



## ARTIGO DE PESQUISA

### PROMOÇÃO DA SAÚDE NO COTIDIANO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA PRÁTICA INTERSETORIAL?

*HEALTH PROMOTION IN THE DAILY WORK OF THE FAMILY HEALTH TEAMS: AN INTERSECTORAL PRATICE?*  
*PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL COTIDIANO DE LOS EQUIPOS DE SALUD DE LA FAMILIA: ¿UNA PRÁCTICA INTERSECTORIAL?*

*Alda Martins Gonçalves<sup>1</sup>, Roseni Rosângela Sena<sup>2</sup>, Verônica Amorim Resende<sup>3</sup>, Natália de Cássia Horta<sup>4</sup>*

#### RESUMO

Este artigo apresenta resultado de estudo que teve por objetivo analisar as ações intersectoriais de saúde identificadas nas práticas de profissionais integrantes da Estratégia de Saúde da Família. Os dados foram gerados a partir da pesquisa: “Concepções de promoção da saúde na equipe de saúde da família”. Estudo de abordagem qualitativa, descritivo-exploratória. Os sujeitos da pesquisa foram 28 integrantes de Equipes de Saúde da Família dos municípios de Belo Horizonte e Contagem. Utilizaram-se, como instrumento de coleta de dados, entrevistas com roteiro semiestruturado. Os resultados evidenciaram que as ações intersectoriais desenvolvidas são isoladas e pontuais. Demonstrou-se um certo distanciamento entre os fins políticos e a promoção da saúde como um ato de cuidado de saúde. Os profissionais têm pouco domínio do conceito de intersectorialidade. Verifica-se que as parcerias estabelecidas entre os serviços de saúde e outros setores têm pouca sistematização, interferindo na efetividade das ações e nos seus resultados. Conclui-se, também, que as atividades realizadas com enfoque intersectorial são tímidas, comprometendo a consolidação do modelo assistencial que tem como eixo a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação.

**Descritores:** Ação intersectorial; Promoção da saúde; Saúde da família.

#### ABSTRACT

This article shows the result of a study analyzing intersectoral health actions of the practice of Family Health Teams. The data was generated from the research: “Concepts of health promotion in the family health team”. This is a qualitative, descriptive-exploratory study carried out in the cities of Belo Horizonte, Contagem, State of Minas Gerais, Brazil. The subjects of the research were 28 members of family health teams. Semi-structured interviews were used to collect data. The results showed that intersectoral actions are isolated and occasional. The political purposes revealed some distance from health promotion as an act of health care. The professionals have little knowledge of the concept of intersectionality. We found that partnerships between health services and other sectors are not very systematic, which interferes in the intersectoral actions and their sustainability. We also concluded that intersectoral activities are limited, compromising the consolidation of the technical healthcare model, which has as its axis the promotion of health, injury prevention, treatment and rehabilitation.

**Descriptors:** Intersectoral action; Health promotion; Family health.

#### RESUMEN

Este artículo presenta los resultados del estudio que tuvo como objetivo analizar las acciones intersectoriales para la salud identificadas en las prácticas de los profesionales de la Estrategia de Salud de la Familia. Los datos fueron generados a partir de la investigación: “Los conceptos de promoción de la salud en el equipo de salud de la familia.” Un estudio cualitativo, descriptivo y exploratorio. Los sujetos del estudio fueron 28 integrantes de los Equipos de Salud de la Familia en las ciudades de Belo Horizonte y Contagem. Como instrumento de recolección de datos, fueron utilizadas entrevistas semi-estructuradas. Los resultados mostraron que las acciones intersectoriales son aisladas y puntuales. Los objetivos políticos se mostraron distantes de la promoción de la salud como un acto de atención de la salud. Los profesionales tienen poco conocimiento del concepto de interseccionalidad. Se percibe que la asociación establecida entre los servicios de salud y otros sectores tiene poca sistematización, lo que afecta la eficacia de las acciones y sus resultados. De ello se deduce también que las actividades con enfoque intersectorial son limitadas, lo que compromete la consolidación del modelo de atención de salud, que se centra en la promoción de la salud, prevención de enfermedades, tratamiento y rehabilitación.

**Descriptores:** Acción intersectorial; Promoción de la salud; Salud de la familia.

<sup>1</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Pesquisadora do NUPEPE. <sup>2</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem, Coordenadora do NUPEPE, Professora Emérita da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Pesquisadora Nível 1 do CNPQ. <sup>3</sup>Enfermeira. Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família, Especializanda em Atenção Básica em Saúde da Família/ UFMG. <sup>4</sup>Enfermeira. Pesquisadora do NUPEPE, Doutoranda em Enfermagem / Universidade Federal de Minas Gerais, Professora do Curso de Enfermagem da PUC Minas.

## INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) vem sendo desenvolvida em todo o país para superar o modelo assistencial hegemônico, marcado pelo paradigma flexneriano, ainda dominante no Brasil, com ênfase nos determinantes biológicos da doença, centralizado na cura e na ação dos profissionais da saúde. Sua história teve início em 1980, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde sob liderança do enfermeiro. A partir de 1991, esse programa ganha nova configuração e passa a ser denominado Programa de Saúde da Família (PSF), como uma ação política, priorizada pelo governo brasileiro para reorientar o modelo de atenção em saúde, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde - SUS<sup>(1)</sup>.

A concepção que sustenta teoricamente essa estratégia fundamenta-se nos eixos de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação, propondo uma 'nova visão' de construção social da saúde e dos processos de intervenção em tais eixos.

A promoção da saúde delinea-se como uma política para as ações de saúde que devem desviar o olhar e a escuta dos profissionais de saúde da doença para os sujeitos<sup>2</sup>. Visa, com isso, aumentar a autonomia e o poder de decisão dos usuários durante o processo do cuidado à saúde. Assim, a promoção à saúde é entendida como um processo dialético cujos princípios consistem em viabilizar meio para que as pessoas exerçam maior controle sobre a própria saúde e sejam protagonistas na organização do processo saúde-doença-cuidado<sup>(1-5)</sup>.

A ESF, ao tomar a promoção da saúde como um de seus eixos de ação, considera outros componentes além dos determinantes biológicos. Reconhece como fatores importantes no processo saúde-doença o modo como as pessoas vivem, valorizando o ambiente, o estilo e a qualidade de vida. Essa

estratégia elege a família e seu espaço social como núcleo básico de abordagem, pautando-se no princípio da integralidade da assistência à saúde<sup>(6)</sup>. Nesse sentido, a produção da saúde é um processo construído e vivido socialmente por vários atores que se responsabilizam por sua promoção e manutenção.

A Primeira Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde de Alma-Ata, realizada em 1978, reconheceu a saúde como direito de todos e que seus determinantes estão relacionados a várias ações intersetoriais. Por sua vez, o relatório final da Oitava Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, reafirmou esse reconhecimento e apontou a saúde como um processo, produzido socialmente e determinado por fatores biológicos, ambientais, sociais, econômicos e culturais. Realizada no ano 2000, a Décima Primeira Conferência Nacional de Saúde traz à tona a importância de reverter os indicadores de saúde e causar impacto na qualidade de vida da população<sup>(7)</sup>. Assim, reconhece-se a necessidade de atuação não somente do setor saúde, mas também como um resultado de ações intersetoriais e multidisciplinares<sup>(7-8)</sup>. Ainda nessa perspectiva histórica, a Décima Terceira Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2007, tem como um dos temas principais a saúde como qualidade de vida e a participação da sociedade como direito humano a saúde<sup>(9)</sup>.

Nesse contexto, a saúde, compreendida como um bem coletivo, não pode ser assegurada apenas por uma parcela da sociedade, ou seja, configura-se como um processo participativo e democrático construído de forma compartilhada<sup>(10-11)</sup>.

Nesse campo de ação a intersetorialidade é condição para a prática da promoção da saúde. Ela envolve, necessariamente, ações do governo e da sociedade civil organizada, incluindo setores produtivos, abordagens comunitárias e

participativas, visando a promover o 'capital social' e dar autonomia aos sujeitos sociais<sup>(12-13)</sup>. Capital social diz respeito à coesão social que resulta da participação dos setores envolvidos. O capital social de uma comunidade traduz-se em um conjunto de elementos de sua organização social, tais como: confiança mútua, normas de reciprocidade e solidariedade, como também, o engajamento cívico e as redes de associações que facilitam a coordenação e a cooperação de ações coletivas para o alcance de benefícios mútuos<sup>(14)</sup>.

Assim, a intersectorialidade vem sendo considerada como ferramenta decisiva para o enfrentamento de múltiplos desafios na saúde pública<sup>(15)</sup>, tais como a violência, as doenças transmissíveis e as não transmissíveis, e o envelhecimento da população. Para a efetivação de ações intersectoriais, diversos conhecimentos, linguagens e modos de fazer, presentes em diferentes núcleos de saberes, passam a ser discutidos e compartilhados na tentativa de solucionarem problemas de saúde. A intersectorialidade necessita de abertura ao processo dialógico entre os setores envolvidos para que haja corresponsabilidade e cogestão nas ações<sup>(1,2,5)</sup>.

Assim, a educação permanente passa a ser uma necessidade cada vez maior para que se criem espaços de discussão e envolvimento entre os atores sociais, gerando ações efetivas, inovadoras e resolutivas para a melhoria da qualidade de vida<sup>(12)</sup>.

Considerando a intersectorialidade como um dos principais componentes da atenção básica à saúde, parte-se do pressuposto de que conhecer as ações intersectoriais desenvolvidas em uma dada realidade pode contribuir para a superação de problemas ainda pouco visíveis ou pouco sistematizados na prática cotidiana dos profissionais das equipes de saúde da família. A experiência dos enfermeiros como coordenadores e articuladores das ações de saúde, no nível da

atenção básica, constitui um diferencial importante para a superação das práticas tradicionais e contribui para a viabilização de atividades intersectoriais. Nesse sentido, este estudo é relevante para a área de enfermagem porque estimula uma reflexão sobre suas práticas. No entanto, como as características de um trabalho com ações intersectoriais exigem a confluência de saberes, linguagens e fazeres por parte dos atores envolvidos no processo de trabalho, consideraram-se todos os profissionais como sujeitos da pesquisa.

Este estudo teve como objetivo analisar as ações intersectoriais de saúde identificadas nas práticas de profissionais integrantes das equipes de saúde da família.

## MÉTODOS

O estudo apresenta resultados da pesquisa intitulada "Promoção da Saúde: estratégia política, assistencial, educacional e gerencial para a construção do modelo tecnoassistencial em saúde", desenvolvida por pesquisadoras do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Ensino e Prática de Enfermagem (NUPEPE) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais/Brasil. Foram pesquisadas as ações de promoção de saúde nos âmbitos da gestão, do ensino e da assistência no nível da atenção básica.

Foi realizado um estudo descritivo exploratório, de abordagem qualitativa, orientada pelo método dialético. A abordagem qualitativa, orientada pelo método dialético, permite visualizar o objeto, considerando sua especificidade, contradições, suas determinações históricas e as relações institucionais e organizativas. Segundo Minayo<sup>(16)</sup>, as abordagens qualitativas são aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade.

Os cenários da pesquisa foram Unidades Básicas de Saúde dos municípios de Belo

Horizonte e Contagem que, à ocasião da coleta dos dados, realizada em 2007, tinham, respectivamente, 514 e 87 equipes de saúde da família. Esses municípios destacam-se, no cenário estadual, por serem de grande porte e apresentarem 70% da população assistida pela ESF em Contagem e 54,75% em Belo Horizonte<sup>(17-18)</sup>.

Os sujeitos deste estudo foram os profissionais das equipes de saúde da família (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e os agentes comunitários de saúde) dos referidos municípios. Elaborou-se uma lista dos Distritos Sanitários dos municípios, contemplando as Unidades Básicas de Saúde e equipes de saúde da família. A partir de cada lista sorteou-se uma equipe de saúde da família, de cada Distrito Sanitário, dos referidos municípios. Em seguida, fez-se um sorteio dos profissionais de saúde com os seguintes critérios de inclusão: um profissional de nível superior (médico ou enfermeiro), um de nível médio e um sem formação específica (ACS) de cada equipe de saúde da família.

A coleta dos dados foi realizada utilizando-se como instrumento entrevista individual, gravada, contendo questões sobre formação profissional, tempo de trabalho, capacitação direcionada ao PSF, conceitos e práticas de promoção da saúde. Quanto à intersectorialidade, foi apresentada a seguinte questão: *existe alguma estratégia para implementação de ações de saúde com enfoque intersectorial na área de abrangência na qual você trabalha? Cite exemplos.* Também foi utilizado como instrumento de coleta de dados, o diário de campo. Nesse instrumento, cada pesquisadora registrou observações sobre o processo de trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde da família.

Durante a coleta, quando a saturação das informações foi obtida, interromperam-se os sorteios de novos integrantes, o que totalizou cinco equipes de saúde da família

por município. Dessa maneira, participaram do estudo 28 profissionais, sendo 3 médicos, 7 enfermeiros, 9 auxiliares de enfermagem e 9 agentes comunitários de saúde dos dois municípios selecionados.

Para atender aos aspectos éticos da Resolução 196/96 do Ministério da Saúde, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos, o projeto desta pesquisa foi submetido aos Comitês de Ética da UFMG e da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e recebeu aprovação por meio dos Pareceres: ETIC 463/0 - COEP/UFMG e nº 034/2006 da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

O anonimato dos entrevistados e a não-identificação dos municípios foram garantidos por meio da codificação dos dados. Usaram-se as letras: “S” para os profissionais de formação de nível superior, “T” para os de nível médio e “A” para os profissionais sem formação específica. Os municípios foram identificados com as letras “A” e “B” e os Centros de Saúde foram numerados de 1 a 5 em cada município.

Buscou-se, neste estudo, ouvir os profissionais sobre as ações intersectoriais realizadas na estratégia de saúde da família numa perspectiva democrática que significou reconhecer e analisar criticamente a existência das reais dificuldades vivenciadas por eles.

Para a análise dos dados utilizou-se a técnica de análise de discurso, considerando o texto [...] como um ‘monumento’ e a sua exterioridade como parte constitutiva da historicidade inscrita nele. Desta forma, visa menos a ‘interpretação’ do discurso do que a ‘compreensão do seu processo produtivo [...]’<sup>(16)</sup>. Por meio desse processo emergiu a categoria: “Promoção da saúde no cotidiano das Equipes da Saúde da Família” e a subcategoria: “Ações intersectoriais - possibilidades para promover saúde”, objetos de análise deste artigo.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta pesquisa os referenciais de análise da realidade da prática de ações intersetoriais de saúde partiram da ótica dos profissionais que as vivenciavam. Isso obrigou às pesquisadoras considerar as deficiências de conhecimento durante a formação profissional e a falta de políticas públicas concretas para implantar programas intersetoriais competentes, resolutivos e suficientes para abranger o trabalho das equipes.

A análise dos dados apontou que não há efetivamente, no cotidiano das equipes, ações intersetoriais consolidadas. Apesar disso, há o reconhecimento de que o setor saúde sozinho não é capaz de implementar práticas efetivas de promoção da saúde, uma vez que envolvem o lazer, a cultura, o social, a educação, entre outros. [...] *a saúde sozinha, a instituição saúde, os profissionais da saúde, médicos, enfermagem, enfermeira... os auxiliares, a gente não é capaz de fazer isso sozinho. Então um dos pilares aí da filosofia do SUS a intersetorialidade é que ajuda a gente muito a tá fazendo essa promoção.* (ASC3)

A fala do profissional (ASC3) demonstra a percepção de que, de forma setORIZADA, não se pode trabalhar com todos os determinantes do processo produtivo em saúde de modo a garantir melhora na qualidade de vida da comunidade e um aumento nos coeficientes de produção de autonomia em saúde. Os profissionais apontam que por meio de articulações e interações é possível dar respostas efetivas para as necessidades de saúde da população assistida. Pode-se notar que a construção de ações intersetoriais permite pensar as necessidades de saúde da comunidade de forma mais ampla e atuar sobre os problemas, considerando-os em toda a sua complexidade<sup>(2,5)</sup>.

Os discursos sinalizam para o início da construção de parcerias entre o serviço de saúde e outros equipamentos sociais, como

igreja, escola, pastoral, conselho tutelar, entre outros. Essas parcerias são focadas em intervenções pontuais, complementares e, muitas vezes, centradas em algum problema detectado por uma instituição que demanda ao serviço de saúde uma intervenção. Esta se dá por meio da abordagem de patologias específicas ou com foco na prevenção de agravos e riscos à saúde. Dessa forma, para os profissionais, a intersetorialidade configura-se como intervenções esporádicas, realizadas no espaço físico de escolas ou igrejas, por exemplo, sem perspectiva de integração de ações ou garantia de continuidade. [...] *além da escola, essa parte agora não tá funcionando mais. Mas tinha um grupo, no centro de referência em saúde da mulher que era para os fumantes. Então a gente convidava eles para irem lá, e eles vinham aqui também. Lá era uma vez por semana, mas eles vindo aqui na unidade era uma vez por mês. Mas só que esse grupo acabou lá no centro de referência, a gente já contou com eles, a gente já fez trabalhos aqui contando com a igreja. Quando a gente fez aqui um grupo de futebol com os meninos da escola foi assim direto.* (BTC8)

Percebemos que, em muitos momentos, quando os sujeitos foram questionados sobre as ações intersetoriais desenvolvidas pelas equipes de saúde da família, houve um desvio nas respostas sendo avaliadas outras questões fora do campo da intersetorialidade. Muitos profissionais de saúde apontaram ações interdisciplinares e parcerias em que havia apenas a concessão de espaço físico e recursos materiais, como sendo um trabalho intersetorial. Isso reforça que ainda há, por parte de muitos profissionais de saúde, pouco domínio sobre o conceito de estratégia de trabalho intersetorial. *Tem algumas parcerias com a escola, mais a ponto deles tá mandando... mas a gente também, às vezes, utiliza o espaço de lá, às vezes vai fazer alguma orientação lá... Então a gente tem*

*mais essa parceria com a escola, tem um pouco com a igreja católica e temos um pouco com a sociedade, mas é uma coisa que ta começando, até porque os recursos deles também são poucos. Mas a gente tem esse contato. (ATC1)*

Para que haja desenvolvimento de ações intersetoriais é necessário envolvimento, planejamento, corresponsabilidade e sustentabilidade das ações<sup>(2)</sup>. Almeida e Mello<sup>(1)</sup> lembram-nos que, desde 1961, a proposição sobre a necessidade do enfoque intersetorial, aparece nos principais planos e programas de organismos internacionais, como a Organização Mundial de Saúde-OMS, como imprescindível, para assegurar a sustentabilidade dos serviços de saúde.

As ações intersetoriais vão além do estabelecimento de parcerias: faz-se necessário que haja uma construção compartilhada, troca de saberes e práticas na tentativa de se melhorar a qualidade de vida da população<sup>(5)</sup>. Assim, o setor saúde passaria a não concentrar todas as ações em si, transformando-se em um catalisador das várias ações de promoção da saúde sob a responsabilidade conjunta de vários outros atores<sup>(2,5,19)</sup>.

Evidencia-se, nos discursos, que o conhecimento de alguns profissionais de saúde sobre os equipamentos sociais da área de abrangência de sua equipe e do que cada um deles oferece à comunidade é incipiente. Afirmam que, quando sabem de alguma oficina ou atividade, encaminham os usuários para essas ações sem, no entanto, conhecer a proposta das mesmas. Percebe-se uma dificuldade em realizar articulações que possibilitem um trabalho intersetorial efetivo na comunidade.

As ações intersetoriais mencionadas referem-se, em grande parte, a atividades isoladas e pontuais. [...] *eu já trabalhei de forma mais intersetorial foi com a pastoral da criança. Comecei um pouquinho a trabalhar*

*com a pastoral, mas depois realmente o pessoal deu uma sumida... (ASC1).*

Os efeitos positivos de ações intersetoriais pontuais são temporários e pouco impactantes para alcançar uma melhora na qualidade de vida da população, além de mudanças nos determinantes do processo produtivo em saúde<sup>(5)</sup>. A realização de ações setoriais isoladas não reconhece as dimensões físicas, psíquicas e sociais do usuário. Nesse sentido, retoma-se o conceito polissêmico de qualidade de vida que perpassa a interação dessas três dimensões e requer uma visão integrada dos problemas sociais<sup>(20)</sup>.

Pontos fundamentais para o desenvolvimento do trabalho intersetorial e promoção à saúde são as parcerias estabelecidas com outros setores. Constatamos que elas são escassas e pouco sistematizadas, dificultando a sustentabilidade e eficácia das ações. [...] *com a zoonose, a questão da dengue, a gente ta sempre trabalhando com o grupo... Nas escolas a gente já fez umas palestras, mas não é nada sistematizado, por causa que a gente ta aqui dentro do posto (ASC2).*

O diálogo entre as instituições presentes na mesma área de abrangência da equipe é pouco praticado e, quando ocorre, se dá na busca de soluções de problemas complexos solicitadas por uma das instituições. Dessa forma, o trabalho em rede fica comprometido, uma vez que não há intercâmbio de conhecimentos e práticas baseadas em um projeto que atenda as múltiplas necessidades da população<sup>(21)</sup>. A prática intersetorial é justamente a de proporcionar e efetuar uma ação mais abrangente pela participação de setores que se complementam<sup>(22)</sup>. A desarticulação pode levar a uma hierarquização na atenção, normatização e fragmentação das ações, assim como discrepâncias na definição do papel de cada setor, e tem como

consequência uma fragilização na assistência ao usuário<sup>(20)</sup>.

Os discursos direcionam para a necessidade de se envolver outros âmbitos organizacionais da atenção à saúde para as ações intersetoriais. E, nesse sentido, os participantes apontam para um descaso dos gestores na implementação de políticas que favoreçam práticas intersetoriais e uma dificuldade na relação com a comunidade na efetivação de construções conjuntas.

Assim, torna-se premente a discussão da intersetorialidade como uma proposta de gestão em saúde, uma vez que esta se configura como um dos eixos estruturantes das políticas públicas de saúde levando-se em conta a amplitude do objeto saúde<sup>(21)</sup>.

Há, muitas vezes, reconhecimento por parte dos profissionais de saúde de que as ações desenvolvidas pelas equipes são pouco dialógicas e contam com uma pequena participação da comunidade. Justificam tal postura por haver uma rotina sistematizada para a execução de tarefas com o intuito de atender a demanda dos usuários e suas necessidades imediatas. Isso faz com que haja momentos estanques para a realização das ações das equipes. Há, com isso, poucas inovações no serviço que incentivem a execução de atividades promotoras de saúde. Os usuários que não se enquadram na oferta programada pelo serviço estão fora das possibilidades assistenciais das equipes, restando-lhes, apenas, atendimento à demanda espontânea. Na visão de Andrade<sup>(23)</sup>, a mobilização dos profissionais, para um trabalho com base na intersetorialidade é tarefa difícil, inquietante e constante. [...] *eu sinto que as coisas acontecem em momentos separados e com grande dificuldade, a gente que ta puxando o remo, subindo ladeira acima com carga de tonelada e de freio-de-mão puxado; muito difícil.(ASC3). [...] a gente ainda ta mais voltado ... pro tratamento mesmo, pro terapêutico. (ATC1)*

Dessa forma, os usuários continuam passivos no processo saúde-doença, o que dificulta o desenvolvimento da autonomia e da corresponsabilidade em seu cuidado. Além disso, essa situação exige do profissional uma capacidade de interação de modo a propiciar ao usuário o empoderamento sobre o processo saúde-doença-cuidado e de implicação com a comunidade em que vive.

Apesar de sinalizarem para a existência de poucas parcerias e de escasso enfoque intersetorial das ações ofertadas à comunidade, os profissionais conseguem reconhecer como positivas as ações que conseguiram implementar com benefícios à saúde dos usuários. Citam como exemplos atividades socializantes realizadas nas comunidades, como bailes, oficinas e passeios.

Por fim, percebe-se que o grande desafio é a concretização de ações intersetoriais. Há um grande distanciamento entre a prática dos profissionais e os segmentos da comunidade na responsabilização pela saúde, educação, lazer, cultura, fundamentais para a promoção da saúde.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prática de ações intersetoriais é difícil e complexa na ótica dos profissionais da ESF, demanda que os sujeitos envolvidos no trabalho em saúde estejam abertos a reflexões e a discussões com outros saberes e linguagens. Não há ações intersetoriais que possam ser pensadas fora de uma realidade concreta, sendo que os problemas e dificuldades próprios dessa forma de fazer saúde na atenção básica são inegavelmente complexos.

O estudo revelou o surgimento de ações potencialmente intersetoriais, centradas na interdisciplinaridade e em parcerias pontuais. Verificou-se que há uma proximidade dos atores sociais envolvidos com a experiência de ações intersetoriais, mas que há certo

distanciamento dos fins políticos da promoção da saúde como ato de cuidado de saúde. Entretanto, a incipiência do planejamento e da sustentabilidade das ações, que permitiriam o reconhecimento dos diversos saberes e a interlocução de outros setores, gera ações fragmentadas e de pequeno impacto.

A realização de ações intersetoriais ainda é um objetivo a ser conquistado, mas possível, principalmente se o trabalho for amparado e estimulado por uma gestão local que direcione seu olhar à promoção da saúde. Faz-se necessário identificar objetivos afins e buscar, mediante definições estratégicas e planejamento, prioridades de ações. Isso significa não somente adicionar conhecimentos, mas transformá-los em outros por meio de um processo de construção compartilhada que atenda as necessidades da comunidade.

O conceito e a prática de ações intersetoriais precisam ser discutidos e inseridos na rotina de gestores e profissionais de saúde, para que as ações de promoção da saúde não sejam meramente reiterativas e tradicionais. No entanto, a responsabilidade sobre essa nova forma de olhar e cuidar não deve ser atribuída exclusivamente a esses atores, mas a políticas que facilitem a articulação dos setores governamentais e não governamentais, além de um estímulo à educação permanente de profissionais de saúde no protagonismo dessas ações.

Além disso, é necessário que haja processos avaliativos constantes para que o desenvolvimento de ações intersetoriais se estabeleça como rotina e se construam indicadores e protocolos que levem em conta a promoção da saúde.

Assim, faz-se necessária uma reflexão para que a produção do conhecimento em saúde extrapole uma racionalidade que discursa somente sobre o caráter preventivo; a estimulação e a participação dos usuários,

das famílias e da população, com ênfase na autonomia e no diálogo entre profissional e usuário.

Dessa forma, há que agir sobre os determinantes do processo saúde-doença que interferem nas formas de viver, adoecer e morrer, tomando-se o cuidado para que os caminhos construídos não sejam considerados soluções acabadas e definitivas.

## REFERÊNCIAS

- 1- Almeida AR, Melo EM. Reflexões sobre a intersetorialidade e sua relação com o Programa Saúde da Família. *Rev. Med. Minas Gerais* 2007; 17(1/2-Suppl4): S310-16.
- 2- Campos GW, Barros RB. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. *Ciênc. saúde coletiva* 2004;9(3):745-749.
- 3- Becker, D. No seio da família: amamentação e promoção da saúde no Programa de Saúde da Família [Dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001.
- 4- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Política nacional de promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- 5- Teixeira FF, Moretti AC, Suss FMB, Lawder JAC, Lima LSM, Bueno RE, et al. Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba-PR. *Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR)*. *Ciênc. saúde coletiva* 2010; 15(suppl.1): 1827-1834.
- 6- Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad. saúde pública* 2004;20(5):1411-6.
- 7- Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Relatório da 11ª Conferência Nacional de Saúde. Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na atenção à saúde com controle social. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

- 8- Organização Mundial de Saúde. Ação intersectorial para a saúde: um pilar para a saúde para todos no século XXI. Genebra: OMS; 1997.
- 9- Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BR). As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas. Brasília: CONASS; 2009.
- 10- Zancan L, Adesse L. Informe sobre a cooperação Brasil-Canadá em promoção da saúde. *Ciênc. saúde coletiva* 2004; 9(3):739-744.
- 11- Campos FC, Teixeira PF. Promoção de saúde na atenção básica no Brasil. 2005. [acesso em 08 ago 2010]. Disponível em: [http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/geral/promocao\\_saude\\_ab.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/geral/promocao_saude_ab.pdf)
- 12- Freitas MLA, Mandú ENT. Promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: análise de políticas de saúde brasileiras. *Acta Paul. Enferm.* 2010;23(2):200-5.
- 13- Carvalho AI, Bodstein RC, Hartz. Z, Matilda A. Concepções e abordagens na avaliação em promoção da saúde. *Ciênc. saúde coletiva* 2004;9(3):532-533
- 14- Souza EM, Grundy E. Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. *Cad. Saúde Pública* 2004;20(5):1354-60.
- 15- Almeida AMR. A intersectorialidade e a estratégia saúde da família: desafios da relação entre o discurso e a prática [dissertação de mestrado]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2008.
- 16- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
- 17- Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde; 2006.
- 18- Contagem. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde: revisão e atualização 2002-2004. Contagem: Secretaria Municipal de Saúde; 2003.
- 19- Machado JMH. A propósito da Vigilância em Saúde do Trabalhador. *Ciênc. saúde coletiva* 2005;10(4):987-992.
- 20- Erdmann AL, Schindwein BH, Sousa FGM. A produção do conhecimento: diálogo entre os diferentes saberes. *Rev. bras. enferm.* 2006;59(4):560-564.
- 21- Junqueira LAP. Intersectorialidade, transectorialidade e redes sociais na saúde. *Rev. adm. pública* 2000;34(6):35-45.
- 22- Paula KA, Palha PF, Protti ST. Intersectorialidade: uma vivência prática ou um desafio a ser conquistado? *Interface (Botucatu)* 2004;8(15):331-48.
- 23- Andrade LOM. A saúde e o dilema da intersectorialidade. São Paulo: Hucitec; 2006.

**NOTA:** Esta pesquisa foi financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa - FAPEMIG.

**Recebido em:** 08/10/2010

**Versão final apresentada em:** 09/02/2011

**Aprovação final em:** 11/03/2011

**Endereço de correspondência:**

Alda Martins Gonçalves

Escola de Enfermagem - UFMG

Av. Alfredo Balena, 190

CEP 30130-100 Belo Horizonte/MG. Brasil.

E-mail: alda@enf.ufmg.br