas da região da Brasilândia e Freguesia do Ó e não significa uma representação fiel da realidade, o que se pode observar através da análise das informações trazidas no cenário da região descrito neste estudo, mas trata-se da forma como aquela realidade é vista por eles:

“O nível sócio-cultural é baixo, lazer é precário, moradia é precária. A maioria das casas não são terminadas, tem casa de barro ainda, tem de barraco... A maioria tem esgoto a céu aberto. A maioria delas é ... as crianças não estão nas escolas. Apesar dessa área nossa ter escolas, igrejas, creches... tem uma rede, né, mas por causa da precariedade, pelas drogas, pela violência, o índice de escolaridade é baixo. Então, tudo ficou para baixo. As crianças e as jovens a maioria delas estão grávidas... nas adolescentes a gravidez é precoce. Idoso na nossa área é menos, é mais uma área de

crianças e jovens (...). Tem uma grande baixa-estima da população, eles não têm muita força alternativa, a gente nota. Tem violência e o sexo é importante para fazer filho e é um meio de sustento, né, porque quando a gente pergunta qual é o meio de ganho, elas mostram todos os cartões de crédito, bolsa alimentação, bolsa família... ticket gás... ticket não sei o quê... A gente vê o paternalismo aí, em cima dessa gravidez precoce... porque essa moça que eu disse, ela ganha R\$ 600,00 de bolsa, mais três cestas básicas da comunidade. Então, ela sobrevive com o filho sem trabalho nenhum dela mesmo.”

Um aspecto da fala evidencia questões trazidas por diversos autores já citados neste trabalho que seriam o assistencialismo e o paternalismo como formas paliativas de solução das necessidades da população, que acabam reduzindo movimentos pela luta de salários melhores, emprego, moradia, entre outros, tolhendo a capacidade de se lutar por direitos conquistados socialmente (Paviani, 2002; Inojosa, 1998; Morgan, 2001).

O outro aspecto seria que, de uma forma geral, pode-se notar que o trabalhador tem dificuldade em perceber as forças sociais protetoras que sustentam a população local e seus potenciais e oportunidades de saúde. Talvez isto se dê pelo aspecto etnocentrista de se olhar a forma de viver do outro, ou seja, pela ótica de seus próprios valores.

Segundo Rocha (1989) etnocentrismo,

É uma visão do mundo onde o nosso próprio grupo é tomado como centro de tudo e todos os outros são pensados e sentidos através dos nossos valores, nossos modelos, nossas definições do que é existência. No plano intelectual, pode ser visto como a dificuldade de pensarmos a diferença; no plano afetivo, como sentimentos de estranheza, medo, hostilidade, etc. (p.7)

O mesmo autor segue colocando que o etnocentrismo nasce possivelmente da percepção das diferenças culturais entre um grupo e outro:

Aí, então, de repente, nos deparamos com um “outro”, o grupo do “diferente” que, às vezes, nem sequer faz coisas como as nossas ou quando as faz é de forma tal que não reconhecemos como possíveis. E, mais grave ainda, este “outro” também sobrevive à sua maneira, gosta dela, também está no mundo e, ainda que diferente, também existe. (p.8)

Para que se iniciem ações de Promoção à Saúde, é importante reconhecer os potenciais e oportunidades de saúde de dado local e população, não apenas os carecimentos ou o quê Mendes-Gonçalves (1992) chamou de *necessidades e poderes*. Para o mesmo autor, baseando-se em Mészáros, estes – necessidades e poderes – são passíveis de transformação e um ser, sem poder, “não poderia sobreviver”. Também coloca que poderes e necessidades fazem parte de uma mesma totalidade, em que um é a contrapartida do outro, uma contradição dialética.

Para que se reconheça isso, é preciso também reconhecer o mundo sob a ótica do outro. Isto parece um grande desafio na saúde, tanto pela formação dos profissionais, como pela sua inserção social. O elemento que poderia gerar uma mudança desta situação seria a presença do agente comunitário de saúde na equipe, mas parece que este muito mais se mescla ao grupo de profissionais e suas opiniões do quê consegue levar ao grupo uma nova visão da realidade, afinal, os agentes também participaram da discussão desta fala anterior. Neste caso, as discussões ocorridas nos subgrupos realizadas na oficina para coleta de dados deste trabalho, parecem simular o que ocorre nas discussões de equipe nas Unidades.

As falas seguintes revelam aspectos como a migração, urbanização, a relação da polícia com a população, questões de raça e trabalho infantil, condições da

habitação, drogadição, que refletem questões sociais complexas e que demandam ações intersetoriais:

“Aqui a gente colocou que a nossa população vem de todo o Brasil. A periferia ela é de maioria negra. Muitas crianças tomam conta de crianças na nossa área.”

“Sofrem o problema da fome, sofrem o problema da repressão policial, sofrem o problema da gravidez na adolescência (...).”

“(...) A polícia não é a favor de ninguém, não na periferia. A polícia só presta para a gente que mora em bairro de classe média ou outra coisa. Para eles é mais um inimigo. A violência da polícia com o tráfico... e eles não têm onde se apoiar.”

“O rato que todo mundo já conhece (mostrando o painel de recortes de revistas), que faz parte da nossa comunidade.”

“Tem também o problema do alcoolismo e da droga, que permeia toda a comunidade lá. É o ópio da população.”

A percepção do participante que expôs a fala a seguir, revela que possivelmente a escola também tem se ocupado de funções de outros setores mediante a observação das necessidades da população nesta instituição, e que acaba tentando suprir com recursos próprios, ao invés de buscar estabelecer uma relação intersetorial:

“Aqui tem (mostrando no painel as fotos representativas da população) os vários tipos de trabalhadores que tem na nossa área. O lazer das crianças que é mais nas escolas. Uma população carente.”

Em contraste, mostra-se uma visão da escola como reprodutora das condições de exclusão em que vivem as pessoas da região e, ao mesmo tempo, a expectativa de que a escola resolva a questão da privação alimentar das famílias, o que não seria uma responsabilidade direta do setor, mas alvo de ações intersetoriais:

“Em relação à escola, que teria que ser um lugar agradável, onde ele vai entrar, vai aprender, bom, ela me coloca que na escola não dão comida de manhã porque é muito cedo e as crianças não comem, então eles não dão, tiraram a merenda da escola. Então, você manda para a escola ... ele não tem comida em casa, não tem na escola, a escola é suja, violenta, não tem professora, não tem nada. Por mais vontade que ele tenha de ir... fica por baixo mesmo...”

Nota-se, então, que não há a cultura da intersetorialidade nas instituições e serviços e, atuar intersetorialmente, implica em mudança na cultura organizacional. Este processo interfere na modelagem atual de atendimento aos interesses de grupos específicos (Inojosa, 1998; Junqueira, 1998; Junqueira, 1997) e, portanto, exige fortes alianças entre aqueles interessados em melhorar a qualidade de vida dos cidadãos. É preciso investir então em novos saberes que transformem o sistema de valores institucional, o que representa atuar sob nova lógica. Na prática, vários atores institucionais devem abraçar a causa e se comprometer com ela. Além disso, é

importante o estabelecimento de normas e prioridades realizado pela organização. (Junqueira, 1997; Junqueira, 1998)

É claro que, na lógica intersetorial, a escola não pode se limitar ao ensino e o serviço de saúde às necessidades biológicas, assim como o Clube Municipal não deve se restringir a oferecer o espaço, mas estes serviços devem agir integradamente, compondo uma rede de ação social, cujo foco é o grupo populacional e suas questões (Inojosa; Junqueira, 1997).

- morbidade

A percepção da morbidade, função dos trabalhadores da saúde, também é trazida pelo grupo e de forma contextualizada, relacionada com a percepção de:

- inserção no mundo do trabalho e sua influência no corpo psíquico/ emocional:

“Nós lá temos muitos etilistas, pela baixa estima... tem muito homem que fica no bar... ocioso... bebe.”

- território e demografia:

“Os nossos acamados, por exemplo, na unidade, a minha microárea é uma microárea que o pessoal não muda muito, mas a existência de idoso é muito grande. E existe muito acamado nessa microárea.”

- condições de vida:

“Um sorriso com todos os dentes, né... infelizmente na nossa comunidade...”

Mesmo que tais relações não estejam cientificamente descritas, observa-se que a morbidade é percebida de forma associada a outras condições, o que revela uma concepção de saúde-doença mais ampla, passo importante para a mudança do modelo assistencial (Mendes, 1996).

Além de revelar a percepção dos contrastes sociais na área de abrangência, na fala a seguir, o participante chama a atenção para uma questão que perpassa as condições de trabalho e de vida, mas que vai além, que é a qualidade de vida:

“Eu na verdade... estou nesse grupo aqui, mas a minha área é uma área de contraste. Eu tenho aquele... como eles falaram... e tenho também o médio, que tem o seu convênio, tem a casa bonita, mas se eu vejo lá dentro, na verdade eu tenho uma casa muito bonita, mais bonita que essa que se representou (no cartaz) e tem uma pessoa muito doente lá dentro. Ela tem um quadro de estudo no HC, ela tem pressão alta pulmonar. Então nesse caso eu vi a dificuldade, mas é uma dificuldade muito maior, apesar dos recursos que ela tem. Então, ela é doente por dentro... a casa é muito linda... e a pessoa sofre todo tipo de doença. Então, ela faz parte de um estudo no HC, um protocolo que ela não sabe se vai ter condição de sobreviver ou não. Porque outras pessoas do protocolo, porque gente mais jovem do que essa mulher, que tem 55 anos, faleceu, de... 17 anos... porque o recurso médico não chega a tempo... não que ela não seja cercada de cuidados, e ela é cercada de cuidados... então é incoerente o contraste que eu tenho. Tenho os dois casos na área. Eu tenho aquele pobrezinho, acomodado até, e tenho esse, que apesar de ter todos os recursos, ele se vê de mão amarrada, precisando da gente por acompanhamento de pressão... devendo ser acompanhado dia sim, dia não.”

Existem diferentes e inúmeras concepções de qualidade de vida, mas, segundo Minayo, Hartz e Buss (2000), normalmente envolvem valores imateriais da existência como “amor, liberdade, solidariedade e inserção social, realização pessoal e felicidade”. Os autores também consideram os aspectos materiais do conceito como “alimentação, acesso à água potável, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer”, relevantes, mantendo relações com as noções de conforto, bem estar e realização, coletivos e individuais.

O participante anterior, na sua fala, destaca a perda da autonomia como elemento do sofrimento, redutor da qualidade de vida, valor este que alguém com menos bens materiais, pode possuir.

A Promoção da Saúde tem sido apontada como a prática sanitária privilegiada para a melhoria da qualidade de vida (Buss, 2000; Minayo; Hartz; Buss, 2000), seja através da *elaboração e implementação das políticas públicas saudáveis*, estando aí inserida a questão da intersetorialidade, entre outras intervenções, em que diferentes setores, de forma integrada, se ocupariam dos seus alcances na qualidade de vida das pessoas; *a criação de ambientes favoráveis à saúde*, o que também implica na interdependência setorial, considerados como ambiente, desde o meio ambiente e recursos naturais até o local de trabalho, habitação, a escola ou a cidade; *reforço da ação comunitária*, incluindo estratégias como o empoderamento; *desenvolvimento de habilidades pessoais*, que envolve a educação em saúde, esta podendo evoluir para o empoderamento, dependendo da abordagem; e *reorientação do sistema de saúde*, que implicaria não só nas mudanças organizacionais e de financiamento dos sistemas, mas também na mudança do modelo assistencial. (Buss, 2000; MS, 2002)

- atitudes passivas

O primeiro aspecto que pode ser observado na fala a seguir é a expectativa do profissional de conseguir *resolver* uma necessidade e de que nunca mais esta necessidade ou outra será manifesta:

“Às vezes a equipe desenvolve todas as ações possíveis e imagináveis, consegue equilibrar essa família e aí eles falam - não dá - parece que você não fez nada por eles. A D.Maria não tinha aposentadoria, ela conseguiu o benefício dela. Andou, fez o laudo, ensinou, mostrou aonde ia. A outra não fazia nada da vida, conseguiu ajeitar na comunidade uma ação para ela. Aí, de repente, está tudo bem e voltam tudo para trás de novo, se perdem novamente no caminho porque você parou de assistí-los, você não está mais todo dia na porta, porque você enquanto equipe entendeu que eles já estavam prontos para andar sozinhos. Na verdade, estão acostumados a que você veja tudo, a que você dê tudo, que você consiga as coisas, até os meios de subsistência.”

O ser humano, nas palavras de Mendes-Gonçalves (1992), é “um ser dotado de necessidades”. A necessidade, assim como a sua polaridade, o poder, constituem-no, ou mais, o definem como ser. Logo, sempre haverá algo que precisa ser satisfeito que, de forma dinâmica e histórica, se relaciona com o conseguir, compondo o cotidiano. Observa-se, então, que a expectativa de satisfação plena é idealizada e limita o horizonte do trabalhador produzindo frustração.

O outro aspecto seria o do papel do trabalhador como provedor que, na percepção deste participante, parte da expectativa da população, quando numa atitude passiva. Porém, observa-se que parte também do trabalhador quando numa

atitude assistencialista, de resolver as questões para as pessoas e não de buscar ações que potencializem a autonomia.

A contradição que se pode observar, converge com o que diz Stern (1990) em seu trabalho que, ao mesmo tempo em que há a defesa da participação social e autonomia, são realizadas abordagens que reforçam a dependência ao profissional e, portanto, sua dominação.

Também é importante considerar que, muitos destes carecimentos ou necessidades têm base em direitos conquistados pela sociedade mas não respeitados em dados grupos sociais (Inojosa, 1998). Um papel importante do trabalhador de saúde estaria em colaborar para que o usuário se perceba como ser de direitos e também de deveres, pois, de acordo com Sposati (2000), “Saber de si, da sociedade e da cidade onde se vive é condição para a cidadania e com ela condição de exercício da democracia.” (p.5).

- processos de exclusão social local

Foi possível identificar nas falas elementos que denotam processos de exclusão social através da percepção dos participantes. Para Sposati (2000), a exclusão social diz respeito “à forma de distribuição dos acessos” (p.8), o que condiz com a percepção de vários participantes:

“Têm muita criança inteligente, jovem, adolescente, a gente vê que eles são capazes. Mas não têm oportunidade. Não têm acesso à faculdade, escola, cultura, é contramão deles. Parece que esses benefícios, que é um direito, foge dessas comunidades.”

“E a população está no meio de uma batalha, geralmente a população jovem em idade escolar. Ela está presa à periferia, ela está sitiada na periferia, ela não consegue encontrar recursos em outros locais.”

“Se a gente for falar bem rapidamente a história (...) a gente vai ver que essa população ela vem sendo empurrada, cada vez mais, para áreas distantes. E quanto mais empurrada para áreas distantes, mais difícil fica a sobrevivência dela. A escola chega depois, o centro de saúde chega depois... a urbanização chega depois...”

O participante que se segue, avança, colocando que a mudança no paradigma de saúde, neste caso, o olhar estando voltado à exclusão/ inclusão social, pode gerar a transformação da prática sanitária no serviço de saúde, elementos que pedem a prática intersetorial. Mas esta precisa ser percebida como caminho possível:

“Eu acho que a nossa população ela é marginalizada, mas no sentido sociológico da palavra, marginalizada porque não tem acesso a uma certa coisa. Isto é muito importante na hora que você pensa no serviço. Se você vê uma população marginalizada, porque ela é excluída por uma série de questões, o olhar é outro.”

Um dos participantes relata uma política adotada em São Paulo recentemente de construção de espaços que reuniam prática de esportes, lazer, cultura e educação, denominados CEU (Centro Educacional Unificado). Foi uma política adotada para aumentar o acesso das pessoas a alguns benefícios, mas, na percepção que se segue, o seu alcance não é universalizado:

“Então, vira uma questão eleitoral, então constrói o CEU, põe as crianças para brincar, faz uma aula ali, um cinema, tenta aproximar alguma coisa para deixar essa comunidade como se fosse assistida no seu integral. Mas na realidade é um espaço bem pequeno.”

Sposati (2000) também esclarece que exclusão “é mais do que pobreza” ou um “estado de não ter”,

Pois se trata de um processo de não inclusão, isto é, de apartação, de negação como decisão histórica e culturalmente humana de criar interdições. Revela-se com ela um sentido humano perverso enquanto restringe potências e pratica homicídios de possibilidades. (p.9).

Acrescenta ainda que, neste equívoco entre exclusão e pobreza, o enfrentamento, também equivocado, se dá num plano que valoriza o sujeito do ter, que visa à inclusão da pessoa no mercado de consumo, apenas. Esta perspectiva de inclusão pode ser observada no discurso que se segue:

“(...) lá não tem um shopping, não têm lojas, não tem nada perto (...)”

A inclusão/ exclusão não está apenas no acesso, mas na relação entre as pessoas, em que ocorrem trocas desiguais (Santos, 2002):

“A cara deles é uma máscara, dentro de uma sociedade, que é São Paulo, dentro de uma sociedade que é o Brasil, dentro de uma comunidade que é São Paulo, que gera renda de dinheiro e tem como fazer melhorias, eles são uma sociedade mascarada dentro de São Paulo. É um povo que ninguém quer ver, ninguém quer enxergar, então coloca lá no paternalismo de cestas para ninguém enxergar.”

Apesar de ter onde morar, a população está desabrigada, desprotegida do abraço social:

“São miseráveis e invisíveis. Então é uma população que nas condições que mora é como se fosse uma população de rua.”

- agravos: violência, criminalidade

Alguns autores têm discutido a questão da intersetorialidade a partir do enfrentamento da violência, em especial a violência doméstica ou a violência contra a mulher (Schraiber; Oliveira, 2002).

“(...) é uma região com múltiplas raças, culturas... ideais... objetivos. Bandidos...”

P: ... muitas gangues ...”

“Existem os conflitos de guetos, né. Aqui (no painel) as crianças saindo da escola, quando tem também, né...”

“Porque na realidade na periferia não é a polícia... eles não aparecem na mídia porque nunca é a polícia. Entre eles... a polícia, ali, literalmente não se intromete... Eles falam para a gente - nós não estamos aqui para pegar bandido. A gente vai de viatura levar algum doente na rua, a gente vai levar aquele que está de cadeira de rodas... mas isso a gente não faz. Não pode, porque está morto se fizer, entendeu? Então na verdade a violência é uma violência civil mesmo.”

“Você vai fazer uma visita... preso... é difícil o paciente que não tem um preso ou um outro está preso, sabe? É difícil uma família que não tem nada...”

“O problema é muito mais social... marginalizados na escola...”

P: não têm nada...

P: ... e aí aparece a criminalidade mesmo...”

- processos de ocupação urbana

A proximidade do agente comunitário de saúde com o território permite a percepção de questões como a migração, urbanização, densidade populacional, trazendo à equipe de saúde noções que, antes do PSF, eram apenas índices e pouco representavam na prática de saúde:

“E representa (falando sobre a representação dos painéis) também um aumento demográfico na nossa região, é uma coisa louca. Casa sendo levantada o tempo todo, mudança o tempo todo”.

5.4 Percepções sobre as respostas dadas pelos serviços

Tais percepções puderam ser captadas através das discussões acerca da terceira pergunta norteadora – “Que respostas damos à população”. A discussão pertinente aos temas que emergiram, está descrita a seguir.

Temas identificados como respostas positivas dos trabalhadores à população:

ações no território, visita domiciliar, possibilidade de ter ações que promovam a autonomia da população, aproveitamento de espaços instituídos de participação

social, possibilidade de fomentar a participação social, acolhimento, acesso, vínculo e empatia, possibilidade de reavaliação do trabalho, possibilidade de ações intersetoriais.

- ações no território, visita domiciliar

“(...) Eu chorava todo dia, porque chegava - vamos fazer visita, vamos conhecer - nossa... os idosos, gente, ficavam no fundo do quintal, não faziam parte da casa, principalmente se estivesse doente. Ele ficava à parte. Lá ficava trancado. Eu cheguei a arrombar porta. Então, era muito diferente, os idosos, tá. E com esse trabalho pequeno, tentando falar (...) E hoje, depois de 5 anos, eu vejo bem diferente já, porque com os agentes indo para as casas, a gente indo, que a gente vai bem mais, né, o médico, o enfermeiro, nossa, mudou muito. Porque os doentes, a gente já começa - não deixa lá - e eles já começaram também a ficar com vergonha, da gente ver onde estavam os pacientes, que era uma coisa assim ... nós fizemos até trabalho com a comunidade, sabe ... olha ... melhorou bastante...”

Sendo o vínculo um recurso terapêutico e a terapêutica se tratando de “uma parte essencial da clínica que estuda e põe em prática meios adequados para curar, reabilitar, aliviar o sofrimento e prevenir possíveis danos em pessoas vulneráveis ou doentes” (Campos, 2003, p.68) percebe-se que o cuidado fica descentralizado da figura médica e as intervenções para além do procedimento. Neste sentido, o participante revela o potencial do Programa na direção da mudança do modelo assistencial.

- possibilidade de ter ações que promovam a autonomia da população

Existe, entre os participantes do estudo, um horizonte almejado de autonomia e luta das pessoas da área adscrita. Parece que o participante que se segue percebe o trabalhador como portador de ferramentas para colaborar, sendo a característica de autonomia do trabalho um elemento facilitador para tal:

“Representamos (na massa de modelar) também as pessoas umas encostadas nas outras, para ter uma união de luta, de todos, da comunidade, em busca dos seus próprios benefícios. Tem uma pá representando ferramentas, a chave também representando abrir a porta da esperança para eles continuar lutando, né... Uma chave, também, que representa o trabalho, a autonomia do trabalho.”

Os trabalhadores percebem a participação social como algo fundamental para o encaminhamento de soluções para os problemas complexos e valoriza a autonomia neste processo, assim como muitos autores abordados neste trabalho (Morgan, 2001; Al-Mazroa; Al-Shammari, 1991; Díaz-Monsalve, 2003; Stern, 1990; Wallerstein, 2002; Suárez, 1993; Junqueira, 1998, Inojosa, 1998, entre outros). Percebem a autonomia do trabalhador como elemento fundamental (chave) para fomentar a participação social, o que vai de encontro com a valorização do poder local, adotada neste trabalho e em muitos outros (Junqueira, 1997; Feuerwerker; Costa, 2000; Unglert, 1995; Neves, 2002b; WHO, 1997; Suárez, 1993, entre outros), a importância da descentralização que permite autonomia no planejamento local (Suárez, 1993; Junqueira, 1998; Inojosa; Junqueira, 1997; Junqueira, 1997; Viana, 1998, entre outros) e abertura da gestão e coordenação para a participação do trabalhador no planejamento e tomada de decisões, assim como da população.

Em relação a este último aspecto, foi realizado um estudo em São Paulo (Lico; Ferreira; Martins; Mendes, 2005) acerca da percepção de gerentes sobre seu papel em Unidades Básicas de Saúde em que os resultados indicam que, em São Paulo, não ocorreu de fato a descentralização, mas a desconcentração. As autoras colocam que há “inadequação da transferência dos recursos financeiros e da política de recursos humanos” (p.84) que acaba por não contemplar as necessidades locais, dificultando as tomadas de decisões, e indica ainda forte centralização das políticas na Secretaria Municipal de Saúde.

A descentralização de poder gera uma reação em cadeia: na medida em que os gerentes possuem maior poder local, também poderão permitir a participação de outros no processo.

- aproveitamento de espaços instituídos de participação social

O trabalhador de saúde percebe o poder que a população tem, os espaços como Conselho Gestor e entidades de classe, devendo ser meios para que se estabeleça a rede:

“A gente quis representar (na massa de modelar) a força que a comunidade pode ter se estiver unida, entendeu? As várias entidades de classe, conselho gestor... Que a comunidade junta pode fazer, porque ela tem muita mais força que uma unidade básica, politicamente falando, então, quando a população se une, ela é mais forte que qualquer outro, então é uma ferramenta mesmo que ela tem de poder, e que ela não usa, que ela pouco usa.”

Para Gohn (2003), no Brasil do século XX, existem, basicamente, três tipos de conselhos: os criados pelo poder público Executivo, com a finalidade de mediar suas

relações com as organizações populares (conselhos comunitários do final dos anos 70); os populares, gerados a partir da sociedade civil para negociações com o poder público (conselhos populares do final dos anos 70 e parte dos 80); e os institucionalizados, “com possibilidade de participar da gestão dos negócios públicos criados por leis originárias do poder Legislativo, surgidos após pressões e demandas da sociedade civil” (p.70) - conselhos previstos na Lei Orgânica Municipal de São Paulo e conselhos gestores setoriais.

Neste último grupo, os conselhos participam da gestão das políticas, são os ‘conselhos gestores’. Estes conselhos têm “caráter interinstitucional” e o papel de “instrumento mediador na relação sociedade/ Estado”, estando inscritos na Constituição como “instrumentos de expressão, representação e participação da população” (p.83). Os conselhos gestores, portanto, têm potencial para a transformação política se forem realmente representativos de dada coletividade.

Fazendo os conselhos parte dos processos políticos de nosso país, podem colaborar para mudanças sociais de importância coletiva ou auxiliar na consolidação de estruturas reguladoras/ mantenedoras. A existência dos conselhos em si não garante a democracia, mas sim a forma de apropriação destes espaços. (Gohn, 2003)

Uma questão também relevante no que se refere à prática intersetorial, é a de que, as políticas são setorializadas e organizadas por áreas (meio ambiente, tecnologia, trabalho, assistência social, educação, saúde, previdência social, cultura) e os Conselhos Gestores, apesar de serem instâncias privilegiadas de poder, participação e controle social, também são setoriais, o que pode dificultar a tomada dos problemas de maneira integral.

Os conselhos fariam parte de um novo modelo de desenvolvimento em que a sociedade civil participa da gestão pública através de parcerias para formulação e controle das políticas sociais, com possibilidade de abertura de espaço público de participação que não o governamental. Seria também uma nova relação instaurada entre o Estado e a sociedade com novas formas de decisão, capazes de incorporar diferentes interesses. Em concordância com os participantes do estudo, Gohn (2003) coloca que “Se representativos, os conselhos poderão alterar progressivamente a natureza do poder local” (p.108) e lembra também da importância da abertura das instituições a diferentes espaços de organização e poder, como as associações de bairro, sindicatos, associações de classe.

- possibilidade de fomentar a participação social

Uma ação-resposta positiva, dada pelos trabalhadores à população é a reunião de comunidade, quando são discutidas diversas questões referentes ao atendimento, são esclarecidas dúvidas, divulgadas informações, entre outros. Pela fala a seguir, percebe-se que não há participação satisfatória nestas reuniões que seriam um espaço a ser aproveitado para ações de empoderamento. O participante coloca a importância do trabalhador como colaborador para que as pessoas se apropriem de seu território, revelando a percepção do potencial do trabalhador como instrumento de mobilização e participação social:

“Se a gente conseguir mover a população, para ter um trabalho efetivo para eles, para o benefício deles, se a gente conseguir fazer com que eles participem das reuniões de comunidade... que eles se interessem da área deles... eles resolvem o problema muito mais efetivamente do que a gente...”

A participação social também não pode ser vista como uma forma do Estado delegar à população o que é de sua responsabilidade, deixando as pessoas à sua própria sorte, como muitos autores têm discutido (Gohn, 2003; Morgan, 2001, entre outros) e o que parece estar refletido nesta fala:

“A gente tem que ensinar eles pescar... ensinar como eles pescar, eles procurarem, a liberdade deles pescarem...”

Participar não significa “fazer sozinho”, mas sim, negociação, acordo entre diferentes grupos de interesses, em atos de compartilhamento da responsabilidade:

“A gente está ensinando a população que têm direitos, né... que eles podem recorrer... mesmo que eles voltem... mas somos nós que estamos fazendo isso. Então eles vão estar voltando sempre, eu acho que essa é a idéia mesmo... Eu acho que o trabalho está dando certo... na hora que eles voltam para reclamar que a referência não deu certo, que a contra-referência não deu certo, eles retornarem mesmo para a gente saber da continuidade deles... Então, nós saímos também de dentro da unidade...”

‘Ensinar sobre os direitos’ é uma ação de empoderamento e a co-responsabilização é parte dos princípios do PSF. Inojosa (1998) coloca que o cidadão consciente de seus direitos e que deseja a inclusão, o compartilhamento das riquezas materiais e imateriais conquistados pela sociedade em dado momento histórico, dificulta a adoção das políticas assistencialistas pelo governo.

A idéia de ‘construção’ trazida pelo trabalhador, também favorece a participação social na medida em que implica o uso de forças dos dois grupos – população e trabalhadores – em função de um mesmo propósito:

“Uma questão em relação à comunidade é que o PSF não está lá para dar coisas, mas para construir mesmo, para fazer com que aquelas pessoas tenham a sua autonomia para elas procurarem... Ela procurar o conselho gestor e...”

- acolhimento, acesso, vínculo e empatia

Muitas vezes a resposta dada pelos trabalhadores está relacionada ao vínculo e à empatia, o que melhora significativamente o acesso ao serviço. Considerando o acesso um aspecto central na exclusão/ inclusão social (Sposati, 2000), pode-se dizer que o trabalho no PSF, na medida em que amplia o acesso, diminui a exclusão.

“Todo mundo participa um pouco dessas lágrimas deles, tanto a gente, como o agente comunitário, a gente acolhe eles... às vezes sem poder ajudar de alguma forma, mas com uma palavra, ouvindo eles... já é o bastante”.

Além disso, considerando a dimensão subjetiva da qualidade de vida que inclui também valores como a solidariedade (Minayo; Hartz; Buss, 2000) e associada enquanto valor à prática intersetorial (Mendes; Fernandez, 2004), pode-se dizer que os trabalhadores têm contribuído com a melhora da qualidade de vida da população sob sua responsabilidade, assim como há espaço e possibilidade de realização da ação intersetorial neste território, pelos valores que animam seus trabalhadores:

“Eu perguntava - comeu hoje? Não - então dava o remédio no posto, sentava, dava um pedaço de pão para poder tomar o remédio, porque não tinha. Como ela é surda, e tem uma deficiência visual também... ela depende dela sozinha para poder sobreviver e às vezes quando tem que ir num ambulatório, em algum lugar, nós que ajudamos, acompanhamos.”

“Aí a boca representa (falando da representação em massa de modelar) o sorriso que quando você chega na unidade é muito importante que a gente esteja animado e bem humorado para atendê-los. A orelha lá é o saber ouvir e o coração aberto para dedicar toda a atenção a eles. Eu fiz a mão amiga lá. Na hora que você ouve também tem que estender a mão amiga e o olhar observador.”

Na situação descrita a seguir por um dos participantes, o acolhimento e a solidariedade possibilitaram o aproveitamento da bagagem individual e a geração de uma resposta intersetorial, tendo em vista que o trabalhador agregava consigo a perspectiva de dois setores diferentes, sem que, no entanto, seja reconhecida pelo trabalhador como tal:

“Um senhor que teve um AVC, ele ficou totalmente paralisado e ele não tinha como, na verdade, ter dinheiro para se manter. Aí eu indiquei todo o caminho que ele deveria seguir na Previdência e ele em questão de 30 dias conseguiu (...) porque ele não tinha na verdade ninguém e ele ficou praticamente necessitando de ajuda e ele tinha que ter um amparo, que é a Lei Orgânica de Assistência Social, que eu conheço bem e eu passei para ele.”

Apesar disso, muitas vezes durante o percurso metodológico, pôde-se notar que as respostas parecem depender de forma significativa de sua bagagem individual, o que revela a lacuna no apoio da coordenação técnica do programa e na abordagem das capacitações:

“Então, que nós temos... é aqui a lâmpada, maravilhosa (falando da representação em massa de modelar)... que é o nosso conhecimento, nosso conhecimento natural, a bagagem profissional, o conhecimento através do estudo, da procura e da busca.”

- possibilidade de reavaliação do trabalho

A avaliação, sendo prática essencial do processo de assistência à saúde, é valorizada pelos participantes do estudo:

“Quando nós oferecemos, temos que reavaliar depois esse trabalho. Nós falamos - mas por quê? Como está esse grau de entendimento? O quê eu estou passando, será que está resolvendo? Essas adolescentes estão entendendo? (...) E nós devemos deixar de ser imediatistas, querer colher a nossa resposta do trabalho a curto prazo. Vamos ter que avaliar no curto, no médio...(...) Então, para a gente, a resposta para a comunidade, para a população, é isso: é a gente avaliar os dois lados, eles e nós também”

A avaliação deve ser um espaço institucionalizado, mas, neste contexto, parece estar restrita a uma postura individual. Paim (2006) explica que, nos anos 90, apesar das conferências e conselhos apresentarem o potencial de institucionalização da avaliação em saúde, a fragilidade destas instâncias e o neoliberalismo emergente atrasou a consolidação da planificação e, portanto, da avaliação no Sistema de Saúde do Brasil, tendência que refere estar sendo enfrentada mediante novas posturas, não só acadêmicas, mas do poder público também.

Silva (2006) discute que, apesar da grande expansão da avaliação no campo teórico e da investigação no século XX, o conhecimento produzido é fracamente

incorporado pelos profissionais de saúde e gestores. Acrescenta também que a avaliação em saúde pode produzir informação “tanto para a melhoria das intervenções em saúde como para o julgamento acerca de sua cobertura, acesso, equidade, qualidade técnica, efetividade, eficiência e percepção dos usuários a seu respeito.”(p.30).

- possibilidade de ações intersetoriais

Como um aspecto a ser valorizado, a relação intersetorial já existe na região, porém de forma não sistematizada, organizada, percebida como estratégia, limitando-se a resolver questões cotidianas, sem que se aproveite seu potencial e, ainda, permeada por dificuldades burocráticas e de comunicação. O trabalhador vislumbra a importância desta relação a que chama de rede como uma forma de “encontrar caminhos”, entendido aqui como encontrar soluções para as questões complexas levantadas por eles no decorrer da pesquisa:

“(...) isso a gente já pensou em fazer, uma reunião na nossa comunidade, a comunidade ter uma boa... os equipamentos, por exemplo, a gente tem alguma união com a creche, com escolas. Têm umas que ainda não aderiu a essa união. O ideal era fazer um fórum com esse pessoal para a gente... Escolas... têm escolas que aderem, outras não e isso cria um certo conflito porque você fala uma coisa e aí outras pessoas fazem outra e assim, geralmente o pessoal recorre à unidade, porque a escola está ali para dar educação e a unidade... nós estamos lá também na área da saúde, mas faz a parte social, faz a parte de... às vezes a gente vai procurar escola para criança. Então essa união, essa rede, ela precisava ser ampliada bastante. Com

as igrejas, com tudo, até com o comércio, a gente precisa fazer muito essa corrente. Sem essa corrente a gente está perdido realmente.”

Existe espaço para que se realizem trabalhos intersetoriais na região, considerando que a vontade política, as idéias e concepções de saúde também condicionam a resposta intersetorial (Suárez, 1993), evidenciado na descrição a seguir:

“A gente precisa... a questão das políticas públicas que você falou... elas precisam... sei lá... Nem que a gente atue... sei lá... pega a Brasilândia, um pedaço da Brasilândia e - vamos pensar esse pedaço aqui, vamos pensar como a gente interfere melhorando educação, melhorando lazer, melhorando a habitação, e aí você vai melhorar a saúde.”

Temas identificados como respostas negativas dos trabalhadores à população:
assistencialismo, isolamento dos equipamentos públicos.

- assistencialismo

Excetuando-se a questão do assistencialismo enquanto política pública e seus problemas, já levantados neste trabalho, nota-se também que, a atitude assistencialista do trabalhador muitas vezes tem origem na ausência de planejamento a longo prazo da instituição. O trabalhador se depara com questões práticas e emergenciais que limitam a própria capacidade de assistência e não contam com algum profissional da área da assistência social que seja referência para estas situações:

“E o mais difícil para você trabalhar... você tira dinheiro do bolso para comprar leite, você tira dinheiro do bolso para ir no pronto socorro... é a criança que não tem roupa para vestir... você fala - ah, meu Deus, o que eu faço?”

Inojosa (1998) chama a estas demandas de “demandas de caráter compensatório”, que seriam “aquelas que não visam à reversão estrutural da exclusão, mas, apenas, à garantia do provimento pontual de algum bem ou serviço” (p.39)

A expectativa de que se possa resolver todas as questões da área adscrita de forma isolada pelo setor, também gera impotência:

“Muitas vezes a gente se frustra um pouco, a questão do tempo... a pessoa tem um problema e a gente não consegue resolver para ela.”

- isolamento dos equipamentos públicos

A ação intersetorial poderia contribuir com a satisfação do trabalhador de saúde que, trabalhando de forma interdisciplinar e entrando em contato com a perspectiva e responsabilidade de outros setores poderia perceber que atua dentro de um sistema, e não de forma isolada, assim como ampliariam as possibilidades de resposta à população.

“A gente toma para a gente o problema que é dele... e a gente não orienta, não consegue trabalhar de uma maneira efetiva para fazer a população correr atrás... sozinho realmente você não consegue nada... mas se você juntar 40, você consegue...”

6 CONSTRUÇÃO DAS CATEGORIAS DE ANÁLISE

Como o referencial da Promoção da Saúde impõe que a análise percorra as dimensões singular, particular e estrutural, bem como os aspectos de suas positivities e negatividades, as categorias empíricas foram alocadas no quadro que se segue.

Tomou-se como dimensão singular os temas que se relacionam de forma direta com os profissionais e equipe de saúde. Já como dimensão particular, os temas que se referem à Unidade de Saúde e região e dimensão estrutural, os que se referem à Secretaria Municipal de Saúde, Ministério e Sistema Único de Saúde.

A análise do material empírico em dimensões emergiu a partir do entendimento que a comunicação é fundamentada por relações historicamente dinâmicas e contraditórias entre grupos e culturas, evidenciando, com ela, a dificuldade de comunicação e os conflitos subjacentes, expressando, no singular, o estrutural e, neste, o singular, trazido pelo referencial teórico de análise deste trabalho (Minayo, 2004).

A delimitação das dimensões foi tomada com referência ao objeto de análise de estudo – as percepções dos trabalhadores – e a aproximação dos elementos identificados no material empírico com ele, o que originou a qualificação exposta no quadro.

Buscou-se, nas falas, evidenciar as polaridades entre os potenciais ou poderes dos atores envolvidos neste estudo e suas necessidades, o que indica possibilidades de ações para que se fortaleça uma das polaridades desta contradição, no caso desta pesquisa, em direção a práticas mais integradas, situadas no quadro como aspectos positivos e negativos nos três âmbitos da percepção captada – trabalho, população e respostas.

Retomando o material bibliográfico detalhado nos capítulos da Introdução, a análise foi conduzida a partir dos elementos que condicionariam a resposta intersetorial. As categorias de análise também emergiram a partir do seu potencial de transpassar as diferentes dimensões da realidade, de forma que se pudessem encontrar eixos comuns entre elas.

6.1 Relações de poder, empoderamento e participação social

Para Boaventura de Souza Santos (2002), poder “é qualquer relação social regulada por uma troca desigual” e é “uma relação social porque a sua persistência reside na capacidade que ela tem de reproduzir desigualdade mais através da troca interna do que por determinação externa” (Santos, 2002, p.266).

O poder, para Santos (2002), nunca é exercido de forma privativa ou livre de interferências, mas sim como “uma constelação de diferentes formas de poder combinadas de maneiras específicas” (p.265) e tais relações não são rigidamente funcionais ou determinadas. Refere que, a forma desigual com que são tratados os interesses numa relação é o que torna uma relação social uma prática de poder.

Da mesma forma que o poder, a emancipação, para o autor, também é relacional e desenvolve-se, portanto, “no interior das relações de poder, não como o resultado automático de uma qualquer contradição essencial, mas como resultados criados e criativos de contradições criadas e criativas” (Santos, 2002, p.269).

E ainda

Só através do exercício cumulativo das permissões ou capacitações tornadas possíveis pelas relações de poder (o modo abertura-de-novos-caminhos¹²) se torna viável deslocar as restrições e alterar as distribuições, ou seja, transformar as capacidades que reproduzem o poder em capacidades que o destroem. Assim, uma dada relação emancipatória, para ser eficaz e não conduzir à frustração, tem de se integrar numa constelação de práticas e de relações emancipatórias. (Santos, 2002, p. 269)

Santos (2002) também coloca a importância da hierarquização e estruturação, tanto das relações de poder, como das emancipatórias porque, para ele, se o poder ou

¹² O referido autor compreende que as relações de poder, tanto fixam fronteiras ou limites como abrem novos caminhos.

a emancipação estão em todo lugar, ‘não estão em lugar algum’. Identifica, então, seis formas de poder e seis conjuntos estruturais de relações onde são exercidos os poderes que podem ser verificados no quadro II, retirado de sua obra.

Os espaços estruturais por ele identificados são específicos pelo tipo de troca desigual característica das relações sociais neles estabelecidas. A desigualdade nas relações produz formas específicas de capital cuja reprodução define um estilo próprio de interação e direcionalidade. Cada espaço se refere, portanto, a um conjunto de relações sociais.

Na medida em que se procedeu ao exercício da análise seguindo o modelo proposto pelo autor, foi-se expondo os conceitos por ele desenvolvidos de modo a integrá-los na análise, portanto, não será aqui abordada a totalidade de sua obra, mas uma interpretação feita a partir dela.

Realizou-se neste trabalho o exercício de análise das relações de poder que podem estar implícitas nas relações intersetoriais encontradas. Para isso, utilizou-se de algumas das frases que estavam mais diretamente relacionadas às ações intersetoriais.

“Agora conversar virou moda. Toda quanto é escola manda... a criança não consegue ler e manda para o posto. A psicopedagoga tem todas as ferramentas para lidar com uma criança que está com problemas de aprendizagem e ela manda encaminhamento... que a criança está com problemas de aprendizagem, problemas de leitura, e manda para o posto.”

A relação entre o serviço de saúde e a escola é igualitária, na medida em que ambos se inserem no setor de serviços públicos. Mas, de acordo com Santos (2002), as relações de poder ocorrem em cadeias, em seqüências ou em constelações e a forma de poder privilegiada de determinado espaço, pode ser reproduzida em outros espaços.

Um dos elos desta cadeia que pode ser evidenciado no discurso, o que não significa que seja o primeiro, é a relação de poder na forma de patriarcado – enquanto sistema de controle dos homens sobre as mulheres - entre o educador e a criança, cuja unidade de prática social (princípio que organiza a ação coletiva e individual e define identidades) é a geracional, no espaço da cidadania (“conjunto de relações sociais que constituem a esfera pública” e as “relações de produção da obrigação política vertical entre os cidadãos e o Estado” – Santos, 2002, p.278).

Cabe aqui uma observação: apesar da relação entre o educador e a criança não ser necessariamente a relação entre um homem e uma mulher, o que se propõe como adequação do trabalho de Santos no presente estudo é a de que as pessoas podem exercer papéis masculinos ou femininos e, portanto, exercer o patriarcado independente do sexo.

Dando continuidade na análise, os interesses da criança são considerados diferentemente dos da instituição, que, apesar de possuir ferramentas para enfrentar, no caso, a dificuldade de leitura, vale-se de seu poder e encaminha para outro serviço.

A família exerce o papel de ponte entre um setor e outro, o que revela a dominação – “poder gerado no sistema político e centrado no Estado” (Santos, 2002, p.288) - no espaço da cidadania, em que suas expectativas e interesses são desconsiderados.

Então, a relação intersetorial é indireta, mediada pela família, que pouco representa neste processo e, por isso, é uma relação de poder do tipo exploração – forma privilegiada do espaço da produção - (entre os setores), no espaço da produção (“conjunto de relações sociais desenvolvidas em torno da produção de valores de troca econômicos e de processos de trabalho” e de relações de produção e na produção – Santos, 2002, p.278).

O setor saúde se encontra com a família, numa situação que constrange o trabalhador a atender, mesmo que não julgue que seja uma questão de sua competência. Uma forma comum de responder ao setor da educação seria “devolver” a criança à escola mediante uma avaliação, reproduzindo a dominação sobre a família e o patriarcado sobre a criança, de forma a “medir forças” com a escola ou,

em outras palavras, competir pelo poder. Mas também há situações em que o setor saúde assume a responsabilidade:

“Quando mandam uma criança que dizem estar com problemas de aprendizagem aí eu faço uma abordagem de família. Muitos vão para terapia... É fácil fazer isso... não é difícil... O PSF podia fazer uma abordagem familiar com esses problemas de aprendizagem.”

Com esta ação, que favorece uma troca mais igualitária entre família/ criança e profissionais, o setor não muda sua relação com o outro, mantendo a desigualdade, o que é percebido por outro participante:

“Concordo com ela, mas eu acho que a escola tinha que se envolver também. Porque a gente assume isso e volta para a escola. Por exemplo, eu atendo crianças que estão com dificuldades, oriento a professora, no que ela está tendo dificuldade... quando começou isso... e isso para poder trabalhar junto. Eu não desvinculo, mas oriento a mãe que tem que procurar a escola. Tem umas escolas que são muito legais, mas têm outras que...”

Este percebe a troca mais igualitária com a família como algo positivo, mas reproduz a relação de dominação, na forma epistemológica (conjuntos de argumentos e premissas partilhadas, através dos quais as linhas de ação, assim como as interações, definem sua adequação em dado contexto) da formação profissional e assume a postura de orientar o outro setor. Este mesmo encadeamento de relações se repete em outras situações, o que denota certo padrão de relação entre os setores saúde e educação.

Quando, no discurso que se segue, o participante considera a possibilidade de estabelecer uma relação direta com o outro setor, não mediada pela família, existe a idéia de se utilizar o poder no modo abertura-de-novos-caminhos para que se estabeleça uma relação de autoridade compartilhada entre os setores:

“O Estatuto do Menor diz que não pode afastar da escola por pediculose ou por escabiose, não pode, é discriminatório. Teria que suspender todos os CEUS, porque está todo mundo com piolho... está tudo ‘piolhento’... Eu acho que teria que sentar e conversar todo mundo...”

Para Santos (2002),

A transformação resulta da substituição gradual da dinâmica de desenvolvimento dominante pela dinâmica emergente e, portanto, da contradição e da competição paradigmáticas entre os paradigmas defendidos pelas respectivas unidades de prática social e pelas coligações transformativas em que elas se organizam. Na prática, a contradição e a competição paradigmáticas implicam a experimentação com formas alternativas de sociabilidade. (p.334).

Para que esta experimentação tenha sustentabilidade, deve se desenvolver em condições que a nova forma de sociabilidade não seja desacreditada ou desvalorizada logo de início, o Estado devendo garantir as condições para esta experimentação, o que implica numa luta política no espaço da cidadania (Santos, 2002).

A transição paradigmática, para o mesmo autor, é sócio-cultural, e tem base na contradição dinâmica entre regulação e emancipação social, sendo a teoria crítica moderna, nas suas palavras, subparadigmática, pois busca a emancipação dentro do paradigma dominante. O pensamento crítico deve ser paradigmático para ser eficaz, devendo partir de uma crítica, tanto dos modelos regulatórios, como dos

emancipatórios, do paradigma dominante. O paradigma emergente, não pode ser apenas científico, mas deve ser também social.

O conhecimento emancipatório seria então a solidariedade como estado de saber e a aceitação e a revalorização do caos como outra estratégia epistemológica que permite desequilibrar o conhecimento a favor da emancipação, porque o colonialismo consiste justamente na ignorância da reciprocidade e na concepção do outro como objeto.

A solidariedade é o conhecimento obtido no processo, sempre inacabado, de nos tornarmos capazes de reciprocidade através da construção e do reconhecimento da intersubjetividade. A ênfase na solidariedade converte a comunidade no campo privilegiado do conhecimento emancipatório. (Santos, 2002, p.81)

“Eu atuo numa área de invasão e dou um exemplo de realidade. Uma área de invasão com 528 famílias... muitas vezes existem 3 famílias numa casa só. Então não dá para contar. E o que acontece? Tem um monte de ratos lá que não é rato, é gato... é gato gigante... Você fica na subprefeitura pedindo a desratização, se identifica como agente de saúde, que trabalha na área em promoção em saúde... eles pegam o endereço, tudo certinho... você dá a quantidade de casas, etc... e o cara manda lá o pessoal lá da zoonoses... e mandam fazer a desratização de uma casa só? Quer dizer, está faltando um entendimento lá fora...”

Neste outro exemplo, identifica-se como um dos elos da corrente de poder, a exploração do trabalho do agente comunitário de saúde (ACS) pela família, favorecida pela postura assistencialista do trabalhador e passiva da população, que acaba se dando numa mescla do espaço da cidadania com o da comunidade (“constituído pelas relações sociais desenvolvidas em torno da produção e reprodução de territórios físicos e simbólicos e de identidades e identificações com

referência a origens ou destinos comuns” – Santos, 2002, p.278), pela inserção do agente no local como morador.

A comunidade não se mobiliza para enfrentar tais questões. Pela importância epidemiológica da questão, a relação com a família precisa ser transformada em autoridade compartilhada, com ações de promoção no âmbito do que seria o paradigma radical de promoção à saúde de Caplan (1993), descrito anteriormente.

A tendência das ações de saúde, seria reverter esta exploração em dominação, através do conhecimento-regulação, relações estas observadas nos trabalhos de Caplan (1993), no seu entendimento do que seja o paradigma funcionalista de promoção, de Naidoo e Wills (2002), nos modelos comportamental ou educacional de promoção da saúde e de Seedhouse (1997), na promoção da saúde médica ou da saúde social.

O outro setor representado pela zoonoses estabelece sua dominação, criando a dependência da família com o seu serviço e explorando o trabalhador de saúde e este volta a dominar a família, mantendo o que parecem ‘relações-padrão’.

Diversas relações de poder podem ser identificadas a partir das falas deste estudo e algumas conexões foram estabelecidas entre os temas levantados no quadro analítico exposto anteriormente (quadro I).

Através dos resultados deste estudo observa-se que os participantes almejam relações sociais com trocas mais igualitárias evidenciado em frases como “falar a mesma língua”.

Na relação interdisciplinar observa-se que há troca desigual entre os componentes da equipe, evidenciadas pela sua insatisfação na relação. A valoração do trabalho de cada componente e sua legitimidade é muito desigual, evidenciado

pela desigualdade salarial, acesso a cargos e participação ou não em instâncias de decisão (Peduzzi, 2000).

O vínculo pode ser entendido neste trabalho como a possibilidade de se estabelecer uma troca mais igual entre usuário e trabalhador. Enquanto o vínculo não é parte da relação social em saúde, a troca desigual mantém-se estável.

Como a análise deste trabalho enfoca o serviço público de saúde, entende-se que o espaço privilegiado desta relação usuário/ trabalhador, é o da cidadania e, portanto, a forma de poder mais evidente seria a dominação.

A valorização dos resultados do trabalho pelo trabalhador colabora para a atribuição de um sentido ao trabalho, um significado, como um pagamento imaterial, onde o profissional resgata o seu poder perdido na exploração, forma de poder predominante no espaço da produção.

A sobrecarga de trabalho expressa a exploração no espaço da produção, relação desigual mantida pela forma como está organizado o trabalho, restrição do PSF para algumas unidades de saúde, manutenção do número de famílias por equipe sem critério, manutenção da estrutura setorial de gestão, precário sistema de referência e contra-referência dentro do sistema de saúde e expectativa por produtividade.

A alienação do trabalho é mantida pela exclusão do trabalhador dos processos de planejamento local e pela sua falta de organização para concretizar o planejamento. O processo de desconcentração e não descentralização também colabora para a sua manutenção, apesar de haverem processos de descentralização já iniciados na cidade. A capacitação reforça a alienação na medida em que não prepara para o planejamento local com base na Promoção e Vigilância da Saúde ou para estratégias fundamentadas numa concepção de saúde baseada na sua determinação

social. A autonomia dos componentes da equipe talvez seja o elemento que se contrapõe à exploração, devendo ser melhor aproveitada pelos trabalhadores na direção da mudança do modelo assistencial.

Apesar do centro de poder ser muitas vezes responsável pela exclusão, quanto maior o distanciamento deste, maior a liberdade e a autonomia. Mas a autonomia pode se transformar num caos, na medida em que se percam de vista os limites do centro de poder (Santos, 2002).

A inserção das Unidades no território possibilita uma troca mais igualitária com a população, na medida em que evidencia as condições de trabalho e de vida e também abre espaço ou atua no modo “abertura-de-novos-caminhos” para ações distributivas do Estado.

Boaventura de Sousa Santos (2002) coloca o sofrimento humano como um dos momentos privilegiados da solidariedade que evidencia os elos enfraquecidos da dominação imperial e que, conhecer suas representações, é fundamental para se criar um desejo de transição paradigmática. Na medida em que “a dominação hegemônica reside, primordialmente, na ocultação do sofrimento humano ou, sempre que isso não é possível, na sua naturalização como fatalidade ou necessidade” (p.379), escondendo e naturalizando a opressão, no PSF, sua ocultação não é mais possível e, no momento, parece ainda não estar naturalizado, tendo em vista o contato recente com as famílias. Mais uma vez se destaca, então, o momento e a oportunidade críticos de transformar esta transição, não de um programa de saúde para outro, mas de um paradigma para outro.

Apesar das carências, más condições de vida e de trabalho da população, esta apresenta atitudes passivas e não consegue se organizar para resolução de suas

questões. A busca pela melhoria da qualidade de vida é individual, numa relação de dependência com as políticas assistencialistas do Estado, que, desta forma, atua na dinâmica de maximização da lealdade, pela dominação.

Os processos de exclusão observados na região em estudo, formam dualidade com os processos de inclusão/ acesso, contradição essencial da diferenciação desigual como forma de poder (“opera mediante a criação da alteridade, da agregação da identidade e do exercício da diferença na base de critérios mais ou menos deterministas (...) é o racismo no sentido mais lato” sendo exercido de várias formas: discriminação, etnocentrismo, criando estereótipos, entre outros – Santos, 2002, p.287).

O Conselho Gestor e o Conselho Municipal de Saúde são instâncias de poder institucionalizadas que objetivam trocas mais igualitárias no espaço da cidadania entre Estado e população e, portanto, devem ser espaços melhor explorados.

Também se deve considerar as organizações populares de base e grupos comunitários como instituições do espaço da comunidade em que se exercita o seu poder e o seu direito.

O acesso possibilitado pelo acolhimento reduz a exclusão, desde que oferecida uma assistência de qualidade. As atividades em grupo possibilitam trocas mais igualitárias entre os trabalhadores e a população, desde que sejam espaços para discussão dos direitos dos diferentes espaços sociais e que as formas epistemológicas do produtivismo, tecnologismo, formação profissional não se sobreponham ao conhecimento local, cultura da comunidade e tradição.

As relações entre setores evidenciadas neste estudo, são situadas majoritariamente no espaço da produção, que possibilitaram contato entre diferentes

processos de trabalho que não possuem lógica de funcionamento comum e não possuem um sistema de informação integrado. A interação entre os diferentes processos de trabalho passa pela comunicação, que se dá a partir de diferentes formações profissionais.

Como se tratam de setores públicos, não há a maximização do lucro na sua dinâmica de desenvolvimento, mas da lealdade enquanto dinâmica de desenvolvimento (“direcionalidade da ação social, princípio local de racionalidade que define e gradua a pertença de relações sociais a um espaço estrutural particular e a mudança social normal que nelas ocorre” – Santos, 2002, p.282), competindo os setores pela dominação e não convergindo no objetivo de atender às necessidades da população.

A relação entre os setores não é de poder propriamente dito, mas depende de como se dão as trocas em si, que caracterizam, muitas vezes, a competição pelo poder. Passa a envolver poder quando os interesses de um setor se sobrepõem aos de outro e da população. Também se transforma numa relação de poder quando apenas um dos setores se beneficia da relação por tempo indeterminado ou quando, para que o outro setor não se beneficie de seu trabalho, um dos setores realiza o seu de forma desqualificada.

Neste sentido, a forma setorial de gestão municipal aumenta a competição intersetorial por não estabelecer objetos comuns de trabalho e por segmentar a atenção, com ênfase na fragmentação em disciplinas, departamentos e campos de conhecimento/ saber.

A pessoa, família, comunidade, também não se assume como ator, mas como receptor passivo do que lhe é oferecido e acaba, algumas vezes, manipulando as situações de acordo com seus interesses.

Existem diversas formas de se entender a participação e Gohn (2003) colabora para que se compreenda algumas delas:

- *concepção liberal de participação*: busca uma ordem social que assegure a liberdade individual e, portanto, objetiva uma sociedade civil mais forte mas que não participe da vida do Estado, mas evite seu controle, tirania e interferência na vida das pessoas. As principais ações neste âmbito visam desestimular a intervenção estatal a ampliar o acesso das informações aos cidadãos para que possam opinar nas decisões a serem tomadas, partindo do princípio de que todas as pessoas são iguais, desconsiderando as diferenças de gênero, classe, etnias, entre outros. Desta derivam também a participação corporativa (não se consideram a realidade dos interesses individuais, disfarçados na noção de bem comum, geralmente articulada à organizações sociais) e a comunitária (pretende o fortalecimento da sociedade civil integrando órgãos que representam a sociedade com órgãos deliberativos e administrativos do Estado).

- *concepção autoritária*: orientada para o controle social da sociedade e da política, ocorrendo geralmente em regimes políticos autoritários ou em regimes democráticos com interesse em reduzir conflitos, utilizando-se de programas, sendo a arena, as políticas públicas.

- *concepção revolucionária*: a participação é estruturada com o objetivo de lutar contra a dominação e a favor da divisão do poder político, sendo o sistema partidário fundamental nesta concepção, tendo como missão qualificar a participação das pessoas. Advogam o controle do poder pela comunidade, propondo a formação de instituições e formas de experimentação social paralelas ao poder público, fazendo o uso da força ou não.

- *concepção democrática*: participação é, tanto fenômeno da sociedade civil como das instituições políticas, demarcando posições entre eles. O processo eleitoral é o critério máximo para formação da representação nas instituições. Desta deriva a democrática radical, que visa fortalecer a sociedade civil para maior igualdade social, não sendo de cunho político-partidário. Experiências associativas são consideradas relevantes no processo, não havendo sua divisão por classe social, sendo plural. Neste caso, “participar é visto como criar uma cultura de dividir responsabilidades na construção coletiva de um processo, é dividir responsabilidades com a comunidade” (p.19). O fórum do Orçamento Participativo é um dos exemplos desta forma de participação.

Para Santos (2002), o paradigma emergente é o “paradigma da democracia radical”, da democratização total das relações sociais com base, tanto na obrigação política entre o cidadão e o Estado, como na obrigação política entre cidadãos e associações. Esta democratização, portanto, não deve se dar apenas no espaço da cidadania, mas em todos os espaços estruturais, sendo aprofundada pela transformação das relações de poder, do direito e do senso comum. A relação de

poder deve se transformar em autoridade compartilhada, o direito despótico em direito democrático e o conhecimento-regulação em conhecimento-emancipação.

Cada uma das seis formas democráticas, porque referentes aos seis espaços estruturais da sociedade capitalista, tem sua própria concepção de direito e cidadania, de representação e participação.

Se promoção da saúde implica na capacitação dos grupos para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde e maior participação no controle deste processo, implica, portanto, em rever as relações sociais de poder, tendo em vista sua importância sobre a determinação do processo saúde-doença.

Na Carta de Ottawa (MS, 2002), o “incremento do poder das comunidades” é colocado como elemento central nos processos de ação comunitária que visem a Promoção da Saúde, desde o estabelecimento das prioridades, tomada de decisões, até a definição de estratégias e sua implementação. Mas, com a discussão presente neste trabalho, percebe-se que não basta mudar o núcleo do poder, mas deve-se mudar o gênero da relação.

Num glossário desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (1998), *empowerment* pode ser um processo político, psicológico, social ou cultural através do qual indivíduos ou grupos podem apresentar suas necessidades, bem como participar na elaboração de estratégias para enfrentá-las e a Promoção da Saúde se dá, não só no âmbito do desenvolvimento das habilidades individuais, mas também influenciando nas condições sócio-econômicas e ambientais que estão na base dos problemas.

Raeburn e Rootman (1998) colocam que o empoderamento é um elemento central tanto no estabelecimento de objetivos de programas de promoção da saúde

como no processo de sua realização. O enfoque, para estes autores, deve estar, primeiramente, na pessoa e em como ela vivencia o empoderamento, que está relacionado a sentimentos de controle sobre a vida, competência, auto-estima, capacidade de contribuir com as outras pessoas e participação. Mas não descartam o empoderamento numa perspectiva estrutural, política e de relação entre grupos.

O campo da ‘Psicologia Comunitária’ ou Psicologia Social, como é tratada aqui no Brasil, tem dado contribuições à noção de empoderamento, bem como têm sido realizadas intervenções neste sentido. Como exemplo, há o trabalho de Hawe (1994) que busca evidenciar os diferentes significados de *empowerment* invocados na literatura, e que, nas intervenções neste campo e sua avaliação, sugere que precisam ser melhor explicitados e indica caminhos para isso.

Wallerstein (2002) acrescenta que, além da Psicologia Comunitária, outras disciplinas têm contribuído e confluído na formação do conceito de *empowerment*, como ‘educação para a saúde’, ‘organização da comunidade’ e ‘trabalho social’, fazendo parte do discurso de saúde pública da Organização Mundial da Saúde. A autora prefere utilizar o termo ‘empoderamento comunitário’ com a intenção de caracterizar o enfoque desejado, pois, segundo ela, tem ocorrido um uso abusivo da palavra.

Também questionado o uso dos termos e conceitos da Promoção da Saúde, Carvalho (2004) coloca que o termo “*empowerment* comunitário” deve ser preferido ao de *empowerment*. O primeiro, “suscita a elaboração de estratégias que procurem promover a participação visando ao aumento do controle sobre a vida por parte dos indivíduos e comunidades, a eficácia política, uma maior justiça social e a melhoria da qualidade de vida” (Carvalho, 2004, p.676).

O ‘empoderamento’ comunitário estaria baseado no sentido de justiça social e redução de iniquidades e as ações são definidas e estruturadas nesta base. Segundo Wallerstein (2002), pode significar tanto processo como resultado, nos níveis individuais, organizacionais ou contexto. E resume: “a teoria de empoderamento comunitário inclui processos e resultados estruturais relacionados à participação, controle e consciência crítica e sugere uma relação entre o empoderamento crescente, como um resultado intermediário, e à melhora da saúde” (Wallerstein, 2002, p.75).

Adequando estas composições à análise de poder à luz das reflexões de Santos (2002), pode-se inferir que o empoderamento deve se dar nos seis espaços estruturais e não apenas no da cidadania ou comunidade e a transformação subjetiva não só pode fazer parte do processo, mas é fundamental. Como envolve poder, é sempre um processo político e se dá na relação social e a cultura é apenas uma das formas epistemológicas da diferenciação desigual mais freqüente no espaço da comunidade.

Empoderamento ganha, então, novo sentido, em que se faz necessária a reavaliação das relações sociais de poder e que se analise seu encadeamento nos diversos espaços estruturais. A cadeia emancipatória deve circular os seis espaços estruturais.

6.2 Organização do trabalho

Nesta categoria, o espaço privilegiado de análise é o da produção e suas relações, bem como a inserção da intersetorialidade neste contexto.

A atuação numa perspectiva intersetorial exige uma reorganização do processo de trabalho numa outra lógica, tanto no âmbito do planejamento, como no da

execução das ações (Inojosa; Junqueira, 1997; Paim, 1999; Teixeira; Paim, 2000;). O processo de trabalho fragmentado, para eles, inviabiliza a integralidade da atenção. Junqueira (1998) avança na discussão e coloca que a vontade política não basta para a mudança organizacional. As atividades devem ser orientadas por um conjunto integrado de normas e prioridades estabelecido pela organização (Junqueira, 1998), ou seja, a desvinculação total com o centro de poder, maximizando a autonomia, geraria o caos.

O trabalhador, com a especialização do trabalho, foi se tornando alienado do processo de trabalho total e, concomitantemente, sofreu o fenômeno da segmentação - aquele que idealiza e controla o processo de trabalho passa a não ser o mesmo que o operacionaliza.

No trabalho em saúde, em especial, na medida em que ocorre a especialização, perde-se o foco no objeto do trabalho mais geral: as pessoas continuam inteiras, com suas necessidades inter-relacionadas, mas as respostas do Estado a elas se dão de forma fragmentada. Neste sentido, o Programa Saúde da Família tem potencial contra-hegemônico por trazer de volta o profissional generalista, bem como a possibilidade de toda a equipe de trabalhadores conhecer as condições de vida e trabalho de sua população, o que os faz entrar em contato novamente com as pessoas e suas necessidades de forma mais integral.

A divisão entre o pensar e o fazer visando ampliar o processo de dominação, também, evidentemente, ocorre nas práticas de saúde: a divisão técnica do trabalho é determinada pela sua divisão social e vice-versa (Mendes-Gonçalves,1992).

7 CONCLUSÕES

Em relação ao objetivo proposto por este trabalho, foi possível obter um panorama das percepções sobre a intersetorialidade e temas correlatos, abrindo ampla gama de possibilidades de aprofundamento em trabalhos posteriores. A pesquisa permitiu explorar o campo de estudo, estabelecendo um primeiro contato científico sobre a intersetorialidade na região.

A metodologia adotada favoreceu a apreensão das percepções e propiciou o início de uma sensibilização dos trabalhadores sobre o tema, sendo necessários novos mergulhos na realidade para melhor detalhamento das questões levantadas neste estudo.

Retomando os elementos propostos por Suárez (1993) como os intervenientes na ação intersetorial, observa-se que, na região do estudo há, tanto elementos que favorecem como dificultam para que a ação ocorra naquele território, já levantados no quadro I.

Observa-se que, em relação às **situações-problema de saúde**, considerando as mais complexas, as que foram destacadas, na visão dos trabalhadores, foram as condições precárias de vida e de trabalho, a exclusão social em que vivem boa parte das famílias da região, a violência e a criminalidade.

Quanto à **estrutura de poder**, através da percepção dos participantes, não se pôde aprofundar em que nível se encontra a descentralização, mas, pela forma como está organizada a cidade atualmente, observa-se a tendência à centralização, gerando apenas a desconcentração e não a descentralização de fato.

Ainda sob o aspecto do poder, em relação à mudança organizacional exigida pela intersectorialidade, observa-se que os setores da região do estudo, na perspectiva dos trabalhadores de saúde, não têm a cultura das ações intersectoriais, a desconcentração dificultando a modificação das relações sociais de poder nos microespaços como as Unidades de Saúde.

Além da desconcentração, as relações autoritárias ou de poder no serviço, entre setores e destes com a população, dificultam o encadeamento de parcerias e a descentralização deve então vir acompanhada da reavaliação de tais relações, ampliando radicalmente a democracia e a participação em todos os espaços estruturais.

Não se tem clareza da intersectorialidade como estratégia para enfrentar as questões complexas com que os trabalhadores se defrontam no seu trabalho e que lhe traz tantos conflitos por perceberem sua limitação diante delas, assim como o entendimento de Promoção da Saúde é dicotomizado e não reorganiza de fato o serviço numa outra lógica, nem a Vigilância à Saúde aparece no trabalho enquanto forma de reorganizar a prática sanitária. Estes elementos revelam déficits no conhecimento científico que dificultam a transformação das relações de poder envolvidas nos aspectos técnicos, administrativos e políticos, fundamentais para a viabilização as ações intersectoriais.

A burocracia e o corporativismo, também foram identificados através da percepção dos trabalhadores como elementos que limitam as ações intersectoriais e que revelam como se dão as relações sociais de poder no território.

Quanto ao **pensamento, concepções e enfoques sociais e de saúde** predominantes, observa-se que há contradições entre a forma como vêem a saúde-

doença, de forma mais complexa e abrangente, e a forma como entendem os enfoques do trabalho e da prática sanitária, sendo incompatíveis muitas vezes.

A **política global e de saúde**, como o SUS com seus princípios e diretrizes, favorece a inclusão das ações intersetoriais no território, mas a fragilidade da implantação do SUS no município, tem dificultado, não só as ações intersetoriais, mas limitado a qualidade da assistência como um todo. Além disso, a ausência de estrutura matricial que amplie o contato entre os setores ou o remodelamento das políticas de modo a modificar a estrutura setorial de gestão, tem sido observada em São Paulo.

Quanto ao **planejamento e programação**, estes não têm sido empreendidos pelos participantes deste estudo que inclusive referem sua exclusão dos processos de decisão sobre suas ações. Não ficou evidenciado, através da percepção dos participantes, qual seria o método de planejamento ou avaliação adotado na região pelas coordenações para que se pudesse analisar sua influência na resposta intersetorial. A princípio, a avaliação parece ser realizada a partir dos indicadores do SIAB e pela produtividade das equipes, o que é insuficiente para um modelo de atuação intersetorial.

O **sistema de informação** é setorial e desfavorece o contato entre os setores e também o planejamento intersetorial pelas equipes.

A **comunicação e coordenação entre setores** dependem dos trabalhadores e de suas iniciativas particulares, porque o aparato governamental é setorizado, e estas têm se dado, mas ainda não de forma estratégica ou planejada.

Quanto às **características do sistema de saúde**, através da percepção dos trabalhadores, pode-se notar que o PSF favorece o contato com os outros setores,

visualização dos problemas complexos da população, visão de saúde-doença mais abrangente, vínculo com o usuário e família e responsabilização da equipe, permite a interdisciplinaridade e atenção descentralizada do atendimento médico.

Em relação à **economia e financiamento**, como se colocou no capítulo introdutório deste trabalho, o orçamento público é setorizado e não se obteve qualquer informação, a partir dos trabalhadores, que sugerisse outras fontes de financiamento das ações como o terceiro setor, por exemplo.

A **participação social** parece enfraquecida na região de estudo, na percepção dos participantes, inclusive nas instâncias políticas como o Conselho Gestor, por exemplo.

Destaca-se a capacitação como elemento importante no **desenvolvimento científico-tecnológico e da força de trabalho** no PSF, e esta tem estado presente no cotidiano dos seus trabalhadores, precisando ainda ajustar seus conteúdos e formato para abordagens interdisciplinares e mais complexas em saúde.

Não há indícios, na percepção dos trabalhadores, de **cooperação internacional** na região em estudo.

REFERÊNCIAS

- Akerman M. Metodologia de construção de indicadores compostos: um exercício de negociação intersetorial. In: Barata RB, organizadora. Condições de vida e situação de saúde. Rio de Janeiro: Abrasco; 1997. p. 95-113.
- Akerman M. Território, governança e articulação de agendas. In: Garibe R, Capucci P, organizadores. Gestão local nos territórios da cidade: ciclo de atividades com as subprefeituras. São Paulo: Secretaria Municipal das Subprefeituras; 2004. p. 134-8.
- Al-Mazroa Y, Al-Shammari S. Community participation and attitudes of decision-makers towards community involvement in health development in Saudi Arabia. Bull World Health Organ 1991; 69(1): 43-50.
- Almeida Filho N. Intersetorialidade, transdisciplinaridade e saúde coletiva: atualizando um debate em aberto. Rev Adm Pública 2000; 34(6): 11-34.
- Almeida MCP, Rocha SMM, organizadoras. O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez; 1997.
- Amaral MA. Entre o desejo e o medo: oficinas de trabalho como espaço de reflexão e empoderamento de adolescentes. [tese] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2005.
- Amaral MA, Galastro EP, Coelho S, Fonseca RMGS. Gênero e prática de enfermagem: a utilização da oficina de trabalho como espaço de reflexão e técnica de coleta de dados de investigação. In: Anais do 2º. Encontro Internacional de Pesquisa em Enfermagem: Trajetória Espaço-Temporal da Pesquisa; 2002 out. 28-31; Águas de Lindóia. Águas de Lindóia: EEUSP; 2002. p. 216.
- Andrade LOM, Barreto ICHC, Gomes CF, Canuto OMC. Public health policies as guides for local public policies: the experience of Sobral-Ceara, Brazil. Promot Educ 2005; Suppl 3: 28-31.
- Andrade LOM, Barreto ICHC. Health Promotion and the Unified National Health System in Brazil: a necessary conceptual alignment. Ciênc Saúde Coletiva 2004; 9(3): 539-41.
- Andrade MC. Territorialidades, desterritorialidades, novas territorialidades: os limites do poder nacional e do poder local. In: Santos M; Souza MAAS, Silveira ML, organizadores. Território: globalização e fragmentação. 5ª ed. São Paulo: Hucitec; 2002. p. 213-20.
- Aquino VD, Maldonado V. Meninos da esperança. In: Medina C, organizadora. Ó Freguesia, quantas histórias. São Paulo: ECA; 2000. p. 133-149.

Asadi-Lari M, Farshad AA, Assaei SE, Mahdavi MRV, Akbari ME, Ameri A, et al. Applying a basic development needs approach for sustainable and integrated community development in less-developed areas: report of ongoing Iranian experience. *Public Health* 2005; 119: 474-82.

Badia DD, Fernandez JCA. Intersetorialidade e polarização paradigmática. In: Garibe R, Capucci P, organizadores. *Gestão local nos territórios da cidade: ciclo de atividades com as subprefeituras*. São Paulo: Secretaria Municipal das Subprefeituras; 2004. p. 124-32.

Barrientos DMS. *Mulher e saúde: dialetizando o trabalho da enfermagem ambulatorial*. [tese] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2002.

Barro M. Registros da peregrinação. In: Medina C, organizadora. *Ó Freguesia, quantas histórias*. São Paulo: ECA; 2000. p. 31-5.

Berguist NR. Vector-borne parasitic diseases: new trends in data collection and risk assessment. *Acta Trop* 2001; 79: 13-20.

Bettoni M. Prevenzione degli effetti sanitari dell'inquinamento atmosferico: strategie politiche intersettoriali da adottare e Piano Sanitário Nazionale. *Ann Ist Super Sanit* 2000; 36(3): 263-6.

Bodstein R, Zancan L. Avaliação das ações de promoção da saúde em contextos de pobreza e vulnerabilidade social. In: Zancan L, Bodstein R, Marcondes WB, organizadores. *Promoção da Saúde como caminho para o desenvolvimento local: a experiência de Manginhos-RJ*. Rio de Janeiro: Abrasco; 2003. p. 39-59.

Bögel K, Griffiths RB, Mantovani A. Intersectoral collaboration in animal and human health. *Ann Ist Super Sanit* 1992; 28(4): 445-50.

Bourdages J, Sauvageau L, Lepage C. Factors in creating sustainable intersectoral community mobilization for prevention of heart and lung disease. *Health Promot Internation* 2003; 18(2): 135-44.

Breilh J. *Economia, medicina y política*. Sto. Domingo: Impresos de Calidad; 1981.

Browne G, Gafni A, Roberts J, Byrne C, Majumdar B. Effective/ efficient mental health programs for school-age children: a synthesis of reviews. *Soc Sci Med* 2004; 58: 1367-84.

Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciênc Saúde Coletiva* 2000; 5(1): 163-77.

Buss PM. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 15-37.

Buss PM, Ferreira JR. Local integrated and sustainable development as a strategy for “radical health promotion” in Brazil. *Promot Educ* 2000-4; 7: 25-8.

Campos GWS. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cad Saúde Pública* 1998, 14(4): 863-70.

Campos GWS. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec; 2003.

Capistrano Filho D. O Programa de Saúde da Família em São Paulo. *Estud Av* 1999; 13(35): 89-100.

Caplan R. The importance of social theory for health promotion: from description to reflexivity. *Health Promot Internation* 1993; 8(2): 147-57.

Capucci PF. As mudanças na política de saúde em São Paulo: a gestão descentralizada. In: Sousa MF, Mendes A. *Tempos radicais da saúde em São Paulo: a construção do SUS na maior cidade brasileira*. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 43-73.

Carneiro F, Agostini M. Oficinas de reflexão: espaços de liberdade e saúde. In: Agostini M, D’Acri V, organizadoras. *Trabalho feminino e saúde*. Rio de Janeiro: Panorama; 1994. p. 53-83.

Carneiro Júnior N, Andrade MC, Mazziero M, Pinheiro RC, Souza ND, Silva SM, et al. A construção da equidade no acesso às políticas públicas: uma experiência de articulação intersetorial e interinstitucional na área central do município de São Paulo. *Rev Adm Pública* 2000; 34(6): 95-104.

Carvalho CAJ. A contribuição do conceito de território para uma gestão socialmente justa da cidade. In: Garibe R, Capucci P, organizadores. *Gestão local nos territórios da cidade*. São Paulo: Secretaria Municipal das Subprefeituras; 2004. p. 57-65.

Carvalho SR. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. *Ciênc Saúde Coletiva* 2004; 9(3): 669-78.

Chiesa AM. A Promoção da Saúde como eixo estruturante do Programa da Saúde da Família. In: I Seminário Estadual de Enfermagem: o enfermeiro no programa de Saúde da Família; 2000; São Paulo. São Paulo: SES; 2000.

Chiesa AM. O uso de estratégias participativas para o conhecimento das representações sociais de mulheres da região de Pirituba/ Perus com resultado classe III de Papanicolaou. [dissertação] São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública da USP; 1994.

Chiesa AM, Sousa MF, Calife KB. O PSF na maior cidade do país. In: Sousa MF, Mendes A, organizadores. *Tempos radicais da saúde em São Paulo: a construção do SUS na maior cidade brasileira*. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 253-72.

Chiesa AM, Westphal MF. A sistematização de Oficinas Educativas problematizadoras no contexto dos serviços de saúde. *Rev Saúde São Paulo* 1995; (46): 19-21.

Coelho EAC. Enfermeiras que cuidam de mulheres: conhecendo a prática sob um olhar de gênero. [tese] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2001.

Coelho S. As práticas de enfermagem em Saúde da Mulher, em Minas Gerais: um olhar de gênero. [tese] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2003.

Corrêa RL. Territorialidade e corporação: um exemplo. In: Santos M, Souza MAA de S, Silveira ML, organizadores. Território: globalização e fragmentação. 5ª ed. São Paulo: Hucitec; 2002. p. 251-6.

Czeresnia D. Apresentação. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 9-14.

Dalmaso ASW. Oferta e consumo de ações de saúde: com realizar o projeto da integralidade? *Saúde Debate* 1994; (44): 35-8.

Demo P, editor. Metodologia científica em ciências sociais. São Paulo: Atlas; 1981. Demarcação científica; p. 13-28.

Díaz-Monsalve SJ. Measuring the job performance of district health managers in Latin América. *Ann Trop Med Parasitol* 2003; 97(3): 299-311.

Dixon J, Sindall C, Banwell C. Exploring the intersectoral partnerships guiding Australia's dietary advice. *Health Promot Internation* 2004; 19(1): 5-13.

Dobashi BF, Gonçalves CM, Barros EOM, Cabral ERM. 'Viva seu Bairro': em Campo Grande/ MS a Promoção da Saúde Percorre os Caminhos da Intersetorialidade. *Divulg Saúde Debate* 2005; (32): 28-35.

Dwyer S. Improving delivery of a health-promoting-environments program: experiences from Queensland Health. *Aust N Z J Public Health* 1997; 21(4): 398-402.

Elias PE. PAS: um perfil neoliberal de gestão de sistema público de saúde. *Estud Av* 1999; 13 (35): 125-37.

Facchini LA. Por que a doença? A inferência causal e os marcos teóricos de análise. In: Buschinelli JT, Rocha LE, Rigotto RM, organizadores. Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil. São Paulo: Vozes; 1993. p. 33-55.

Ferraz ST. A pertinência da adoção da filosofia de cidades saudáveis no Brasil. *Saúde Debate* 1993; (41): 45-9.

Ferreira JR, Buss PM. Atenção Primária e Promoção da Saúde. In: Ministério da Saúde. As cartas da promoção da saúde. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde; 2002. p. 7-17.

Ferreira JR, Buss PM. O que o Desenvolvimento Local tem a ver com a Promoção da Saúde? In: Zancan L, Bodstein R, Marcondes WB, organizadores. Promoção da Saúde como caminho para o desenvolvimento local: a experiência de Manginhos-RJ. Rio de Janeiro: Abrasco; 2003. p. 15-37.

Ferreira VSC, Silva LMV. Intersetorialidade em saúde: um estudo de caso. In: Hartz ZMA, Silva LMV, organizadoras. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 103-50.

Feuerwerker LCM, Costa H. Intersetorialidade na Rede UNIDA. *Divulg Saúde Debate* 2000; (22): 25-35.

Fonseca RMGS. Investigando, construindo e reconstruindo a enfermagem generificada através das Oficinas de Trabalho. In: Anais do 2º Encontro Internacional de Pesquisa: Trajetória Espaço-temporal da pesquisa; 2002 out. 28-31; Águas de Lindóia. Águas de Lindóia: EEUSP; 2002. p.110.

Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública* 1999; 15(2): 345-53.

Franco TB, Magalhães Júnior HM. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 125-34.

Geiger PP. Des-territorialização e espacialização. In: Santos M, Souza MAAS, Silveira ML, organizadores. Território: globalização e fragmentação. 5ª ed. São Paulo: Hucitec; 2002. p. 233-46.

Gohn MG. Conselhos gestores e participação sociopolítica. 2ª ed. São Paulo: Cortez; 2003.

Gómez EG. Equidad de género en las políticas de reforma del sector de la salud de América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Pública* 2002; 11(5/6): 435-8.

Hartz Z, Ramos CL, Marcondes WB. Lições aprendidas do Projeto Promoção da Saúde em Ação. In: Zancan L, Bodstein R, Marcondes WB, organizadores. Promoção da Saúde como caminho para o desenvolvimento local: a experiência de Manginhos-RJ. Rio de Janeiro: Abrasco; 2003. p. 61-78.

- Hawe P. Capturing the meaning of 'community' in community intervention evaluation: some contributions from community psychology. *Health Promot Internation* 1994; 9(3):199-210.
- Hawe P, Stickney EK. Developing the effectiveness of an intersectoral food policy coalition through formative evaluation. *Health Educ Res* 1997; 12(2): 213-25.
- Huckle T, Conway K, Casswell S, Pledger M. Evaluation of a regional community action intervention in New Zealand to improve age checks for young people purchasing alcohol. *Health Promot Internation* 2005; 20(2): 147-55.
- Ianni O. A era do globalismo. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1999.
- Inojosa RM. Intersetorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional. *Rev Adm Pública* 1998; 32(2): 35-48.
- Inojosa RM. Movimento municípios saudáveis: aspectos legais relacionados à operacionalização e implementação do planejamento intersetorial. [s.d.]
- Inojosa RM, Junqueira LAP. O setor saúde e o desafio da intersetorialidade. *Cad Fundap* 1997; (21): 156-64.
- Junqueira LAP. A rede na gestão das políticas sociais para a construção das cidades saudáveis. In: *Seminário Nacional – Movimento Municípios Saudáveis: aspectos conceituais, legais e operacionais*; 1999; São Paulo. São Paulo: FSPUSP.
- Junqueira LAP. Descentralização e intersetorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal. *Rev Adm Pública* 1998; 32(2):11-22.
- Junqueira LAP. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. *Rev Adm Pública* 2000; 34(6): 35-45.
- Junqueira LAP. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. *Saúde Soc* 1997; 6(2): 31-46.
- Kaneko Y, Takano T, Nakamura K. Visual localization of community health needs to rational decision-making in public health services. *Health Place* 2003; 9: 241-51.
- Koga D. Medidas de cidades: entre territórios de vida e territórios vividos. São Paulo: Cortez; 2003.
- Kreisel W, Schirnding Y von. Intersectoral action for health: a cornerstone for health for all in the 21st century. *World Health Stat Q* 1998; 51: 75-8.
- Kroeger A, Ordoñez-Gonzalez J, Aviña AI. Malaria control reinvented: health sector reform and strategy development in Colombia. *Trop Med Int Health* 2002; 7(5): 450-8.

- Kumanyika SK. Minisymposium on obesity: overview and some strategic considerations. *Ann Rev Public Health* 2001; 22: 293-308.
- Künsch DA. Festas e romarias. In: Medina C, organizadora. *Ó Freguesia, quantas histórias*. São Paulo: ECA; 2000. p. 99-110.
- Kuper H, Solomon W, Buchan JC, Zondervan M, Mabey D, Foster A. Participatory evaluations of trachoma control programmes in eight countries. *Trop Med Int Health* 2005; 10(8): 764-72.
- Kvalsvig JD, Taylor M, Jinabhai CC, Coovadia HM. Colloquium report: improving the health of school age children in an era of HIV/ AIDS in Durban, South Africa. *J Trop Pediatr* 2004; 50(4): 251-4.
- Labonte R. Community health promotion strategies. In: Pan American Health Organization. *Health Promotion: an anthology*. Washington: PAHO; 1995.
- Laurell AC. A saúde-doença como processo social. In: Nunes ED, organizador. *Medicina Social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global; 1983. p.133-58.
- Leavell HR, Clark EG. *Medicina Preventiva*. São Paulo: Mc Graw-Hill do Brasil; 1977.
- Lico FMC, Ferreira MCM, Martins CL, Mendes R. Percepção de gerentes sobre o papel gerencial em unidades básicas de saúde após capacitação na região sul da cidade de São Paulo. *Saúde Soc* 2005; 14(1): 78-90.
- Loney EA, Green KL, Nanson JL. A health promotion perspective on the 'house of commons' report "Foetal Alcohol Syndrome: a preventable tragedy". *Can J Public Health* 1994; 85(4): 248-51.
- MacLean DR, Farquharson J, Heath S, Barkhouse K, Latter C, Hoffres C. Building capacity for heart health promotion: results of a 5-year experience in Nova Scotia, Canadá. *Am J Health Promot* 2003; 17(3): 202-12.
- Malik AM. Cidades Saudáveis: estratégia em aberto. *Saúde Soc* 1997; 6(2): 19-30.
- Mc Kee M, Zwi A, Koupilova I, Sethi D, Leon D. Health policy-making in central and eastern Europe: lessons from the inaction on injuries? *Health Policy Plan* 2000; 15(3): 263-9.
- Medina C, organizadora. *Ó Freguesia, quantas histórias*. São Paulo: ECA; 2000. Presente e futuro em debate; p. 153-72.
- Mendes EV, editor. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec; 1996. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde; p. 233-300.

Mendes EV, Teixeira CF, Araujo EC, Cardoso MRL. Distritos Sanitários: conceitos-chave. In: Mendes EV, organizador. Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 4ª ed. São Paulo: Hucitec; 1999. p. 159-85.

Mendes-Gonçalves RB. Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: CEFOR; 1992.

Mendes R, Fernandez JCA. Práticas intersetoriais para a qualidade de vida na cidade. In: Garibe R, Capucci P, organizadores. Gestão local nos territórios da cidade: ciclo de atividades com as subprefeituras. São Paulo: Secretaria Municipal das Subprefeituras; 2004. p. 117-23.

Menezes HC, Faria AG. Utilizando o monitoramento ambiental para o ensino da química: pedagogia de projeto. Quím Nova 2003; 26 (2): 287-90.

Merhy EE. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 15-35.

Meursing K, Vos T, Coutinho O, Moyo M, Mpofo S, Onoko O, et al. Child sexual abuse in Matabeleland, Zimbabwe. Soc Sci Méd 1995; 41(12): 1693-704.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004.

Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Ciênc Saúde Coletiva 2000; 5 (1): 7-18.

Ministério da Saúde (BR). Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília (DF); 1997.

Ministério da Saúde (BR). As cartas da promoção da saúde. Brasília (DF); 2002.

Mooy JM, Gunning-Schepers LJ. Computer-assisted health impact assessment for intersectoral health policy. Health Policy 2001; 57: 169-77.

Morgan LM. Community participation in health: perpetual allure, persistent challenge. Health Policy Plan 2001; 16(3): 221-30.

Moro M. Salud animal y atención primaria de salud. Educ Méd Salud 1983; 17(3): 263-74.

Naidoo J, Wills J, editor. Health Promotion: foundations for practice. 2ª ed. England: Baillière Tindall; 2002. Models and approaches to health promotion; p. 91-111.

Neves GR. Territorialidade, desterritorialidade, novas territorialidades (algumas notas). In: Santos M, Souza MAAS, Silveira ML, organizadores. Território: globalização e fragmentação. 5ª. ed. São Paulo: Hucitec; 2002. p. 270-82.

Neves H. Vigilância em Saúde na capital paulista. In: Sousa MF, Mendes A. Tempos radicais da saúde em São Paulo: a construção do SUS na maior cidade brasileira. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 273-314.

Nielsen JD, Palshof T, Mainz J, Jensen AB, Olesen F. Randomised controlled trial of a shared care programme for newly referred cancer patients: bridging the gap between general practice and hospital. *Qual Saf Health Care* 2003; 12: 263-72.

Nutbeam D. Inter-sectoral action for health: making it work. *Health Promot Internation* 1994; 9(3): 143-4.

Oliveira WF, Junqueira LAP. Questões estratégicas na reforma sanitária: o desenvolvimento do terceiro setor. *Rev Adm Pública* 2003; 37(2): 227-41.

Organización Panamericana de la Salud. La Crisis de la salud pública: reflexiones para el debate. Washington (DC); 1992.

Paim JS. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. In: Mendes EV, organizador. Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 4ª ed. São Paulo: Hucitec; 1999. p. 187 – 220.

Paim JS. Avaliação em saúde: uma prática em construção no Brasil. In: Hartz ZMA; Silva LMV, organizadoras. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 9-10.

Paula KA, Palha PF, Protti ST. Intersetorialidade: uma vivência prática ou um desafio a ser conquistado? O Discurso do Sujeito Coletivo dos enfermeiros nos núcleos de Saúde da Família do Distrito Oeste – Ribeirão Preto. *Interface Comunic Saúde Educ* 2004; 8(15): 331-48.

Paviani A. A lógica da periferização em áreas metropolitanas. In: Santos M, Souza MAAS, Silveira ML, organizadores. Território: globalização e fragmentação. 5ª ed. São Paulo: Hucitec; 2002. p. 182-90.

Peach HG, Barnett NE. Australia's university courses: are they meeting the educational expectations of the national Environmental Health Strategy? *J Environ Health* 2001; 64(2): 9-14.

Peduzzi M. A inserção do enfermeiro na equipe de saúde da família, na perspectiva da promoção da saúde. In: I Seminário Estadual de Enfermagem: o enfermeiro no programa de Saúde da Família; 2000; São Paulo. São Paulo: SES; 2000.

Pires C. O medo da noite. In: Medina C, organizadora. Ó Freguesia, quantas histórias. São Paulo: ECA; 2000. p. 123-6.

Prefeitura do Município de São Paulo. Sumário de Dados 2004 - Freguesia/Brasilândia. [online] Apresenta dados de São Paulo organizados em capítulos temáticos como demografia, indicadores econômicos, saúde, educação, habitação, entre outros. São Paulo: Secretaria Municipal de Governo. Prefeitura do Município de São Paulo; 2005. Disponível em: <http://www.capital.sp.gov.br/portalmmsp/do/busca?op=viewForm&servicoForm=true&unidadeForm=false¶m=3150> (16 fev 2006)

Raeburn J, Rootman I, editores. People-centred health promotion. Inglaterra: Wiley; 1998. Empowerment; p.64-79.

Rego RF, Moraes LRS, Dourado I. Diarrhoea and garbage disposal in Salvador, Brazil. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 2005; 99: 48-54.

Ribeiro RC. A construção de um município saudável: descentralização e intersetorialidade – experiência de Fortaleza. *Saúde Soc* 1997; 6(2): 47-54.

Rocha EPG. O que é etnocentrismo. 6ª ed. São Paulo: Brasiliense;1989.

Rosen G. Da polícia médica à Medicina Social. Rio de Janeiro: Graal; 1980.

Sanchez L; Perez D; Pérez T; Sosa T; Cruz G; Kouri G, et al. Intersectoral coordination in *Aedes aegypti* control. A pilot project in Havana City, Cuba. *Trop Med Int Health* 2005; 10(1): 82-91.

Santos BS. A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência. 4ª ed. São Paulo: Cortez; 2002.

Santos M. O retorno do território. In: Santos M, Souza MAAS, Silveira ML, organizadores. Território: globalização e fragmentação. 5ª ed. São Paulo: Hucitec; 2002. p.15-20.

Santos M. Técnica, espaço, tempo, globalização e meio técnico-científico informacional. São Paulo: Hucitec; 1994.

Santos S. Marcas de pé descalço. In: Medina C, organizadora. Ó Freguesia, quantas histórias. São Paulo: ECA; 2000. p. 19-29.

Satterfield DW; Murphy D; Essien JDK; Hosey G; Stankus M; Hoffman P, et al. Using the essential Public Health Services as strategic leverage to strengthen the public health response to diabetes. *Public Health Rep* 2004; 119: 311-21.

Schelp L. The role of organizations in community participation-prevention of accidental injuries in a rural swedish municipality. *Soc Sci Med* 1988; 26(11): 1087-93.

Schraiber LB, Oliveira AFPL. Violence against women and Brazilian health care policies: a proposal for integrated care in primary care services. *Int J Gynecol Obstet* 2002; 78 Suppl 1: 21-5.

Secretaria Municipal de Saúde (SP). Coordenação da Atenção Básica e Programa de Saúde da Família. Agente Comunitário de Saúde no Município de São Paulo – projeto de qualificação profissional. São Paulo (SP): Cefor; 2004a.

Secretaria Municipal de Saúde (SP). Coordenação de Epidemiologia e Informação. Coordenadorias Regionais de Saúde e Supervisões Técnicas de Saúde. *Boletim CEInfo*. São Paulo (SP); 2006.

Secretaria Municipal de Saúde (SP). *Gestão Plena no SUS: a conquista é toda nossa*. *Rev Saúde São Paulo* 2004b; (2): 9-29.

Seedhouse D. *Health Promotion: philosophy, prejudice and practice*. England: Wiley; 2000.

Sícoli JL, Nascimento PR. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. *Interface Comunic Saúde Educ* 2003; 7(12): 101-22.

Silva HGH, Nazareth RMS, Azevedo VV. Visão do horizonte. In: Medina C, organizadora. *Ó Freguesia, quantas histórias*. São Paulo: ECA; 2000. p. 47-50.

Silva HGH, Rocha RCW, Azevedo VV. O alívio das dores. In: Medina C, organizadora. *Ó Freguesia, quantas histórias*. São Paulo: ECA; 2000. p. 115-22.

Silva LMV. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: Hartz ZMA, Silva LMV, organizadoras. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 15-39.

Silva LO. Participação e territorialidade: nova conjuntura, desafios e alternativas da gestão urbana. In: Garibe R, Capucci P, organizadores. *Gestão local nos territórios da cidade*. São Paulo: Secretaria Municipal das Subprefeituras; 2004. p. 73-83.

Sousa MF. O PSF na cidade de São Paulo trabalhando em parceria: o compromisso possível. In: Sousa MF, Mendes A, organizadores. *Tempos radicais da saúde em São Paulo: a construção do SUS na maior cidade brasileira*. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 91-4.

Souza MAA. Geografias da desigualdade. In: Santos M, Souza MAAS, Silveira ML, organizadores. *Território: globalização e fragmentação*. 5ª ed. São Paulo: Hucitec; 2002. p. 21-8.

Sposati A, coordenadora. *Mapa da exclusão/ inclusão social da cidade de São Paulo/ 2000: dinâmica social dos anos 90 [livro em CD ROM]*. São Paulo: PUC; 2000.

Stern R. Healthy communities: reflections on building alliances in Canada: a view from the middle. *Health Promot Internation* 1990; 5(3): 225-31.

Suárez J. Contribucion al marco teórico para el desarrollo de la accion intersectorial em salud. *Educ Méd Salud* 1992; 26(2): 225-41.

Suárez J. Proposicion de um modelo para el estudio Y desarrollo de la accion intersectorial en salud. *Educ Méd. Salud* 1993; 27(1): 61-81.

Tasca R, Grego C, Villarosa FN. Sistemas de informação em saúde para Distritos Sanitários. In: Mendes EV, organizador. *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. 4ª ed. São Paulo: Hucitec; 1999. p. 267-310.

Teixeira CF, Paim JS. Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. *Rev Adm Pública* 2000; 34(6): 63-80.

Teixeira CF, Paim JS, Vilasbôas AL. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Inf Epidemiol SUS* 1998; 7(2): 7-28.

Unglert CVS. Territorialização em sistemas de saúde. In: Mendes EV, organizador. *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. 4ªed. São Paulo: Hucitec; 1999. p. 221-35.

Uttinger J, Zhou XN, Chen MG, Bergquist R. Conquering schistosomiasis in China: the long march. *Acta Trop* 2005; 96: 69-96.

Veríssimo MDLOR. O olhar de trabalhadoras de creches sobre o cuidado da criança. [tese] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2001.

Viana ALD. Novos riscos, a cidade e a intersetorialidade das políticas públicas. *Rev Adm Pública* 1998; 32(2): 23-33.

Von Schirnding Y. Health and sustainable development: can we rise to the challenge? *Lancet* 2002; 360: 332-7.

Wallerstein N. Empowerment to reduce health disparities. *Scand J Public Health* 2002; 30 Suppl 59: 72-7.

Webb K, Hawe P, Noort M. Collaborative intersectoral approaches to nutrition in a community on the urban fringe. *Health Educ Behav* 2001; 28(3): 306-19.

Westphal MF. Municípios Saudáveis: aspectos conceituais. *Saúde Soc* 1997; 6(2): 9-18.

Westphal MF, Mendes R. Cidade saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Rev Adm Pública* 2000; 34(6): 47-61.

World Health Organization. Health Promotion Glossary. Geneva; 1998.

World Health Organization. Intersectoral Action for Health – a cornerstone for Health-for-All in the twenty-first century. Report of the International Conference. Canada; 1997.

Yuan LP; Manderson L; Ren MY; Li GP; Yu DB; Fang JC. School-based interventions to enhance knowledge and improve case management of schistosomiasis: a case study from Hunan, China. *Acta Trop* 2005; 96: 248-54.

Yunes J. O SUS na lógica da descentralização. *Estud Av* 1999; 13(35): 65-70.

Zancan L. Cidades saudáveis: a intersectorialidade como desafio para um novo modelo de gestão. In: Sperândio AMG, organizadora. O processo de construção da rede de municípios potencialmente saudáveis. Campinas: UNICAMP; 2003. p. 49-64.

Zancan L, Bodstein R, Marcondes WB, editores. Promoção da Saúde como caminho para o desenvolvimento local: a experiência de Manguinhos-RJ. Rio de Janeiro: Abrasco; 2003. Apresentação; p. 9-14.

ANEXOS

I - FORMULÁRIO: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

São Paulo, ____ de _____ de 2005.

Prezado (a) Sr.(a) _____

Eu me chamo Jessica e estou realizando uma pesquisa para obtenção do título de Mestre pela Escola de Enfermagem da USP. Estou analisando a percepção dos trabalhadores e gerentes das Unidades de Saúde da Família sobre trabalho intersetorial e gostaria de entrevistar pessoas que considero fundamentais neste processo: agentes comunitários de saúde, enfermeiros, médicos, gerentes e o coordenador (a) da subprefeitura eleita para a realização do estudo.

A finalidade deste estudo é aprofundar o conhecimento e as discussões sobre o tema, tendo em vista sua importância como proposta para colaborar na consolidação do SUS.

A contribuição de cada um consiste em participar de três (03) encontros em que serão solicitadas informações que visam caracterizar sua formação e experiência sobre o tema, bem como sua percepção acerca das possibilidades de articulação intersetorial no território em que atua. Nas reuniões estarão presentes diferentes trabalhadores da área da saúde como agentes comunitários de saúde, enfermeiros, médicos, gerentes das Unidades Saúde de Família e elementos da coordenadoria de saúde local, além de mim e outra profissional que auxiliará na condução das reuniões. As discussões realizadas nas oficinas serão gravadas e depois transcritas e analisadas.

As informações/ opiniões emitidas serão tratadas anonimamente. O Sr.(a) tem total liberdade de recusar ou retirar seu consentimento a qualquer momento da pesquisa sem que isso implique em penalização. Firmo o compromisso do uso dos dados e informações unicamente para a pesquisa e divulgação de trabalhos técnico-científicos e coloco à disposição os resultados do trabalho.

Agradeço desde já sua colaboração e, se concordar com as condições aqui descritas, solicito sua declaração que deve ser firmada em duas vias.

Atenciosamente

Jessica Domingues

Aluna do Programa de Pós-graduação em Enfermagem,
nível Mestrado, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Endereço para contato: Rua Manuel de Soveral, 77, 183B

Jd. São Paulo, São Paulo – SP. CEP: 02040-120.

Tel: (11) 6977-3687. E-mail: jedomingues@hotmail.com

Telefone da Comissão de Ética em Pesquisa: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, declaro ter sido esclarecido a respeito do objetivo, da forma de participação e de utilização das informações e quanto à liberdade de recusar ou de interromper, sem ônus de qualquer espécie, minha colaboração durante a investigação sobre a percepção dos trabalhadores da saúde sobre trabalho intersetorial, que será realizada pela enfermeira e mestranda Jessica Domingues. Concordo em participar como informante nas oficinas referentes a essa investigação.

São Paulo, ____ de _____ de 2005.

Assinatura _____

ANEXO II

ESTRUTURA DA OFICINA DE TRABALHO

SESSÃO	TEMA	OBJETIVO	ESTRATÉGIA FACILITADORA
I	Como é o meu trabalho?	-Caracterizar o trabalho das equipes do PSF (possibilidades e limites; diferenciação do modelo tradicional; dificuldades/facilidades).	- Trabalho com sucata/fios.
II	Como é a população que eu atendo?	-Caracterizar as necessidades da população adscrita (visão de saúde, processo saúde-doença, alcance da atenção básica, condições geradoras dos processos doentios, resposta do setor saúde).	- Desenvolvimento de painéis/ figuras com recortes de revista.
III	Que respostas damos à população?	-identificar as experiências de articulação intersetorial já existentes e discutir seu potencial.	- Trabalho com massa de modelagem.

ANEXO III**QUESTÕES DE IDENTIFICAÇÃO**
(o anonimato será respeitado na publicação)

1- Nome: _____

2- Data de Nascimento: _____ Idade: _____

3- Sexo: () masculino () feminino

4- Escolaridade: () 1º. Grau () 2º. Grau () 3º. Grau
() Completo () Incompleto

5- Profissão: _____

6- Ocupação: _____

7- Unidade Saúde da Família em que trabalha: _____

8- Forma de contratação:
() Concurso público () CLT () Ambos () Outro: _____

9- Há quanto tempo trabalha nesta Unidade de Saúde? _____ ano(s)

10- Possui ou está cursando algum tipo de formação complementar?
() não () sim
() Especialização () Mestrado () Doutorado () Outro _____Área(s) _____
_____Algum destes cursos foi oferecido pela instituição ou com o seu apoio?
() não () sim. Qual(is)? _____

11- Participou de algum processo de capacitação desde o início do vínculo na atual instituição? () não () sim

Principais temas/ conteúdos abordados:

