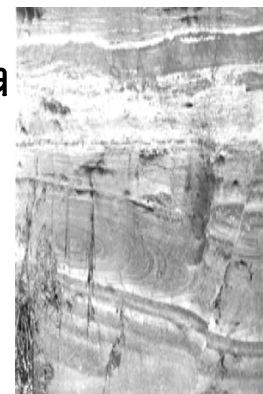


# Intersetorialidade: uma vivência prática ou um desafio a ser conquistado?

O Discurso do Sujeito Coletivo dos enfermeiros nos núcleos de Saúde da Família do Distrito Oeste – Ribeirão Preto



Kelly Andressa de Paula<sup>1</sup>  
Pedro Fredemir Palha<sup>2</sup>  
Simone Teresinha Protti<sup>3</sup>

PAULA, K. A.; PALHA, P. F.; PROTTI, S. T. 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 - Ribeirao Preto, Brazil. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.8, n.15, p.331-48, mar/ago 2004.

This study sought to understand how nurses working at the Family Health Centers of the Western District - Ribeirao Preto, perceive the intersectoral approach and how they seek to put it in practice by creating articulations with social equipments which collaborate in the process of delivering health services to the population in their target areas. The data ordering technique was employed in this study in order to analyze Collective Subject Discourse. The results show that the intersectoral approach still represents a challenge, since professionals and sectors continue to work in a fragmented manner. The discourses reveal a conceptual confusion with respect to the intersectoral approach, considering it as an individual responsibility based on the individual users' demands. Thus, it is identified as a difficult and solitary work process. They also understand the need to create a support network for putting this principle into practice and believe that it is necessary to start understanding and listening to the opinion of other professionals and sectors.

KEY WORDS: Intersectoral approach; family health; health promotion; Collective Subject Discourse.

O objetivo do trabalho foi apreender como os enfermeiros dos Núcleos de Saúde da Família do Distrito Oeste - Ribeirão Preto compreendem a intersetorialidade e buscam articulação com os equipamentos sociais na assistência à saúde da população de suas áreas adstritas. No percurso metodológico utilizou-se o Discurso do Sujeito Coletivo como técnica de ordenação dos dados. Os resultados mostram que a intersetorialidade é um desafio a ser conquistado, pois os profissionais e setores ainda trabalham de forma fragmentada. Percebe-se, nos depoimentos, uma confusão conceitual sobre intersetorialidade pois tomam-na como responsabilidade individual a partir das demandas individualizadas dos usuários. Desta forma, identificam a intersetorialidade como um processo de trabalho penoso e solitário. Entendem, ainda, a necessidade da criação de uma rede de apoio para a efetivação desse princípio e acreditam que é preciso começar a entender e escutar a opinião de outros profissionais e setores.

PALAVRAS-CHAVE: Intersetorialidade; saúde da família; promoção da saúde; Discurso do Sujeito Coletivo.

<sup>1</sup> Supervisora de estágio, Colégio Bandeirantes, Ribeirão Preto, SP. <enfkelly@ig.com.br>

<sup>2</sup> Professor Assistente Doutor, Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP. <palha@eerp.usp.br>

<sup>3</sup> Enfermeira, Lar Padre Euclides, Ribeirão Preto, SP. <simoneprotti@hotmail.com>.

## Introdução

A estrutura dos serviços de saúde vem sofrendo constantes mudanças no processo de gerir a atenção aos usuários. Um dos recursos disponíveis no eixo da Atenção Primária à Saúde (APS) é a intersectorialidade, cuja potência confere aos profissionais da saúde novas possibilidades de prestar uma assistência mais integral e de forma resolutive, incrementando novas visões paradigmáticas a esses profissionais. A promoção da saúde, centrada na qualidade de vida, passa, assim, a ser desenvolvida com a centralidade no usuário e no seu envolvimento ativo num processo de educação em saúde para o auto-cuidado.

A intersectorialidade 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 (Junqueira, 2000). Dessa forma, a equipe não deve ser mais entendida apenas como um conjunto de saberes que operam compartimentalizados, mas sim a partir de inter-relações que atuam em processos de trabalhos articulados entre si, passando-se a compreender que as inter-relações adquirem um caráter mais amplo, pois extrapolam o setor saúde e buscam novas parcerias com outras instituições em redes de atenção que auxiliem e garantam a eficácia na atenção à saúde dos usuários (Junqueira, 2000).

## Intersectorialidade como eixo estruturante na atenção à saúde

Muito se tem debatido acerca de novas propostas estruturantes para se obter melhor desempenho em relação à resolutividade das ações de saúde que são ofertadas à população. Vários autores têm contribuído significativamente para aprimorar o sistema de atenção no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. As contribuições vão desde a própria organização do setor saúde (Mendes, 2002) e sua interlocução com os outros setores da sociedade, até as discussões sobre o modo de assistir as pessoas, seja na prática individual, seja na prática coletiva (Campos, 2000), ou mesmo nas inter-relações que são estabelecidas entre os profissionais responsáveis pela atenção à saúde (Peduzzi, 2001).

A possibilidade de mudanças é permeada por transformações no eixo filosófico que tem direcionado os sistemas de serviços de saúde, da concepção mecanicista de atenção, conhecido como modelo biomédico, para um referencial amplamente conhecido, a APS.

Para Mendes (2002) a definição de APS tem sua melhor conceituação a partir da formulação da OMS que diz:



(...) atuação essencial à saúde, baseada em métodos práticos, cientificamente evidentes e socialmente aceitos e em tecnologias tornadas acessíveis à indivíduos e famílias na sociedade por meios aceitáveis e a um custo que as comunidades e os países possam suportar, independente do seu estágio de desenvolvimento, num espírito de auto-confiança e auto-determinação. Constitui o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidades com o sistema nacional de saúde, trazendo os serviços de saúde o mais

próximo possível dos lugares de vida e trabalho das pessoas e constitui o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção (OMS apud Mendes, 2002, p.13)

Mendes (2002) traz suas contribuições sobre as concepções ou interpretações principais que acompanharam a APS desde sua gênese. Para o autor, uma das primeiras idéias veiculadas refere-se à interpretação como atenção primária seletiva. Como o próprio nome sugere, entendia-se como uma assistência destinada às populações em situações de risco, as quais eram amparadas por profissionais de pouca qualificação e com o emprego de ações possuidoras de tecnologias simples e de baixo custo. Outra interpretação discutida pelo autor refere-se ao nível primário dos sistemas de serviço de saúde, entendido como porta de entrada e com resolutividade apenas para os agravos mais comuns de saúde, no sentido estrito de diminuir as tensões sociais e racionalizar o custo-benefício, sem ter preocupações com os demais níveis de atenção naquele momento. Discute Mendes que a forma mais correta de organização dos sistemas de serviços de saúde, que se vincula à singularidade de articular e reordenar todos os recursos possíveis do setor para a satisfação das necessidades, demandas e representações da população, confere uma nova articulação combinada da APS dentro de um sistema integrado de serviços de saúde. Entende-se hoje a importância da articulação com os outros setores, no sentido de se conversar sobre os problemas que são observados na saúde, mas que nem sempre decorrem da falta de assistência desta área e sim por falta de resolutividade de outras áreas. Por exemplo, a falta de saneamento básico leva a doenças parasitárias, mas o fato de se tratar a patologia não vai resolver o agravo; há necessidade de se intervir na fonte do problema. Se houver articulação intersetorial e discussão desses casos, a solução pode se dar mais rápida e de forma mais ágil, com uma intervenção na área de saneamento básico (Junqueira, 2000).

De acordo com a conceituação da OMS, a APS não constitui somente uma atenção à saúde caracterizada pelo acesso primário, mas um processo contínuo de atenção que incorpora métodos e tecnologias tanto pelas comunidades, quanto pelos serviços de saúde, num patamar de sustentabilidade econômica e social, e o mais próximo possível do local onde o complexo saúde-doença ocorre.

Mendes (2002), quando discute a organização dos serviços de saúde num sistema integrado, preconiza que a APS deve cumprir três funções essenciais - assumir o papel resolutivo, intrínseco a sua instrumentalidade como ponto de atenção, resolver a maioria dos problemas de saúde da população organizando todo o sistema de referência e contra-referência nos diversos pontos de atenção e responsabilizar-se pela saúde das pessoas em quaisquer pontos de atenção que se encontrem. Portanto, é possível perceber naquilo que o autor discute, que também a APS é o centro responsável pela articulação dos diversos pontos da atenção dos prestadores de cuidados, dentro e fora do setor saúde.

Neste sentido, a intersetorialidade apresenta-se como um dos eixos estruturantes das políticas públicas de saúde e se aproxima como parte

integrante do que contemporaneamente vem se discutindo sobre o conceito de cidade saudável:

A cidade saudável é aquela em que todos os atores sociais em situação - governo, organizações não governamentais, sociedade civil organizada, famílias e indivíduos - fazem uma aliança para transformar a cidade em um espaço de produção social da saúde, desenvolvendo os capitais humanos, social e produtivo, de forma sustentada, exercitando políticas públicas integradas e intersetoriais, incentivando a participação pública e reduzindo as iniquidades, de forma a melhorar a qualidade de vida dos cidadãos. (Mendes, 1996, p.259)

Para Feix (s/d) a APS é tomada sob a mesma conceituação referida por Mendes (2002) a partir da Organização Mundial da Saúde. Segundo o autor, algumas características são importantes para garantir a implantação efetiva da APS no âmbito dos serviços de saúde: a coordenação intra-setorial, regionalização, hierarquização, descentralização, adstrição da população, integralidade da assistência, acessibilidade, participação comunitária e coordenação intersetorial. No que se refere à intersetorialidade, o autor a define como um mecanismo que

(...) visa aproximar as instituições que lidam com fatores relacionados à saúde e que podem colaborar dentro das suas atribuições para elevar o nível de saúde da população. Tal coordenação deverá dar-se a níveis central, regional e local. (Feix, s/d, p.10-2)

Assim, o autor toma a intersetorialidade como um dos elementos centrais para a operacionalização da APS nos serviços de saúde, compreendendo-a como a capacidade de articular os vários setores presentes tanto no nível mais operacional, local onde as ações de saúde são ofertadas à população, como nos níveis regional e central, com uma dimensão mais voltada ao planejamento e com potencialidade de articular setores fundamentais que podem desencadear mudanças mais efetivas e duradouras para o setor saúde. Cita ele que setores como a educação, agropecuária, ambiente e habitação são parceiros importantes na concretização de ações pensadas do ponto de vista político.

Sob este prisma a intersetorialidade, além de estar em intrínseca consonância com a amplitude do objeto saúde, tem como preceito a reestruturação e reunião de vários saberes e setores no sentido de um olhar mais adequado e menos falho a respeito de um determinado objeto, proporcionando uma melhor resposta aos possíveis problemas encontrados no dia-a-dia.

Para Starfield (2002), os serviços de saúde possuem duas metas essenciais: uma é a maximização de todo o conhecimento disponível sobre as enfermidades, bem como o manejo das doenças e a maximização da saúde em prol da população, a outro é diminuir as disparidades entre os subgrupos

populacionais, mantendo a equidade em relação ao acesso aos serviços de saúde e ao alcance de um ótimo nível de saúde. Para tanto, compreende a APS como

(...) aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. (Starfield, 2002, p.29)



Assim, Starfield (2002) toma a APS como um conjunto de relações que abarcam tanto o nível de atenção local, do qual o sujeito ou a população faz uso, assim como procura relacioná-la a um conjunto maior de relações que extrapola ao que denomina de porta de entrada do sistema de saúde. Starfield comenta que ela deve preocupar-se em integrar a atenção quando existe mais de um problema de saúde e em especial entender o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde. A autora deixa claro que uma das preocupações da APS é organizar e racionalizar o uso de todos os recursos disponíveis, tanto básicos como especializados que possam prevenir, promover, manter e melhorar o nível de saúde das pessoas. Assim sendo, reforça as idéias sobre a intersectorialidade defendidas por Mendes (2002) e Feix (s/d).

Estamos vivendo um momento de transição em que se procura estruturar os serviços de saúde de acordo com princípios que auxiliem na direção de um modelo de atenção que seja mais equânime, buscando dividir, com os outros setores que mantêm relações com o setor saúde, a atenção e as responsabilidades pelas mudanças necessárias (Junqueira, 2000). A reorganização implica não somente mudança de atenção, mas também reorientação da formação dos profissionais de saúde e dos demais setores que contemple uma abordagem sistêmica em que

as partes são estudadas profundamente em suas interações(...). Isso é complexo. Em vez de resolver cada probleminha isolado e ir somando soluções para resolver o problema maior ... o que eu faço é estudar as interações entre as partes. (Arguello, 1995, p.31)

O modo com que organizamos e oferecemos serviços de saúde à população pode transformar as práticas dominantes, fragmentadas e excludentes, e conferir maior integralidade, equidade e dignidade ao cuidado de saúde. Essa dialética entre as necessidades e o modo de organização dos serviços confirma o potencial de mudança da estratégia de saúde da família. (Peduzzi, 2001, p.3)

Deste modo, a idéia de equipe também começa a ser introduzida, não mais

como vários profissionais trabalhando em um mesmo lugar sem articulação, ainda que trabalhando num mesmo caso, mas sim um grupo de pessoas que, juntas, resolvem articuladamente os problemas que surgem no local em que trabalham. Resolver um problema por partes não é errado, errado é reunir as conclusões e os fatos dando seqüência sem analisá-los (Arguello, 1995). Nem sempre as relações da equipe são harmônicas, mas deve ocorrer o enfrentamento dos possíveis desentendimentos, para que se possa resolver, da melhor forma, as situações de trabalho que estão ligadas à responsabilidade social e à saúde da população; afinal, “*a equipe responde pela obtenção dos resultados esperados frente às necessidades de saúde de cada usuário, família e comunidade*” (Peduzzi, 2001, p.5).

Quando o trabalho não é em equipe, as pessoas trabalham apenas o suficiente para receber o salário, pois não se sentem parte importante do trabalho, muitas vezes sendo impedidas de dar opiniões e de agir espontaneamente (com criatividade), sentindo-se insatisfeitas (Peduzzi, 2001). O trabalho em equipe ainda facilita a construção das redes, que podem ser definidas como o trabalho coletivo, articulação de diversos sujeitos e serviços para produzir transformações. “*São, portanto, heterogeneidades, que se articulam e se organizam*” (Rovere apud Feuerwerker & Sousa, 2000, p.51). E, para isso, é essencial o desenvolvimento de vínculos que, segundo Feuerwerker & Sousa (2000), desenvolvem-se em diferentes níveis de complexidade, sendo

o primeiro nível dessa relação é o do reconhecimento: reconhecimento do outro como par, como interlocutor, com direito a existir e emitir opiniões. O segundo é o do conhecimento quem é o outro e como vê o mundo. O terceiro é o da colaboração: depois de conhecido o outro criam-se vínculos de reciprocidade e colaboração. A este, segue-se a cooperação, que já é um processo mais complexo porque implica a existência (ou a identificação de um problema comum) e uma forma sistemática e estável de atividades. Por fim, há o nível de associação com contratos ou acordos e utilização conjunta de recursos. Para trabalhar em rede é indispensável que se abandonem as posturas competitivas e as convicções dos que acham que eles mesmos, ou sua equipe, são os únicos capazes de produzir idéias e soluções inteligentes. É importante, então, estar-se permeável, estar-se aberto à reflexão crítica e ao reconhecimento das qualidades de outras experiências. (Feuerwerker & Sousa, 2000, p.51)



Grandes mudanças devem ser efetuadas em todos os setores da sociedade, bem como na formação e no entendimento dos profissionais, para que possa ocorrer a transformação desejada no setor saúde, a fim de chegarmos a um atendimento adequado às necessidades de toda a população, diminuindo a demanda nos serviços de pronto-atendimento, prevenindo problemas e promovendo saúde, condições adequadas de sobrevivência, com o mínimo de dignidade para todos.

**Percurso metodológico: o Discurso do Sujeito Coletivo**

Utilizando uma abordagem qualitativa, o objetivo deste trabalho foi analisar como os enfermeiros dos núcleos de Saúde da Família compreendem e implementam a questão da intersectorialidade na resolução dos problemas diários da população para a qual prestam serviços. Como instrumento de levantamento de dados usou-se a entrevista semi-estruturada, em quatro unidades de Saúde de Família do Centro de Saúde Escola de Ribeirão Preto. O procedimento de ordenação de dados foi o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) (Lefevre & Lefevre, 2000), que tem como forma de análise a extração das Idéias Centrais (IC) e respectivas Expressões Chaves (ECH) de cada depoimento para, com essas duas, compor um ou vários discursos-síntese, denominado Discurso do Sujeito (DSC).

Para Lefevre & Lefevre (2000, p.3) a IC é entendida como *“a(s) afirmação(ões) que permite(m) traduzir o essencial do conteúdo discursivo explicitado pelos sujeitos em seus depoimentos”*. É, portanto, a expressão lingüística que vai revelar ou descrever, de maneira sintética e precisa, o sentido e tema das ECH de cada um dos depoimentos orais.

As ECH, para Lefevre & Lefevre (2000), são fundamentais para a confecção do DSC, portanto, é necessário que sejam coletadas com rigor e observação. Elas são constituídas pelas transcrições literais de parte dos depoimentos orais, que permitem o resgate daquilo que é essencial do conteúdo discursivo e correspondem, em geral, às questões centrais da pesquisa. Elas representam a veracidade do depoimento oral, que permite ao leitor realizar uma comparação entre um trecho selecionado com as afirmativas reconstruídas e julgar pertinente ou não a forma de traduzir discursivamente a IC.

O DSC é, segundo Lefevre & Lefevre (2000, p.18), a principal das figuras metodológicas e, portanto, deve-se ter um cuidado mais profícuo ao compô-lo; busca *“resgatar o discurso como signo de conhecimento dos próprios discursos”*. No entanto, não podemos pensar que com o DSC exista uma simples categoria unificadora dos discursos dos sujeitos, mas sim, o que se preza é justamente o inverso, pois toma como preâmbulo *“reconstruir, com pedaços de discursos individuais, como em um quebra-cabeça, tantos discursos-síntese quanto se julgue necessário para expressar uma dada ‘figura’, ou seja, um dado pensar”* (Lefevre & Lefevre, 2000, p.19).

O DSC tem como finalidade, enquanto estratégia metodológica, visualizar com maior clareza uma dada representação que surge a partir de uma forma concreta do pensamento nos discursos dos sujeitos. Sua elaboração segue uma lapidação analítica de decomposição e é caracterizado, inicialmente, pela seleção das principais Idéias Centrais presentes nos discursos individuais e constituídos, posteriormente, em um único discurso, dando a idéia de que todos estão representados por uma única pessoa.

Quando o sujeito coletivo é expresso por meio de vários discursos, isto pode significar duas coisas: *“a presença na cultura de um mesmo discurso complexo que, didaticamente, é preciso separar em mais de um discurso, ou a presença, na cultura, de discursos conflitantes que, também didaticamente, é preciso separar”* (Lefevre & Lefevre, 2000, p.3).

Torna-se claro que no DSC estão reunidas todas as possibilidades imaginárias do discurso dialético, oferecidas por uma cultura presente na

sociedade e difundida entre seus membros numa determinada temporalidade e sobre um determinado tema. Se em algum momento faz-se necessário o desmembramento deste DSC global em outros DSCs, a finalidade é de tornar mais compreensível a leitura dos mesmos.

As entrevistas foram, primeiramente, agendadas por telefone com os enfermeiros em seu local de trabalho e, depois, realizadas, com duração média de trinta minutos, sendo o termo de consentimento assinado no mesmo local. As mesmas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra, passando-se a uma leitura exaustiva destas buscando as IC e suas ECH, a fim de compor o DSC.

A segunda parte consistiu em leituras bibliográficas norteadas pelas possibilidades de análise e interpretação de textos (Severino, 1996), que ofereceram embasamento para a construção do referencial teórico, discussão dos discursos e conclusão do trabalho.

## Resultados e discussão

Passamos a discutir os Discursos dos Sujeitos Coletivos, objeto deste trabalho.

### DSC 1

#### **Tema: Intersetorialidade é um desafio à assistência à saúde.**

Trabalhar com intersectorialidade é uma coisa difícil, pois os setores ainda trabalham isoladamente; não há uma cultura de cooperação e de complementaridade. Também os sujeitos trabalham de forma fragmentada e o trabalho em equipe ainda é compartimentalizado, assim como a organização dos serviços de saúde. As pessoas não enxergam a saúde com uma visão mais ampla e as que pertencem a outros setores ainda acham que não fazem parte da saúde. A intersectorialidade é complexa porque não jogamos a bola para frente. Em outros modelos de atendimento a gente ligaria para o disque denúncia e passaria o caso para frente, hoje, os chamamos para discutir. Tem sido uma experiência legal. A gente busca o novo.

### IC

1. Os serviços de saúde e os sujeitos atuam de forma fragmentada.
2. O trabalho em equipe ainda é compartimentalizado.
3. Em outros modelos a gente passaria o caso para frente.

Discutir a intersectorialidade é complexo e o discurso retrata essa afirmação. Ele revela um modelo de atenção predominante no setor saúde, o biomédico. A dificuldade de se incorporar a prática da intersectorialidade nas ações cotidianas é visível, porém não compreensivo para os sujeitos da pesquisa. É possível identificar indícios de potencialidades em relação à prática da intersectorialidade mas, no entanto, o discurso revela alguns equívocos conceituais sobre a mesma. Muito do que se apresenta nos discursos são conceitos e práticas da interdisciplinaridade e não da intersectorialidade, pois falam das relações entre sujeitos sociais, entre equipe e entre níveis de atenção nos serviços de saúde. Esta confusão conceitual é possível de ser percebida em todos os discursos neste trabalho.

Identifica-se que a complexidade do trabalho na saúde requer responsabilização perante a determinadas situações e isso tem provocado a



busca de determinadas parcerias com outros setores para a resolutividade ou amenização das necessidades que chegam até as equipes. Tem-se com isso uma explicitação da liderança que o setor saúde apresenta em relação aos demais setores sociais. No entanto, é possível perceber que a busca das articulações permanece no âmbito individual e não no institucional como é previsto numa política intersetorial.

Nesse sentido, Westphal & Mendes (2000, p.60) reiteram a recomendação da organização Panamericana da Saúde que a “*ação intersetorial demanda da área da saúde não somente iniciativas, mas sobretudo receptividade*”. Comentam as autoras que a prática das articulações entre setores deve ser permeada por um pensamento e uma coordenação intersetorial para operar projetos interesetorias.

Portanto, discutir intersetorialidade é muito mais amplo que as relações interdisciplinares ou dentro dos níveis de atenção, equívoco plausível quando a relação do trabalho em saúde é comparado segundo o modelo fragmentado ainda presente na organização dos serviços de saúde. Segundo Mendes (2002), os sistemas fragmentados caracterizam-se por uma atenção descontínua, havendo, com frequência, uma forte polarização entre um ou outro ponto de atenção, em especial, pela ausência de integração e ineficiência de comunicação intra-setorial e entre os demais setores sociais.

Assim, fica contundente o problema da fragmentação dos serviços de saúde e dos setores da sociedade, demonstrando claramente a falta de organização dos mesmos, atuando sem uma política mais abrangente que preconize uma integração entre vários setores. Além disso, como aparece nos discursos, não havendo integração entre os setores, o alcance da intersetorialidade permanece como uma tarefa penosa e um trabalho desenvolvido de forma solitária.

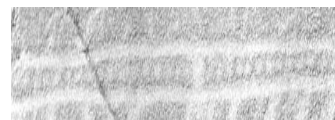
De modo geral, existe uma insatisfação presente no cotidiano dos profissionais de saúde em relação à atenção prestada aos usuários, pois há percepção de que não se dá conta de tudo, e que, muitas vezes, não se conclui a atenção satisfatoriamente, ou seja, a resposta que se dá aos problemas nem sempre é a melhor, nem sempre é integral. Nesse sentido, a construção de um projeto mais amplo, mais efetivo e que possa agregar setores distintos e saberes específicos, é sem dúvida mais coerente do que o trabalho parcelar ou isolado.

Nenhum setor da sociedade consegue resolver sozinho todos os problemas e é por isso que propostas que tomam o eixo da transdisciplinaridade, intersetorialidade e interdisciplinaridade têm surgido como alternativas para a resolução dos problemas das populações. Neste sentido, a interdisciplinaridade é vista como

uma negociação entre diferentes pontos de vista, para decidir sobre a representação considerada adequada tendo em vista a ação. Nesse caso é preciso aceitar confrontos de diferentes pontos de vista e tomar uma decisão que, em última instância, não decorrerá de conhecimentos, mas de um risco assumido, de uma escolha finalmente ética e política. (Fourez, 1995, p.137)



De modo geral, percebe-se que a consciência da ação setorial está mais clara no setor saúde. A compreensão da determinação social do processo saúde - doença, a percepção muito clara do impacto de ações não especificamente setoriais sobre a saúde - tais como saneamento básico e urbanização - e da impotência setorial diante de problemas como a morbidade e mortalidade por causas externas, fazem com que o setor saúde esteja mais mobilizado para propor a ação e a articulação intersetorial. (Feuerwerker & Costa, 2000, p.28)



Se, por um lado, existe fragmentação em relação à ação e à atenção nos serviços de saúde com os demais serviços e setores, de outro lado é possível também percebê-la refletida nos espaços de trabalho dos próprios profissionais desta área, em especial naquelas unidades em que atuam equipes de especialistas, com um mesmo objetivo final, que é prestar atenção às necessidades dos usuários e da comunidade, mas que no geral funcionam com interações pontuais, sem inter-relações entre esses saberes. Se, por um lado, a pontualidade tem sido a forma de atenção, por outro, esquece-se que os problemas de saúde não são necessidades prontas, mas em geral construídas pelos indivíduos, na sociedade,

a depender do modo de organização social e das concepções predominantes do processo saúde - doença. As necessidades de saúde são sempre expressão social e coletiva, embora se manifestem concretamente de forma individual, em cada um dos sujeitos portadores de necessidades. (Mendes-Gonçalves, apud Peduzzi, 2001, p.3)

Da mesma forma podemos conceber que as intervenções realizadas para a resolutividade dessas necessidades não estão prontas, mas devem ser construídas a partir delas, garantindo o caráter coletivo, não excluindo as peculiaridades dos sujeitos que também são individuais. Por isso a importância de se analisar a forma como organizamos e prestamos cuidados à saúde da população, no sentido de que se pode, assim, transformar o modelo fragmentado e excludente de atenção aos problemas sociais, questionando e reformulando o modo isolado de ação dos profissionais por meio da estratégia da intersetorialidade que, segundo Junqueira & Inojosa (apud Junqueira, 2000, p.42), é a “*articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeito sinérgicos em situações complexas visando o desenvolvimento social, superando a exclusão social*”. Interação esta que deve ser realizada, também, com outros serviços a fim de que se potencialize as ações.

Além disso, é de extrema importância não se esquecer de considerar o usuário, que deve participar ativamente, das decisões que lhe dizem respeito, ou seja “*a população deve ser considerada sujeito e não objeto de intervenção*” (Junqueira, 2000, p.43).

A desigualdade hierárquica dos membros da equipe também contribui para a compartimentalização e para o aumento dos conflitos.

A retórica da colaboração defende que os atores são iguais, isto é, tem igual poder de colaborar entre si; no entanto estamos falando aqui da lógica da parceria, que envolve a idéia de conflito, considerando que os atores têm graus bastante variados de condições de poder, devido as iniquidade estruturais subjacentes, tais como acesso ao dinheiro, informação e poder. (Goumans apud Westphal & Mendes, 2000, p.55)

Nesse sentido, as equipes multiprofissionais devem rever o modo como vêm atuando, com a finalidade de modificar sua visão de intervenção fragmentada, compartimentalizada e especializada, mudando para uma política governamental com base intersetorial, utilizando a articulação de planos e o compartilhamento de informações entre população e atores sociais envolvidos (Inojosa apud Westphal & Mendes, 2000).

## DSC 2

### **Tema: A informalidade tem sido o princípio do trabalho intersetorial.**

A intersetorialidade é uma inovação para a assistência à saúde. Não é possível que a Saúde da Família de conta de tudo, mas é possível potencializar o trabalho com outros setores. Conforme vão surgindo as necessidades a gente vai fazendo os contatos e as portas vão se abrindo. Se a gente conhece as pessoas e o trabalho, na hora de discutir um caso, o canal já esta aberto; pois é no micro espaço, que você sente a necessidade de costurar as ações com os outros saberes. A forma de construir (a articulação intersetorial) começa na informalidade e na demanda de cada profissional. Ainda é uma coisa meio doméstica, e a cada momento a gente está tentando construir isso.

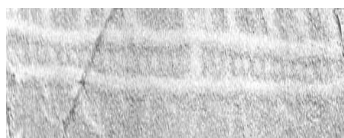
## IC

1. A intersetorialidade é uma inovação para a assistência à saúde.
2. A demanda impulsiona a busca pelas ações e contatos intersetoriais.

O discurso remete a pensar que há caminhos para romper velhos problemas presentes no cotidiano do trabalho no setor saúde, como a onipotência do saber dos trabalhadores do setor, oferecendo respostas às ações de saúde que tenham consonância com as expectativas dos usuários, fazendo uma interlocução, mesmo que incipiente, com os demais setores sociais. Segundo as falas, é no micro espaço que as soluções precisam ser dadas e é neste movimento que surgem potencialidades e criatividade para a resolução de problemas mais individualizados.

Pelas falas dos sujeitos, a intersetorialidade parece ser um grande potencial na articulação de saberes, e revela novamente aqui uma certa confusão operacional da intersetorialidade. É atribuída como uma tarefa individual dos profissionais, perante os problemas que vão surgindo e dependendo do empenho de cada um. Esta dificuldade de perceber a intersetorialidade como um recurso institucional e não particularizado da equipe de saúde remete a um movimento pendular, em que o pêndulo sempre voltará ao mesmo ponto de partida quando novos problemas surgirem.

Assim, a intersetorialidade incorpora, além da resolução de necessidades



individualizadas, idéias de integração, de território, de equidade ou seja, a noção de direitos sociais. Portanto, ela constitui uma concepção ampliada de planejamento, execução e controle da prestação de serviços, com objetivo de garantir acesso igual aos desiguais, pressupondo alterar todas as formas de articulação nos diversos pontos de organização governamental e de interesses (Junqueira, 2000).

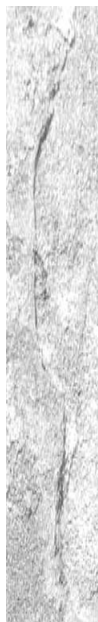
Para o autor, ao se instituir esses processos, as necessidades dos grupos passam a ser articuladas na busca de soluções intersetoriais, fato que remonta a entender a população como sujeito e não como objeto de intervenção; portanto, inverte-se a lógica da política social, que extrapola a visão da carência, do suprimento das necessidades mais individualizadas, para a ampliação dos direitos dos cidadãos a uma vida com melhor qualidade.

A idéia da construção do novo, presente no discurso, pode estar circunstanciada pela inserção dos sujeitos em um projeto de trabalho voltado à construção de um novo modelo assistencial e superação do atual modelo de organização das práticas de saúde, ponto que deve ser valorizado visto que pode criar novos espaços de interlocução e escuta que viabilizem canais de compartilhamento de soluções, a partir de novas culturas de apreensão de conhecimentos e resolução de problemas sociais. “*Os caminhos da construção da intersetorialidade são tortuosos, pois o novo é novo, mas também é incompleto, cheio de imperfeições e desafios, vem sempre carregado do velho e precisa sempre ser reinventado outra vez*” (Feuerwerker & Costa, 2000, p.29).

Aparece então a necessidade de criar espaços de discussões democráticas, nos quais possam ser expostos os problemas e as idéias, discutindo-se e analisando-se cada um, a fim de se chegar a possíveis caminhos para a resolução de determinados problemas. O espaço da intersetorialidade, é “*de compartilhamento de saber e de poder, de construção de novas linguagens, de novos conceitos que não se encontram estabelecidos ou suficientemente experimentados*” (Feuerwerker & Costa, 2000, p.29).

A possibilidade de articulações intersetoriais favorece a possibilidade de olhar diferente um mesmo objeto e, neste sentido, esses espaços e essas trocas de experiências têm se dado mediante a construção de parcerias entre diferentes segmentos de instituições de ensino e de serviços e organizações comunitárias; entretanto, a profundidade e os avanços das articulações intersetoriais são diferentes em cada projeto: “*alguns processos são pontuais e incipientes, outros, mais abrangentes e globais*” (Feuerwerker & Costa, 2000, p.26).

Isso nos remete a pensar sobre as contribuições de Starfield (2002) em relação às características preconizadas para a APS, essenciais, para a produção de uma assistência integral, de forma resolutive e com possibilidades de implementar mudanças significativas na vida dos usuários. São elas: primeiro contato, longitudinalidade, abrangência e coordenação (ou integração), tendo esta como atributos a acessibilidade, a integralidade, a coordenação, a continuidade e a responsabilidade, que, juntas, permitem a prestação de um serviço de maior qualidade e com amplitude de contemplação das necessidades da população alvo, previamente adstrita ao



serviço (Starfield, 2002).

Segundo a Carta para Clínica Geral/ Medicina da Família de um grupo europeu da OMS , o papel da APS é reconhecido como

um sistema de atenção que oferece atendimento acessível e aceitável para os usuários; assegura a distribuição equitativa de recursos de saúde; integra e coordena serviços curativos, paliativos, preventivos e promotores de saúde, controla de forma racional, a tecnologia da atenção secundária e os medicamentos; e aumenta a relação custo-efetividade dos serviços. (OMS apud Starfield, 2002, p.52)

Com esse eixo de trabalho, o profissional e sua equipe têm condições de oferecer um cuidado de melhor qualidade, para sua população adstrita, se forem considerados os seguintes critérios: número de profissionais por equipe, perfil adequado para trabalho comunitário, capacidade para reconhecimento dos problemas de saúde e criatividade para resolução dos mesmos.

Portanto, embora bastante inovadora para o setor saúde, a intersectorialidade deverá fazer parte da agenda e da cultura das organizações e políticas sociais, superando a perspectiva intra-setorial, pautada na dimensão assistencial com pouca articulação intersectorial.

### **DSC3**

**Tema: intersectorialidade requer formar uma grande rede.**

É um dos pressupostos do trabalho em Saúde da Família, e é algo que a gente a todo o momento está construindo; porque existem dificuldades na formação, capacitação e articulação dos sujeitos, além da pouca articulação nas políticas sociais em prol de um objetivo único; a gente não tem também um pleno conhecimento do trabalho que os outros setores desenvolvem, e muitas vezes fazemos atividades paralelas. Precisamos aprender o que o outro está querendo dizer e muitas vezes é por falta de disponibilidade mesmo, pois sentar, ouvir e discutir os diversos olhares em cima de um objeto e a partir daí tomar uma decisão conjunta, é algo que nunca fizemos antes, é difícil aprender assim. É só fazendo para ver o que vai dar.

### **IC**

1. É um trabalho novo que está sendo construído e requer a formação de uma rede de apoio.
2. Precisamos aprender o que o outro está querendo dizer.

Esse discurso enfatiza que um dos objetivos da intersectorialidade é a formação de uma rede, conceito que extrapola a articulação apenas do trabalho em equipe ou setorial, procurando ampliar a idéia particularizada em prol de uma articulação maior. Revela, também, as dificuldades em relação à própria formação dos sujeitos envolvidos no processo, o que caracteriza uma imprecisão conceitual sobre intersectorialidade pois atribui responsabilização maior aos trabalhadores da saúde no empenho para a efetivação da mesma na perspectiva de rede.

As idéias consagradas pela óptica do pensamento positivo, notoriamente

marcado pelas certezas, começa a ceder lugar para as interações dinâmicas e transformações. Assim, a complexidade da realidade social e as incertezas advindas do imenso universo e das particularidades que compõem a singularidade do adoecer humano requerem criatividade e compreensão para buscar soluções de maneira compartilhada entre organizações (Junqueira, 2000).

As redes articulam pessoas e instituições que buscam soluções de maneira compartilhada, na superação de problemas sociais. Nesse sentido, as redes devem ser orientadas na sua ação, buscando respeitar a autonomia e as diferenças de cada membro partícipe (Junqueira, 2000). É uma preocupação expressa pela fala dos sujeitos da pesquisa, quando trazem para a discussão a necessidade de incorporação de novas tecnologias para operar o trabalho, por meio da escuta e da sustentabilidade na compreensão do que está sendo dito pelo outro.

Quanto mais heterogêneo e mais bem organizado o grupo, maior a riqueza da sua produção, ou seja, as partes que constituem a rede são interdependentes para conseguir os objetivos em torno dos quais se articulam (Feuerwerker & Sousa, 2000) e, por isso, é necessário ocorrer um entendimento entre os membros das equipes quanto à organização do serviço, na distribuição de tarefas, respeitando as competências técnicas, promovendo momentos para a discussão das atividades a serem implementadas, além de respeito mútuo dos profissionais, pelo exercício constante de reconhecimento de suas diferenças, possibilitando a identificação de elementos de interesse comum, firmando uma aliança, extremamente lucrativa, que potencializa o trabalho. Segundo Salazar (1999, p.14)

a saúde foi definida como o resultado da capacidade dos povos para criar e manter ambientes saudáveis. Isso significa que a responsabilidade pela saúde transcende o setor saúde e a atenção à doença, e implica em ações e alianças que comprometam a outros setores instituições e atores sociais.

Nesse sentido, e tomando a saúde como um bem social, a formação de redes oferece potencialidades na operacionalização concreta de práticas eficazes. Também compreendemos que as práticas são reflexos da própria organização dos serviços de saúde, pois espelham o cotidiano do trabalho. Sob este prisma é bom lembrar que o processo de organização dos serviços de saúde, a partir da integração dos mesmos, é uma temática que vem sendo discutida por Mendes (2001) ao relacionar suas potencialidades:

ofertar serviços de saúde às necessidades de uma população adstrita; ampliar pontos de atenção à saúde; ofertar serviços de saúde de forma contínua; melhorar a coordenação e a comunicação horizontais dos diferentes pontos de atenção; garantir que a atenção à saúde seja promovida no lugar certo, no tempo certo, na qualidade certa e com o custo certo; maximizar a eficiência no uso dos recursos; racionalizar a utilização dos



procedimentos clínicos e administrativos; estruturar o auto-cuidado; aumentar a satisfação da população; promover o controle público sobre os sistemas de serviços de saúde e de assistência social e integrar, intersetorialmente, o sistema de saúde com outras políticas públicas. (Mendes, 2001, p.103-4)

Em consonância com o próprio discurso dos sujeitos, a discussão de Mendes nos remete a compreender que o desempenho satisfatório das ações de saúde tem relações intrínsecas com vários fatores que se articulam entre si e com os demais. Há, portanto, necessidade para construir o novo, tendo como eixo estrutural a intersetorialidade, de buscar, antes de tudo, a viabilização da “(...) *articulação de instituições que se comprometem a superar de maneira integrada os problemas sociais*” (Junqueira, 2000, p.39), formando as redes que são construídas por sujeitos sociais autônomos, com objetivos compartilhados norteados suas ações, respeitando a individualidade e a autonomia de cada membro, demonstrando a importância de as instituições públicas desenvolverem seus saberes e o compartilharem com o grupo de forma integrada, a serviço do interesse coletivo.

Segundo Feuerwerker & Sousa (2000, p.51)

É bem verdade que o processo de trabalho em rede exige, por parte dos atores sociais envolvidos nessa tarefa, o exercício permanente de revisão de valores, atitudes e compromisso, base para a disposição de construir e partilhar conhecimentos e saberes.

Para Feuerwerker & Costa (2000, p.29) “*há necessidade de um exercício permanente de paciência e de negociação, pois ninguém está acostumado a ficar pensando no assunto que é do outro*”. A rede de organizações estabelece acordos de cooperação, reciprocidade e alianças que permitem a reflexão e as práticas cotidianas presentes em vários setores sociais articulados com a saúde humana. Para tanto, conforma uma construção coletiva que se define enquanto é realizada, mediante acordos e parcerias entre sujeitos individuais ou coletivos em prol de objetivos comuns (Junqueira, 2000).

A noção de rede como um emaranhado de relações das quais os indivíduos constituem os nós, significa uma transformação de idéias sobre organização social. Rede social é entendida como “*o campo presente em determinado momento, estruturado por vínculos entre indivíduos, grupos e organizações construídos ao longo do tempo*” (Marques, 1999, p.46), podendo esses vínculos serem de natureza intencional ou não, mantendo-se em constante interação e modificação, demonstrando a característica dinâmica das redes e relações, tanto como das políticas sociais (Junqueira, 2000).

Isso confirma as palavras de Junqueira (2000, p.40) ao relatar que “*a rede pode resultar um saber intersetorial, ou mesmo transectorial, que transcende as relações intersectoriais na construção de novos saberes, de*

*novos paradigmas*”.

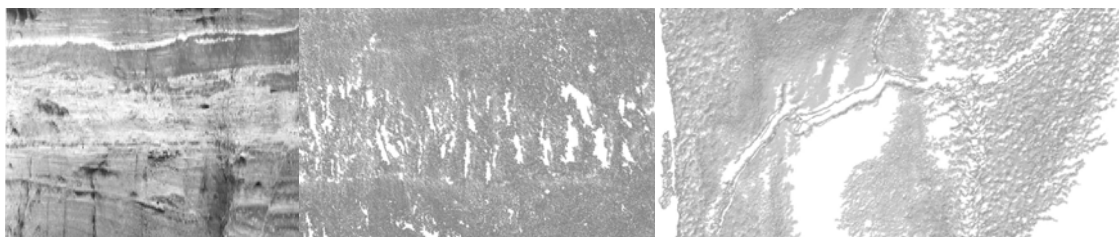
Portanto, percebe-se as dificuldades de compreensão e efetivação do novo paradigma para a assistência à saúde na fala dos profissionais. Há necessidade de mudança e de uma articulação com outros setores e políticas sociais para melhoria das condições de trabalho e pela luta de seus ideais e direitos dos cidadãos, com análise crítica do que se busca. É também necessário amadurecimento social.

### **Considerações finais**

Percebe-se, nos discursos dos enfermeiros, que a intersectorialidade é um desafio a ser conquistado, porém pouco compreendido em termos conceituais. Existem dificuldades em relação a este conceito que, muitas vezes, é confundido com o da interdisciplinaridade e compreendido e situado para o desenvolvimento das ações de saúde no trabalho em equipe ou apenas setorial, a partir dos níveis de atenção. Também é possível apreender nos discursos que as concepções sobre intersectorialidade são, em grande parte, atributos de processos individualizados e de função precípua dos sujeitos ou trabalhadores do setor saúde, traduzido pelo sentimento e pela crença de que é um trabalho que se opera na informalidade, portanto, doméstico.

Essa informalidade é percebida quando os sujeitos convergem na idéia de que a busca por soluções dos problemas está, na grande maioria das vezes, pautada por necessidades individualizadas, o que se contrapõe à noção de intersectorialidade discutida por Junqueira (2000), quando refere que a prática intersectorial requer uma ampla negociação, alcançando uma dimensão transectorial a partir das possibilidades de criar novos olhares e instaurar novos valores, considerando o respeito às diferenças e a incorporação das contribuições de cada política social na compreensão e na superação dos problemas sociais.

Necessitamos incorporar, com maior clareza, as discussões sobre a intersectorialidade na prática cotidiana dos profissionais da saúde, tendo em vista situar o setor saúde como uma área estratégica para o desenvolvimento de novas alianças ou parcerias sem, contudo, atribuir a responsabilização somente aos trabalhadores. Assim, poderemos incorporar, definitivamente, que o Sistema Único de Saúde possui a missão da promoção da saúde, cuja dimensão precisa ser resgatada como parte maior de uma sociedade solidária (Junqueira, 2000). Desta forma, também entendemos que a intersectorialidade é um conceito que necessita ser problematizado e investigado junto ao setor da saúde.





**Referências**

- ARGUELLO, C. A avaliação. In: NOGUEIRA, A. (Org.) **Contribuições da interdisciplinaridade para a ciência, para a educação, para o trabalho sindical**. Petrópolis: Vozes, 1995. p.29-45.
- CAMPOS, G. W. D. **Um método para análise de co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.
- FEIX, R. **Atenção primária à saúde: conceituação e evolução histórica**. Uberlândia: Departamento de Clínica Médica, Centro de Ciências Biomédicas, Universidade Federal de Uberlândia, s/d. (mimeogr.)
- FEUERWERKER, L. C. M.; COSTA, H. Intersetorialidade na Rede Unida. **Divulg. Saúde para Debate**, n.22, p.25-35, 2000.
- FEUERWERKER, L. C. M.; SOUSA, M. F. Em busca de um novo paradigma: a arte de trabalhar em rede. **Divulg. Saúde para Debate**, n.21, p.49-53, 2000.
- FOUREZ, G. **A construção das ciências: introdução à filosofia e à ética das ciências**. São Paulo: Ed. Unesp, 1995.
- JUNQUEIRA, L.A.P. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. **Rev. Adm. Pública**, v.34, n.esp., p.35-45, 2000.
- LEFÈVRE F; LEFÈVRE, A.M.C. Os novos instrumentos no contexto da pesquisa qualitativa. In: LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A.M.C.; TEIXEIRA, J. J. V. (Orgs.) **O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa**. Caxias do Sul: Educs, 2000. cap.1, p.11-35.
- MARQUES, E. C. Redes sociais e instituições na construção do estado e da permeabilidade. Revista Brasileira de Ciências Sociais. **Anpocs**, v.14, n.41, p.45-67, 1999.
- MENDES, E.V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola da Saúde Pública do Ceará, 2002.
- MENDES, E. V. Um novo paradigma sanitário. In: MENDES, E.V. (Org.) **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996. p.233-300.
- PEDUZZI, M. **O enfermeiro no Programa de Saúde da Família**. São Paulo, 2001. (mimeogr.)
- SALAZAR, L. Alianças estratégicas na construção de "saúde para todos": uma visão e missão compartilhadas. In: ALMEIDA, M.; FEUERWERKER, L.; LLANOS, V. C. (Orgs.) **A educação dos profissionais da América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança**. São Paulo: Hucitec, 1999. p.13-8.
- SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Cortez, 1996.
- STARFIELD, B **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde, 2002.
- WESTPHAL, M. F.; MENDES, R. Cidade saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Rev. Adm. Pública**, v.34, n.esp., p.47-61, 2000.



PAULA, K. A.; PALHA, P. F.; PROTTI, S. T. ¿Intersectorialidad: una vivencia práctica o un desafío que se debe buscar? El Discurso del Sujeto Colectivo de los enfermeros en los núcleos de Salud de la Familia del Distrito Oeste - Ribeirão Preto, *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.8, n.15, p.331-48, mar/ago 2004.

El objeto de ese trabajo fue el de entender cómo los enfermeros de los núcleos de Salud de la Familia del Distrito Oeste comprenden la intersectorialidad y buscan la articulación con los equipos sociales en la atención a la salud de la población en sus áreas de actuación. En el recorrido metodológico utilizamos la técnica de ordenación de los datos por medio del Discurso del Sujeto Colectivo. Los resultados muestran que la intersectorialidad es un desafío que se debe conquistar, pues los profesionales y sectores todavía trabajan de forma fragmentada. Se percibe en los testimonios una confusión conceptual sobre intersectorialidad a medida que la asumen como una responsabilidad individual a partir de las demandas individualizadas de los usuarios. De esta forma, identifican la intersectorialidad como un proceso de trabajo difícil y solitario. Además, comprenden la necesidad de crear una red de apoyo para la efectivación de ese principio y creen que es necesario empezar a entender y escuchar la opinión de los otros profesionales y sectores.

**PALABRAS CLAVE:** Intersectorialidad; salud de la familia; promoción de salud; Discurso del Sujeto Colectivo.

Recebido para publicação em 30/07/03. Aprovado para publicação em 15/07/04.