

## 5.07

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

*The integrality of health actions and intersectoriality in local government*

#### **Liane Teresinha Schuh Pauli**

Doutora em Saúde Pública. Docente do Departamento de Enfermagem e Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Santa Cruz do Sul, Brasil.

**Resumo:** Com a inclusão dos contextos biopsicossocial, econômico e cultural nos conceitos do processo saúde/doença aumentaram as exigências de atuação no âmbito municipal, levando à necessidade de novos contornos no planejamento e na política. Sob a justificativa de avançar no cumprimento das normas legislativas e direcionar esforços intersetoriais capazes de garantir a integralidade das ações em saúde, objetivamos com esta investigação analisar a percepção relativa ao conceito de saúde/doença nos vários níveis da gestão pública e o relacionamento do setor de trabalho com a área da saúde, verificando a viabilidade da intersetorialidade e a percepção sobre a importância desta como estratégia para a promoção da integralidade das ações em saúde. A pesquisa realizou-se em duas etapas, com a utilização do método qualitativo de análise em ambas, por meio de entrevista individual gravada no local de trabalho (Técnica do Discurso do Sujeito Coletivo), o que possibilitou a análise dos depoimentos verbais através das ideias centrais e suas correspondentes expressões-chave. Constituíram-se como sujeitos da pesquisa todos os elementos envolvidos na gestão municipal da cidade de Vera Cruz, RS, mais dois assessores diretos de cada um destes. Observou-se que existe a concepção do conceito de saúde ampliado e positivo, há o reconhecimento da responsabilidade dos vários setores sobre o processo saúde/doença da população e a intenção do trabalho intersetorial. Concluiu-se que, com mudanças político-organizacionais, capacitação de recursos humanos e planejamento, pode-se alcançar melhoria nas ações de promoção da integralidade das ações em saúde.

**Palavras-chave:** Políticas, planejamento e administração em saúde; ação intersetorial; assistência integral à saúde.

**Keywords:** *Policy, Planning and Administration in Health; intersectoral action; integral care.*

#### **Introdução**

De início, convém ressaltar que o pilar doutrinário do Sistema Único de Saúde (SUS) é formado pelos princípios da integralidade, universalidade e equidade, todavia, analisando a interdependência destes e salvaguardando a importância dos

demais, tomamos a integralidade como tema do presente estudo, em face de sua relevância para a institucionalidade das práticas em saúde.

À luz da Constituição Federal, percebe-se que as ações e os serviços de saúde ao se constituírem como sistema único fazem parte de uma rede da qual a integralidade é o princípio norteador. Tais ações e serviços devem ser combinados e voltados para a prevenção e para a cura, atendendo o indivíduo como um ser humano integral. Os artigos 196, 197 e 198 do texto constitucional referem que a integralidade deverá reger a estruturação e a organização deste conjunto de ações e serviços, com prioridade para as atividades preventivas e sem prejuízo dos serviços assistenciais (Brasil, 1988).

Sabe-se que a Lei Orgânica de Saúde estabeleceu os princípios do SUS embasada no artigo 198 da Carta Magna, buscando assegurar ao usuário um programa com ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, a fim de formar um todo indivisível. Do mesmo modo, as unidades prestadoras de serviço, em diferentes graus de complexidade, também constituem um todo indivisível, configurando um sistema capaz de prestar assistência integral (Brasil, 2006).

Atualmente, a integralidade é vista como a expressão integralizadora e totalizadora de um conjunto de significados que foi sendo moldado ao longo do tempo. Segundo Curvello (2008), numa visão abrangente, a integralidade se contrapõe à fragmentação: da percepção objetiva e subjetiva da saúde, por parte da população cuidada e dos cuidadores; da formulação das políticas; do enunciado normativo; da forma de organização dos serviços; e da concepção fundada no complexo saúde-doença, em que a ideia de saúde é subjugada pela ideia de não doença.

Na visão de Mattos (2001), o termo integralidade tem seu arcabouço institucional nas reivindicações postas pelo Movimento Sanitário, num contexto de luta pela redemocratização do país, “forjadas desde uma crítica radical às práticas, às instituições e à organização do sistema de saúde”. Camargo Júnior (2001) acrescenta que a integralidade é “um discurso propagado por organismos internacionais, ligado às ideias de atenção primária e de promoção da saúde (...), identificada em pontos esparsos da documentação oficial das propostas de programas mais recentes do

Ministério da Saúde em nosso país”. Mattos (2006) complementa que a reforma sanitária é um processo em movimento e a busca pela integralidade se perpetua como bandeira de luta da permanente construção do SUS.

Já Almeida *et al* (2001) consideram a integralidade para além da atuação da organização contínua do processo de atendimento nos níveis de complexidade da atenção. Entendem que o processo de trabalho, no âmbito da saúde pública, deve refletir a compreensão de uma prática sanitária integralizadora que requer o envolvimento das diversas áreas do conhecimento e dos serviços, para dar conta do conceito ampliado de saúde.

A Integralidade pode ser tomada como a articulação entre promoção, prevenção, recuperação e restauração da saúde, que são postas para a realização do cuidado em saúde por meio de ações que se estruturam em um mesmo espaço, com a constituição de saberes e de ações que se interpenetram. Nesse sentido, percebe-se que o sistema de cuidados à saúde/doença é um coletivo constituído pela totalidade das práticas, das atitudes e do conhecimento dos vários profissionais que dão sustentação à dinâmica do cuidado. A organização do sistema deve sustentar-se na ação e no saber compartilhado dos vários profissionais e no trabalho em equipe, gerando uma teia entre usuários e profissionais, por meio de práticas interdisciplinares.

Com isso, vê-se que a integralidade das ações em saúde favorece a atuação dos diversos profissionais envolvidos com o cuidar/tratar/curar, já que a educação em saúde é uma ação básica importante quando amparada no desenvolvimento da consciência crítica das causas, dos problemas e das ações necessárias para a melhoria das condições (Carvalho e Santos, 2002).

Muito embora a saúde seja direito de todos e dever do Estado, Lionço (2008) diz que ainda é apenas um ideal, pois a realidade brasileira é atravessada por iniquidades e tem sido marcada por questões críticas e urgentes, que requerem atenção não só do setor de saúde, mas também das atitudes e do conhecimento dos vários profissionais que dão sustentação à dinâmica do cuidado. A organização deve pautar-se na ação e no saber compartilhado e no trabalho em equipe, que se

expressa na cumplicidade da teia entre usuários e profissionais e que aponta para práticas interdisciplinares na intenção de alcançar a integralidade do ser humano.

Na visão de Pauli (2007), o processo saúde/doença requer abordagem para a intervenção de sujeitos que possuam a amplitude e a cientificidade que o conceito de saúde exige. É preciso focar o conceito ampliado de saúde e observar a necessidade do conhecimento interdisciplinar, trabalhando de forma intersetorial, na busca de ações que envolvam uma prática que vise à integralidade das ações em saúde como articulação administrativa e política.

Logo, o trabalho em equipe multidisciplinar possibilita a integralidade e evita à fragmentação, estabelecendo estratégias de diálogo permanente e trocas, a fim de superar as fronteiras disciplinares. Ademais, a prestação de uma assistência integral permeia o “saber fazer” de profissionais da saúde, docentes, gestores e usuários, os quais se tornam corresponsáveis pela ação, reflexão e produção. Deste modo, pois, tal campo não pode ser exclusivo e privativo de uma única categoria profissional, nem de uma dinâmica hospitalocêntrica, sendo necessária a efetivação de uma relação ética entre os diversos atores sociais e as diversas áreas de conhecimento visando atendimento, cuidado, recuperação e preservação da saúde (Machado *et al.*, 2007).

O trabalho em equipe multidisciplinar possibilita a realização de uma prática que atenda à integralidade e evita à fragmentação, fazendo parte do processo de formação profissional, estabelecendo estratégias de diálogo permanente e trocas. A assistência integral compreende o “saber fazer” de profissionais de saúde, docentes, gestores e usuários/as corresponsáveis pela ação, reflexão e produção no campo da saúde. Com a efetivação de uma relação ética entre os diversos atores sociais e as diversas áreas de conhecimento articuladas entre si, tendo em vista cada passo dirigido ao atendimento, cuidado, recuperação e preservação da saúde (Machado *et al.*, 2007).

Os itens referentes às Responsabilidades Mínimas da Atenção Básica, sugeridos pelo Ministério da Saúde, devem ser trabalhados com os membros das famílias visitadas, através do levantamento de problemas, orientações e encaminhamentos necessários, para que ocorra a efetivação dos propósitos da intervenção na família, o relacionamento e a troca de informações com a equipe

interdisciplinar e o impacto na comunidade. Nas visitas domiciliares o acompanhamento do controle da tuberculose, a eliminação da hanseníase, o controle da hipertensão, da diabetes mellitus, as ações de saúde bucal, as ações de saúde da criança e as ações de saúde da mulher são de fundamental importância para atuação na Atenção Básica, possibilitando mudanças na efetivação da integralidade das ações em saúde nas famílias e comunidades acompanhadas pelos alunos da universidade.

De se sinalar que o Ministério da Saúde editou a Norma Operacional da Assistência à Saúde-01/2001, que, entre outros pontos, orienta a organização do Plano Diretor de Regionalização, determinando que o cidadão deva ter acesso, o mais próximo possível de sua residência, a um conjunto de ações e serviços vinculados às responsabilidades mínimas.

## **Metodologia**

A pesquisa ocorreu em Vera Cruz, município do Rio Grande do Sul que possui 304 Km<sup>2</sup> e população de 22.673 habitantes (50% residem na área urbana e, destes, 75% na região central da cidade) (IBGE, 2004). A cidade conta com 5 postos de saúde – 3 rurais e 2 urbanos. Os recursos humanos disponíveis no setor público, atuando diretamente na área da saúde são: 20 profissionais de nível superior, 18 profissionais de nível médio e 5 de nível fundamental.

Este estudo foi composto por duas etapas. Na primeira foram sujeitos todos os elementos envolvidos na gestão municipal que estivessem na ativa: Prefeito, Vice-Prefeito, Secretários Municipais (da Administração, do Planejamento, da Saúde, de Finanças, da Agricultura, da Assistência Social, da Educação e de Obras) e dois assessores diretos de cada um desses. Na segunda etapa, além dos sujeitos participantes da primeira, incluíram-se os profissionais que atuavam com a equipe intersetorial nas ações de integralidade em saúde.

Em ambas as etapas utilizou-se o mesmo instrumento para coleta de dados, qual seja: um questionário aberto, aplicado no local de trabalho de cada profissional (sujeitos), os quais foram gravados e transcritos. Na primeira etapa objetivou-se

analisar a percepção sobre o conceito de saúde/doença nos vários níveis do governo municipal e o relacionamento do setor de trabalho na gestão pública com a área da saúde; e, verificar a percepção da viabilidade do trabalho intersetorial no contexto político organizacional do município. A segunda etapa visou à avaliação da percepção do grupo gestor em relação ao trabalho intersetorial como estratégia para promoção da integralidade das ações em saúde.

Utilizou-se entrevistas para acessar e resgatar os pensamentos dos indivíduos, caracterizando-se como um procedimento de tabulação de depoimentos verbais que “consiste basicamente em analisar o material coletado a partir de um roteiro de questões abertas, extraindo-se das respostas as ideias centrais e suas correspondentes expressões-chave” (Lefèvre *et al*, 2002). Essa técnica visa a discursividade, característica própria e indissociável do pensamento coletivo, buscando preservá-la em todos os momentos da pesquisa, desde a elaboração das perguntas até a apresentação dos resultados.

Segundo Goldenberb (2007), trata-se de uma investigação qualitativa que se desdobra num conjunto de etapas, aborda questões metodológicas diferenciadas e abrange aspectos da dinâmica, da provisoriedade e da transformação. Assim, percebe-se que a fenomenologia e a etnometodologia se inserem na tradição metodológica qualitativa ao tentar ver o mundo através dos olhos dos atores sociais e dos sentidos que eles atribuem aos objetivos e às ações que desenvolvem.

## **Resultados**

Em relação ao primeiro estudo, percebemos que os sujeitos conhecem a amplitude do conceito de saúde e o veem de forma positiva, acreditam que a resolução dos problemas depende, também, de outros atores governamentais e/ou não governamentais, acontecendo em curto prazo. Têm a percepção que a responsabilidade de gestão é associada à resolução dos problemas comunitários e, não, apenas individuais.

Existe vontade política de agir de forma intersetorial, preocupação com promoção da saúde, cuidados preventivos e contínuos. Percebem-se poucas

referências aos problemas com lógicas corporativistas de poder e de barganha política e citam pontos a serem superados, como: burocracia, necessidade de engajamento individual e responsabilidade pessoal.

É preciso melhora na comunicação e no relacionamento interpessoal com a demanda e os recursos humano-financeiros. Referem o interesse do prefeito e dos gestores nos projetos em prol do município. Citam a necessidade de maiores repasses orçamentários para a área da saúde vindos dos Governos Estadual e Federal.

Os sujeitos destacam a necessidade de aproximação entre serviços públicos e necessidades comunitárias, sendo que aqueles com experiências anteriores visualizam os problemas de forma mais abrangente. Gostariam que a resolutividade dos problemas ocorresse a nível local, porém necessitam do fortalecimento da regionalização. Acreditam que a aproximação cotidiana entre família/ comunidade/ serviços seja estimuladora da inserção social, utilização dos recursos comunitários e diminuição dos fatores de risco à saúde. Também destacam a importância de conhecimento do fluxo de referência e contra referência do município e percebem a necessidade de um processo de conscientização e educação da comunidade frente aos projetos intersetoriais a serem desenvolvidos.

Houve o reconhecimento da responsabilidade dos vários setores sobre o processo saúde/doença e existe vontade de trabalhar em favor do bem-estar da população. Os entrevistados acreditam que a intersetorialidade seja a estratégia para potencializar o serviço público e incrementar as ações necessárias. Todavia, os sujeitos se julgam responsáveis pela qualidade de trabalho de todas as secretarias, melhora da informação e da comunicação interna, demonstrando que há necessidade de capacitações para o trabalho em equipe, reuniões periódicas envolvendo todos os setores, planejamento para alcançar as metas e uma gestão de trabalho e de avaliação.

O processo de construção das ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde implica a troca e a construção coletiva de saberes, linguagens e práticas entre os diversos setores envolvidos na tentativa de equacionar questões sanitárias,

produzindo soluções inovadoras para a melhoria da qualidade de vida de forma democrática e resolutiva.

Na segunda etapa encontramos indivíduos mais esclarecidos sobre o conceito de saúde, importância e possibilidade do trabalho intersetorial, conceito e exigência legal da integralidade das ações em saúde.

Os entrevistados acreditam que o trabalho intersetorial possa facilitar a integralidade das ações em saúde e observam as diversas exigências necessárias na organização do trabalho para alcançar tal objetivo. Entendem como vital a integração entre os setores para a melhoria da qualidade do serviço público, organização de uma agenda de reuniões interssetoriais, fortalecimento dos grupos de trabalho e amplitude de visão do trabalho da equipe de governo.

A partir da intervenção desta pesquisa sentiu-se a necessidade de um articulador municipal no planejamento, na vinculação entre os gestores, na busca de ações que possam ser oferecidas e/ou distribuídas entre as diversas secretarias municipais e de um mediador para questões de poder que surjam entre eles. Além disso, verificou-se a integração entre educação, saúde, administração e assistência social; a comunidade trouxe a demanda e os projetos foram encaminhados; desenvolveu-se um cronograma com metas; as atividades começaram a ser protocoladas, já que inexistiam registros de ações dos governos anteriores; observou-se que os profissionais alocados em outros setores, máquinas e equipamentos podem ser aproveitados.

Os sujeitos passaram a privilegiar o foco preventivo e a priorização de atendimento às crianças e adolescentes; a importância do conhecimento da dinâmica familiar e o envolvimento da família em visitas domiciliares regulares; a conscientização da família de suas responsabilidades; o envolvimento familiar em ações de educação; a reinserção do indivíduo na escola, o acompanhamento familiar e o possível encaminhamento para outros setores profissionais; o acordo entre as partes envolvidas (governo-família); a continuidade das ações curativas e preventivas; a valorização do funcionalismo público que atua na base e da sua experiência; a necessidade de um articulador para as questões do cumprimento de metas e necessidades de acesso aos outros setores; a grande responsabilidade da



administração pública; a definição das áreas de atuação no Plano Diretor do município.

Para os projetos estaduais que exigem o trabalho intersetorial adotou-se a dinâmica de reuniões semanais, pretendendo soluções conjuntas, trocas de equipamentos e conhecimentos técnicos. A intervenção técnica potencializou a aproximação entre as secretarias (priorização de projetos) e os gestores demonstraram satisfação quando projetos intersetoriais resolveram os problemas.

O setor de licitação de compras e a secretaria de finanças permaneceram como a maior dificuldade de ação no interior do município. Eles estão interligados aos projetos de todas as secretarias, logo são os envolvidos principais na criação de um grupo de trabalho intersetorial com o articulador municipal.

Verificou-se que há necessidade de projetos intersetoriais direcionados às questões de saúde pública e de uma rede de informações de acesso a todos os gestores para a divulgação de ações e serviços. Os cargos de assessoria direta do prefeito são funções-chaves para o desenvolvimento de projetos intersetoriais, pois acumulam informações das rotinas e necessidades de todas as secretarias; trabalho integral exige interdisciplinaridade.

## **Discussão**

A resolução dos problemas depende de atores governamentais e não governamentais e a responsabilidade de gestão perpassa a noção de associação, com a determinação dos problemas comunitários e não somente individuais, pois políticas públicas são aglomerados de atores, instituições, processos e resultados.

Para Labra (1999), os atores políticos podem não se correlacionar diretamente com os processos decisórios e com os resultados das políticas ao longo do tempo, pois decisões políticas não são atos singulares e sim o resultado final de uma sequência de decisões tomadas por diferentes atores em distintas posições institucionais.

É preciso aproximação entre os serviços públicos e as reais necessidades comunitárias, na qual se reconhece que a ação do profissional de saúde tem uma dimensão cuidadora, aplicando saberes e fazeres numa relação dialética entre teoria e prática, articuladas na produção do cuidado integral (Cavalcante Filho, 2009).

Analisando as entrevistas percebe-se que a construção coletiva de saberes, linguagens e práticas pode contribuir para a melhoria da qualidade do serviço público, atendendo efetivamente as demandas da população. Segundo Lippi (2009), o oferecimento de respostas às demandas, de forma ampla e completa, com articulação de diversas áreas e níveis de governo repercute na lógica do gerenciamento voltado para a obtenção de resultados. Isso requer um compromisso formal do administrador através de políticas públicas saudáveis, capazes de minimizar as desigualdades por meio de ações sobre os determinantes dos problemas de saúde. Também, pressupõe a existência de um plano de governo focado na solução dos problemas com base em indicadores de qualidade de vida, com metas explícitas, a fim de alcançar a equidade e o desenvolvimento (Westphal, 2000).

Junqueira (2000) acredita que tenha necessidade de projetos intersetoriais e a intersetorialidade incorre, portanto, em mudanças na organização, tanto dos sistemas e serviços de saúde, como em todos os outros setores da sociedade, além da necessidade de revisão do processo de formação dos profissionais que atuam nessas áreas. As contribuições vão desde a própria organização do setor saúde e sua interlocução com demais setores, até as discussões sobre o modo de assistir as pessoas na prática individual e na prática coletiva, ou mesmo, nas inter-relações que são estabelecidas entre os profissionais responsáveis pela atenção à saúde (Campos, 2000; Peduzzi, 2001). O trabalho intersetorial pode ser um facilitador da integralidade, já que o pensamento de equipe começa a ser introduzido como um grupo de pessoas que, juntas, resolvem articuladamente os problemas que surgem no local em que trabalham (Paula, Palha & Protti, 2004). Os sistemas integrados de saúde rompem com a ideia de hierarquização para instituírem-se como redes de pontos interligados de atenção à saúde (Barros de Medeiros, 2008).

Para Mendes *et al.* (2006), é por meio do diálogo democrático e participativo, com a diversidade de atores e de sujeitos que se opera de fato a promoção da saúde.

No seu sentido mais amplo, portanto, promover a saúde significa promover a vida, o que se traduz em um conjunto de princípios, valores, atitudes, procedimentos e tecnologias dirigidas a aumentar a capacidade de indivíduos, populações e organizações para enfrentar os determinantes pessoais, sociais, ambientais e econômicos, melhorando a qualidade da vida.

Quando se trata de uma política intersetorial entende-se que a participação da comunidade não é uma questão de escolha, e sim de estratégia, uma forma de legitimar e fortalecer, uma forma de gestão que foge dos “padrões” formais e que apresenta vários pontos críticos.

Sobre a participação e o envolvimento dos diversos atores na construção e implementação da política pública, a intersetorialidade é mais permeável à participação, principalmente sob a ótica do cidadão, num cotidiano de necessidades interligadas, exigindo uma reformulação da relação do Estado e da Sociedade (Inojosa, 2008).

### **Considerações finais**

As realidades sociais são construídas ao longo do tempo, incorporando novos atores e interesses. A crise econômica do país e a complexidade dos problemas sociais demandam maior capacidade para intervenção em conhecimentos organizacionais dos responsáveis pela gestão, em todos os níveis: internacional, federal, estadual e municipal.

Os representantes têm responsabilidades frente ao futuro da comunidade. Possuem práticas históricas incorporadas e conceitos que, muitas vezes, não acompanham a evolução científica, legal e até tecnológica, limitando a atuação nas exigências do conceito de saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, não apenas a ausência de doença ou enfermidade.

Os gestores locais podem (e devem) incorporar novos conceitos e exigências. É uma nova dinâmica, própria e condizente com as possibilidades do grupo local, considerando os contornos culturais e históricos, propondo novas possibilidades

políticas de planejamento e de administração, articulando os diversos setores e diferentes atores.

Existem muitas limitações no que se refere à incorporação de conceitos e às práticas exigidas no planejamento e nas ações necessárias ao processo saúde/doença da população. A sucessão sistemática de mudanças na municipalização e descentralização da gestão vem contribuindo para criação de novas instâncias de decisão – mais autônomas e dependentes. Entretanto, é possível observar o crescimento do potencial de articulação entre o governo e a população, resultado do desenvolvimento de políticas de relevância social frente ao distanciamento entre as necessidades humanas básicas e os direitos concedidos na forma da lei.

As novas demandas de saúde, vistas sob o aspecto do conceito ampliado dos fatores condicionantes e determinantes, exigem novas formas de gestão local, baseadas em ações intersetoriais que objetivem alcançar a integralidade das ações em saúde preconizadas na legislação, referenciada como a diretriz da atenção integral, conjunto de ações e serviços de saúde, nos diversos níveis de complexidade do sistema.

Para acontecer o trabalho intersetorial alguns itens devem ser seguidos, como no exemplo em que cada secretário deve conhecer o funcionamento e a forma burocrática de atuação dos diversos setores para, posteriormente, colaborar num projeto ampliado, com atuação em equipe e envolvimento de vários funcionários públicos. Logo, vê-se a necessidade de haver um coordenador de projeto intersetorial, com tempo disponível para articular as atividades e coordenar as reuniões, ou seja, que articule as ações de todos os setores.

Existe a intenção de introduzir estratégias que contribuam para a superação da ausência do quadro teórico consolidado e para a ampliação dos modos de identificar e interpretar inovações. Contudo, enumeram-se alguns fatores encontrados na gestão municipal que podem ser negativos para a implementação da integralidade e da formalização da intersetorialidade, como: baixa descentralização e desarticulação dos setores no processo de gestão existente; falta de profissionalização face aos cargos políticos partidários; controle social na gestão de forma insipiente; predominância de

elementos da administração clássica; pouca comunicação entre interessados e participantes do processo de gestão; possibilidade de análise das ações intersetoriais nestes projetos e, busca da integralidade sem duplicidade de recursos financeiros, materiais e humanos.

O forte mito do poder mágico da medicina já não se mantém no inconsciente coletivo, no qual modelos de promoção, prevenção e assistência aparecem no mesmo nível no discurso dos sujeitos. A forma de organizar o sistema depende da vontade política, da definição de prioridades, das mudanças organizacionais e administrativas e da gestão do sistema de atenção à saúde. Porém, há lentidão frente às urgências da população, principalmente em relação ao desenvolvimento da atenção do processo de saúde e doença.

A superação da fragmentação de saberes ocasionada pela especialização excessiva e o desenvolvimento intersetorial parecem ser o caminho em busca de soluções para ações integrais e a nova lógica de gerenciamento político na resolução de problemas municipais. O reconhecimento e a legitimação das instâncias intersetoriais do governo local e a constatação da necessidade de complementação de ações na área da saúde podem completar o processo no enfrentamento de novos arranjos e articulações.

Essas ações podem ser pensadas tanto para a atenção da demanda espontânea, como para aquelas voltadas ao controle de riscos e de causas, inclusive na formulação de recomendações direcionadas para o aperfeiçoamento das orientações técnico-científicas do grupo de trabalho. Então, é preciso acompanhamento periódico e habitual como forma de avaliação, propiciando meios que viabilizem maior consciência do presente. É um instrumento de execução e uma base de dados para a avaliação, a fim de melhorar as decisões estratégicas.

Assim, pode-se dizer que a avaliação proporciona reflexão contínua sobre o que se decide e o que se faz para gerar um conhecimento integral, maior racionalidade das decisões e aprendizagem coletiva. Através dessas avaliações que subsidiam o processo de tomada de decisões pode acontecer a ampliação de acessibilidade da população aos diversos setores, aumentando a cobertura real nas ações desenvolvidas.

Observaram-se limitações na incorporação dos conceitos básicos da legislação brasileira, fundamentais para a implementação do SUS e o planejamento da gestão na esfera municipal. A concepção do conceito de saúde ampliado/positivo, de acordo com o levantamento de dados, provém de leituras, contatos, vivências e práticas adquiridas ao longo do tempo, porém, para garantir o direito à saúde e a implementação de ações integrais de forma intersetorial, é necessário esclarecer os gestores municipais sobre esse contexto que exige o trabalho no âmbito da gestão municipal, numa nova organização, que possibilite um arranjo entre a atuação do gestor, o comportamento do indivíduo, o envolvimento da família e o relacionamento com a comunidade, através da regularidade de ações.

Dessa forma, vê-se que o objetivo proposto foi atingido, na medida em que comprometeu o grupo gestor em torno de seus próprios conceitos e convicções, motivando, fortalecendo vínculos, responsabilizando os setores e co-responsabilizando o grupo pelas ações intersetoriais que deveriam ser articuladas através da troca de conhecimento entre os profissionais atuantes na rede pública. Com isso, a visão de causa dos problemas de saúde se deslocou do individual para o coletivo, possibilitando fortalecimento no modo de atuação e da soma de potencialidades.

Analisando as mudanças ocorridas nos padrões das enfermidades e na própria prática assistencial, sugere-se que os recursos humanos da secretaria municipal de saúde se dividam em dois setores diferenciados: um responsável pelo setor preventivo, voltado à prevenção primária e secundária e, o outro responsável unicamente pelo nível de prevenção terciário. O acúmulo de serviço do setor terciário não possibilita o enfoque preventivo no momento da assistência, tanto pela demanda de trabalho, como pelo perfil dos profissionais, principalmente dos médicos. A demanda crescente da assistência médica exige uma nova orientação.

Por fim, com mudanças político-organizacionais, capacitação de recursos humanos e planejamento podem-se alcançar melhorias nas ações de promoção da integralidade e concretização do direito à saúde, determinado pela Constituição Brasileira.

## Referências

ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio; CHIORO, Arhur; ZIONI, Fabiola. Políticas públicas e organização do sistema de saúde: antecedentes, reforma sanitária e o SUS. Em: WESTPHAL, Márcia Faria; ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de (orgs.). *Gestão de Serviços de Saúde*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001.

MEDEIROS, Cristina Maria Barros de. Desafios dos sistemas de serviços em saúde: integração e redes no setor. *Textos de la Ciber Sociedad*. Monográfico: Internet, sistemas interativos e saúde. 2008; 16. Disponível em: <http://www.cibersociedad.net>

BRASIL. Constituição. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Lei 8.080 de 19 de dezembro de 1990. *Lei Orgânica da Saúde*. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Política nacional de promoção da saúde*. Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

CAMPOS, Gastão Wagner. *Um método para análise de co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000.

CARVALHO, Guido Ivan de e SANTOS, Lenir. *Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis n. 8.080/90 e 8.142/90)*, 3. ed. Campinas: Unicamp, 2002.

CAVALCANTE FILHO, João Batista. Coletivos organizados para a produção do cuidado integral: um desafio para a regulamentação profissional. *Rev APS*,12(2):214-20, 2009.

CURVELLO, Camilla Farias Amorim. *Integralidade nas relações saúde-trabalho: a doutrina desprezada*. Monografia de Especialização em Saúde do Trabalhador, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008.

GOLDENBERG, Miriam. *A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais*. São Paulo: Record, 2000.

HARTZ, Zulmira de Araújo e CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". *Cadernos de Saúde Pública [online]*, 20(supl.2):S331-S336, 2004.

INOJOSA, Rose Marie. Intersetorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional. *Rev Adm. Pública*, Rio de Janeiro, 32(2):35-48, 1998.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. *Revista de Administração Pública*, 34 (6):35-45,2000.

LABRA, Maria Eliana. Policy-making analysis, modes of policy-making and organized interest intermediation: a review. *Ciência e Saude Coletiva*, 9 (2):131-66,1999.

LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcanti [et al]. Public health care in Brazil: a study of six anchorages. *Saúde & Sociedade*; 11(2):35-47, 2002.

LIPPI, Mariana Ferreti. A estratégia de articulação intergovernamental na implantação de políticas públicas metropolitanas: construindo um conceito e evidenciando a aplicação prática. *Anais...* Em: II Congresso CONSAD de Gestão Pública. 2009.

LIONÇO, Tatiana. Bioética e sexualidade: o desafio para a superação de práticas correcionais na atenção à saúde de travestis e transexuais. *Série Anis*, Brasília, (54):1-6, 2008 [on line]. Disponível em: [http://www.anis.org.br/serie/visualizar\\_serie.cfm?IdSerie=69](http://www.anis.org.br/serie/visualizar_serie.cfm?IdSerie=69).

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa [et al]. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma visão conceitual. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 12(2):335-342, 2007.

MATTOS, Rubem Araújo de. Integralidade e formulação de políticas específicas de Saúde. Em: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Rubem Araújo de. (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ-IMS / Abrasco, 2001.

MATTOS, Rubem Araújo de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. Em: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Rubem Araújo de. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ-IMS / ABRASCO, 2006. p. 41-66

MENDES, Rosilda [et al]. Apropriação de conhecimento, alianças, rede sociais, participação social e intersetorialidade como fatores de fortalecimento da sustentabilidade de ações de promoção da saúde. *Projeto de pesquisa*. Proponentes: CEPEDOC - Faculdade de Saúde Pública USP. 2006 [on line]. Disponível em: [http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CC0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.bvsde.paho.org%2Fbvsacd%2Fcd57%2Favaliacao\\_sustenta.pdf&ei=B0-BUuiZGM\\_NkQeexYHoDQ&usq=AFQjCNHG0BJ702h6VQDyC7h3dbErOfaPQ&sig2=8vnMPCiRy4eul-i8ijUVGA&bvm=bv.56146854,d.cWc](http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CC0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.bvsde.paho.org%2Fbvsacd%2Fcd57%2Favaliacao_sustenta.pdf&ei=B0-BUuiZGM_NkQeexYHoDQ&usq=AFQjCNHG0BJ702h6VQDyC7h3dbErOfaPQ&sig2=8vnMPCiRy4eul-i8ijUVGA&bvm=bv.56146854,d.cWc).

PAULA, Kelly Andressa de; PALHA, Pedro Fredemir e PROTTI, Simone Teresinha. Intersectoral approach: a practical experience or a challenge to be met? The Collective Subject Discourse of nurses in the Family Health Centers of the Western District-Ribeirão Preto, Brazil. *Interface*; 8(15):331-48, 2004.

PAULI, Liane Terezinha Schuh. *A integralidade das ações em saúde e a intersetorialidade municipal*. Tese de doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007. [on line] Disponível em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-02122008-195835/>

PEDUZZI, Marina. *O enfermeiro no Programa de Saúde da Família*. São Paulo : Secretaria de Estado da Saúde, 2001.



STARFIELD, Bárbara. *Atenção Primária: Equilíbrio entre Necessidades de Saúde, Serviços e Tecnologia*. Brasília : UNESCO, Ministério da Saúde, 2004. 726p.

WESTPHAL, Marcia Faria. The Healthy Cities Movement: a commitment with quality of life. *Ciência e Saude Coletiva*; 5(1):39-51, 2000.