



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Mestrado em Saúde Comunitária

Ilena Rafaela Gama Cantharino

AÇÕES INTERSETORIAIS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA EM UM MUNICÍPIO DA BAHIA

Salvador

2013

Ilena Rafaela Gama Cantharino

AÇÕES INTERSETORIAIS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM MUNICÍPIO DA BAHIA

Dissertação apresentada ao Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Saúde Comunitária na área de concentração de Planificação e Gestão em Serviços de Saúde.

Orientadora: Rosana Aquino Guimarães Pereira

Salvador

2013

Ilena Rafaela Gama Cantharino

AÇÕES INTERSETORIAIS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA EM UM MUNICÍPIO DA BAHIA

Dissertação apresentada ao Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Saúde Comunitária na área de concentração de Planificação e Gestão em Serviços de Saúde.

BANCA EXAMINADORA

Ana Luiza VilasBôas

Heloniza Oliveira Gonçalves Costa

Rosana Aquino Guimarães Pereira (Orientadora)

**Para minha Avó Júlia Lira,
minha Mãe Itamar Gama e
meu Amor José Augusto Tuy Junior.**

AGRADECIMENTOS

Agradeço inicialmente a Deus pela minha vida e por toda a proteção que a mim confere.

A minha orientadora Rosana Aquino, pelo acolhimento e confiança, por toda a dedicação a este produto. Pela compreensão e, principalmente, por trazer sempre leveza aos nossos encontros. Isso me ajudou a persistir!

Aos queridos amigos que fiz no GRAB, sou muito grata pela forma como me receberam, com tanto carinho, verdade e compreensão. Me sinto em casa nestas salas. Muito obrigada a Ana Luiza, Cristiane, Guadalupe, Valéria, Tânia, Tiago e Wellington. Às minhas colegas de jornada Ana Carla, Rosana Nogueira e Marina, vocês foram muito importante neste processo.

À todos os profissionais de saúde que contribuíram para a realização deste estudo.

Aos colegas da Escola Estadual de Saúde Pública que contribuíram direta ou indiretamente neste construção.

Aos meus amigos que me incentivaram e acolheram nos momentos mais duros desta construção. Em especial às minhas amigas Julia Viana e Julia Fialho, aos meus compadres Camila e Silvino Carvalho pela presença em todos os momentos.

À minha família, alicerce para todos os meus saltos. Minha vó Júlia que nos dá força e inspira todos os dias. À minha Tia Iraci pela dedicação e pelos exemplos de estudos, força e superação. Aos meus cunhados, Fernanda e Felipe, e sogros Tânia e Augusto, pelo apoio e incentivo sempre.

Agradeço especialmente a Minha Mãe, responsável direta por muito do que sou hoje. Esta vitória, com certeza, também é sua!

Ao meu noivo José Augusto Tuy Junior por todos os dias ao meu lado, pela crença na minha capacidade, pela força que me transmite cotidianamente e pela dedicação à **nossa** vida.

**“A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar,
não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos
acostumamos a ver o mundo”**

(Albert Einstein)

CANTHARINO, Ilena Rafaela Gama. Ações Intersetoriais na Estratégia de Saúde da Família em um Município da Bahia. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

RESUMO

As ações intersetoriais em saúde (AIS) são compreendidas como uma relação entre setor saúde e outros setores da sociedade a fim de buscar resultados mais eficazes e sustentáveis que o setor saúde teria sozinho. Estudos demonstram um reconhecimento da ação intersetorial como parte importante da estratégia de gestão da atenção na APS e salientam dificuldades e desafios relacionados à sua realização no processo de trabalho das equipes de saúde da família. Além da escassez de publicações sistematizadas que avaliam AIS no campo da saúde, os estudos, em sua maioria são descritivos e não há definições sobre com que teorias deve-se dialogar ao analisar estas ações. Esta dissertação será apresentada em formato de dois artigos, cujos objetivos foram: realizar uma revisão sistemática da literatura a fim de identificar os principais conceitos e modos de operacionalização de AIS na Atenção primária (Artigo 1). E descrever AIS realizadas na atenção primária, em um município na Bahia, buscando identificar os atores e apreender as situações do jogo social que interferem no planejamento, execução e avaliação das AIS desenvolvidas na atenção primária em um município da Bahia. Os resultados encontrados no Artigo 1 demonstram um baixo acúmulo de estudos avaliativos ou analíticos sobre AIS desenvolvidas na APS, com variedade de conceitos e modos de operacionalização, ausência de descrição de referenciais teóricos, categorias analíticas e operacionais utilizados para analisar características do processo de planejamento, execução e avaliação. O Artigo 2 apresenta os resultados de um estudo empírico. Neste identificou-se que as principais AIS aconteceram entre o setor saúde e educação, com o estabelecimento de relações classificadas como de cooperação entre os setores envolvidos e os fatores restritivos e facilitadores estavam relacionados à governabilidade e capacidade de governo. Por fim, percebe-se que as AIS são ainda uma estratégia em construção, não só para sua implementação enquanto estratégia de gestão para melhores resultados de saúde, mas também para sua avaliação na atenção primária, dada a complexidade do objeto a que se destina a ação.

Palavras Chave: ação intersetorial, promoção da saúde, atenção primária, saúde da família

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS – Ação Intersetorial em Saúde

APS – Atenção Primária Saúde

DSS – Determinantes Sociais de Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

NOB – Norma Operacional Básica

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNAB - Política Nacional da Atenção Básica

PRMI - Projeto de Redução da Mortalidade na Infância

SUS – Sistema Único de Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

ESF – Equipe de Saúde da Família

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	10
2. ARTIGO 1: Conceitos e Modos de Operacionalização de Ações Intersetoriais na Atenção primária à Saúde: uma revisão sistemática da literatura	12
3. ARTIGO 2: Ações Intersetoriais na Estratégia de Saúde da Família em um Município da Bahia	31
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	72

REFERÊNCIAS

APÊNDICES

1 APRESENTAÇÃO

A intersetorialidade surge como estratégia para a atenção primária na Declaração de Alma-Ata, quando se destaca a necessidade de articulação do setor saúde com outros setores da sociedade para intervenções na atenção primária dada a complexidade dos problemas a serem enfrentados neste campo. Outros documentos internacionais vêm reforçando a Intersetorialidade como estratégia de gestão na atenção primária, especialmente em sistemas de saúde descentralizados que favorecem a articulação com outros setores considerando princípios como território, regionalização e integralidade da atenção.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) definiu intersetorialidade como um processo em que são considerados os objetivos, estratégias e recursos de cada setor e as repercussões destes para cada setor envolvido e para a ação em si (OPS/OMS, 1992). A OMS, em 1997, define a Ação Intersetorial como uma relação entre parte do setor saúde com partes de outro setor para o alcance de resultados mais eficientes e eficazes do que o setor saúde o faria sozinho.

No campo dos estudos brasileiros, poucas são as pesquisas sobre AIS na atenção primária, há mais acúmulo destes estudos nas políticas sociais. Nos estudos encontrados, o conceito da OMS aparece com maior frequência, mas outros são referidos, agregando o processo de planejamento, avaliação e execução das ações desenvolvidas entre os setores como parte do conceito de ação intersetorial. Destacam ainda a complexidade relacionada a este tipo de ação tendo em vista o envolvimento de fatores como compartilhamento de recursos diversos e poder entre os setores, o que pode configurar, em muitos casos, conflitos de interesses que atuam como pontos restritivos ao desenvolvimento da ação.

Um ponto importante se refere aos enfoques teóricos utilizados tanto para realização de AIS, quanto à sua aplicação na produção científica. Poucos são os estudos que apresentam claramente o referencial teórico utilizado para analisar ou avaliar as ações intersetoriais realizadas. Ou ainda sugestões de referenciais teóricos para construção e planejamento destas ações na saúde.

No Brasil, as investigações sobre ações intersetoriais na atenção primária são desenvolvidas no âmbito do Programa Saúde da Família (PSF). Este foi definido desde sua implementação em 1994, como a estratégia de reorientação do modelo de atenção. No PSF, a compreensão positiva de saúde, reforça a necessidade de atuar com foco na promoção da saúde destacando, portanto, dentre as atividades previstas no processo de trabalho das equipes, o estabelecimento de relações com outros setores e equipamentos sociais do território de abrangência, a fim de buscar soluções mais efetivas para os problemas de saúde vivenciados pela população adscrita. Porém, os estudos demonstram que poucas são as equipes que realizam AIS, apesar de reconhecer esta estratégia com parte do seu processo de trabalho. Os fatores restritivos estão relacionados à ausência de suporte da gestão, pouca compreensão sobre AIS, participação da comunidade, dentre outros.

Observa-se, portanto, um baixo acúmulo sobre o conceito e operacionalização de ações intersetoriais, sobretudo na atenção primária no Brasil. Muitos estudos encontrados são descritivos, não apresentam categorias analíticas nem explicitam que referenciais foram utilizados para análise ou avaliação das ações.

Esta dissertação será apresentada em formato de dois artigos, um que apresentará revisão sistemática da literatura a fim de identificar os principais conceitos e modos de operacionalização de AIS na Atenção primária à saúde (Artigo 1). E um artigo empírico que buscou descrever AIS realizadas, identificar os atores e apreender as situações do jogo social que interferem no planejamento, execução e avaliação das AIS desenvolvidas na atenção primária em um município da Bahia (Artigo 2).

ARTIGO 1

Conceitos e modos de operacionalização de ações intersetoriais na atenção primária à saúde:
uma revisão sistemática da literatura.

Ilena Rafaela Gama Cantharino

Rosana Aquino

RESUMO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define Ação Intersetorial em Saúde como uma relação reconhecida o setor da saúde e outro setor, formada para agir sobre um problema para alcançar resultados de saúde de modo maneira mais eficaz, eficiente ou sustentável que não poderia ser alcançado pelo setor saúde sozinho. Documentos internacionais reforçaram a importância da AIS como estratégia para Atenção Primária à Saúde e para intervenções sobre Determinantes Sociais de Saúde (DSS) de modo que na década de 80 as AIS passaram a fazer parte de políticas de saúde em muitos países. Porém, apesar da definição da OMS ser a mais utilizada nos estudos internacionais e nacionais, há ainda incongruências e lacunas na literatura que conferem complexidade aos estudos sobre este tipo de ação na saúde, sobretudo na atenção primária e pouca documentação e sistematização da prática no campo da saúde. Este artigo apresenta uma revisão sistemática da literatura realizada com objetivo de identificar os principais conceitos e modos de operacionalização da AIS, nos estudos sobre avaliação de ações intersetoriais em saúde na atenção primária à saúde publicados nas bases PUBMED e SCIELO. Os resultados encontrados demonstram um baixo acúmulo de estudos avaliativos ou analíticos sobre AIS desenvolvidas na APS, variedade de conceitos e modos de operacionalização e ausência de referenciais teóricos, categorias analíticas e operacionais utilizadas. Como contribuição foi apresentada uma aproximação, no plano empírico, com o referencial do planejamento estratégico destacando categorias analíticas e variáveis deste referencial que podem ser utilizadas para formulação de conceitos e modos de operacionalização em estudos avaliativos de intervenções intersetoriais.

Palavras Chave: ação intersetorial em saúde, atenção primária à saúde, revisão sistemática

ABSTRACT

The World Health Organization (WHO) defines Intersectoral Action on Health (IAH) as "a recognized relationship between the health sector with another sector which has been formed to take action on an issue to achieve health outcomes in a more effective, efficient or sustainable than could be achieved by the health sector alone. International documents (WHO, 1997) reinforced the importance of AIS as a strategy for Primary Health Care and as intervention for Social Determinants of Health (SDH) so that in the 80 IAH have become part of public policy in many countries (WHO 2007). However, despite the WHO definition is the most used in international and national studies, there are still inconsistencies and gaps in the literature that give complexity to studies on this type of action in health, especially in primary care and little documentation and systematization of practice in the field health. This paper presents a systematic literature review conducted in order to identify the major concepts and modes of operation of AIS in evaluation studies of intersectoral health in primary care published in the databases PubMed and SciELO. The results showed a low accumulation of analytical or evaluative studies on AIS developed the APS, variety of concepts and modes of operation, no description of theoretical, analytical, and operational categories used to analyze characteristics of the process of planning, implementation and evaluation. Contribution was presented as one approximation of strategic planning, and analytical variables that can be used for formulation of concepts and modes of operation in IHA studies at primary health care.

Keywords: intersectoral action for health, primary health care, systematic review

INTRODUÇÃO

A Ação Intersetorial em Saúde (AIS) foi mencionada pela primeira vez em 1978, em documento produto da Conferencia Internacional de Cuidados Primários em Saúde - a Declaração de Alma-Ata. Este documento, além de reforçar a saúde como direito de todos, e defini-la como meta para todos em 2000, destaca a importância do envolvimento de outros setores da sociedade, afirmando que o alcance de efetivos resultados de saúde requer esforços de vários setores da sociedade (BRASIL, 2002; OMS, 2007).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) em relatório intitulado *Intersectoral Action for Health: A Cornerstone for Health-for-All in the Twenty-First Century*, produto de uma conferência mundial sobre AIS com objetivo de identificar e discutir estratégias políticas e realistas sobre AIS desenvolvidas a nível local e nacional define Ação Intersetorial em Saúde como

uma relação reconhecida entre parte ou partes do setor da saúde com parte ou partes de outro setor que tem sido formada para agir sobre um problema para alcançar resultados de saúde (ou resultados intermediários de saúde) de uma maneira mais eficaz, eficiente ou sustentável que não poderia ser alcançado pelo setor saúde sozinho (OMS, 1997 p.4)

Apesar desta definição ter sido construída em consenso com os participantes na conferência mundial de mesmo nome, e ser a mais utilizada nos estudos internacionais sobre ação intersetorial, há ainda incongruências e lacunas na literatura que conferem complexidade aos estudos sobre este tipo de ação na saúde, sobretudo na atenção primária.

No campo dos estudos brasileiros que abordam a intersetorialidade, além do conceito da OMS (1997), outro descrito por Junqueira (1997) é o mais utilizado: “articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeito sinérgico em situações complexas visando o desenvolvimento social, superando a exclusão social” (p 37). O mesmo autor descreve ainda a Intersetorialidade como uma lógica de gestão para superar a fragmentação das políticas, demandando uma nova maneira de planejar, executar e controlar a prestação de serviços, que modifica a forma usual de articulação dos setores na organização de interesses governamentais. Estes pontos destacam a complexidade relacionada a implantação de AIS, pois envolve fatores importantes como poder, interesses distintos entre

diferentes setores diante da necessidade de agir sobre um problema ou atender a uma demanda de saúde.

No campo específico da atenção primária a Ação Intersetorial é definida como um processo de construção compartilhada, entre setores diversos que implica o estabelecimento de co-responsabilidade e co-gestão pela melhoria da qualidade de vida da população (CAMPOS, et al., 2004). Giovanella et al. (2009) descrevem a ação intersetorial como condição para a implantação da atenção primária à saúde nos níveis mais avançados da APS, incluindo o desenvolvimento de intervenções que atuem sobre os aspectos psicológicos, biológicos e sociais dos problemas de saúde, sendo fator determinante para a promoção da saúde.

O conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) apresentado na Declaração de Alma-Ata em 1978 (BRASIL, 2002), reforça pontos importantes relacionados à integração de sistemas locais de saúde, participação da comunidade, e à relação entre questões sociais e econômicas com a saúde que levam a necessidade de articulação com outros setores (CONILL, 2008).

Rasanathan e colaboradores (2010) destacam pontos importantes relacionados a intervenções em saúde com foco na APS e Determinantes Sociais de Saúde (DSS). Pontuam que a APS é uma abordagem que considera diversos setores da sociedade, mas com foco na organização do sistema de saúde. As intervenções sobre DSS são mais amplas e buscam agir sobre os principais pontos para redução das iniquidades. Em ambas perspectivas reconhece-se, entretanto, que o setor saúde não é o único e nem suficiente para promoção da saúde, demandando parcerias com outros setores da sociedade como educação, indústrias, dentre outros. Starfield (2002) complementa ainda que esta articulação deve partir do setor saúde.

Documentos internacionais (OMS, 1997) publicados reforçaram a importância da AIS como estratégia para Atenção Primária à Saúde e sobre Determinantes Sociais de Saúde (DSS) de modo que na década de 80 as AIS passaram a fazer parte de políticas de saúde em muitos países (OMS, 2007).

Apesar da intersetorialidade ser tema recorrente na gestão, há pouca documentação e sistematização da prática no campo da saúde (SOLAR et al., 2009). E, os conceitos de ação

intersetorial em saúde, ainda apresentam variações. A definição de AIS presente em alguns estudos demonstra múltiplas características e classificações que demandam maior discussão, a fim de identificar aquele que melhor descreve esta ação, especialmente no âmbito da atenção primária em saúde. Controvérsias e lacunas na literatura suscitam o desafio de investigar melhor tal conceituação e operacionalização (PAPOULA, 2006; SHANKARDASS, 2012; VIEIRA DA SILVA, FERREIRA, 2005; LIMA, VILASBOAS, 2011).

Este artigo apresenta uma revisão sistemática da literatura realizada com objetivo de identificar os principais conceitos e modos de operacionalização da AIS, nos estudos sobre avaliação de ações intersetoriais em saúde na atenção primária à saúde publicados nas bases PUBMED e SCIELO. Os resultados desta pesquisa poderão contribuir para sistematizar dimensões e categorias que conformam os conceitos de AIS, assim como os métodos mais utilizados para sua operacionalização de modo a estimular e assegurar a qualidade de estudos avaliativos sobre esta intervenção.

METODOLOGIA

A revisão sistemática buscou identificar os principais conceitos e modos de operacionalização das AIS presentes na literatura internacional. Foi realizada a partir da pesquisa de artigos publicados em periódicos indexados nas bases de dados bibliográficas eletrônicas PUBMED e SCIELO. O período de seleção dos artigos ocorreu de 29 de setembro de 2012 a 02 de outubro de 2012. O procedimento de seleção iniciou com a consulta às bases de dados e posterior revisão dos resumos para inclusão daqueles artigos selecionados para a análise do texto completo.

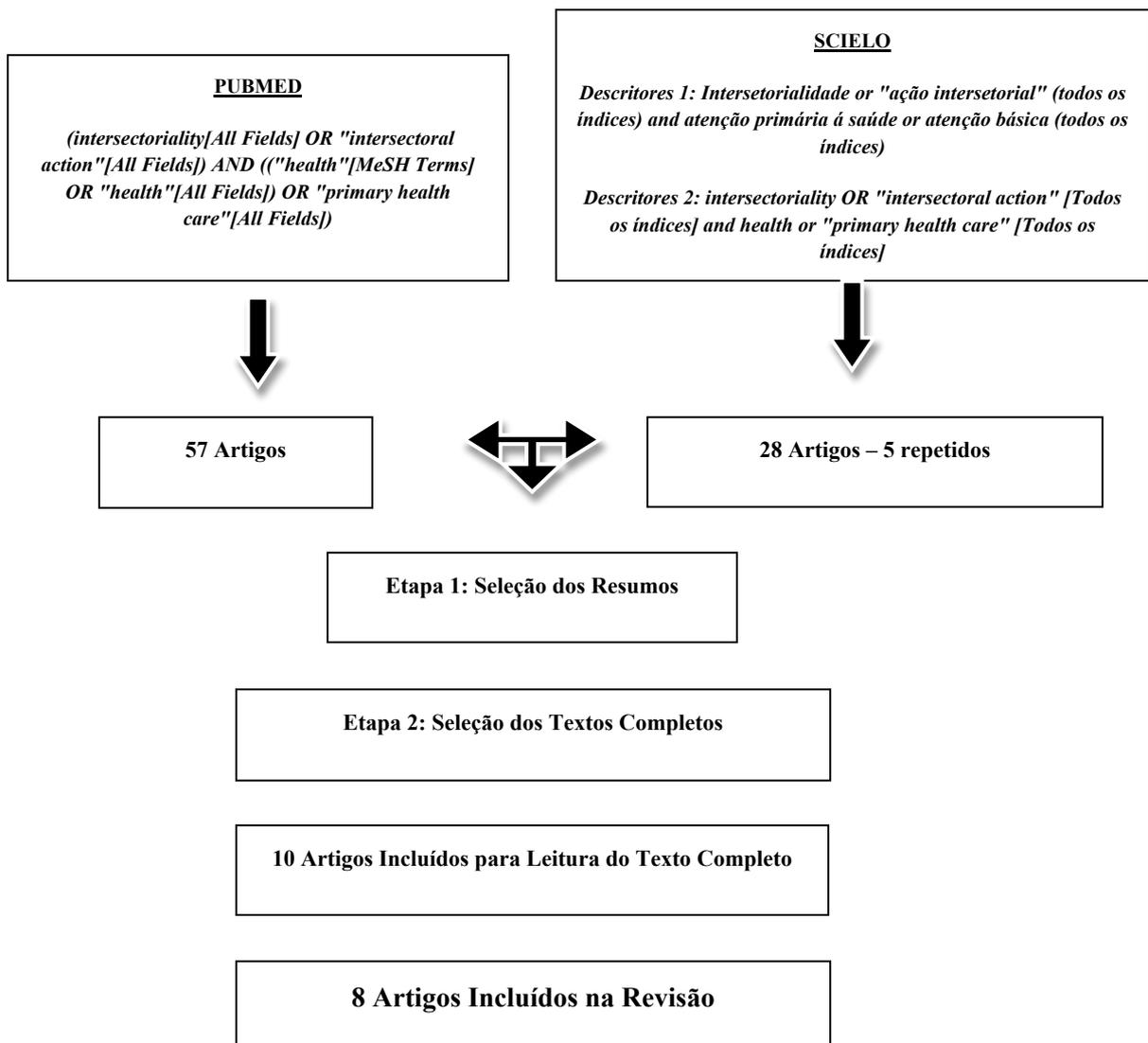
Na PUBMED foram utilizados os descritores: *(intersectorality[All Fields] OR "intersectoral action"[All Fields]) AND ("health"[MeSH Terms] OR "health"[All Fields]) OR "primary health care"[All Fields]*. A opção pelo uso do idioma inglês nesta consulta foi feita após a realização de testes dos descritores em português e inglês, apresentando este último maior abrangência por se tratar de uma base de dados internacional. Como resultados da consulta a esta base foram encontrados 57 (cinquenta e sete) artigos que foram revisados para inclusão, a partir dos resumos. No SCIELO foram utilizados os descritores: *Intersetorialidade or "ação intersetorial" (todos os índices) and atenção primária à saúde or atenção básica (todos os índices)* e os descritores em inglês: *intersectorality OR "intersectoral action" [Todos os índices] and health or "primary health care" [Todos os índices]*. Nesta base de dados foram encontrados 28 artigos.

Para a revisão foram utilizados os termos ação intersetorial e intersetorialidade por identificar, em revisão prévia, que ambos descritores, no campo da saúde se referem ao desenvolvimento de ações entre setores da sociedade para obtenção de melhores resultados de saúde. As diferenças são apenas de uso gramatical das palavras, de modo que nos estudos encontrados utiliza-se o termo intersetorialidade de modo substantivo ao referir uma idéia, uma lógica ou estratégia de gestão. E ao mencionar ação intersetorial as referências são descrições da ação em si, o modo como se expressa no fazer, na prática a AIS (JUNQUEIRA, 2000; ALMEIDA FILHO, 2000). Deste modo, no presente artigo, para fim de uniformizar a linguagem, será utilizado o termo Ação Intersetorial em Saúde.

No total foram encontrados 85 artigos, sendo excluídos 5 que estavam repetidos nas duas bases. Para a primeira fase de seleção restaram 80 artigos. Estes foram organizados em

uma planilha composta por informações sobre referências, o resumo dos artigos e motivos da exclusão. O critério considerado para inclusão nesta fase foi: descrever e/ou avaliar intervenção intersetorial em APS. Dos 80 resumos lidos foram incluídos 10 artigos para análise do texto completo. Todos os artigos excluídos não descreviam uma intervenção intersetorial na APS e apresentavam formatos variados como revisão de literatura (43,37%), artigos empíricos (51,8%), artigo de opinião/comentário (1,2%), editorial (1,2%), revisão de tese (1,2%) e um livro online.

Na análise dos textos completos foi definido novo critério de inclusão: apresentar conceito de AIS e/ou modo de operacionalização da AIS na intervenção citada. Mas apesar deste critério, a leitura dos 10 artigos resultou na exclusão de mais dois por não descrever intervenção intersetorial, mas apenas análise de documentos normativos relacionados ao Programa de Saúde na Escola (PSE). De modo que apenas oito artigos obedeceram aos critérios definidos e foram incluídos nesta revisão. O quadro abaixo apresenta o fluxo estabelecido durante a coleta de dados.



RESULTADOS

A revisão demonstrou escassez de trabalhos avaliativos ou descritivos sobre AIS na atenção primária. Dentre os artigos analisados todos se concentravam no século XXI, e a data de publicação variou desde 2007 a 2012. Outro ponto importante observado refere-se ao local de realização dos estudos, 50% (4) deles apresentavam pesquisas realizadas no Brasil, dois em Cuba, um no Canadá e um na Eslováquia. O Brasil parece apresentar um lugar de destaque nestas investigações, já que 50% dos estudos aqui analisados foram realizados neste país. Alguns pontos podem ser elencados para compreender o destaque deste país como a presença de um modelo de atenção á saúde centrado na atenção primária, e a presença em seus documentos normativos de recomendações e incentivos para desenvolvimento de AIS, a exemplo da Política Nacional de Promoção da Saúde e da Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2006; 2011).

As intervenções abordavam temas como: estratégia de saúde da família (ESF), educação em saúde na ESF, saúde bucal e determinantes sociais de saúde (DSS). Quanto à metodologia utilizada, 62,5% apresentavam abordagem qualitativa através de estudos exploratórios e descritivos; 25% foram estudos de casos e 9,5% estudos transversais com abordagem mista (qualitativa e quantitativa). Os principais métodos de coleta de dados foram entrevistas semiestruturadas, grupos focais, inquéritos e observação estruturada. A tabela 1, em anexo, apresenta os trabalhos incluídos nesta revisão.

A preferência por uma abordagem teórico-metodológica qualitativa nos estudos analisados, se explica pela natureza do objeto. Uma pesquisa sobre ações que envolvem diferentes atores e setores em contextos diversos buscando um resultado comum, demanda aprofundamento no discurso desses atores, das relações existentes entre eles para melhor compreensão das ações, dos atores e das relações presentes no contexto. De modo que estudos exclusivamente quantitativos não seriam eficientes para apreender o objeto. Porém, como apresentado em trabalhos analisados, a abordagem mista - qualitativa e quantitativa – pode auxiliar na compreensão mais ampla das AIS e de seus fatores restritivos e/ou facilitadores. Os estudos de caso se adéquam aos estudos avaliativos de objetos como este, pois pretende-se com este investigar profundamente o fenômeno considerando as singularidades do contexto, ao tempo em que também permite apreensão de dados quantitativos (YIN, 2005), e foi o desenho de estudo de escolha de 40% dos estudos analisados.

Conceitos de Ação Intersectorial em Saúde

A Organização Mundial de Saúde (OMS) conceituou a AIS como

uma relação reconhecida entre parte ou partes do setor da saúde com parte ou partes de outro setor que tem sido formada para agir sobre um problema para alcançar resultados de saúde (ou resultados intermediários de saúde) de uma maneira mais eficaz, eficiente ou sustentável que não poderia ser alcançado pelo setor saúde sozinho (OMS, 1997 p.4)

Este foi o conceito utilizado em 43 % (3) dos estudos encontrados sobre a intervenções intersectoriais na APS, demonstrando uma preferência pela proposta conceitual da OMS (SÁ, et. al, 2011; FRANKISH, et. al, 2007; PAGLICICIA, 2010) neste campo de estudo. Importante destacar também que dos estudos que referenciam a OMS, dois tratam de determinantes sociais. E, o único estudo brasileiro que referencia a OMS, avalia uma intervenção em saúde da família.

Ainda entre os estudos que referenciam a OMS, um trabalho cubano de Spiegel e colaboradores (2012) sobre o papel da AIS na efetividade das ações de saúde no nível local, apresenta um diferencial. Apesar de ter o conceito da OMS de modo basilar, adotam, para seu estudo empírico, a AIS como um processo através do qual os **atores pertencentes a diferentes setores se unem** para tratar de um determinado assunto relacionado à saúde. Importante destacar que estes autores são os primeiros, dentre os trabalhos discutidos nesta revisão, a considerar **o ator** como parte do conceito e qualificar a relação, de modo claro, como uma **união**.

Apesar do destaque ao conceito da OMS, foram encontradas diferentes referências dentre os estudos analisados. Inicialmente, há uma singularidade no estudo de Mannheimer et al. (2007) sobre análise de políticas de saúde, em que buscou compreender um processo de inclusão (ou não) de AIS nas agendas dos governantes de seu país. Neste as AIS são descritas como **articulações entre o setor saúde e setores da economia**, tendo o setor saúde papel de destaque nesta articulação com outros setores. Este é o único trabalho a mencionar a expressão: **setores da economia**, mas para compreender que implicações tal denominação tem no conceito e operacionalização das AIS seria necessário maior investigação do contexto político e econômico do país ao qual os autores se referem.

No campo dos estudos brasileiros que abordam intervenções intersetoriais encontrados nesta revisão, também não há uma unicidade de conceitos. Foi observada referência àquele desenvolvido pela OMS (1997) em dois trabalhos (SÁ *et. al.*, 2011; CARNEIRO *et. al.*, 2012). Mas, dois outros estudos (GIOVANELLA, 2009; MORETTI *et. al.*, 2010), sobre a estratégia de saúde da família, referem um conceito descrito por Junqueira (1997):

articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeito sinérgico em situações complexas visando o desenvolvimento social, superando a exclusão social (JUNQUEIRA, 1997, p 37).

Além deste conceito, há uma referência à Política Nacional de Promoção da Saúde de 2006 por Moretti *et. al.*, (2010). Nesta, a ação intersetorial é compreendida como **uma articulação entre os distintos setores para pensar a saúde**, implicando a troca e a construção coletiva de saberes, linguagens e práticas entre os diversos setores envolvidos na tentativa de equacionar questões sanitárias estabelecendo vínculos de corresponsabilidade e cogestão (BRASIL, 2006).

Observa-se que os estudos encontrados tendem a definir ação intersetorial em saúde como uma relação que se estabelece entre o setor saúde e outros setores da sociedade para obter maior resolutividade sobre os problemas e/ou demandas de saúde. Mas há alguns pontos que despertam questões relevantes como o tipo de relação estabelecida e os setores envolvidos, que interferem nas formas de operacionalizar e definir variáveis para avaliar estas ações.

A análise dos conceitos apresentados permitiu identificar que os diversos autores utilizam os termos, interação, cooperação, colaboração e articulação intersetorial como sinônimos, buscando descrever uma relação entre setores diversos da sociedade, sejam eles governamentais ou não governamentais para intervenções em saúde. A maioria dos estudos conceitua as AIS como uma relação estabelecida entre setores para intervir sobre problemas de saúde, mas o **tipo de relação** que se estabelece é uma lacuna importante. Há referência a relações de parceria, por exemplo, e estas podem conter desde troca de informações, colaboração na execução das ações, até o compartilhamento de poder, das decisões e das responsabilidades na execução da ação entre os setores. E, o que poderia, a priori, refletir semelhanças entre os conceitos encontrados, na verdade destaca divergências, ou até mesmo

necessidade de revisão dos mesmos, pois os termos encontrados não indicam o tipo de relação existente entre os setores e os níveis de envolvimento destes na intervenção.

Modos de Operacionalização do Conceito de AIS

A análise dos modos de operacionalização presente nos estudos revisados demonstrou que, assim como para os conceitos, não há uma homogeneidade de variáveis ou componentes utilizados para a avaliação de AIS. Dos oito estudos analisados, dois não descreviam a forma de operacionalização da ação intersetorial.

Dentre os trabalhos que utilizam o conceito da OMS (1997) como referencia foram encontrados diferentes modos de operacionalização como: classificações segundo os setores envolvidos e níveis de atuação destes setores sobre os determinantes, que variavam entre não haver envolvimento com o determinante até o relato de implantação de uma ação ou programa com colaboração intersetorial (FRANKISH et. al., 2007; SPIEGEL, 2012). Estes autores adotam modos de operacionalização semelhantes e inovam ao mencionar uma teoria subjacente à análise das AIS - a teoria da coalizão - mas não esclarecem sobre a relação desta teoria com as AIS.

Retomando ao estudo de Mannheimer et al. (2007) - um estudo de análise de implementação de políticas – os autores não apresentam claramente a operacionalização do conceito, mas contemplam em seu quadro de análise das barreiras e facilitadores, variáveis como comunicação, cooperação e colaboração. Estes fatores guardam relação com a tipificação ou caracterização das AIS, já mencionados por outros estudos citados (FRANKISH et. al., 2007; SPIEGEL, 2012).

A intensidade da colaboração intersetorial e medidas de densidade e de intermediação - que medem as distâncias, a centralidade em relação à rede e entre os setores - também foram referidas (PAGLICCIA, 2010).

Nos estudos brasileiros, as AIS são analisadas no âmbito da gestão do sistema, do processo de trabalho dos profissionais e no cuidado à saúde, o campo de atuação, os setores envolvidos no nível local e central e a existência de grupos de trabalho ou comitês intersetoriais (GIOVANELLA, 2009). Além disso, foram realizadas “tipificações” segundo a

articulação entre os setores a partir de referencial proposto por Campos e Teixeira (2005) em que a relação entre os setores poderia variar desde uma ação articulada até uma gestão transversal, destacando que a cessão de bens ou estruturas e financiamento, por exemplo, não pode ser considerada AIS, este deve envolver ao menos planejamento, coordenação e avaliação conjunta entre os setores.

Interessante destacar que muitos autores, apesar de referir a tipificação da relação ou classificação por setor ou nível de colaboração, em seus resultados não descrevem claramente tais informações, referindo apenas que as AIS encontradas no estudo referiam-se àquelas com evidência de vínculos de corresponsabilidade entre os setores (MORETTI, 2010). E não discutiam o tipo de relação existente entre os setores assumindo, a priori, que a AIS se desenvolvem através da colaboração entre eles.

DISCUSSÃO

Esta revisão sistemática demonstrou que, apesar de se reconhecer a necessidade do desenvolvimento de AIS para melhores resultados de saúde, como descrito nos documentos internacionais de promoção da saúde, APS ou determinantes sociais de saúde, há poucos estudos avaliativos ou descritivos sobre ação intersetorial na APS. Isso demonstra que além da implementação de ações intersectoriais se configurar, no âmbito da APS como um desafio, também a avaliação e análise destas ações apresentam dificuldades e incipiência.

O desenvolvimento de ações intersectoriais demanda mudanças importantes no modo de fazer gestão nos espaços que adotam esta estratégia, pois pressupõe práticas de planejamento e gestão inovadoras e distintas do padrão hegemônico, dado que é necessário o compartilhamento de recursos, saberes e práticas para o seu desenvolvimento (TEIXEIRA e PAIM, 2000). Estas características que conferem complexidade à realização destas ações devem estar em destaque nos estudos analíticos ou avaliativos que pretendem investigar o desenvolvimento destas ações de modo a permitir maior conhecimento sobre o processo de implantação destas ações.

De modo que é necessário eleger um referencial teórico-metodológico que abarque as dimensões da intervenção intersectorial aqui relatadas, pois potencializam a capacidade de replicação de estudos, além de tornar mais claras as categorias analíticas utilizadas na investigação, conferindo maior consistência aos estudos.

Neste cenário, o referencial do Planejamento Estratégico situacional (PES) elaborado por Carlos Matus para elaboração, planejamento e gestão de planos e projetos no setor público, apresenta características conceituais importantes que podem ser utilizadas como categorias analíticas e variáveis de investigações de AIS.

O PES, elaborado por Matus (1993) é um método que pretende trabalhar sobre problemas complexos, ou quase estruturados. É um método de planejamento pertinente a contextos que envolvam incerteza nas ações recíprocas entre os atores, de modo que ainda que os atores tracem claramente seus passos para a implementação de uma ação, ou como diria o autor, ainda que as jogadas estejam bem pensadas é necessário que se considere um outro ator que também joga e portanto, as jogadas são condicionadas (MATUS, 2005).

Neste enfoque considera-se que o objeto para o qual será elaborada a intervenção é um conjunto de problemas identificados sob a ótica de diversos atores envolvidos nesta realidade – a chamada *situação* (MATUS, 1993; 2005) De modo que a compreensão sobre o problema a ser enfrentado é compartilhada entre diferentes atores de setores diferentes com saberes e práticas de enfrentamento deste problema distintos. Desta primeira aproximação com o referencial de Matus, pode-se justificar o seu uso considerando a complexidade dos problemas - alvo de uma AIS. Ao tempo em que destaca uma categoria analítica: **o problema**. Se entende-se que as AIS são relações estabelecidas entre diferentes setores para enfrentamento de problemas de saúde, torna-se fundamental, compreender a **natureza do problema** sobre o que irá se intervir.

Matus afirma que um jogo social “implica obrigatoriamente conceitos de coletividade, de agregação de seres humanos em cooperação, concorrência, conflito, empatia ou antipatia” (2005, p. 279). Neste jogo os atores são entendidos como os jogadores criativos, que possuem poder próprio, estão em situação de jogo e são definidos por seus traços de personalidade, seus valores, recursos que dispõe e motivações. São estes atores que no jogo social tomam posições e alinham jogadas em relações de cooperação ou conflito a depender da concordância entre seus interesses, e objetivos relacionados aos produtos e resultados esperados. Aqui identifica-se mais uma categoria analítica para as AIS, **o ator social**, envolvido na ação. Pois, para compreensão dos movimentos, interesses e papéis de cada ator, em cada setor, envolvido na ação é necessário **caracterizar o ator**, analisando, por exemplo, a formação do ator, o cargo e função que ocupa no setor e na ação.

Os atores sociais se organizam de acordo com seus interesses diante de um problema e tomam posições que são pertinentes a estes, sejam eles individuais ou coletivos. Segundo Matus (2005), em um jogo social as jogadas revelam relações de cooperação e conflito. A cooperação ocorre quando os atores empregam vontade própria e força na ação de modo que há compartilhamento de informações e clareza na comunicação. O conflito, quando há disparidade entre modos de ver a realidade, entre interesses, valores e sentimentos.

A relação entre os setores, foi um dos pontos críticos desta revisão e deve ser compreendido enquanto categoria analítica para estudos que investigam AIS na APS. É necessário classificar o **tipo de relação** estabelecida entre os setores, ou melhor entre os atores de cada setor, envolvidos na AIS. Pois, uma AIS construída com traços de cooperação

entre os atores certamente apresentará resultados diferentes daquela que apresenta sinais de conflito de qualquer natureza. Destaca-se mais uma categoria analítica para avaliação das AIS: o tipo de relação.

Esta caracterização da AIS permite descrevê-la considerando o **problema** a ser enfrentado, os **atores** envolvidos e o tipo de **relação** existente, mas não responde sobre o processo de realização da ação. Há que se considerar ainda categorias que permitam apreender e analisar os fatores restritivos e facilitadores ao desenvolvimento da AIS.

Neste sentido, compreendendo a AIS como um jogo social, há três variáveis que interferem na condução deste, na relação entre os atores, nas jogadas e resultados esperados: projeto de governo, a governabilidade e a capacidade de governo, que compõem o triângulo de governo de Matus. O projeto de governo é o que propõe o ator, apresenta os objetivos e meios para alcançar os resultados desejados, é portanto, produto dos interesses do ator que governa. A governabilidade é produto da equação entre as variáveis controladas e não controladas pelo ator e no jogo cada ator controla diferentes variáveis. A capacidade de governo é descrita como capacidade de execução do ator, tem relação com habilidades, técnicas e métodos utilizados pelo ator para conduzir uma jogada. Estas variáveis estão relacionadas entre si e a articulação destas irá definir a condução do jogo, de modo que a efetividade dos resultados esta condicionada a uma composição adequada destas três variáveis (MATUS, 1993; 2005).

Estudos realizados no Brasil utilizam o referencial do planejamento estratégico situacional de Matus (1993; 2005), contextualizando as AIS como estratégia de gestão e utilizam projeto de governo, governabilidade e capacidade de governo como categorias analíticas para os fatores restritivos e facilitadores. Ferreira e Vieira da Silva (2005) e Lima e Vilasboas (2011) em estudos sobre mortalidade infantil e dengue respectivamente, utilizam conceitos como ator social, situação, política e estratégia para caracterizar as AIS. Porém, na APS não foram identificados estudos que contemplassem este referencial. Um estudo recente desenvolvido pelas autoras deste trabalho, sobre AIS no Programa de Saúde da Família em município da Bahia adotou as categorias problema, ator e o tipo de relação estabelecida entre os setores, juntamente com o triângulo de governo, como categorias de análise para os fatores restritivos ou facilitadores para AIS (CANTHARINO, AQUINO, 2013).

Ao compreender as AIS como um jogo, e por sua vez, as variáveis que interferem neste, é possível considerar, no plano empírico, tais variáveis como novas categorias analíticas relacionadas ao processo de desenvolvimento da AIS. De modo que o **projeto de governo** se refere ao quanto as AIS estão previstas nos planos dos setores envolvidos, são legitimadas por eles e são parte do projeto de governo dos setores que o representam. A **governabilidade** expressa o controle do atores das variáveis necessárias e o poder que possuem para decidir no planejamento e execução das ações. Já a **capacidade de governo** representa a capacidade técnica adequada para desenvolver as AIS, como a formação, por exemplo (LIMA, VILASBOAS, 2011)

A aproximação com o referencial teórico do PES permitiu compreender que as AIS estão inseridas num jogo estratégico e se configuram como uma **relação entre atores do setor saúde com atores de diversos setores da sociedade para o planejamento, execução e avaliação de ações com vistas a lograr melhores resultados de saúde**. De modo que para estudos analíticos e avaliativos é possível considerar variáveis como natureza do problema, ator social e tipos de relação entre os setores. Além das variáveis do triângulo de governo – projeto de governo, governabilidade e capacidade de governo, para análise dos fatores restritivos e facilitadores ao desenvolvimento de AIS.

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA FILHO, N. Intersetorialidade, Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva: atualizando um debate em aberto. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro. V 34 (6). Nov-dez. p. 11-34. 2000.
2. BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2011. (Série Pactos pela Saúde).
3. _____, Ministério da Saúde. As Cartas de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto de Promoção da Saúde. 2002. (Série B – Textos Básicos) Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf
4. _____, Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2006.
5. CAMPOS et al. Avaliação de Política Nacional de Promoção da Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v 9. n 3. p. 745-749. 2004
6. CAMPOS FC, TEIXEIRA, PF. Promoção de saúde na atenção básica no Brasil. [site da Internet]. 2005 Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/geral/promocao_saude_ab.pdf
7. CANTHARINO, IR., AQUINO, R. Ações Intersetoriais na Estratégia Saúde da Família em um Município na Bahia. Dissertação apresentada para apreciação da banca de defesa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. 2013
8. CARNEIRO, AC. Health promotion education in the context of primary care **Rev Panam Salud Publica**. v. 31 n. 2, p. 115-20. 2012.
9. CONILL, EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para organização de serviços básicos e da Estratégia de Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24. Sup 1. p. s7-s27. 2008.
10. FRANKISH, C. *et al.* Addressing the non-medical determinants of health: a survey of Canada's health regions. **Can J Public Health**. v. 98 n.1 p.41-7. Jan-Feb; 2007
11. GIOVANELLA, L. ET AL. Saúde da Família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14 n.3. p. 783-794, 2009.

12. JUNQUEIRA, L. Novas Formas de Gestão na Saúde: Descentralização e intersectorialidade. **Saúde e Sociedade**. São Paulo. v. 6, n.2. p. 31-47. 1997.
13. LIMA EC, VILASBOAS, ALQ. Implantação das ações intersectoriais de mobilização social para o controle da dengue na Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.8, p.1507-1519, Ago, 2011.
14. MANNHEIMER LN, GULIS G, LEHTO J, OSTLIN P. Introducing Health Impact Assessment: an analysis of political and administrative intersectoral working methods. **Eur J Public Health**. v.17, n15, p.526-31. Epub. 2007
15. MATUS, C. Teoria do Jogo Social. São Paulo: FUNDAP,2005. 524p
16. _____. Política, Planejamento e Governo. Brasília. IPEA. 1993. 293p
17. MORETI, A. et al. Intersectorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro. v.15 supl.1, 2010.
18. OMS (WHO). Public Health Agency of Canada. *Crossing Sectors – Experiences in Intersectoral Action, Public, Policy and Health*. Disponível em: http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2007/cro-sec/pdf/cro-sec_e.pdf
19. OMS (WHO). Intersectoral Action for Health: A Cornerstone for Health-for-All in the Twenty-First Century Report to the International Conference 20-23 April 1997 Halifax, Nova Scotia, Canada, World Health Organisation, Geneva.
20. PAGLICICIA, N. Network analysis as a tool to assess the intersectoral management of health determinants at the local level: a report from an exploratory study of two Cuban municipalities. **Soc Sci Med**. v.71, n2, p.394-9. Epub 2010.
21. PAPOULA, S. O processo de trabalho intersectorial das equipes de saúde da família no município de Petrópolis-RJ: fatores restritivos e facilitadores. 2006. 186f. Dissertação (Mestrado em Saúde de Pública). Escola Nacional de Saúde Pública. FIOCRUZ. Rio de Janeiro.
22. RASANATHAN,K. *et al.*, Primary Health Care and the Social Determinants of Health: essential and complementary approaches for reducing inequities in health. **J Epidemiol Community Health**. doi: 10.1136/jech.2009.093914. 2010 .
23. SÁ, L. Et al. Intersectorality and bonding in tuberculosis control in Family Health. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v 19, n 2, mar-abr 2011
24. SHANKARDASS, K. A scoping review of intersectoral action for health equity involving governments. **Int J Public Health**. v 57, p. 25–33. 2012.

25. STARFIELD,B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO. Ministério da Saúde.2002. 726p
26. SOLAR O, et al. Moving forward to Equity in Health: what kind of intersectoral action is needed? An approach to an intersectoral typology. In: 7th Global Conference For Health Promotion, Nairobi, Kenya. 2009.
27. SPIEGEL, J. Intersectoral action for health at a municipal level in Cuba **Int J Public Health**. v 57, n 1, p.15-23. Epub 2011.
28. TEIXEIRA, C., PAIM, J. Planejamento e Programação de Ações Intersetoriais. **RAP**. Rio de Janeiro v 34. n 6, p 63-80, Nov./Dez. 2000.
29. VIEIRA-DA-SILVA, L.M., FERREIRA,V. Intersetorialidade em saúde: um estudo de caso. In: VIEIRA-DA-SILVA, L.M, HARTZ, Z. Avaliação em Saúde: dos modelos assistenciais à prática de programas e sistemas de saúde. (organizadoras). Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 2005.
30. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman; 2005.

ARTIGO 2

AÇÕES INTERSETORIAIS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM MUNICÍPIO DA BAHIA

Ilena Rafaela Gama Cantharino

Rosana Aquino

RESUMO

No Brasil, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é referência para assistência à saúde na Atenção Primária à Saúde, desde sua implantação em 1994. Dentre as características do processo de trabalho das equipes de saúde da família descritos na Política Nacional da Atenção Básica, destaca-se a realização de ações intersetoriais para a promoção da saúde. As ações intersetoriais em saúde (AIS) são compreendidas como uma relação entre setor saúde e outros setores da sociedade a fim de buscar resultados mais eficazes e sustentáveis que o setor saúde teria sozinho. Estudos demonstram um reconhecimento da ação intersetorial como parte importante da estratégia de gestão da atenção na APS e salientam dificuldades e desafios relacionados à realização desta no processo de trabalho das equipes de saúde da família. O objetivo deste trabalho foi descrever, através de estudo de caso, as AIS realizadas na atenção primária, em um município na Bahia, buscando identificar os atores e apreender as situações do jogo social que interferem no planejamento, execução e avaliação das AIS desenvolvidas na atenção primária em um município da Bahia. O procedimento de coleta de dados incluiu pesquisa documental, inquéritos com profissionais de saúde da unidade através de dois questionários auto-aplicáveis destinados a profissionais de nível superior (Enfermeiro, Odontólogo e Médico), e coordenador da equipe de saúde da família ou gerente da unidade básica de saúde, entrevista semi-estruturada com informantes chaves da gestão da atenção básica e de um dos setores identificados na ação. Os resultados encontrados apontam que as principais articulações aconteceram entre o setor saúde e educação, com o estabelecimento de relações classificadas como de cooperação entre os setores envolvidos e os fatores restritivos e facilitadores estavam relacionados à governabilidade e capacidade de governo do setor saúde. As AIS do município estudado são ainda uma estratégia em construção, não só para sua

implementação enquanto estratégia de gestão para melhores resultados de saúde, mas também para sua avaliação na atenção primária, dada a complexidade do objeto a que se destina a ação.

Palavras Chave: ação intersetorial, promoção da saúde, atenção primária, saúde da família

ABSTRACT

The Family Health Strategy is a reference to health care in primary health care, since its implementation in 1994. Among the characteristics of the work process of family health teams, highlights the promotion of intersectoral action for health promotion (BRAZIL, 2011). Intersectoral action for health (AIS) are understood as a relationship between health and other sectors of society in order to seek more effective and sustainable results that the health sector would alone (WHO, 1997). Studies demonstrate a recognition of intersectoral action as part of the strategy management attention on APS and highlight difficulties and challenges related to the realization of this work process of family health teams. The aim of this study was to describe AIS performed in primary care, in a city in Bahia, seeking to identify the actors and apprehend the social game situations that interfere in the planning, implementation and evaluation of AIS developed in primary care in a municipality of Bahia. The procedure for data collection included desk research, surveys with health unit through two self-administered questionnaires for health professionals (nurse, Odontologist and Medical), and coordinator of the family health team, semi-structured interviews with key informants in the management of primary care, and one of the sectors identified in the action. The results show that the main joints occurred between the health sector and education, with the establishment of relationships classified as cooperation between the sectors involved and the restrictive factors and facilitators were related to governance and government capacity. The AIS is a strategy still under construction, not only for its implementation as a strategy management to better health outcomes, but also for evaluation in primary care, given the complexity of the object that is intended to share.

Keywords: intersectoral action, health promotion, primary care, family health

INTRODUÇÃO

A atenção básica é entendida como “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (BRASIL, 2011). Também denominada de Atenção Primária à Saúde (APS) nos documentos nacionais e internacionais, é compreendida como o primeiro nível de atenção em um sistema de saúde, sendo a principal porta de entrada no sistema para todos os outros níveis de assistência à saúde. Ou ainda como política de reorganização do modelo assistencial (CONILL, 2008). É caracterizada pela atenção às pessoas considerando o contexto dos problemas que acometem a comunidade com serviços de prevenção, proteção, promoção à saúde e bem estar da comunidade, integrando outros níveis de atenção (STARFIELD, 2002).

A Declaração de Alma-Ata (OMS, 1978) delinea pontos importantes relacionados ao desenvolvimento da APS como a integração de sistemas locais de saúde, participação da comunidade, a relação entre questões sociais e econômicas com a saúde, destacando a necessidade de articulação com outros setores (CONILL, 2008).

A concepção abrangente de APS deve incluir a investigação de determinantes de saúde, o contexto social e físico em que as pessoas vivem, não priorizando apenas as doenças que acometem a comunidade. Outra função importante da APS diz respeito às iniquidades em saúde. Estudos internacionais destacam que a APS é um dos espaços prioritários para ações de enfrentamento das iniquidades em saúde. Tais características demonstram que tal concepção, incorpora saúde como um recurso para a vida, o que amplia o campo de atuação da APS, não restringindo-a ao primeiro nível de um sistema, ou ainda ao sistema de saúde apenas, demandando articulação com outros setores da sociedade (STARFIELD, 2002).

No Brasil, a APS é considerada o primeiro nível de atenção à saúde, e desde 2006, como principal estratégia de reorientação do modelo de atenção à saúde, compreendendo ações de promoção da saúde, tratamento, reabilitação de doenças e agravos, respeitando os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), de modo a reorientar o modelo de atenção à saúde no Brasil (BRASIL, 2011).

A implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1998, foi considerado marco importante para o desenvolvimento da APS no país (SCOREL *et al*, 2007). Referido como estratégia para reorientação do modelo assistencial, o PSF é a referência da assistência à saúde com base na APS. Para Teixeira (2003), além de um programa para operacionalizar a APS no Brasil, o PSF se transformou em um instrumento de política para universalização da APS no SUS. O PSF deveria ainda funcionar como elemento essencial para consolidação do SUS pois incorpora em sua normatização, fruto da negociação entre união, estados e municípios nas instancias de pactuação do SUS, os princípios e diretrizes como: equidade, universalidade, integralidade, acessibilidade e participação popular (BRASIL, 1990; GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

Iniciativas governamentais, especialmente do nível federal impulsionaram a expansão do PSF, como a Norma Operacional Básica do SUS de 1996 - NOB SUS 01/96 (BRASIL, 1996), que normatizou os incentivos financeiros através do estabelecimento do PAB – Piso da Atenção Básica e de mudanças na alocação de recursos federais para estados e municípios. A publicação, em 2006, da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2011) destaca as ações deste nível de atenção à saúde, colocando-a como instância preferencial do SUS para a APS e elemento principal para estruturação dos sistemas locais de saúde. Assim como reconhece o PSF como modelo substitutivo e reforça a necessidade de sua expansão para garantir a estruturação e reorganização dos sistemas municipais de saúde (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

Porém, apesar dos avanços normativos e da expansão e investimentos governamentais, poucos são os estudos que verificam as mudanças decorrentes da alteração do modelo de atenção. Além disso, a implantação do PSF demonstra maior sucesso nos municípios de pequeno porte com baixa capacidade instalada. E nos grandes centros urbanos tem encontrado dificuldades relacionadas a determinantes sociais como concentração demográfica, agravos de saúde característicos das grandes cidades, incipiência da rede assistencial, dentre outros (SCOREL *et al*, 2007; GIOVANELLA *et al*, 2009).

O processo de trabalho das equipes de saúde da família, prevê características como composição multiprofissional das equipes, adscrição da clientela, territorialização, interdisciplinaridade e vinculação com as famílias (SCOREL, *et al*, 2007; SOUZA E HAMANN, 2009) que são fundamentais para execução dos objetivos do PSF. Dentre as

atividades descritas na PNAB como parte do processo de trabalho das equipes destacam-se o cadastramento de famílias, o diagnóstico de problemas e demandas por ações de saúde, o trabalho interdisciplinar integrando áreas e profissionais de diferentes formações, a promoção de ações intersetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins, de acordo com prioridades e sob a coordenação da gestão municipal (BRASIL, 2011). A equipe de saúde da família deve então “ *elaborar um programa de atividades para enfrentar determinantes do processo saúde/doença, desenvolver ações educativas e intersetoriais relacionadas com os problemas de saúde identificados (...)*” (ESCOREL et al, 2007; p 165).

A intersetorialidade em saúde é definida como um processo de construção compartilhada, entre setores diversos que implica o estabelecimento de corresponsabilidade e cogestão pela melhoria da qualidade de vida da população (CAMPOS, BASTOS & CASTRO, 2004). Giovanella et al. (2009) descrevem a atuação intersetorial como condição para a implantação da atenção primária à saúde nos níveis mais avançados, incluindo aspectos psicológicos, biológicos e sociais, sendo fator determinante para a promoção da saúde.

Porém, a implantação de ações intersetoriais demanda concepções e articulações que requerem uma nova forma de planejar, executar e controlar a assistência diante de uma nova prática sanitária (JUNQUEIRA, 1997). É uma estratégia que implica reconhecer objetos comuns de intervenção entre diferentes setores, e um planejamento integrado, de modo a superar hierarquias internas de cada setor, as relações de poder e diferentes interesses que estão incluídos na mesma arena de negociação entre diferentes setores para consecução de melhores resultados de saúde (SILVA e RODRIGUES, 2010; MONERRAT e SOUZA, 2011).

Estudos publicados no Brasil nos últimos cinco anos têm apresentado reflexões importantes sobre o processo de implantação de ações intersetoriais em saúde. Vieira da Silva e Ferreira (2005) realizaram um estudo de caso em município da Bahia participante do Projeto de Redução da Mortalidade na Infância (PRMI), com objetivo de investigar a implantação das ações intersetoriais no município. Os resultados encontrados demonstraram que as ações intersetoriais estavam em estágio incipiente de implantação e descreveram obstáculos para a implantação, como o distanciamento destas do projeto de governo e percepções diversas dos atores sobre as ações intersetoriais.

Em Petrópolis no Rio de Janeiro investigou-se ações intersetoriais na ESF, e os resultados demonstraram que as equipes ali instaladas compreendiam a intersetorialidade como parte do seu processo de trabalho para a promoção da saúde. Além de uma relação entre a implantação das ações intersetoriais e planos e propostas do governo, reforçando que o exercício da intersetorialidade requer uma articulação com um nível hierárquico maior, ou seja, uma política intersetorial municipal (PAPOULA, 2006).

Giovanella *et al.* (2009) realizou uma pesquisa em que analisou quatro capitais com ampla cobertura da ESF com foco na integralidade e intersetorialidade. Neste estudo os autores demonstraram que as ações intersetoriais eram mais abrangentes se estavam definidas na política integrada do governo municipal para interfaces e cooperação de diversos setores, destacando-se as ações nos seguintes campos: combate à dengue, violência, gravidez na adolescência, degradação do meio ambiente, bolsa família, vulnerabilidades sociais, entre outros. Outro ponto importante deste estudo refere-se à participação dos profissionais da equipe de saúde da família, foi observado que apenas metade, ou menos dos profissionais se envolviam com as ações intersetoriais, dentre eles enfermeiros, agentes comunitários de saúde e médicos. Ainda sobre o envolvimento de profissionais da equipe nas ações intersetoriais, Canesqui e Spinelli (2006), observaram baixo emprego de oficinas, planejamento de ações intersetoriais e atribuem este achado à falta de capacitação das equipes.

Por fim, Avaliação da Implementação da Estratégia de Saúde da Família em Dez Centros Urbanos (BRASIL, 2005) – incluindo um município da Bahia, Vitória da Conquista - realizada pelo Ministério da Saúde demonstrou que, no que diz respeito às ações intersetoriais, embora as equipes de saúde da família reconheçam a necessidade de se articularem com outros setores, apenas parte delas toma iniciativas neste sentido.

Estes estudos demonstram um reconhecimento da ação intersetorial como parte importante da estratégia de gestão da atenção na APS. Assim como salientam dificuldades e desafios relacionados à realização desta no processo de trabalho das equipes de saúde da família. Porém, além da escassez de publicações sistematizadas que avaliam AIS no campo da saúde, os estudos, em sua maioria são descritivos e não há definições sobre com que teorias deve-se dialogar ao analisar estas ações (SOLAR *et. al* 2009; NCCDH, 2012).

O presente estudo teve como pergunta principal: Quais AIS são desenvolvidas na APS em um Município da Bahia? Quais os fatores restritivos e facilitadores para o desenvolvimento das ações na APS neste município? Esta pesquisa pretendeu contribuir para a reflexão acerca das ações intersetoriais, seu planejamento, desenvolvimento e avaliação na APS, considerando o referencial do planejamento estratégico situacional como alicerce para análise dos fatores restritivos e facilitadores. Os resultados aqui apresentados podem contribuir para ampliar a compreensão sobre o desenvolvimento de AIS na APS e promover discussões sobre as potencialidades e obstáculos para a implementação destas ações no âmbito municipal.

ELEMENTOS CONCEITUAIS

A Organização Mundial de Saúde (OMS) descreve a ação intersectorial em saúde (AIS) como uma relação reconhecida entre setor saúde e outro setor com um objetivo de resolver um problema relacionado á saúde. Traz ainda noção de eficiência, eficácia e sustentabilidade das ações em saúde, destacando que a ação conjunta com outro setor traria sucesso maior do que o setor saúde (OMS, 1997). Este é o conceito mais referido nos estudos encontrados e as variações parecem derivadas deste, agregando classificações á “relação reconhecida” entre os setores. Ou ainda definindo quais setores envolvidos na ação lhe conferem caráter intersectorial.

O desenvolvido por Frankish et al. (2007) considera dois componentes para uma AIS: o desenvolvimento de parcerias *entre os diferentes setores* (saúde, justiça, educação e etc.) e o desenvolvimento de parcerias *em diferentes níveis com organizações* governamentais ou não governamentais. Neste estudo o nível de colaboração intersectorial existente entre setores envolvidos no enfrentamento de cada determinante não médico, também foi investigado segundo relato dos sujeitos entrevistados. As AIS eram classificadas segundo os setores envolvidos, e o nível de atuação destes setores na AIS sobre o determinantes, porém não discute relação existente entre os setores e como esta ocorreu.

Já Moretti *et. al.*, (2010) utilizaram o conceito de intersectorialidade presente na Política de Nacional de Promoção da Saúde de 2006 que define como uma articulação entre os distintos setores para pensar a saúde, implicando a troca e a construção coletiva de saberes, linguagens e práticas entre os diversos setores envolvidos na tentativa de equacionar questões sanitárias estabelecendo vínculos de corresponsabilidade e cogestão. A caracterização das ações contemplou uma análise da relação existente entre os setores, com uma tipificação da interação variando entre ação articulada a gestão transversal.

Shankardass e colaboradores (2012) em uma revisão para identificar ações intersectoriais para equidade, referem conceito semelhante ao vistos nesta revisão. Para análise dos estudos encontrados, os autores adotaram um referencial teórico desenvolvido por Solar e colaboradores (2009) onde uma tipologia é descrita para AIS segundo a visão de saúde compartilhada pelos setores envolvidos na ação, o nível de implementação das ações e o tipo de relação existente entre os setores.

No documento referido acima, os autores adotam a definição de intersectorialidade de Junqueira (1997) entendendo-a como uma nova lógica de gestão. E ao analisar a relação entre os setores envolvidos na AIS os autores propõem cinco padrões de relação: *Informativo* em que há um intercâmbio de informações entre setores, mas numa via de mão única, normalmente do setor saúde para o outro setor; *Cooperação*, em que há interação entre setores com certa perda de autonomia e quase sempre com liderança da saúde; *Coordenação* com trabalho conjunto de alinhamento de políticas e programas dos setores, demanda uma rede mais horizontal entre os setores; *Integração* que envolve definição de novas políticas ou programas em conjunto para além do trabalho de cada setor em si e por fim o padrão de relação descrito como *health in all policies*, um avanço da integração de modo que a AIS não é pensada para resolver um problema, mas as ações de saúde são construídas transversalmente (SOLAR et al, 2009 p. 4).

Potvin (2012) já traz uma conceituação para AIS que caracteriza a relação entre os setores, pois afirma que AIS é um *alinhamento* de estratégias de intervenção e dos recursos entre os atores de dois ou mais setores da esfera pública, para alcançar objetivos complementares que são relevantes e valorizados por todas as partes. Outros autores ampliam o conceito e definem as AIS como um processo político complexo em que atores de diferentes setores se unem através de uma interação entre diversos setores no planejamento, execução e monitoramento, para agir sobre um problema de saúde (GIOVANELLA et al., 2009).

Os estudos brasileiros referem o conceito de Junqueira (1997) que entende a AIS como nova lógica de gestão, uma “articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeito sinérgico em situações complexas visando o desenvolvimento social, superando a exclusão social” (p 37). Este foi o conceito utilizado por Giovanella e colaboradores (2009) ao analisarem a implementação da ESF. Analisaram a AIS no âmbito da gestão do sistema, do processo de trabalho dos profissionais e no cuidado à saúde. Neste estudo foram identificadas as ações intersectoriais desenvolvidas pela equipe de saúde da família, o campo de atuação, os setores envolvidos no nível local e central e existência de grupos de trabalho ou comitês intersectoriais, sem buscar identificar o tipo ou nível de relação existente entre os setores.

Ferreira e Vieira da Silva (2005) e Lima e Villasboas (2011) em estudos sobre mortalidade infantil e dengue respectivamente, parecem ter construído um conceito que agrega outros já discutidos neste referencial (OMS, 1997; JUNQUEIRA, 1997), e utilizam

conceitos como ator social, situação, política e estratégia para melhor caracterizar as AIS. Ambas apresentam o referencial do planejamento estratégico situacional, elaborado por Matus, para análise das AIS, entendendo estas como problemas complexos composto de múltiplas dimensões.

Observa-se que os estudos encontrados tendem a definir ação intersectorial em saúde como uma relação que se estabelece entre o setor saúde e outros setores da sociedade para obter maior resolutividade sobre os problemas e/ou demandas de saúde. Mas há ainda pouco acúmulo sobre este tipo de ação em saúde sendo necessário maior investimento em estudos neste campo sobretudo da avaliação destas ações.

Um ponto importante que compõe os conceitos diz respeito aos setores envolvidos nas AIS. Potvin (2012) afirma que as AIS podem ser realizadas entre setores governamentais públicos, enquanto outros autores referem setores diversos da sociedade, na esfera pública ou privada, governamentais ou não governamentais. Esta indistinção de setores com que seria possível realizar uma AIS é congruente ao conceito descrito pela OMS (1997) que não estabelece o lugar de origem do setor, considerando o objetivo fim de estabelecer tal relação como principal elemento. Isto, amplia as possibilidades de articulação e favorece o enfrentamento e resolutividade das questões de saúde. Porém, a complexidade de implementação e de avaliação destas ações permanecem e se destacam no âmbito da atenção primária.

A análise dos conceitos apresentados permitiu também identificar que os diversos autores utilizam os termos, interação, cooperação, colaboração e articulação intersectorial como sinônimos, buscando descrever uma relação entre setores diversos da sociedade, sejam eles governamentais ou não governamentais para intervenções em saúde.

Uma revisão sistemática da literatura demonstrou que a maioria dos estudos conceitua as AIS como uma relação estabelecida entre setores para intervir sobre problemas de saúde. Mas não esclarece o tipo de relação estabelecida entre os setores, nem como parte do conceito, nem como categoria presente na operacionalização. Há referência a parceria, por exemplo, que podem significar desde troca de informações até colaboração na execução das ações, sem apresentar compartilhamento de poder na execução da ação entre os setores (SOLAR et al, 2009; CANTHARINO, AQUINO, 2013). As autoras da revisão apresentam

proposta que considera o tipo de relação como categoria analítica, utilizando o referencial matusiano.

Para fins deste estudo, foi utilizado como referência o conceito de AIS da OMS (1997) entendendo, que as AIS são uma “relação estabelecida entre atores do setor saúde com atores de diversos setores da sociedade para o planejamento, execução e avaliação de ações com vistas a lograr melhores resultados de saúde” (CANTHARINO, AQUINO, 2013).

Os estudos demonstram ainda que as AIS são um desafio e destacam alguns pontos que explicitam dificuldades de desenvolvimento das ações como a inclusão desta ação enquanto projeto de governo, a articulação com a gestão, de modo que a AIS não seja responsabilidade apenas das equipes, os diferentes modos de planejamento dos setores individualmente, os interesses políticos diversos daqueles que estão inseridos no “jogo” e a distribuição do poder para o desenvolvimento das ações (VIEIRA DA SILVA & FERREIRA, 2005; PAPOULA, 2006 GIOVANELLA et al., 2009; SPIEGEL, 2012; MORETTI, 2010; LIMA, VILAS-BOAS, 2011).

Parece claro que as ações intersetoriais se configuram como um espaço complexo e de múltiplas dimensões, independente das divergências ao conceituá-las. E constituir relações com outros setores com vistas a um objetivo comum demanda compartilhar interesses, por vezes diversos entre os setores, em prol de um objetivo único. Contudo, esta articulação entre os diferentes atores, que por sua vez representam respectivos setores da sociedade, exige compartilhamento de recursos dos mais variados, incluindo recursos materiais, humanos e de poder (Lima e Vilasbôas, 2011) e deveria refletir um movimento de cooperação para a ação entre os setores (MATUS, 2005). Isto significaria, uma nova lógica de fazer gestão, um novo modo de dialogar com os setores e de planejar em saúde que possibilitassem a compreensão e interação destes elementos organizacionais sem, no entanto, descartar a relevância dos atores envolvidos (JUNQUEIRA, 1997).

Sendo a AIS uma estratégia para agir sobre problemas ou demandas de saúde, os quais indiscutivelmente vem sendo caracterizados como complexos e sobre influência de diversos determinantes, é possível fazer uma aproximação, no plano empírico, com o Planejamento Estratégico Situacional (PES) na tentativa de compreender o “jogo social” que se estabelece na relação entre os distintos setores, os atores, a situação, o lugar de cada ator no jogo de

relações e de poder que se estabelece na busca por melhores resultados de saúde (TEIXEIRA e PAIM, 2000; CANTHARINO e AQUINO, 2013).

O PES é um método de planejamento descrito por Matus (1993) para atuar sobre problemas complexos que envolvam incertezas nas ações e atores com deferentes perspectivas que condicionam as jogadas uns dos outros (MATUS, 2005). De modo que os atores são entendidos como aqueles que estão em situação de jogo, que tomam posições e desenvolvem relações de cooperação ou conflito a depender da concordância entre seus interesses, e objetivos relacionados aos produtos e resultados esperados. Neste trabalho, será utilizado o referencial do PES para análise das AIS investigadas.

Neste sentido os atores das AIS serão consideradas as pessoas de cada setor envolvidas no planejamento, execução e avaliação da ação. Para compreensão das relações entre os setores compreende-se que há cooperação quando os atores empregam vontade própria e força na ação de modo que há compartilhamento de informações e clareza na comunicação. E conflito, quando ocorrer divergência entre modos de ver a realidade, entre interesses, valores e sentimentos. O conflito pode ser categorizado como: cognitivo, quando há diferentes modos de compreender a situação; emocional, representando condições de empatia entre os atores e conflito de interesses, quando uma jogada promove benefícios para um ator e danos para outro (MATUS, 2005).

Serão consideradas ainda, três variáveis que foram definidas em estudos anteriores (LIMA e VILASBOAS, 2011; VIEIRA DA SILVA & FERREIRA, 2005) como intervenientes na relação entre os atores, nas jogadas e resultados esperados, segundo o PES: projeto de governo, a governabilidade e a capacidade de governo que compõem o triângulo de governo de Matus. O projeto de governo é o que propõe o ator, apresenta os objetivos e meios para alcançar os resultados desejados, é portanto, produto dos interesses do ator que governa. A governabilidade é produto da equação entre as variáveis controladas e não controladas pelo ator e no jogo cada ator controla diferentes variáveis. A capacidade de governo é descrita como capacidade de execução do ator, tem relação com habilidades, técnicas e métodos utilizados pelo ator para conduzir uma jogada. Estas variáveis estão relacionadas entre si e a articulação destas irá definir a condução do jogo, de modo que a efetividade dos resultados esta condicionada a uma composição adequada destas três variáveis (MATUS, 1993; 2005)

Poder-se-ia dizer, portanto que para a realização de uma AIS eficaz é necessário que elas estejam previstas de modo transversal nos planos dos setores envolvidos, sejam legitimadas por eles e parte do projeto de governo dos atores que o representam; que os atores controlem as variáveis e possuam poder para decidir sobre jogadas no planejamento e execução das ações (governabilidade) e que os atores possuam capacidade técnica adequada para desenvolvê-las (capacidade de governo) (LIMA, VILASBOAS, 2011).

A governabilidade dos atores envolvidos nas AIS esta relacionada também aos diferentes tipos de recursos que possuem e manejam, seja internamente no seu próprio setor, ou externamente na relação com outro setor, refletindo características de poder. O referencial do planejamento estratégico desenvolvido por Mario Testa (2007) descreve o poder como categoria analítica, e compreendeu-se que para este trabalho, uma aproximação com este referencial auxiliaria na apreensão dos diferentes recursos manejados e, portanto, na classificação dos tipos de poder que manejavam os atores. Segundo Testa (2007) o poder pode ser classificado considerando os recursos que os sujeitos utilizam nos diferentes âmbitos. O poder administrativo está relacionado aos recursos humanos, organizacionais e de gestão que são utilizados no planejamento em saúde. Já o poder técnico se refere as formas de conhecimento formal ou informal, em qualquer campo de saber que tem relação com práticas de saúde. E o poder político que está relacionando com o manejo de recursos sociais como grupos decisórios, espaços de afiliação e conjunturas sociais. Neste estudo, serão identificados os diferentes tipos de recursos que são manejados e compartilhados no planejamento, realização e avaliação das AIS.

Neste estudo, entende-se portanto, que as AIS estão inseridas num jogo estratégico entre distintos atores e interesses, permeado por relações de cooperação/conflito e jogos de poder que interferem na implementação assim como na avaliação destas ações (VIEIRA DA SILVA & FERREIRA, 2005). Buscou-se descrever as AIS na atenção primária buscando identificar os atores e apreender as situações do jogo social que interferem no planejamento, execução e avaliação das AIS desenvolvidas na atenção primária em um município da Bahia. As variáveis projeto de governo, a governabilidade e a capacidade de governo serão utilizadas como referência para análise dos fatores restritivos e facilitadores das AIS.

MÉTODOS

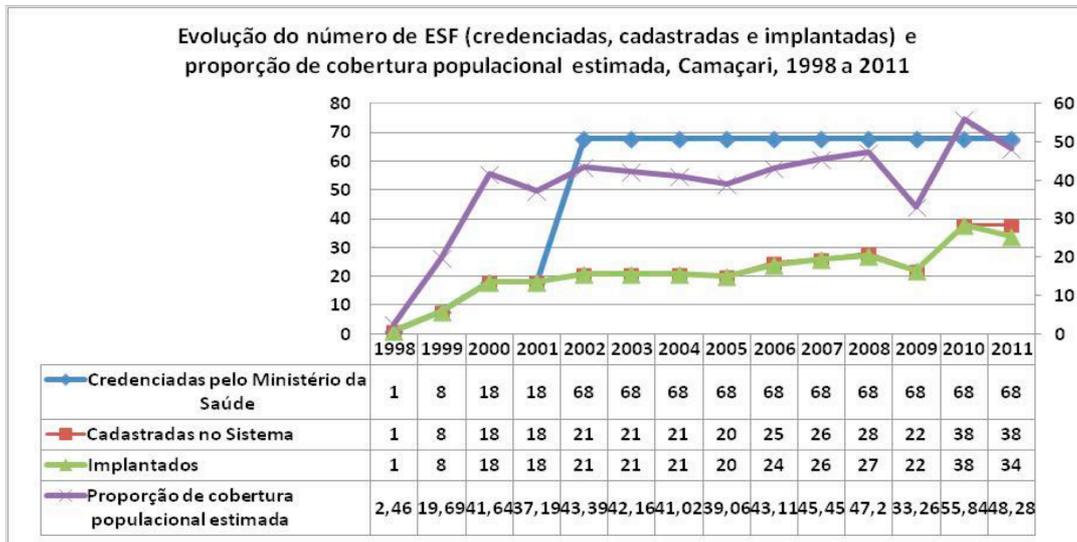
Trata-se de um estudo transversal e descritivo acerca das ações intersetoriais na ESF no município da Bahia. Esta pesquisa fez parte de um estudo realizado pelo Programa Integrado de Pesquisa e Cooperação Técnica em Formação e Avaliação da Atenção Básica (GRAB) do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, denominado: *Avaliação dos Efeitos da Estratégia Saúde da Família: adoção de hábitos saudáveis e acessibilidade a serviços primários de promoção da saúde e prevenção de riscos e agravos* (AQUINO, 2009). Este estudo utilizou uma abordagem mista: análises quantitativas acerca da caracterização das USF e das ações intersetoriais e uma análise qualitativa para complementar os dados relacionados às ações intersetoriais identificados nos discursos dos informantes chaves da gestão, utilizando o Planejamento Estratégico Situacional (MATUS, 2005) como referencial de análise para os fatores restritivos e facilitadores.

Contexto

O município deste projeto foi escolhido por conveniência por ser o município base do estudo acima referido. Trata-se de um município com 785 Km² e uma densidade demográfica de 310 hab/Km² localizado no litoral norte da Bahia, da Microrregião Leste de saúde e sede do pólo de microrregião, segundo o Plano Diretor de Regionalização - PDR do Estado da Bahia. Segundo dados do plano municipal de saúde, o município apresenta desigualdade e marginalização social de modo que a população apresenta dificuldades no acesso a bens e serviços. Em 2000, o Índice de Desenvolvimento Humano do município era 0,734, significando médio desenvolvimento humano (CAMAÇARI, 2009).

A Secretaria de Saúde do município foi criada em 1975 e desde 1998 encontra-se habilitada para Gestão Plena do Sistema. Esta secretaria apresenta uma estrutura administrativa composta por três Assessores e seis Departamentos. A rede municipal de saúde possui 150 estabelecimentos, sendo 148 de gestão municipal. A rede própria oferece à população serviços de atenção básica através de 38 unidades básicas de saúde, sendo 28 Unidades de Saúde da Família (USF). São 36 equipes de saúde da família e 24 equipes de saúde bucal, beneficiando cerca de 147.000 munícipes.

A ESF no município está implantada desde 1998, atendendo a demanda de reorganização da atenção básica. Nos anos seguintes à implantação o município manteve uma média de 03 equipes por ano. Em 2011 a cobertura era de 48,3% da ESF e 43% de cobertura de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), sendo 36 equipes de saúde da família e 24 de saúde bucal, o que, segundo o Relatório Anual de Gestão (2011), beneficiava cerca de 147.000 munícipes. O gráfico 1 abaixo apresenta os números relacionados às equipes de saúde da família no município (CAMAÇARI, 2012).



Fonte: MS/SAS/Departamento de Atenção Básica – DAB. Competência: Janeiro de 1998 a Dezembro de 2011. Acessado em 06/01/2012

Em relação ao desenvolvimento de AIS não há referência nos documentos investigados, mas há um esclarecimento do modo de eleição dos problemas, assim como do encaminhamento destes. O Plano Municipal de Saúde (PMS) 2012-2013 (2009) e o Relatório Anual de Gestão (RAG) (2012) apresentam o mesmo modo de eleição dos problemas a serem abordados pela gestão no referido período, mencionam o uso de um referencial do Planejamento Estratégico para elencar problemas e ações estratégicas a eles destinadas. Neste levantamento foram destacados os problemas que atingiam o setor saúde e aqueles que envolviam outros setores da prefeitura, os quais foram denominados no PMS de intersetoriais. Após este levantamento, fica esclarecido no RAG que: “Os problemas de caráter intersetoriais foram deslocados para espaços pertinentes aos mesmos (...)” (p. 10) e no PMS:

Os problemas de caráter intersetoriais foram deslocados para espaços pertinentes aos mesmos e os problemas do setor e da população foram abordados pelo coletivo para priorização, análise e intervenção (CAMAÇARI, 2009 p.7).

Procedimentos e técnicas de produção e análise de dados

Os dados sobre as ações do PSF foram coletados pela equipe do projeto descrito acima no período de 10 de janeiro a nove de fevereiro de 2012. Inicialmente foi feito contato com a Secretaria de Saúde a fim de informar sobre a pesquisa, obter dados sobre a distribuição dos profissionais de saúde nas unidades e solicitar autorização e suporte para a realização da coleta de dados.

A coleta de dados foi realizada nas unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família do município. O procedimento de coleta de dados incluiu pesquisa documental, inquéritos com profissionais de saúde da rede de atenção básica e entrevistas.

Foram utilizados três questionários auto-aplicáveis diferentes: um destinado aos profissionais de nível superior (APÊNDICE C) (Enfermeiro, Odontólogo e Médico), outros dois para o coordenador da equipe de saúde da família ou gerente da unidade básica de saúde (APÊNDICE A e B). Estes últimos poderiam ser respondidos apenas pelo coordenador/gerente ou coletivamente, em reunião de equipe. Os questionários possuíam perguntas sobre a caracterização da equipe; do processo de trabalho; das atividades individuais e coletivas desenvolvidas pelos profissionais de saúde da unidade relacionadas aos hábitos de vida: alimentação, atividade física, consumo de álcool e tabaco e das ações de saúde desenvolvidas em parceria com outros setores da sociedade (ação intersetorial) (AQUINO et al, 2012). Para fins deste estudo, foram utilizados como principais fontes de coleta os questionários destinados a coordenador da equipe de saúde da família ou gerente da unidade de saúde, pois neste continham informações mais detalhadas sobre as AIS realizadas pelas equipes das unidades.

A seleção dos profissionais participantes deste estudo foi definida a partir das equipes/unidades que representavam áreas de abrangência do inquérito populacional realizado anteriormente no estudo original referido acima. Foi previsto um total de 8 UBS e 17 USF para serem investigadas, correspondendo a 30 equipes de trabalho. A relação de profissionais da rede de atenção básica, foi fornecida pela SESAU.

Os questionários permaneceram nas unidades por cerca de 15 dias até serem recolhidos pela equipe de coleta, porém, muitas equipes, principalmente de UBS, tiveram dificuldades na devolução do material. De modo que foi estabelecido o dia 28 de fevereiro de 2012 como prazo final para recolhimento dos questionários.

Tabela 1. Número de profissionais segundo categoria profissional e por tipo de unidade de saúde investigada.

	Tipo de Unidade de Saúde		
	UBS	PSF	Total
Coordenador/gerente	8	22	30
Médico	55	21	76
Enfermeiro	21	21	42
Odontólogo	19	14	33
<i>Total profissionais de NS</i>	103	78	181

Dos 362 questionários entregues, correspondentes ao número total de profissionais da atenção básica do município, 183 retornaram e foram considerados válidos para análise. Dos 29 questionários destinados às equipes, 21 (72,4%) retornaram, sendo 18 de unidades de saúde da família e 3 de unidade básica de saúde. Observa-se, portanto, uma maior ausência de resposta as unidades básicas de saúde.

Para este estudo os questionários considerados válidos foram selecionados segundo a presença de relato de AIS nos questionários para os Coordenadores de UBS/USF, em especial as dez últimas questões. Os questionários dos profissionais de saúde foram considerados para caracterização dos atores envolvidos nas ações intersetoriais para análise de fatores restritivos e ou facilitadores conforme plano de análise.

Dos 21 coordenadores que responderam as questões citadas, apenas 8 identificaram em suas equipes intervenções que apresentavam algum tipo de relação com outros setores, sendo a maioria ações pontuais, com limitada participação de outros setores, tais como: dia do exame contra o câncer de mama, promoção da saúde bucal dos escolares e feiras de saúde.

Dentre as oito (8) equipes que identificaram intervenções com outros setores, apenas duas (2) equipes de saúde da família apresentavam relato consistente das intervenções, com a presença de descrição clara do setor, breve caracterização dos atores envolvidos e das atividades realizadas, além de indícios de planejamento destas ações envolvendo outros setores. Para classificação destas intervenções como intersetoriais foi considerado o conceito da OMS (1997) entendendo porém, que se trata de uma **relação estabelecida entre atores do setor saúde com atores de diversos setores da sociedade para o planejamento, execução e avaliação de ações com vistas a lograr melhores resultados de saúde**. Buscou-se, deste modo, identificar nas duas intervenções que mais se aproximavam desta classificação, descrever as características do processo de planejamento, realização e avaliação das ações intersetoriais na APS município estudado, buscando analisar os fatores restritivos e facilitadores a realização das ações.

Um segundo momento de produção de dados foi realizado junto a gestão da Atenção Básica do município, a fim de identificar e esclarecer informações relacionadas ao desenvolvimento de AIS presentes no PPA 2010-2013. Foi realizada uma visita a SESAU e nesta foram feitas entrevistas abertas com três apoiadoras institucionais com objetivo de esclarecer informações relacionadas às AIS relatadas pelas equipes nos questionários. Este encontro tinha também o objetivo de investigar as USF que seriam revisitadas para entrevista em profundidade com Coordenador da Unidade e profissionais de saúde envolvidos nas AIS relatadas. A Coordenadora da Atenção Básica foi entrevistada individualmente a fim de aprofundar dados relacionados a gestão da Atenção Básica e a posição desta em relação às AIS. Os roteiros de entrevistas se encontram em anexo (APÊNDICE H e APÊNDICE I).

Houve ainda um terceiro momento de produção de dados em que foram eleitos informantes-chaves de cada uma das duas unidades que relatam AIS e dos setores externos identificados na AIS, com objetivo de aprofundar informações relacionadas ao desenvolvimento de ações intersetoriais na atenção primária e explorar a perspectiva destes

atores, do setor saúde e fora dele, considerando o processo de elaboração, planejamento e avaliação das AIS. Duas entrevistas abertas (APÊNDICE F e G) foram utilizadas para obter estes dados.

Os dados obtidos nos questionários foram armazenados utilizando o programa Epi-Info 6 para a entrada de dados e analisados através de um programa estatístico *SPSS*, versão for *Macbook*, e programa *STATA11*, em que as ações intersectoriais foram descritas quanto a quantidade de ações envolvendo outros setores governamentais e não governamentais da sociedade, a quantidade de setores e atores envolvidos, nível de abrangência dos setores, os principais atores envolvidos nas ações, e as principais barreiras e facilidades encontradas para o desenvolvimento da ação. Os dados das entrevistas abertas foram transcritas e analisadas segundo análise de conteúdo e, considerando as categorias já descritas no quadro de análise para caracterização das AIS (QUADRO A – APÊNDICE).

Aspectos Éticos

O presente projeto fez parte de um estudo realizado no Programa Integrado de Pesquisa e Cooperação Técnica em Formação e Avaliação da Atenção Básica (GRAB) do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, denominado: *Avaliação dos Efeitos da Estratégia Saúde da Família: adoção de hábitos saudáveis e acessibilidade a serviços primários de promoção da saúde e prevenção de riscos e agravos* (AQUINO, 2009), este já foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA (PARECER No 019-09/CEP-ISC). Tal estudo, portanto, cumpre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos descritas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). Serão garantidas as normas éticas, no sentido de esclarecer aos sujeitos de pesquisa os objetivos e benefícios futuros que poderão advir deste trabalho, bem como de assegurar que os riscos são mínimos.

Em respeito a estas normas os participantes desta pesquisa, ao serem convidados a participar da mesma, foram esclarecidos quanto aos objetivos e benefícios futuros e ao concordar em participar assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D) que garante o sigilo da informação assim como uso dos seus resultados no âmbito acadêmico.

RESULTADOS

Dos 21 questionários destinados às equipes, respondidos por coordenadores de unidade, apenas 8 identificaram intervenções que apresentavam algum tipo de relação com outros setores, sendo a maioria ações pontuais, com limitada participação de outros setores, tais como: dia do exame contra o câncer de mama, promoção da saúde bucal dos escolares e feiras de saúde. Destaca-se dentre os setores envolvidos, o setor educação, apesar da participação muitas vezes passiva, através da cessão do espaço e/ou público para a realização das atividades. Outros setores identificados foram a Secretaria de Ação Social, empresa de limpeza pública, empresa privada (AQUINO et al, 2012).

Quadro B: Ações intersetoriais identificadas pelas ESF (Questionário Coordenador).

USF	AIS identificada	Setor
1	Dia do exame contra CA de mama	saúde e educação
2	Combate a dengue	Vigilância Epidemiológica
3	Bloqueios de vacinas em empresas	Vigilância Epidemiológica
4	Promoção de saúde bucal em escolares	Os profissionais desta USF buscaram parceria com as escolas locais
5	Feira de saúde	ação social
6	Feira de saúde	Limpec, Zoonose, Sec. de educação
7	Escovação e consultas	USF e estagiários da FTC Escola e creche
9	Ação educativa com trabalhadores da EMBASA	Equipe de saúde e EMBASA

Destaca-se ainda que parte das ações identificadas como ações intersetoriais são, em realidade, ações intrasetoriais, com a participação de áreas técnicas como a vigilância sanitária e controle de zoonoses. As ações intersetoriais foram identificadas apenas em questionários das USF, nenhuma das UBS da amostra descreveu, em questionário aplicado, realizar ações em parceria com outros setores.

Na maioria das equipes que identificaram ações intersetoriais 7 (77,8%) ressaltam que houve discussão das intervenções com os setores e que os recursos (humanos, materiais e financeiros) foram compartilhados entre os setores. Cinco (5) equipes afirmaram que as estratégias de ação foram pensadas em reuniões com os setores (AQUINO *et al*, 2012). A participação da comunidade local no planejamento das intervenções foi limitada, participando da execução em 55% das intervenções.

Ao analisar os fatores facilitadores para o desenvolvimento das ações identificadas como intersetoriais, os coordenadores elencaram principalmente a receptividade e a parceria dos setores e o comprometimento dos profissionais das equipes. Foram apontados, ainda, a participação da gestão e a proximidade física com o setor parceiro. Como restritivos foram apontadas a falta de material e de local apropriado, falta de transporte para o deslocamento dos profissionais.

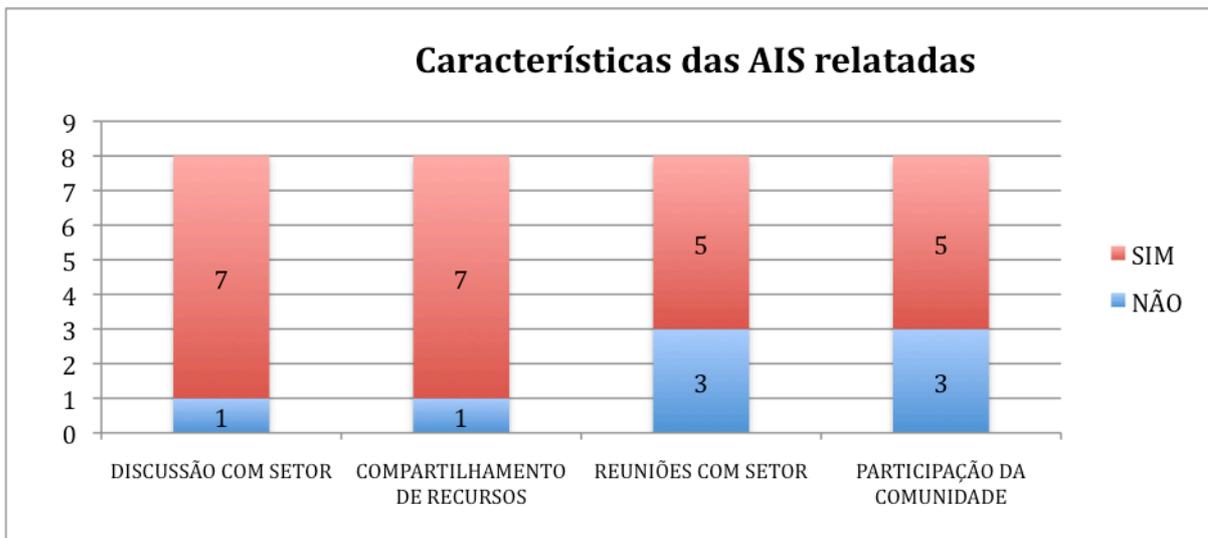


Gráfico 2: Característica das AIS relatadas

Porém, apesar desta identificação de ações intersetoriais nos questionários, dentre as equipes investigadas apenas duas (2) equipes de saúde da família apresentaram relato consistente das intervenções, com a presença de descrição clara do setor, breve caracterização dos atores envolvidos e das atividades realizadas, além de indícios de planejamento destas ações envolvendo outros setores. A descrição detalhada destas duas atividades retratava AIS realizadas com instituições de educação: escola e creche.

Para classificação destas intervenções como intersetoriais foi considerado o conceito da OMS (1997) entendendo porém, que se trata de uma **relação estabelecida entre atores do setor saúde com atores de diversos setores da sociedade para o planejamento, execução e avaliação de ações com vistas a lograr melhores resultados de saúde.**

Breve Descrição das AIS por USF	
USF 1 e Creche infantil	USF 2 e Escola Municipal
Ação realizada desde o início de 2011 e encerrada no fim deste ano, em parceria com uma creche localizada, quando do seu início, no território de cobertura da unidade. Tratava-se uma ação de prevenção e acompanhamento de saúde das crianças estudantes desta creche.	Ação de saúde bucal realizada pela equipe em uma escola municipal localizada próxima à unidade. Segundo a odontóloga a ação ocorre de forma permanente ao menos quatro vezes ao ano.

O Problema ou Necessidade motivador da AIS

As ações aqui relatadas apresentaram diferentes fatores relacionados ao início da AIS. Aquela desenvolvida na creche teve início motivado por uma observação do setor externo à saúde – a creche - da ausência ou baixa frequência de acompanhamento médico das crianças, o que a coordenadora da creche, compreendia ser causada por dificuldades de acesso dos pais por questões de horário de trabalho. A AIS, então surge de uma *demand externa* por atenção em saúde, buscando parceria com a equipe da USF, que prontamente atende a solicitação e inicia as atividades de avaliação clínica e de saúde bucal das crianças pela equipe, especialmente médica, enfermeira e odontólogas da unidade acompanhadas por ACD e técnicos de enfermagem

Já a AIS desenvolvida com a escola surge da necessidade de organização das atividades da equipe de saúde bucal, com o propósito de desenvolver atividades educativas e avaliação de saúde bucal nos estudantes da escola. E a escolha por esta escola ocorreu devido a proximidade geográfica e a outras parcerias já realizadas como feiras de saúde e palestras educativas.

O Planejamento da Ação

Em ambas ações investigadas não há relato de ações de planejamento conjunto com o outro setor, mas sim proposições feitas pela equipe da USF ao setor externo. Já internamente no setor saúde, o planejamento aparece como parte do processo de trabalho para realização das atividades, mas com características informais.

Quanto a presença de reuniões de planejamento entre os setores, apesar destas terem ocorrido ao longo do ano, ao menos por duas vezes - no caso da creche - tinham uma característica informativa para o setor externo, quanto às questões logísticas como data, quantidade de crianças, materiais necessários e espaço. Os atores envolvidos na ação destacam que poderiam contribuir no planejamento das atividades a serem desenvolvidas:

“eles vêem aqui em um dia e a gente durante um mês fica 28 dias com eles. Passamos mais tempo com eles, então a gente sabe mais dos problemas deles” (fala de ator da creche).

A não constituição de comissões ou grupos de trabalho para planejamento para a AIS, reforçam a ausência de práticas de planejamento conjunto estruturadas. O setor saúde comportou-se como único responsável pelo planejamento e realização da ação, não compartilhando este momento com o setor envolvido na AIS, nem com a comunidade.

No setor saúde, internamente, os profissionais de nível superior como médico (creche) e dentista (escola) aparecem como principais atores envolvidos com o planejamento interno do setor para a ação. Porém, na AIS desenvolvida com a escola, a ACD tem papel importante no planejamento interno das ações, junto á dentista. Aparece ainda no setor saúde, fragmentação das ações por categorias profissionais, a dentista programava as ações de saúde bucal a serem realizadas, a médica as avaliações, prescrições e revisões dos infantes. Apenas a enfermeira tinha participação em ambas ações. Estas características apresentadas reforçam o caráter informal e não estruturado do planejamento interno ao setor saúde.

Na escola é possível identificar maior organização no planejamento interno para realização das atividades, uma vez que a AIS é discutida em reuniões de planejamento realizadas entre os professores e diretoria para incorporação da ação proposta pela equipe da

saúde como atividade regular para os alunos. Mas, não referem grupo de trabalho ou comissão de planejamento. Não foi possível porém, aprofundar tal caracterização da prática de planejamento no processo de trabalho interno da escola.

Quanto aos recursos, observa-se que alguns foram cedidos pelo setor externo como o espaço físico e mobília, outros recursos materiais como os de papelaria e humanos, como a cessão de professores para apoio a realização da atividade pelo setor saúde. Fica claro, porém que não se configurava um compartilhar de recursos entre o setor saúde e o setor externo. Mas sim uma característica utilitarista do setor saúde, que utilizava dos recursos disponibilizados pela escola ou creche. Não aparecem espaços de troca entre os setores, e fica claro que os atores do setor saúde tem maior controle sobre os recursos humanos, enquanto os setores externos possuíam controle sobre recursos estruturais e de logística.

A ESF refere que não há participação da comunidade no planejamento ou realização da atividade. A escola informa que discute a ação nas reuniões de pais, buscam autorização destes, mas esta participação é restrita e não configura a comunidade como ator desta ação intersetorial, segundo a definição de ator considerada neste trabalho. Do mesmo modo, os atores do setor saúde negam participação da gestão da atenção básica no planejamento e realização das ações. Em entrevistas com gestor da AB e apoiadores, os mesmos referem conhecimento da ação, mas confirmam ausência no planejamento e execução destas ações.

Realização e Avaliação da AIS

As ações foram realizadas diretamente pelos atores das equipes de saúde da família sem participação conjunta de atores da creche ou escola, estes relatam apenas suporte operacional no momento em que as atividades eram realizadas.

Os principais atores envolvidos na realização da AIS foram os de nível superior como a médica, a enfermeira e a dentista. Na ação realizada com a escola, a ACD desenvolveu papel importante nas atividades educativas realizadas. Há referencia também a participação de técnico de enfermagem e pessoal administrativo, quando necessário, por exemplo, nas ações de pesagem e vacinação das crianças na creche.

As atividades realizadas pelos principais atores do setor saúde na creche foram distribuídas por especialidade e dentre as principais estavam: exame clínico das crianças, avaliação topométrica, aferição de pressão arterial, solicitação e avaliação dos exames ambulatoriais, realizados pela médica, estagiários e enfermeira. A avaliação bucal, aplicação de flúor e escovação supervisionada foram realizadas por dentista e ACD. Além destas, foram realizadas atividades educativas com vídeos temáticos de saúde e sugestão de mudança do cardápio da creche. Esta mudança do cardápio foi adotada de forma adaptada com auxílio de envio de alimentos pela prefeitura. Já na escola, as atividades realizadas foram especificamente de saúde bucal, e não contavam com participação de atores de outras especialidades em saúde. As principais foram: avaliação dos estudantes, levantamento epidemiológico e atividades educacionais e de prevenção como: escovação supervisionada e aplicação de flúor. Importante destacar que todas estas atividades foram desenvolvidas, exclusivamente, pelo setor saúde.

O setor externo (escola e creche) colaborou na organização logística das ações como seleção da turma, número de crianças, data e hora. E no apoio operacional durante as atividades como acompanhamento e supervisão das crianças.

As AIS não foram avaliadas de modo formal pelos setores conjuntamente. Na creche a equipe relata que apesar da duração de cerca de um ano, não houve acompanhamento e/ou avaliação da ação de modo formal, ou seja considerando seus objetivos, resultados, facilitadores e dificuldades. Apenas os resultados de exames e mudanças na alimentação e de comportamento referidas pela equipe de saúde e da creche são utilizadas como referência para uma avaliação positiva desta relação estabelecida com outro setor.

Na escola, a odontóloga refere que não foi possível finalizar avaliação de resultados das ações educativas, tendo em vista as condições insalubres da unidade e ausência de materiais. Os atores do setor saúde envolvidos na ação, referem avaliação informal positiva através da cobrança de retorno das professoras. Apesar disso, a principal atriz desta ação (dentista) menciona redução da credibilidade e risco de frequência desta devido aos fatores restritivos mencionados. O direção da escola confirma ausência de avaliação formal, mas

reforça a característica positiva da AIS através do discurso das professoras nas reuniões, assim como na observação de mudança de padrão no comportamento das crianças.

“É tanto que quando eles terminam de almoçar, lanchar... porque nós temos a educação integral que o menino passa o dia todo na escola, a maioria dos meninos da educação integral, eles já trazem a escova deles e a pasta e termina de almoçar e já tem o hábito de escovar os dentes. Nem precisa a gente mandar ” (fala de ator da escola).

Caracterização dos Atores envolvidos na AIS: experiência profissional e acervo técnico (Capacidade de Governo)

Os principais atores do setor saúde envolvidos nas AIS foram: as enfermeiras das unidades, que participavam indiretamente do planejamento interno das atividades na condição de coordenadora da unidade. Dentista e ACD das duas unidades, sendo que na escola eram as protagonistas e a médica protagonista da ação realizada na creche.

Nos setores externos às USF o ator que se destaca é a coordenadora da Creche, uma idosa, aposentada, sem formação técnica ou acadêmica que já realizou parcerias com outros setores antes em duas empresas próximas do local da creche. As parcerias contemplavam auxílio financeiro e pagamento de profissionais.

Os dados demonstram ainda que os profissionais possuem ao menos título de especialista relacionado à saúde coletiva (Medicina de Família e Comunidade, Educação em Saúde, Saúde Pública), mais de cinco anos de graduação e ao menos dois anos de especialização concluídos. Observa-se ainda que os atores envolvidos na AIS possuíam ao mais de 4 anos de atuação na AB e ao menos 6 meses na USF em que trabalhavam. A carga horária dos atores é bastante homogênea, sendo ao menos 32 horas semanais, para a médica e 40 horas para os demais profissionais (Quadro A).

Através das entrevistas e analisando a formação complementar dos atores é possível inferir que há uma identificação com o modelo de atenção a que está relacionado o PSF e compreensão das atividades previstas para os profissionais que atuam em ESF, incluindo a articulação com outros setores.

QUADRO A – Caracterização do atores do setor saúde envolvidos na AIS

ATOR	UNIDADE	AIS	ESPECIALIZAÇÃO	TEMPO NA AB	TEMPO NA USF	TEMPO NO MUNICÍPIO	CARGA HORÁRIA	ESPERIÊNCIA COM AIS
Dentista	B	escola	Saúde Coletiva	4 anos	6 meses	6 meses	40h	não
Enfermeira	B	escola	Saúde da Família	13 anos	6 anos	6 anos	40h	sim
Médica	J	creche	Medicina de Família e Comunidade	30 anos	9 meses	9 meses	32h	não
Enfermeira	J	creche	Saúde Pública	16 anos	3 anos	3 anos	40h	não

Não foi possível caracterizar o perfil da ACD, uma vez que esta categoria profissional não estava contemplada neste estudo, assim como os técnicos e apoios administrativos. Mas é importante destacar o relato da dentista da unidade J sobre a ACD destacando características de uma formação complementar relacionada á educação, pro-atividade e identificação com o trabalho com crianças como facilitadores do desenvolvimento das atividades desenvolvidas nesta AIS na escola.

Compreensão Conceitual sobre AIS (Capacidade de Governo)

Os atores do setor saúde demonstram compreender AIS como algo necessário para o PSF, uma troca entre diversos setores da sociedade. Há uma referencia a AIS como sinônimo de rede de atenção, como se a relação com outros setores compusesse uma espécie de “rede da própria comunidade” (fala de ator).

“(...) não só com associações, mas com igrejas também (...) acho que tudo isso vai formando uma rede de atenção, fora aquela rede governamental, aquela rede da própria comunidade” (ator da USF).

Reconhecem a importância de realização de ações intersetoriais na atenção básica buscando melhores resultados de saúde. Porém ao conceituar AIS confundem com

interdisciplinaridade e com clínica ampliada ou visão ampliada sobre o paciente. Além disso, apresentam visão utilitarista do outro setor, de modo que a saúde tem papel de destaque em decisões e planejamento, apesar de referir parceria.

“É mover aquela ação que você faz em parceria com outro setor. Nesse caso, saúde e educação. Ai você tem a parceria, tem a participação do outro setor como facilitador, o espaço. Você utiliza desse outro setor para realização das ações.” (ator da USF)

Os setores externos à saúde não apresentaram definição clara de AIS, não há compreensão conceitual dos atores sobre este tipo de ação. Quando questionados repetem ação desenvolvida na escola e creche e compreendem como uma ação da equipe de saúde para melhoria da saúde das crianças.

Autonomia dos atores e Apoio da Gestão da Atenção Básica na AIS (Governabilidade)

Os atores do setor saúde possuíam autonomia na equipe para planejar e realizar as atividades previstas para a AIS, assim como eram recomendados pela gestão a desenvolver este tipo de prática. Porém, há relato tanto da equipe, quanto da coordenadora da creche, de falta de apoio político e material da gestão (coordenação da atenção básica e do PSF) para estas AIS, que foram totalmente conduzidas pela equipe de saúde.

Fica claro no discurso dos atores principais do setor saúde que possuíam liberdade para planejar, executar e avaliar as atividades desenvolvidas, com manejo aberto dos recursos humanos e materiais disponíveis no setor.

Quanto ao apoio da gestão, foi possível observar que os coordenadores de unidade apóiam a ação e participam do seu planejamento indiretamente, mas há um distanciamento da gestão da atenção básica. Atores envolvidos mencionam que apesar da gestão conhecer as AIS desenvolvidas na unidade não houve apoio direto para sua realização. Apenas cobrança pela realização destas, especialmente entre o setor saúde e educação devido a pretensões de implantar o Programa Saúde na Escola – PSE no município em 2013. O PSE propõe:

uma política intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação na perspectiva da atenção integral (prevenção, promoção e atenção) à saúde de

crianças, adolescentes e jovens do ensino básico público (educação infantil, ensino fundamental e médio, educação profissional e tecnológica e na educação de jovens e adultos), no âmbito das escolas e/ou das unidades básicas de saúde, realizadas pelas Equipes de Saúde da Família conjuntamente com as equipes das escolas (BRASIL, 2007).

Em entrevista com coordenadora da atenção básica foi possível obter informações relacionadas à implantação do PSE. A mesma informa que em 2012 o município pretende desenvolver um piloto do PSE contemplando quatro eixos: “o eixo do vê, do ouvir, do pensar e do sorrir” (fala de ator). Refere a organização de uma comissão composta por saúde e educação que se constitui em um espaço de planejamento, pactuação e articulação para a implantação do PSE, que segundo a coordenadora, será implantado em 2013.

Na creche, internamente, a coordenadora era soberana nas decisões relacionadas ao seu setor e as atividades ali realizadas, não havia com quem compartilhar decisões. E há uma percepção de falta de suporte da gestão – secretaria de saúde - à USF e ESF, assim como de outras secretarias com a de educação. Na escola, o ator ouvido nesta investigação refere alto grau de autonomia interna no setor, tendo vista que é responsável pela autorização da execução das ações na escola, assim como por discutir a implementação destas com os professores.

Relação entre os Setores

O discurso dos atores envolvidos demonstra relação de *cooperação* entre o setor saúde e os demais setores. Fica claro, porém, que as atividades eram planejadas e executadas pela equipe de saúde da unidade, com a anuência da coordenação desta e os setores externos se comportavam de modo acolhedor às atividades, por compreender como uma ação prevista do PSF, além de reconhecer os benefícios desta para a comunidade alvo.

A presença de conflitos estiveram relacionados a redistribuição do território de cobertura no município que foi realizada ao fim do ano, provocando ruídos de informação nos usuários sobre o pertencimento às áreas de cada unidade de saúde.

Fatores Restritivos e Facilitadores às AIS identificados pelos Atores

Dentre os principais fatores facilitadores para realização das AIS mencionadas está a formação: a exemplo da ACD que possuía papel ativo na execução da atividade. Segundo a odontóloga, a formação diferenciada da ACD, favoreceu o desenvolvimento de habilidades e competências compatíveis com atividades educativas, além da satisfação pessoal na realização da mesma.

A formação surge então como fator positivo em referências à residência em saúde da família como ponto favorecedor ao desenvolvimento da AIS, pois extrapola a teoria apreendida em sala de aula e favorece o contato com a prática estimulando práticas mais adequadas ao modelo de atenção. A “boa vontade”, descrita como perfil pessoal e profissional do ator; o tempo de formado dos funcionários e a presença de alunos de medicina que auxiliaram no desenvolvimento desta AIS, também foram destacados como facilitadores.

Houve congruência em relação a percepção dos fatores restritivos nas duas unidades, assim como entre os setores externos. Os principais citados foram: ausência de material necessário para avaliação de saúde bucal como autoclave e outros materiais de odontologia, falta de recursos para transporte, as condições insalubres da unidade, em especial do consultório odontológico. Estes fatores restritivos estruturais tem relação com a gestão da atenção básica e a dificuldade em eliminá-los reflete afastamento da gestão, assim como baixa governabilidade dos atores da USF.

E, principalmente, a redistribuição do território ocorrida ao fim do ano em que a AIS foi realizada. Esta divisão provocou, segundo a equipe, dificuldades nos usuários em compreender que as unidades de saúde deveriam buscar. Alguns alunos da creche e da escola foram alocados em uma área agora pertencente á outras equipes e unidades o que interferiu no vínculo com os profissionais.

A creche destaca ainda como fator restritivo a falta de apoio da prefeitura para realização de suas próprias atividades, a resistência da comunidade em participar das atividades quando convidada, por exemplo, para vacina, ou no retorno com exames.

DISCUSSÃO

A atenção primária ou básica como é denominada no Brasil busca apreender o sujeito considerando sua integralidade e deve ser desenvolvida por meio de práticas de cuidado, mas também de gestão (BRASIL, 2011). Documentos internacionais destacam a intersectorialidade como uma das estratégias de gestão para alcance de resultados mais eficazes de saúde, dada a complexidade dos problemas a serem enfrentados neste contexto (BUSS, 2003; SOUZA e HAMANN, 2009; BRASIL, 2002).

Os dados obtidos neste estudo demonstraram uma incipiência de ações intersectoriais na atenção primária no município. Pois, apenas oito ações foram identificadas como intersectoriais pelas equipes de saúde da família, e somente duas foram descritas de modo mais amplo, permitindo a descrição das AIS, identificação dos atores envolvidos e apreensão das situações do jogo social que interferiram no planejamento, execução e avaliação das AIS desenvolvidas. Estudo desenvolvido por Sarah Escorel e outros colaboradores (2007) demonstra resultados semelhantes com proporções muito baixas, por vezes nula de articulação do PSF com outros setores.

Tal incipiência de ações pode ser explicada por diversos fatores considerados do ponto de vista macro como modelos mais hegemônicos de políticas setorializadas e dificuldades em compreender o objeto comum e negociar poderes e interesses de diversos atores (SILVA e RODRIGUES, 2010; MONNERAT, SOUZA, 2011).

Considerando o contexto local, a ausência de previsão de ações intersectoriais no projeto de governo aparece como restrição ao desenvolvimento destas intervenções (GIOVANELLA et al, 2009). A não inclusão da AIS enquanto projeto de governo, como parte do conjunto de propostas para ação, reduz a participação da gestão e desresponsabiliza as equipes, que não reconhecem estas como parte da sua agenda de trabalho, configurando-se como fator restritivo ao desenvolvimento de ações intersectoriais neste município (VIEIRA DA SILVA, FERREIRA, 2005; PAPOULA, 2006; GIOVANELLA et al., 2009).

Nas AIS identificadas pelos atores das equipes de saúde da família e descritas neste trabalho, percebe-se, que não houve diagnóstico situacional ou levantamento de demandas

e/ou necessidades conjuntas para solucionar um problema de saúde específico. Observou-se, ao contrário, que as AIS decorreram de uma tentativa de reorganização do processo de trabalho da equipe, a fim de cumprir as ações previstas no PSF, que incluíam acompanhamento da saúde bucal de crianças e aproximação com os equipamentos sociais do território adscrito à da USF (BRASIL, 1997). E uma dificuldade de acesso ao atendimento realizado no posto, por uma população específica – crianças frequentadoras da creche do bairro. Neste caso, há identificação pela gestora da creche, de uma situação problema, encaminhada à equipe de saúde da família que acolhe e desenvolve articulação com o setor externo a fim de solucionar o problema identificado.

A identificação do setor externo de uma necessidade de assistência à saúde para as crianças demonstra um papel de protagonismo do ator deste setor, que busca a articulação com a USF a fim de atender ao problema identificado: não acompanhamento das crianças da creche. Enquanto um problema concreto e com possibilidade real de intervenção, o desenvolvimento desta ação intersetorial junto a USF se configurou como uma “estratégia de reorganização das respostas aos problemas” (TEIXEIRA e PAIM, 2000; pg 64), adequada à demanda social e de saúde que se apresentava.

Destaca-se que a demanda tenha sido identificada pelo setor externo, e não pela equipe de saúde da família o que difere de alguns estudos referidos que apresentam o setor saúde como demandante da articulação intersetorial e protagonista das ações (GIOVANELLA et al, 2009; LIMA, VILASBÔAS, 2011; STARFIELD, 2002)

Sobre o processo de planejamento, realização e avaliação da AIS, é importante ressaltar que neste trabalho considerou-se a definição de planejamento de Carlos Matus (1993; pag. 17): “cálculo que precede e preside a ação”. Ao tempo em que se assume-se também a compreensão de VilasBôas e Paim (2008; pag. 1241): “planejamento em saúde como processo de trabalho”, que organiza ações para alcançar propósitos almejados na instituição.

O planejamento aparece nas AIS como parte do processo de trabalho interno das unidades para realização das atividades, mas com características não estruturadas, ou seja, sem considerar organização e formalidade no processo de construção (MATUS, 1993). A

ausência de avaliação formal da AIS em seu processo, assim como de seus resultados, reforça a característica de informalidade e não estruturação das práticas de planejamento. Estudos anteriores sobre ações intersetoriais também apresentam a não realização de práticas de planejamento (LIMA, VILASBÔAS, 2011; MAGALHÃES, BODSTEIN, 2009)

Em relação aos atores envolvidos na ação, entende-se como ator as pessoas de cada setor que estão em situação de jogo, neste caso, envolvidas com a AIS e que possuem poder próprio e objetivos relacionados aos produtos e resultados esperados nesta ação (MATUS, 1993; 2005). Os atores envolvidos no planejamento, realização e avaliação das AIS foram os mesmos: dentistas, enfermeiras e medica. Todos possuíam nível superior e ao menos uma formação em nível de especialização relacionada com saúde coletiva ou saúde pública.

Observa-se na caracterização dos atores e no relato dos fatores facilitadores que a formação em saúde coletiva favorece a compreensão do processo de trabalho nas equipes de saúde da família, incluindo a compreensão da necessidade de articulação com outros setores da sociedade. Além dos profissionais de nível superior, a ACD apresentou papel de destaque no desenvolvimento das atividades na AIS. E apesar de não ter sido alvo desta investigação, a dentista refere que a ACD possui formações complementares na área de educação. Percebeu-se maior capacidade de governo entre os atores do setor saúde na relação com outro setor, expressas pela formação em saúde coletiva e formações complementares em educação.

Na escola e na creche os principais atores estão na diretoria, com quem é negociado suporte logístico como horários, datas, salas, lista de alunos e participação das professoras. A relação direta com a gestão destes serviços, em que estes atores controlam maior número de variáveis relacionadas ao desenvolvimento das AIS, com poder de decisão sobre os recursos caracterizou a governabilidade interna no setor.

Porém, esta governabilidade não reverberou na relação com outro setor. Considerando a AIS como um todo, os atores do setor saúde parecem dispor de maior governabilidade para realização da ação, por ter maior controle dos recursos humanos, e estes estarem dotados de maior capacidade de governo que os atores do setor externo, para realização da ação proposta. Observa-se então que os atores do setor saúde possuíam capacidade de governo e governabilidade na realização da ação (MATUS, 2005), de modo que a união destas duas

variáveis nos atores do setor saúde potencializa o protagonismo do setor saúde na realização das ações e a configuração de uma relação de subserviência dos demais setores envolvidos na AIS.

Foi possível observar ainda que os atores envolvidos nas AIS manejavam diferentes tipos de recursos e compartilhavam poder. Considerando a classificação sobre poder feita por Mario Testa (2006), observa-se que o setor saúde possuía, na AIS maior poder técnico e político que os setores externos. Pois os atores do setor saúde possuíam mais capacidade técnica refletida na formação em saúde e especialização em saúde coletiva, de modo que coube a estes atores a execução isolada das atividades realizadas. O poder político foi observado na legitimação da AIS enquanto atividade prevista nos documentos que regulamentam a atenção básica e o PSF, além da autonomia dos atores em relação a coordenação das USF e à gestão da atenção básica para realização da articulação intersetorial.

Por outro lado, os setores externos possuíam maior poder administrativo, pois manejavam recursos relacionados a questões logísticas e organizacionais. Não foi possível observar, porém, o compartilhamento dos recursos entre os setores. Estes pareciam atuar de modo independente com os recursos e poder que possuíam. Pode-se inferir que o setor saúde possuía maior governabilidade na AIS por possuir sobre o seu domínio mais recursos, o que lhe confere maior poder na relação com outro setor. Mas seria necessário o desenvolvimento de outros estudos com objetivo de avaliar diretamente esta relação entre os diferentes tipos de poder e o manejo destes e a governabilidade, relacionando-os ao desenvolvimento de AIS.

Ainda em relação ao planejamento, realização e avaliação da AIS, identificou-se que a gestão da atenção básica não participou das ações, não ofereceu suporte material e/ou organizacional para estas, permanecendo distante deste contexto. Esta ausência foi citada como fator restritivo ao desenvolvimento das AIS por todos os atores do setor saúde e por um ator do setor externo, especialmente relacionada às condições estruturais das unidades e falta de recursos materiais, promovendo consequências importantes no processo de planejamento e realização, e nos resultados esperados destas. Pois os fatores restritivos relacionados aos problemas estruturais citados não estão ao alcance da governabilidade dos atores dos setores referidos. Além disso, a não participação da gestão reforça o não reconhecimento da AIS enquanto estratégia de governo, portanto fora do projeto de governo desta gestão.

Interessante destacar, que esta gestão da atenção básica menciona o planejamento e início de articulação com a secretaria da educação para fins de implantação do Programa Saúde na Escola (PSE) no município no ano de 2012. Porém, apesar de não terem obtido êxito na adesão ao programa neste ano – os motivos não foram esclarecidos na entrevista – referem organização para desenvolver uma espécie de piloto para implantação efetiva em 2013.

O PSE é um programa essencialmente intersetorial e pressupõe a participação de atores do PSF e de instituições de educação do município. Segundo a gestão, os profissionais das unidades têm conhecimento desta iniciativa para 2012. Mas observa-se que apesar de terem sido informados, ainda não reconhecem isto como parte do processo de trabalho, já que as iniciativas aqui analisadas não são legitimadas pela gestão. Um estudo futuro poderá proporcionar maiores esclarecimentos sobre as consequências deste contexto na implantação das AIS prevista no PSE.

Observa-se ainda que, apesar de haver um planejamento de implantação de um piloto do PSE, este não consta no projeto de governo, o que se configura como fator negativo a eficácia de uma AIS. A inclusão do PSE, enquanto projeto de governo, potencializaria sua implantação, assim como a governabilidade e capacidade de governo dos atores do setor saúde na relação com outro setor, e a governabilidade interna dos atores do setor externo, potencializaram o desenvolvimento da AIS investigada (LIMA e VILASBÔAS, 2011).

A compreensão dos atores sobre a intersetorialidade também foi objeto deste estudo e foi possível perceber que os atores envolvidos apresentam baixa compreensão sobre o que seria uma ação intersetorial. Todos os atores demonstram não compreender corretamente o que seria uma AIS, a confundem com interdisciplinaridade, clínica ampliada ou composição de uma rede de atenção. Todas estas definições destacam uma visão utilitarista do setor saúde sobre outro setor, para fins de melhora da qualidade de vida da população, compreendendo que o setor saúde deve buscar o desenvolvimento de ações com outros setores, mas que espera-se deste uma posição passiva de colaboração. Outros estudos apresentam resultados semelhantes a exemplo das investigações desenvolvidas por Lima e Vilasbôas (2011), Magalhães e Bodstein (2009) em estudo sobre avaliação de iniciativas e programas intersetoriais e Escorel et al (2007) e Giovanella et al (2009) em estudos sobre avaliação do PSF.

A baixa compreensão sobre o que são AIS dificulta a iniciativa de articulação com outro setor, e reflete na dificuldade em planejar conjuntamente, se configurando como um fator restritivo ao desenvolvimento deste tipo de ação (LIMA, VILASBÔAS, 2011). Por outro lado, os atores destas ações na saúde da família, apesar da baixa compreensão, reforçam a necessidade de desenvolver atividades em parceria com outros setores como organizações não governamentais, sociedade civil e comunidade (ESCOREL et al, 2007).

Por fim, pretendeu-se identificar o tipo de relação estabelecida entre os setores, a partir do discurso dos atores, após compreender, através da revisão de literatura, que a relação estabelecida entre os setores deve ser considerada como unidade de análise das AIS e não como parte, a priori, do conceito de ação intersetorial em saúde. De modo que, considerando o referencial do PES as relações interssetoriais foram classificadas como: cooperação ou conflito (MATUS, 2005). Todos os atores envolvidos na AIS referiram sentimento de cooperação entre si. Apenas um conflito aparece no discurso dos atores envolvidos na AIS realizada em parceria com a creche e está relacionado á remarcação do território de abrangência de cada equipe de saúde da família, feita pela gestão.

A mudança feita na territorialização, além de provocar conflitos entre os atores dos setores envolvidos na AIS, foi identificada como um dos fatores restritivos ao desenvolvimento da mesma, devido ao afastamento da comunidade das atividades desenvolvidas na unidade em consequência dos ruídos de comunicação provocados pela mudança.

Os atores da creche e da equipe relacionada identificam que, após mudança recente das famílias mapeadas para cada equipe de saúde, surgiram conflitos cognitivos relacionados a dificuldade de compreensão sobre os desdobramentos desta mudança, a exemplo da alteração do médico e dentista que atendia as famílias e etc. Esta dificuldade de compreensão desencadeou outro tipo de conflito, o emocional, pois a empatia entre os atores da creche e setor saúde ficou reduzida, comprometendo por semanas o desenvolvimento da ação realizada neste setor.

Outros estudos devem ser realizados a fim de aprofundar investigações sobre o tipo de relação estabelecida no desenvolvimento de ações interssetoriais, pois entende-se que uma

melhor compreensão do tipo de relação estabelecida entre os atores nos diferentes momentos da articulação intersetorial pode ser indicador importante para estudos avaliativos neste campo.

Por fim, os resultados apontam que as principais articulações aconteceram entre o setor saúde e educação, com o estabelecimento de relações classificadas como de cooperação entre os setores envolvidos. As variáveis capacidade de governo, governabilidade e projeto de governo foram analisadas no processo de planejamento, realização e avaliação das AIS, demonstrando que os atores do setor saúde possuíam maior capacidade de governo e governabilidade para realização das atividades previstas, assim como maior poder técnico e político. Enquanto os setores externos possuíam governabilidade interna em seu setor, mas na AIS controlavam recursos estruturais e logísticos, demonstrando maior poder administrativo. Os principais fatores facilitadores estavam relacionados à capacidade de governo e governabilidade dos atores, enquanto os restritivos guardavam relação com o projeto de governo e a ausência de AIS na agenda da secretaria de saúde do município.

Este estudo reforça que as AIS se constituem como um desafio, uma estratégia em construção, não só para sua implementação enquanto estratégia de gestão para melhores resultados de saúde, mas também para sua avaliação na atenção primária, dada a complexidade do objeto a que se destina a ação. E demonstra que o planejamento estratégico situacional (MATUS, 1993; 2005) aliado a classificação de tipos de poder (TESTA, 2007) compartilhados podem ser utilizados como referenciais de escolha para estudos analíticos e avaliativos de ações intersetoriais no contexto da atenção primária, na medida em que aborda fatores como situação problema, poder, recursos e outros considerados importantes para o desenvolvimento de AIS.

REFERÊNCIAS

1. AQUINO, R. Avaliação dos Efeitos da Estratégia de Saúde da Família: Adoção de hábitos saudáveis e acessibilidade a serviços primários de prevenção e de promoção. Projeto de Pesquisa. 2009.
2. _____, R et al. 2012. Avaliação dos efeitos da estratégia saúde da família: **adoção de hábitos saudáveis e acessibilidade a serviços primários de promoção da saúde e prevenção de riscos e agravos**. Relatório técnico da pesquisa. 2012.
3. BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2011. (Série Pactos pela Saúde).
4. _____. Presidência da República/Casa Civil. Decreto Presidencial no 6.286, de 5 de dezembro de 2007.
5. _____. Ministério da Saúde. Lei nº 8080 de 19 de setembro 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília. 1990.
6. _____. Ministério da Saúde. Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1996.
7. _____. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – SUS. Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. Brasília. 1997.
8. _____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. (<http://200.214.130.35/dab/abnumeros.php#mapas>) Acesso em 13 de setembro de 2010.
9. _____. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Saúde da Família: uma avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: sínteses dos resultados. [elaborado por Sarah Escorel (Coord); Ligia Giovanella; Maria Helena Mendonça; Rosana Magalhães; Mônica Castro Maia Senna]. 2 ed.atual. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. 210p.
10. _____, Ministério da Saúde. As Cartas de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto de Promoção da Saúde. 2002. (Série B – Textos Básicos) Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf
11. BUSS, P. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D. (org) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2003.p.15-38.

12. CAMAÇARI. Secretaria de Saúde. Plano Municipal 2010-2013. Camaçari. 2009.
13. _____. Secretaria Municipal de Saúde: Relatório anual de gestão 2011. 2012.
14. CAMPOS, GV., BASTOS, RB., CASTRO, AM. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.9 n 3. 745-749, 2004
15. CANESQUI, A.N. SPINELLI, M.A. Saúde da Família no Estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 22 . n 9. 1881-1892. 2006.
16. CONILL, EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para organização de serviços básicos e da Estratégia de Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v 24. Sup 1. s7-s27. 2008.
17. GIOVANELLA, L. MENDONÇA, M. *Atenção Primária à Saúde*. In: GIOVANELLA, L. ET AL (Org.) Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro. Ed: FIOCRUZ. 2008.p.575-625.
18. GIOVANELLA, L. et al. Saúde da Família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(3): 783-794 2009.
19. ESCOREL, S. et al. O Programa de Saúde da Família e a Construção de um Novo Modelo para a Atenção Básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica/ Pan Am J Public Health**. v 21.n 2. 2007.
20. FRANKISH, C. et al. Addressing the non-medical determinants of health: a survey of Canada's health regions. **Can J Public Health**. Jan-Feb. v 98. N1: 41-7. 2007
21. JUNQUEIRA, L. Novas Formas de Gestão na Saúde: Descentralização e intersetorialidade. **Saúde e Sociedade**. vol 6, no.2. São Paulo. 31-47. 1997.
22. LIMA, E., VILASBÔAS, ALQ. Implantação das Ações Intersetoriais de Mobilização Social para o Controle da Dengue na Bahia. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v 27. n 8. 1507-1519, 2011.
23. MAGALHÃES, R., BODSTEIN, R. Avaliação de iniciativas e programas intersetoriais em saúde: desafios e aprendizados. **Ciência & Saúde Coletiva**. v 14. n 3. 2009 .
24. MANNHEIMER, L. Introducing Health Impact Assessment: an analysis of political and administrative intersectoral working methods. **Eur J Public Health**. v 17. n 5. 526-31. Epub. 2007
25. MATUS, C. Teoria do Jogo Social. São Paulo: FUNDAP,2005. 524p
26. _____. Política, Planejamento e Governo. Brasília. IPEA. 1993. 293p

27. MONNERAT, GL., SOUZA, RG. Da Seguridade Social à Intersetorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. **R. Katál.** v.14, n 1. 2011. 41-49.
28. MORETTI, A. Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba. **Ciênc. saúde coletiva.** v.15 supl.1 Rio de Janeiro 2010.
29. Organização Mundial da Saúde. *Declaração de Alma-Ata, 1978.*
30. PAPOULA, S. O processo de trabalho intersetorial das equipes de saúde da família no município de Petrópolis-RJ: fatores restritivos e facilitadores. 2006. 186f. Dissertação (Mestrado em Saúde de Pública). Escola Nacional de Saúde Pública. FIOCRUZ. Rio de Janeiro.
31. POTVIN, L. Intersectoral action for health: more research is needed! **Int J Public Health.** 57:5–6. 2012.
32. RASANATHAN, K. **et al.**, Primary Health Care and the Social Determinants of Health: essential and complementary approaches for reducing inequities in health. **J Epidêmico Comunista Health.** doi: 10.1136/jech.2009.093914. 2010
33. SHANKARDASS, K. A scoping review of intersectoral action for health equity involving governments. **Int J Public Health.** v 57. 25–33. 2012.
34. SILVA, KL., RODRIGUES, AT. Ações Intersetoriais para a Promoção da Saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. **Rev Bras Enferm.** Brasília. v 63 n 5, 762-9. 2010.
35. Solar O, et al. Moving forward to Equity in Health: what kind of intersectoral action is needed? An approach to an intersectoral typology. In: 7th Global Conference For Health Promotion, Nairobi, Kenya. 2009.
36. SOUZA, MF. HAMANN, EM. Programa de Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência Saúde Coletiva.** v14; 1 supl: 1325-35. 2009
37. STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO. Ministério da Saúde. 2002. 726p
38. TESTA, M. Pensamiento Estratégico y Lógica de Programacion: el caso de salud – 1ª Ed. 1ª reimp. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2007. 304p.
39. TEIXEIRA, CF. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. **Saúde em debate.** v 27. n 65. 257-277. 2003
40. TEIXEIRA, CF., PAIM, JS. Planejamento e Programação de Ações Intersetoriais para a Promoção da Saúde e da Qualidade de Vida. **Revista de Administração Pública.** v 34 n 6. Rio de Janeiro. 63-80. 2000.
41. VIEIRA-DA-SILVA, L.M., FERREIRA, V. Intersetorialidade em saúde: um estudo de caso. In: VIEIRA-DA-SILVA, L.M, HARTZ, Z. Avaliação em Saúde: dos modelos

assistenciais à prática de programas e sistemas de saúde. (organizadoras). Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 2005.

42. VILASBÔAS, ALQ; PAIM, JS. Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v 24. n 6. 1239-1250. 2008.
43. OMS. Intersectoral Action for Health: A Cornerstone for Health-for-All in the Twenty-First Century Report to the International Conference 20-23 April 1997 Halifax, Nova Scotia, Canada, World Health Organisation, Geneva.
44. NCCDH. National Collaborating Centre for Determinants of Health. (2012). Assessing the impact and effectiveness of intersectoral action on the social determinants of health and health equity: An expedited systematic review. Antigonish, NS: National Collaborating Centre for Determinants of Health, St. Francis Xavier University

2 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão sistemática demonstrou uma escassez de estudos avaliativos ou descritivos, e foi observada uma variedade de conceitos de AIS ou intersectorialidade com destaque especial àquele desenvolvido pela OMS em 1997. Os internacionais apresentam preferencialmente este conceito, enquanto os estudos brasileiros, além da OMS, utilizaram referências de documentos normativos como a PNAB (2006) e conceitos desenvolvidos por autores como Junqueira (1997).

A análise dos conceitos destacou a uma problemática sobre o tipo de relação entre os setores, reforçando a necessidade de esclarecimento sobre se o tipo de relação definiria uma ação como intersectorial ou seria uma categoria analítica. Outro ponto de destaque na operacionalização das ações é a ausência dos atores participantes como variável a ser analisada no processo de implementação das AIS, considerando que o papel dos atores em cada setor e na relação entre os atores pode interferir na efetividade da ação, assim como outras variáveis que devem ser investigadas em novos estudos sobre intervenções intersectoriais. Além de um referencial teórico para avaliação das AIS, seus fatores restritivos e facilitadores, a fim de deixar mais explícitas as categorias analíticas utilizadas para investigação das AIS.

O estudo empírico apresentado nesta dissertação, após revisão da literatura, adotou o conceito da OMS (1997) com referência, mas agrega o referencial do Planejamento Estratégico Situacional (PES) sugerido no artigo de revisão sistemática, entendendo a AIS como uma **relação estabelecida entre atores do setor saúde com atores de diversos setores da sociedade para o planejamento, execução e avaliação de ações com vistas a lograr melhores resultados de saúde**. O tipo de relação existente entre os setores se configurou como categoria analítica, tendo o PES como pano de fundo para análise dos fatores restritivos e facilitadores ao desenvolvimento das AIS.

Além disso, reforçou que o planejamento estratégico situacional (MATUS, 1993; 2005) aliado a classificação de tipos de poderes (TESTA, 2007) podem ser utilizados como referenciais para estudos analíticos e avaliativos de ações intersectoriais no contexto da atenção primária.

Estes estudos reforçam que as AIS na APS se constituem como um desafio, uma estratégia em construção, não só para sua implementação enquanto estratégia de gestão para melhores resultados de saúde, mas também para sua avaliação na atenção primária, dada a complexidade do objeto a que se destina a ação.

Demonstrou ainda a importância de desenvolver estudos que abordem o processo de planejamento, realização e avaliação das ações intersetoriais na APS, a fim de compreender quais as principais barreiras e potencialidades para o desenvolvimento desta estratégia no nível local. Estudos posteriores podem abarcar maior número de unidades de saúde da família, a fim de ampliar estes resultados conferindo maior capacidade de generalização.

Dentre os limites encontrados na revisão estão a escolha dos descritores, que apesar de ter pretendido maior amplitude possível, pode ter excluído trabalhos desta revisão. As bases de dados PUBMED e SCIELO parecem ter se sobreposto em algum momento devido às publicações de periódicos semelhantes, como ocorreu com dois dos artigos selecionados. Novas revisões sistemáticas podem ser realizadas ampliando o escopo dos descritores e/ou em novas bases de dados a fim de obter maior conhecimento sobre as intervenções intersetoriais em saúde e subsidiar novos estudos avaliativos de qualidade sobre as AIS desenvolvidas na APS, sobretudo no Brasil.

			Estudo			
Sá, L. et al	Paraíba	2011	Qualitativo	Analisar o desempenho das equipes de Saúde da Família no controle da tuberculose, segundo a relação entre vínculo e o	uma relação reconhecida entre parte ou partes do setor da saúde com parte ou partes de outro setor que tem sido formada para agir sobre um	Não apresenta 74
Seigel J. in tuberculosis control in Intersectoral action for health at a municipal level in Cuba	Cuba	2011.	Estudo descritivo	Este artigo examina o desenvolvimento de ações interseccionais, em município da região para o sucesso de metropolitana de João Pessoa, Paraíba, Brasil. intervenção sobre determinantes sociais de saúde.	Um processo através do qual problema para alcançar os atores pertencentes a resultados de saúde (ou diferentes setores se unem resultados intermediários de para tratar de um determinado saúde) de uma maneira mais assunto relacionado à saúde, eficaz, eficiente ou sustentável que não poderia ser alcançado pelo setor saúde sozinho (OMS, 1997 p.4)	Extensão, natureza diversidade da AIS (Teoria da Coalizão)
Mannheimer LN, Gulis G, Lehto J, Ostlin P, Giovanelá, L. et al.	Eslováquia	2007	Não descreve	Analisar os facilitadores e barreiras para AIS	Ação em que o setor saúde e outros setores relevantes da interação entre diversos economia colaboraram ou setores no planejamento, interagem para perseguir os execução e monitoramento de objetivos de saúde. Construída intervenções para enfrentar sobre a colaboração entre problemas complexos e atores e setores, e necessidades de grupos consequentemente, emprega uma forma multidimensional horizontal de trabalho.	Comunicação e cooperação com AIS foi analisada nos setores/atores; âmbitos da gestão do Habilitação/ sistema de saúde, do capacidade de realizar processo de trabalho AIS; Compreensão dos profissionais AIS (formação e conhecimento); Apoio e compromisso de realizar AIS; Categorias: Financiamento; campos de atuação;
Introducing Health Impact Assessment: an analysis of political and administrative possibilities for intersectoral working an integral primary care approach to health care in Brazil.	Rio de Janeiro	2009	Estudo de Caso (Qualitativo)	Analisar a implementação realizada para substituir da SF com foco na uma operação tradicional, integração a rede vertical, em nível local, na assistencial e a atuação intersectorial em quatro capitais, para discutir as potencialidades da SF como estratégia de atenção primária em saúde abrangente.	Ação intersectorial é um processo de aprendizagem e determinação dos sujeitos, que deve resultar em uma gestão integrada, capaz de responder com eficácia a solução de problemas da população de um determinado território.	critérios propostos por OMS para setores em nível local e central; existência de setores: sociais ou econômicos no interior fóruns colegiados; temas/ problemas de interesse da sociedade intersectorial
Moretti, A. Et al.	Curitiba	2010	Estudo Transversal	Identificar a intersectorialidade nas ações de promoção de saúde desenvolvidas pelas equipes de saúde bucal na rede municipal de saúde de Curitiba.	Ação intersectorial é um processo de aprendizagem e determinação dos sujeitos, que deve resultar em uma gestão integrada, capaz de responder com eficácia a solução de problemas da população de um determinado território.	critérios propostos por OMS para setores em nível local e central; existência de setores: sociais ou econômicos no interior fóruns colegiados; temas/ problemas de interesse da sociedade intersectorial
Frankish, CJ et al.	Canadá	2007	Estudo Exploratório	determinar o nível de auto-relato de ação interna (dentro de regionais de saúde) e colaboração intersectorial em torno de 10 determinantes da saúde por parte das autoridades regionais de saúde em	Conceito da OMS (1997) como referência, agregando que: ação intersectorial pode abranger dois componentes. O desenvolvimento de parcerias e ações entre os diferentes setores e níveis de organizações governamentais ou não governamentais	Níveis de colaboração intersectorial: contínua ou que varia continuamente de acordo com as necessidades das respectivas estruturas, até gestão transversal (pag.1829)
Pagliccicia, N.	Cuba	2010	Estudo de Caso	Compreender a prática da intersectorialidade.	OMS, 1997	intensidade de colaboração
Network analysis as a tool to assess the intersectoral promotion management in the context of primary care at the local level: a report from an exploratory study of two Cuban municipalities.	Brasil	2012.	Estudo descritivo	Investigar se as práticas educativas realizadas nas unidades básicas de saúde de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, Brasil, atendem aos princípios da promoção da saúde.	A articulação dos diferentes setores que, com seus saberes específicos, buscam encontrar um denominador comum para questões complexas, ligadas à promoção da saúde e à melhoria da qualidade de vida. (Adaptada da OMS)	Não apresenta Densidade da rede: Centralidade de intermediação: Centralização de intermediação.
				Educação em saúde		

ANEXO 2 – Quadro de Análise

Unidade de Análise	Categoria Operacional	Variáveis
AIS desenvolvida no PSF/UBS	Problema ou Necessidade	Natureza do problema Reconhecimento da Situação
	Planejamento	Práticas de planejamento da AIS Objetivos da AIS; Atores; Setores que participaram do planejamento da ação; Participação da comunidade: Presença de Reuniões de planejamento; Existência de Comitê ou grupo de trabalho; Recursos compartilhados; Estratégias utilizadas para desencadear a ação
	Atividades realizadas em conjunto	Ações conjuntas realizadas no mesmo tempo e espaço;
	Atividades realizadas por cada setor	Ações setoriais específicas:
	Realização	Reuniões de acompanhamento; Distribuição das atividades; Setor responsável pela execução; Participação da comunidade;
	Avaliação	Acompanhamento da Ação; Avaliação dos resultados
Capacidade de Governo	Experiência profissional e política do Ator	Cargo no setor de origem; Anos de trabalho na APS; Anos de atuação na PSF; Formação acadêmica do ator; Percepção sobre AIS.
	Acervo técnico	Atividades realizadas pelo ator na AIS
Governabilidade dos atores	Autonomia do Ator na AIS	Controle dos recursos
	Apoio da gestão	Apoio político da gestão para AIS
Relação entre os sujeitos	Cooperação e/ou conflito nas relações	Formas de interação
Projeto de Governo	Presença de AIS nos documentos normativos	Referência á AIS no plano municipal mais recente e em outros documentos de planejamento da gestão da atenção da atenção básica.

