



SL-054AB-21
CÓD: 7908433203612

PENTECOSTE-CE

*PREFEITURA MUNICIPAL DE PENTECOSTE
DO ESTADO DO CEARÁ*

Agente Comunitário de Saúde

EDITAL Nº 001/2021, DE 07 DE ABRIL DE 2021.

Língua Portuguesa

1. Fonética. Encontros Vocálicos e Consonantais. Sílabas e Tonicidade. Divisão Silábica.	01
2. Morfologia. Componentes de um Vocábulo. Classes de Palavras: Substantivo, Artigo, Adjetivo, Numeral, Pronome, Verbo, Advérbio, Preposição, Conjunção e Interjeição.	02
3. Formação das Palavras.	07
4. Significação das Palavras.	07
5. Sintaxe: Concordância Nominal e Concordância Verbal.	08
6. Acentuação Gráfica.	09
7. Interpretação de Texto.	09
8. Ortografia	23

Conhecimentos Específicos Agente Comunitário de Saúde

1. Cadastramento familiar e territorial: finalidade e instrumentos	01
2. Intersetorialidade: conceito e relevância para o trabalho no território.	03
3. Ações Educativas: amamentação, prevenção de drogas, doenças crônicas, nutrição, planejamento familiar, educação sexual e prevenção de DST/AIDS	09
4. Controle Social: participação e mobilização social.	11
5. Família: conceito, tipos e estruturas familiares	13
6. Saúde da Criança: cuidados ao recém-nascido, vacinação, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, programa bolsa família, orientações alimentares para a criança.	14
7. Saúde do adolescente: vacinação, sexualidade, transtornos alimentares	30
8. Saúde do adulto: vacinação, hábitos alimentares saudáveis, doenças crônicas, doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, saúde do homem, saúde da mulher e atenção ao idoso	39
9. Saúde mental: ansiedade, depressão e uso abusivo de álcool e outras drogas	88
10. Violência familiar: violência contra a mulher, a criança, ao adolescente, ao idoso e a pessoas portadores de deficiência física ou mental, e suas prevenções	100
11. Saúde Bucal: cuidados na saúde bucal com criança, adolescentes e adultos	101
12. Proliferação de vetores, pragas e animais peçonhentos: dengue, esquistossomose, toxoplasmose, febre maculosa e raiva	101
13. Estratégia de Saúde da Família	131
14. Noções de Ética e Cidadania	141
15. Políticas de Saúde no Brasil – SUS: Princípios e Diretrizes.	144

FONÉTICA. ENCONTROS VOCÁLICOS E CONSONANTAIS. SÍLABA E TONICIDADE. DIVISÃO SILÁBICA
Fonética

Segundo o dicionário Houaiss, *fonética* “é o estudo dos sons da fala de uma língua”. O que isso significa? A fonética é um ramo da Linguística que se dedica a analisar os sons de modo físico-articulador. Ou seja, ela se preocupa com o movimento dos lábios, a vibração das cordas vocais, a articulação e outros movimentos físicos, mas não tem interesse em saber do conteúdo daquilo que é falado. A fonética utiliza o Alfabeto Fonético Internacional para representar cada som.

Sintetizando: a fonética estuda o movimento físico (da boca, lábios...) que cada som faz, desconsiderando o significado desses sons.

Fonologia

A fonologia também é um ramo de estudo da Linguística, mas ela se preocupa em analisar a organização e a classificação dos sons, separando-os em unidades significativas. É responsabilidade da fonologia, também, cuidar de aspectos relativos à divisão silábica, à acentuação de palavras, à ortografia e à pronúncia.

Sintetizando: a fonologia estuda os sons, preocupando-se com o significado de cada um e não só com sua estrutura física.

Para ficar mais claro, leia os quadrinhos:



(Gibizinho da Mônica, nº73, p.73)

O humor da tirinha é construído por meio do emprego das palavras acento e assento. Sabemos que são palavras diferentes, com significados diferentes, mas a pronúncia é a mesma. Lembra que a fonética se preocupa com o som e representa ele por meio de um Alfabeto específico? Para a fonética, então, essas duas palavras seriam transcritas da seguinte forma:

ACENTO	ASĒTU
ASSENTO	ASĒTU

Percebeu? A transcrição é idêntica, já que os sons também são. Já a fonologia analisa cada som com seu significado, portanto, é ela que faz a diferença de uma palavra para a outra.

Bom, agora que sabemos que fonética e fonologia são coisas diferentes, precisamos de entender o que é fonema e letra.

Fonema: os fonemas são as menores unidades sonoras da fala. Atenção: estamos falando de menores unidades de som, não de sílabas. Observe a diferença: na palavra pato a primeira sílaba é pa-. Porém, o primeiro som é pê (P) e o segundo som é a (A).

Letra: as letras são as menores unidades gráfica de uma palavra.

Sintetizando: na palavra pato, pa- é a primeira sílaba; pê é o primeiro som; e P é a primeira letra.

Agora que já sabemos todas essas diferenciações, vamos entender melhor o que é e como se compõe uma sílaba.

Sílaba: A sílaba é um fonema ou conjunto de fonemas que emitido em um só impulso de voz e que tem como base uma vogal.

A sílabas são classificadas de dois modos:

Classificação quanto ao número de sílabas:

As palavras podem ser:

- Monossílabas: as que têm uma só sílaba (pé, pá, mão, boi, luz, é...)
- Dissílabas: as que têm duas sílabas (café, leite, noites, caí, bota, água...)
- Trissílabas: as que têm três sílabas (caneta, cabeça, saúde, circuito, boneca...)
- Polissílabas: as que têm quatro ou mais sílabas (casamento, jesuíta, irresponsabilidade, paralelepípedo...)

Classificação quanto à tonicidade

As palavras podem ser:

- **Oxítonas:** quando a sílaba tônica é a última (ca-fé, ma-ra-cu-já, ra-paz, u-ru-bu...)
- **Paroxítonas:** quando a sílaba tônica é a penúltima (me-sa, sa-bo-ne-te, ré-gua...)
- **Proparoxítonas:** quando a sílaba tônica é a antepenúltima (sá-ba-do, tô-ni-ca, his-tó-ri-co...)

Lembre-se que:

Tônica: a sílaba mais forte da palavra, que tem autonomia fonética.

Átona: a sílaba mais fraca da palavra, que não tem autonomia fonética.

Na palavra *telefone*: te-, le-, ne- são sílabas átonas, pois são mais fracas, enquanto que fo- é a sílaba tônica, já que é a pronunciada com mais força.

Agora que já sabemos essas classificações básicas, precisamos entender melhor como se dá a divisão silábica das palavras.

Divisão silábica

A divisão silábica é feita pela silabação das palavras, ou seja, pela pronúncia. Sempre que for escrever, use o hífen para separar uma sílaba da outra. Algumas regras devem ser seguidas neste processo:

Não se separa:

- **Ditongo:** encontro de uma vogal e uma semivogal na mesma sílaba (cau-le, gai-o-la, ba-lei-a...)
- **Tritongo:** encontro de uma semivogal, uma vogal e uma semivogal na mesma sílaba (Pa-ra-guai, quais-quer, a-ve-ri-guou...)
- **Dígrafo:** quando duas letras emitem um único som na palavra. Não separamos os dígrafos ch, lh, nh, gu e qu (fa-cha-da, co-lhei-ta, fro-nha, pe-guei...)
- **Encontros consonantais inseparáveis:** re-cla-mar, psi-có-lo-go, pa-trão...)

Deve-se separar:

- **Hiatos:** vogais que se encontram, mas estão em sílabas vizinhas (sa-ú-de, Sa-a-ra, ví-a-mos...)
- Os **dígrafos** rr, ss, sc, e xc (car-ro, pás-sa-ro, pis-ci-na, ex-ce-ção...)
- **Encontros consonantais separáveis:** in-fec-ção, mag-nó-lia, rit-mo...)

MORFOLOGIA. COMPONENTES DE UM VOCÁBULO.
CLASSES DE PALAVRAS: SUBSTANTIVO, ARTIGO, ADJETIVO, NUMERAL, PRONOME, VERBO, ADVÉRBIO, PREPOSIÇÃO, CONJUNÇÃO E INTERJEIÇÃO

CLASSES DE PALAVRAS

Substantivo

São as palavras que atribuem **nomes** aos seres reais ou imaginários (pessoas, animais, objetos), lugares, qualidades, ações e sentimentos, ou seja, que tem existência concreta ou abstrata.

Classificação dos substantivos

SUBSTANTIVO SIMPLES: apresentam um só radical em sua estrutura.	Olhos/água/ muro/quintal/caderno/ macaco/João/sabão
SUBSTANTIVOS COMPOSTOS: são formados por mais de um radical em sua estrutura.	Macacos-prego/ porta-voz/ pé-de-moleque
SUBSTANTIVOS PRIMITIVOS: são os que dão origem a outras palavras, ou seja, ela é a primeira.	Casa/ mundo/ população /formiga
SUBSTANTIVOS DERIVADOS: são formados por outros radicais da língua.	Caseiro/mundano/ populacional/formigueiro
SUBSTANTIVOS PRÓPRIOS: designa determinado ser entre outros da mesma espécie. São sempre iniciados por letra maiúscula.	Rodrigo /Brasil /Belo Horizonte/Estátua da Liberdade
SUBSTANTIVOS COMUNS: referem-se qualquer ser de uma mesma espécie.	biscoitos/ruídos/estrelas/ cachorro/prima
SUBSTANTIVOS CONCRETOS: nomeiam seres com existência própria. Esses seres podem ser animados ou inanimados, reais ou imaginários.	Leão/corrente /estrelas/fadas /lobisomem /saci-pererê
SUBSTANTIVOS ABSTRATOS: nomeiam ações, estados, qualidades e sentimentos que não tem existência própria, ou seja, só existem em função de um ser.	Mistério/ bondade/ confiança/ lembrança/ amor/ alegria
SUBSTANTIVOS COLETIVOS: referem-se a um conjunto de seres da mesma espécie, mesmo quando empregado no singular e constituem um substantivo comum.	Elenco (de atores)/ acervo (de obras artísticas)/buquê (de flores)

NÃO DEIXE DE PESQUISAR A REGÊNCIA DE OUTRAS PALAVRAS QUE NÃO ESTÃO AQUI!

Flexão dos Substantivos

• **Gênero:** Os gêneros em português podem ser dois: masculino e feminino. E no caso dos substantivos podem ser biformes ou uniformes

– Biformes: as palavras tem duas formas, ou seja, apresenta uma forma para o masculino e uma para o feminino: tigre/tigresa, o presidente/a presidenta, o maestro/a maestrina

– Uniformes: as palavras tem uma só forma, ou seja, uma única forma para o masculino e o feminino. Os uniformes dividem-se em epicenos, sobrecomuns e comuns de dois gêneros.

a) Epicenos: designam alguns animais e plantas e são invariáveis: onça macho/onça fêmea, pulga macho/pulga fêmea, palmeira macho/palmeira fêmea.

b) Sobrecomuns: referem-se a seres humanos; é pelo contexto que aparecem que se determina o gênero: a criança (~~o~~ criança), a testemunha (~~o~~ testemunha), o indivíduo (~~a~~ indivíduo).

c) Comuns de dois gêneros: a palavra tem a mesma forma tanto para o masculino quanto para o feminino: o/a turista, o/a agente, o/a estudante, o/a colega.

• **Número:** Podem flexionar em singular (1) e plural (mais de 1).

– Singular: anzol, tórax, próton, casa.

– Plural: anzóis, os tórax, prótons, casas.

• **Grau:** Podem apresentar-se no grau aumentativo e no grau diminutivo.

– Grau aumentativo sintético: casarão, bocarra.

– Grau aumentativo analítico: casa grande, boca enorme.

– Grau diminutivo sintético: casinha, boquinha

– Grau diminutivo analítico: casa pequena, boca minúscula.

Adjetivo

É a palavra invariável que especifica e caracteriza o substantivo: imprensa **livre**, favela **ocupada**. Locução adjetiva é expressão composta por substantivo (ou advérbio) ligado a outro substantivo por preposição com o mesmo valor e a mesma função que um adjetivo: golpe **de mestre** (golpe **magistral**), jornal **da tarde** (jornal **vespertino**).

Flexão do Adjetivos

• **Gênero:**

– Uniformes: apresentam uma só para o masculino e o feminino: homem **feliz**, mulher **feliz**.

– Biformes: apresentam uma forma para o masculino e outra para o feminino: juiz **sábio**/ juíza **sábica**, bairro **japonês**/ indústria **japonesa**, aluno **chorão**/ aluna **chorona**.

• **Número:**

– Os adjetivos **simples** seguem as mesmas regras de flexão de número que os substantivos: **sábio**/ **sábios**, **namorador**/ **namoradores**, **japonês**/ **japoneses**.

– Os adjetivos **compostos** têm algumas peculiaridades: luvas **branco-gelo**, garrafas **amarelo-claras**, cintos da cor de **chumbo**.

• **Grau:**

– Grau Comparativo de Superioridade: Meu time é **mais vitorioso (do) que** o seu.

– Grau Comparativo de Inferioridade: Meu time é **menos vitorioso (do) que** o seu.

– Grau Comparativo de Igualdade: Meu time é **tão vitorioso quanto** o seu.

– Grau Superlativo Absoluto Sintético: Meu time é **famosíssimo**.

– Grau Superlativo Absoluto Analítico: Meu time é **muito famoso**.

– Grau Superlativo Relativo de Superioridade: Meu time é **o mais famoso de** todos.

– Grau Superlativo Relativo de Inferioridade; Meu time é **menos famoso de** todos.

Artigo

É uma palavra variável em gênero e número que antecede o substantivo, determinando de modo particular ou genérico.

• **Classificação e Flexão do Artigos**

– Artigos Definidos: o, a, os, as.

O menino carregava o brinquedo em suas costas.

As meninas brincavam com as bonecas.

– Artigos Indefinidos: um, uma, uns, umas.

Um menino carregava um brinquedo.

Um as meninas brincavam com umas bonecas.

Numeral

É a palavra que indica uma quantidade definida de pessoas ou coisas, ou o lugar (posição) que elas ocupam numa série.

• **Classificação dos Numerais**

– **Cardinais:** indicam número ou quantidade:

Trezentos e vinte moradores.

– **Ordinais:** indicam ordem ou posição numa sequência:

Quinto ano. Primeiro lugar.

– Multiplicativos: indicam o número de vezes pelo qual uma quantidade é multiplicada:

*O **quíntuplo** do preço.*

– Fracionários: indicam a parte de um todo:

***Dois terços** dos alunos foram embora.*

Pronome

É a palavra que substitui os substantivos ou os determinam, indicando a pessoa do discurso.

• Pronomes pessoais vão designar diretamente as pessoas em uma conversa. Eles indicam as três pessoas do discurso.

Pessoas do Discurso	Pronomes Retos Função Subjetiva	Pronomes Oblíquos Função Objetiva
1ª pessoa do singular	Eu	Me, mim, comigo
2ª pessoa do singular	Tu	Te, ti, contigo
3ª pessoa do singular	Ele, ela,	Se, si, consigo, lhe, o, a
1ª pessoa do plural	Nós	Nos, conosco
2ª pessoa do plural	Vós	Vos, convosco
3ª pessoa do plural	Eles, elas	Se, si, consigo, lhes, os, as

• Pronomes de Tratamento são usados no trato com as pessoas, normalmente, em situações formais de comunicação.

Pronomes de Tratamento	Emprego
Você	Utilizado em situações informais.
Senhor (es) e Senhora (s)	Tratamento para pessoas mais velhas.
Vossa Excelência	Usados para pessoas com alta autoridade
Vossa Magnificência	Usados para os reitores das Universidades.
Vossa Senhoria	Empregado nas correspondências e textos escritos.
Vossa Majestade	Utilizado para Reis e Rainhas
Vossa Alteza	Utilizado para príncipes, princesas, duques.
Vossa Santidade	Utilizado para o Papa
Vossa Eminência	Usado para Cardeais.
Vossa Reverendíssima	Utilizado para sacerdotes e religiosos em geral.

• Pronomes Possessivos referem-se às pessoas do discurso, atribuindo-lhes a posse de alguma coisa.

Pessoa do Discurso	Pronome Possessivo
1ª pessoa do singular	Meu, minha, meus, minhas
2ª pessoa do singular	teu, tua, teus, tuas
3ª pessoa do singular	seu, sua, seus, suas
1ª pessoa do plural	Nosso, nossa, nossos, nossas
2ª pessoa do plural	Vosso, vossa, vossos, vossas
3ª pessoa do plural	Seu, sua, seus, suas

• Pronomes Demonstrativos são utilizados para indicar a posição de algum elemento em relação à pessoa seja no discurso, no tempo ou no espaço.

Pronomes Demonstrativos	Singular	Plural
Feminino	esta, essa, aquela	estas, essas, aquelas
Masculino	este, esse, aquele	estes, esses, aqueles

• **Pronomes Indefinidos** referem-se à 3ª pessoa do discurso, designando-a de modo vago, impreciso, indeterminado. Os pronomes indefinidos podem ser variáveis (varia em gênero e número) e invariáveis (não variam em gênero e número).

Classificação	Pronomes Indefinidos
Variáveis	algun, alguma, alguns, algumas, nenhum, nenhuma, nenhuns, nenhuma, muito, muita, muitos, muitas, pouco, pouca, poucos, poucas, todo, toda, todos, todas, outro, outra, outros, outras, certo, certa, certos, certas, vários, várias, várias, tanto, tanta, tantos, tantas, quanto, quanta, quantos, quantas, qualquer, quaisquer, qual, quais, um, uma, uns, umas.
Invariáveis	quem, alguém, ninguém, tudo, nada, outrem, algo, cada.

• **Pronomes Interrogativos** são palavras variáveis e invariáveis utilizadas para formular perguntas diretas e indiretas.

Classificação	Pronomes Interrogativos
Variáveis	qual, quais, quanto, quantos, quanta, quantas.
Invariáveis	quem, que.

• **Pronomes Relativos** referem-se a um termo já dito anteriormente na oração, evitando sua repetição. Eles também podem ser variáveis e invariáveis.

Classificação	Pronomes Relativos
Variáveis	o qual, a qual, os quais, as quais, cujo, cuja, cujos, cujas, quanto, quanta, quantos, quantas.
Invariáveis	quem, que, onde.

Verbos

São as palavras que exprimem ação, estado, fenômenos meteorológicos, sempre em relação ao um determinado tempo.

• Flexão verbal

Os verbos podem ser flexionados de algumas formas.

– **Modo:** É a maneira, a forma como o verbo se apresenta na frase para indicar uma atitude da pessoa que o usou. O modo é dividido em três: indicativo (certeza, fato), subjuntivo (incerteza, subjetividade) e imperativo (ordem, pedido).

– **Tempo:** O tempo indica o momento em que se dá o fato expresso pelo verbo. Existem três tempos no modo indicativo: presente, passado (pretérito perfeito, imperfeito e mais-que-perfeito) e futuro (do presente e do pretérito). No subjuntivo, são três: presente, pretérito imperfeito e futuro.

– **Número:** Este é fácil: singular e plural.

– **Pessoa:** Fácil também: 1ª pessoa (*eu amei, nós amamos*); 2ª pessoa (*tu amaste, vós amastes*); 3ª pessoa (*ele amou, eles amaram*).

• Formas nominais do verbo

Os verbos têm três formas nominais, ou seja, formas que exercem a função de nomes (normalmente, substantivos). São elas infinitivo (terminado em -R), gerúndio (terminado em -NDO) e particípio (terminado em -DA/DO).

• Voz verbal

É a forma como o verbo se encontra para indicar sua relação com o sujeito. Ela pode ser ativa, passiva ou reflexiva.

– **Voz ativa:** Segundo a gramática tradicional, ocorre voz ativa quando o verbo (ou locução verbal) indica uma ação praticada pelo sujeito. Veja:

*João **pulou** da cama atrasado*

– **Voz passiva:** O sujeito é paciente e, assim, não pratica, mas recebe a ação. A voz passiva pode ser analítica ou sintética. A voz passiva analítica é formada por:

Sujeito paciente + verbo auxiliar (ser, estar, ficar, entre outros) + **verbo principal da ação conjugado no particípio + preposição por/ pelo/de + agente da passiva.**

A casa foi aspirada pelos rapazes

A voz passiva sintética, também chamada de voz passiva pronominal (devido ao uso do pronome **se**) é formada por:

Verbo conjugado na 3.ª pessoa (no singular ou no plural) + pronome apassivador «se» + sujeito paciente.

Aluga-se apartamento.

Advérbio

É a palavra invariável que modifica o verbo, adjetivo, outro advérbio ou a oração inteira, expressando uma determinada circunstância.

As circunstâncias dos advérbios podem ser:

– **Tempo:** ainda, cedo, hoje, agora, antes, depois, logo, já, amanhã, tarde, sempre, nunca, quando, jamais, ontem, anteontem, brevemente, atualmente, à noite, no meio da noite, antes do meio-dia, à tarde, de manhã, às vezes, de repente, hoje em dia, de vez em quando, em nenhum momento, etc.

– **Lugar:** Aí, aqui, acima, abaixo, ali, cá, lá, acolá, além, aquém, perto, longe, dentro, fora, adiante, defronte, detrás, de cima, em cima, à direita, à esquerda, de fora, de dentro, por fora, etc.

– **Modo:** assim, melhor, pior, bem, mal, devagar, depressa, rapidamente, lentamente, apressadamente, felizmente, às pressas, às ocultas, frente a frente, com calma, em silêncio, etc.

– **Afirmção:** sim, de veras, decerto, certamente, seguramente, efetivamente, realmente, sem dúvida, com certeza, por certo, etc.

– **Negação:** não, absolutamente, tampouco, nem, de modo algum, de jeito nenhum, de forma alguma, etc.

– **Intensidade:** muito, pouco, mais, menos, meio, bastante, assaz, demais, bem, mal, tanto, tão, quase, apenas, quanto, de pouco, de todo, etc.

– **Dúvida:** talvez, acaso, possivelmente, eventualmente, porventura, etc.

Preposição

É a palavra que liga dois termos, de modo que o segundo complete o sentido do primeiro. As preposições são as seguintes:



Conjunção

É palavra que liga dois elementos da mesma natureza ou uma oração a outra. As conjunções podem ser coordenativas (que ligam orações sintaticamente independentes) ou subordinativas (que ligam orações com uma relação hierárquica, na qual um elemento é determinante e o outro é determinado).

• Conjunções Coordenativas

Tipos	Conjunções Coordenativas
Aditivas	e, mas ainda, mas também, nem...
Adversativas	contudo, entretanto, mas, não obstante, no entanto, porém, todavia...
Alternativas	já..., já..., ou, ou..., ou..., ora..., ora..., quer..., quer...
Conclusivas	assim, então, logo, pois (depois do verbo), por conseguinte, por isso, portanto...
Explicativas	pois (antes do verbo), porquanto, porque, que...

• Conjunções Subordinativas

Tipos	Conjunções Subordinativas
Causais	Porque, pois, porquanto, como, etc.
Concessivas	Embora, conquanto, ainda que, mesmo que, posto que, etc.
Condicionais	Se, caso, quando, conquanto que, salvo se, sem que, etc.
Conformativas	Conforme, como (no sentido de conforme), segundo, consoante, etc.
Finais	Para que, a fim de que, porque (no sentido de que), que, etc.
Proporcionais	À medida que, ao passo que, à proporção que, etc.
Temporais	Quando, antes que, depois que, até que, logo que, etc.
Comparativas	Que, do que (usado depois de mais, menos, maior, menor, melhor, etc.
Consecutivas	Que (precedido de tão, tal, tanto), de modo que, De maneira que, etc.
Integrantes	Que, se.

CADASTRAMENTO FAMILIAR E TERRITORIAL: FINALIDADE E INSTRUMENTOS

Sobre o cadastramento familiar e territorial, podemos afirmar que todos os dados são disponibilizados a partir do Sistema de Informação da Atenção Básica, conhecido também pela sigla SIAB. Tais dados são gerados pelo trabalho diário das equipes de Saúde da Família (ESF) em conjunto com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

As visitas domiciliares realizadas pelas equipes de Agentes Comunitários de Saúde, representam o instrumento principal para que exista o cadastramento das famílias, que identifica a situações de saneamento, saúde, educação e moradia, dando andamento a essa coleta de dados mensalmente.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA CADASTRAMENTO FAMILIAR NOTAS TÉCNICAS

Origem dos dados

Os dados disponíveis são oriundos do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB e gerados a partir do trabalho das equipes de Saúde da Família (ESF) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Os Agentes Comunitários de Saúde, através das visitas domiciliares, fazem o cadastramento das famílias, identificam a situação de saneamento e moradia e fazem o acompanhamento mensal da situação de saúde das famílias. Com base nessas informações e mais os procedimentos realizados pelas Equipes de Saúde da Família na Unidade Básica de Saúde ou no domicílio, as Coordenações Municipais de Atenção Básica fazem mensalmente a consolidação de seus dados e os enviam para as Regionais de Saúde. Daí seguem para as Secretarias Estaduais, sempre fazendo as respectivas consolidações.

As bases estaduais são enviadas mensalmente para o Datasus, quando então é consolidada a base nacional.

É importante esclarecer que os relatórios emitidos pelo SIAB, quando solicitados por Regional, Estado ou Nacional, excluem municípios que não informaram todos os meses do período selecionado, razão pela qual se poderá ter indicadores diferentes no cruzamento das variáveis aqui disponibilizadas, a não ser que se utilize os mesmos critérios.

Crítica dos dados

O Ministério da Saúde, quando disponibiliza os indicadores do SIAB, através de publicações, como por exemplo, o "Sistema de Informação da Atenção Básica - Indicadores 2002", na consolidação por Estado, Região e Brasil exclui municípios que não informaram todos os meses do período. Aplica também uma rotina para a crítica dos dados.

Esta rotina se baseia na definição de critérios, a partir dos quais se define pela inclusão ou exclusão do município na base de dados para análise - "base limpa". Foram definidos critérios de verificação de erros e inconsistências, tanto para a base de dados de cadastro quanto para a base de dados de situação de saúde. Ainda não foram definidos critérios para limpeza da base de dados de produção.

Após aplicação das rotinas de limpeza, obtêm-se duas "bases limpas": a base de cadastro e a base de situação de saúde. A "base limpa" de cadastro exclui os municípios com erros ou inconsistências relacionados a qualquer um dos critérios considerados. A "base limpa" de situação de saúde inclui ou exclui o município com relação a cada um dos indicadores analisados. Vale ressaltar que, como as rotinas são independentes, a exclusão de um município numa das bases não implica na sua exclusão da outra base.

Descrição das variáveis disponíveis para tabulação

Através da Internet, o Datasus disponibiliza as principais informações para tabulação sobre as Bases de Dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), de acordo com a base de dados recebida, sem críticas:

Localidade

Local (município, região metropolitana; microregião, aglomerado urbano, regional de saúde, macrorregional de saúde, UF ou região) onde as ESF e/ou de ACS atuam.

Ano

Ano de competência dos dados. Estão disponíveis dados a partir de 1998. Para cada ano, é apresentada a situação em dezembro, a não ser no ano corrente, quando é apresentada a situação do último mês disponível.

Tipo de equipe

Opção para dados agregados ou em separado referente ao tipo de equipe:

ESF - Equipe de Saúde da Família

ESFSB1 - Equipe Saúde Família com Saúde Bucal Modalidade 1

ESFSB2 - Equipe Saúde Família com Saúde Bucal Modalidade 2

EACS - Equipe de Agentes Comunitários de Saúde

Outros

Modelo de atenção

Opção para dados agregados ou em separado referente aos modelos PACS, PSF e outros.

Zona

Se rural ou urbana ou ambas.

Cadastramento Familiar

O cadastramento das famílias e pessoas das áreas de abrangência do PACS/PSF é realizado no início dos trabalhos das equipes e atualizado anualmente ou sempre que necessário. É consolidado a partir da ficha A.

Nº Famílias

Famílias Cadastradas: total de famílias cadastradas.

Nº Pessoas

Pessoas Cadastradas: total de pessoas cadastradas.

Mulheres <1ano, Mulheres 1a4a, Mulheres 5a6a, Mulheres 7a9a, Mulheres 10a14a, Mulheres 15a19a, Mulheres 20a39a, Mulheres 40a49a, Mulheres 50a59a, Mulheres >60anos

Homens <1ano, Homens 1a4a, Homens 5a6a, Homens 7a9a, Homens 10a14a, Homens 15a19a, Homens 20a39a, Homens 40a49a, Homens 50a59a, Homens >60anos

Número de pessoas cadastradas por sexo (mulheres e homens) nas seguintes faixas etárias:

<1ano - todas as crianças até 11 meses e 29 dias;

1a4a - crianças de 1 ano completo até 4 anos, 11 meses e 29 dias; 5a6a - crianças de 5 anos completos até 6 anos, 11 meses e 29 dias; 7a9a - crianças de 7 anos completos até 9 anos, 11 meses e 29 dias; 10a14a - de 10 anos completos até 14 anos, 11 meses e 29 dias; 15a19a - de 15 anos completos até 19 anos, 11 meses e 29 dias; 20a39a - de 20 anos completos até 39 anos, 11 meses e 29 dias; 40a49a - de 40 anos completos até 49 anos, 11 meses e 29 dias; 50a59a - de 50 anos completos até 59 anos, 11 meses e 29 dias; >60anos - de 60 anos completos em diante.

Criança 7a14a.escola

Crianças de 7 a 14 anos na escola: número de pessoas matriculadas e freqüentando regularmente a escola, mesmo aquela que estiver de férias no momento do cadastramento mas que freqüentará a escola no período letivo seguinte.

Adulto 15a+ alfabet

Pessoas de 15 anos e mais alfabetizadas: número de pessoas que sabe ler e escrever no mínimo um bilhete. O indivíduo que apenas assina o nome não é considerado alfabetizado.

Alcoolismo 0a14a, Chagas 0a14a, DefFísica 0a14a, Diabetes 0a14a, DistMental 0a14a, Epilepsia 0a14a, HipertArter 0a14a, Hanseníase 0a14a, Malária 0a14a, Tuberculose 0a14a, Gestantes 10a19a, Alcoolismo 15a+, Chagas 15a+, DefFísica 15a+, Diabetes 15a+, DistMental 15a+, Epilepsia 15a+, HipertArter 15a+, Hanseníase 15a+, Malária 15a+, Tuberculose 15a+, Gestantes 20a+

Número de casos atuais de doenças ou condições referidas pela família, por faixa etária. Não é necessária comprovação do diagnóstico. São as seguintes as doenças ou condições referidas:

- Alcoolismo - ALC
- Chagas - CHA
- DefFísica - DEF (Deficiência física)
- Diabetes - DIA
- DistMental - DME (Distúrbio mental)
- Epilepsia - EPI
- HiperArter - HA (Hipertensão arterial)
- Hanseníase - HAN
- Malária - MAL
- Tuberculose - TB
- Gestantes - GES

As faixas etárias são:
0a14a - 0 a 14 anos
15a+ - 15 anos e mais

Para o número de gestantes, as faixas etárias são:
1019a - 10 a 19 anos
20a+ - 20 anos e mais
Pes.Cob. Pl. Saúde

Pessoas com cobertura de Plano de Saúde: total de pessoas com cobertura de plano de saúde. É considerado como plano de saúde qualquer seguro para assistência médica privativa de qualquer tipo (hospitalizações, consultas, exames laboratoriais, etc.) pago pela família ou por outro (empregador de algum membro da família, parentes, etc.)

Cadastramento das famílias

A etapa inicial de seu trabalho é o cadastramento das famílias de sua micro área – o seu território de atuação – com, no máximo, 750 pessoas. Para realizar o cadastramento, é necessário o preenchimento de fichas específicas.

Conhecer o número de pessoas da comunidade por faixa etária e sexo é importante, pois há doenças que acometem mais crianças do que adultos ou mais mulheres que homens, o que influenciará no planejamento da equipe.

O cadastro possibilita o conhecimento das reais condições de vida das famílias residentes na área de atuação da equipe, tais como a composição familiar, a existência de população indígena, quilombola ou assentada, a escolaridade, o acesso ao saneamento básico, o número de pessoas por sexo e idade, as condições da habitação, o desemprego, as doenças referidas etc.

É importante identificar os diversos estabelecimentos e instituições existentes no território, como escolas, creches, comércio, praças, instituições de longa permanência (ILP), igrejas, templos, cemitério, depósitos de lixo/aterros sanitários etc.

Para melhor desenvolver seu trabalho com essa população indígena, você pode buscar apoio técnico e articulação junto à sede do Distrito Sanitário Especial Indígena de sua cidade, se houver. Você também pode verificar se na secretaria de saúde existe alguma equipe ou setor que trate das questões de saúde dessa população e solicitar mais orientações. Caso trabalhe numa área rural ou próximo a aldeias indígenas, você deve buscar informação sobre a existência de equipe multidisciplinar de saúde indígena, incluído o agente indígena de saúde. Procurar essas pessoas para uma conversa pode ser muito importante e esclarecedor.

A Portaria GM nº 971/2006 cria a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, que inclui atendimento gratuito em serviços de fitoterapia, acupuntura, plantas medicinais, homeopatia.

Dessa forma, é importante saber se existem esses serviços na sua região.

Acupuntura é uma forma de cuidar das pessoas na Medicina Tradicional Chinesa (MTC).

Pode ser usada isoladamente ou integrada com outros recursos terapêuticos, como as práticas corporais.

As práticas corporais são práticas/ações que favorecem a promoção e recuperação da saúde e a prevenção de doenças. Como exemplos, podemos citar o Tai-chi chuan, o Chi gong e o Lian gong.

Homeopatia é um sistema médico de base vitalista* criado pelo médico alemão Samuel Hahnemann, que consiste em tratar as doenças por meio de substâncias ministradas em doses diluídas, os medicamentos homeopáticos.

*O vitalismo é a posição filosófica caracterizada por postular a existência de uma força ou impulso vital sem a qual a vida não poderia ser explicada.

Ao identificar a população indígena, o ACS deve levar em consideração que, mesmo residindo no espaço urbano ou rural, longe de sua aldeia de origem ou em aldeamento não reconhecido oficialmente, o indígena possui o direito de ser acompanhado, respeitando-se as diferenças culturais.

É necessário considerar que o indígena nem sempre tem domínio da língua portuguesa, podendo entender algumas palavras em português, sem compreender a informação, a explicação dada ou mesmo a pergunta realizada. É importante observar e tentar perceber se estão entendendo e o que estão entendendo, cuidando para não constrangê-los. O esforço de comunicação deve ser mútuo de modo a promover o diálogo.

Ainda como informações importantes para o diagnóstico da comunidade, vale destacar a necessidade de identificar outros locais onde os moradores costumam ir para resolver seus problemas de saúde, como casa de benzedeiros ou rezadores, raizeiros ou pessoas que são conhecidas por saberem orientar sobre nomes de remédio para algumas doenças, bem como saber se procuram serviços (pronto-socorro, hospitais etc.) situados fora de sua área de moradia ou fora do seu município. Também é importante você saber se as pessoas costumam usar remédios caseiros, chás, plantas medicinais, fitoterapia e/ou se utilizam práticas complementares como a homeopatia e acupuntura. Você deve saber se existe disponível na região algum tipo de serviço de saúde que utilize essas práticas.

Ao realizar o cadastramento e identificar os principais problemas de saúde, seu trabalho contribui para que os serviços possam oferecer uma atenção mais voltada para a família, de acordo com a realidade e os problemas de cada comunidade.

Os dados desse cadastramento devem ser de conhecimento de toda a equipe de saúde.

Os profissionais devem atuar de forma integrada, discutindo e analisando em conjunto as situações identificadas.

Tão importante quanto fazer o cadastramento da população é mantê-lo atualizado.

Dando um exemplo

Em uma comunidade, muitos casos de diarreia começaram a acontecer. As pessoas procuravam o posto de saúde ou iam direto ao hospital para se tratar. Eram medicadas, mas pouco tempo depois estavam doentes de novo. Essa situação alertou a equipe de que algo não estava bem.

O ACS, por meio das visitas domiciliares, observou a existência de esgoto a céu aberto próximo a tubulações de água.

Além disso, as pessoas daquela comunidade costumavam não proteger adequadamente suas caixas d'água.

A equipe identificou os fatores de risco e constatou que os casos de diarreia estavam relacionados aos hábitos de vida daquelas pessoas.

Observa-se que um mesmo problema de saúde pode estar relacionado a diferentes causas e que o olhar dos diversos membros da equipe pode contribuir para a resolução do problema.

O território é a base do trabalho do ACS. Território, segundo a lógica da saúde, não é apenas um espaço delimitado geograficamente, mas sim um espaço onde as pessoas vivem, estabelecem relações sociais, trabalham, cultivam suas crenças e cultura.

Trabalhar com território implica processo de coleta e sistematização de dados demográficos, socioeconômicos, político culturais, epidemiológicos e sanitários, identificados por meio do cadastramento, que devem ser interpretados e atualizados periodicamente pela equipe.

Mapeamento da área de atuação

Trabalhar com mapas é uma forma de retratar e aumentar conhecimentos sobre a sua comunidade. O mapa é um desenho que representa no papel o que existe naquela localidade: ruas, casas, escolas, serviços de saúde, pontes, córregos e outras coisas importantes.

O mapa deve ser uma ferramenta indispensável para seu trabalho. É o desenho de toda sua área/território de atuação.

Você não precisa ser bom desenhista. Você pode representar o que existe com símbolos bem fáceis de desenhar, utilizando sua criatividade. É interessante que toda a equipe, de preferência, o ajude nesse processo. Isso estimula que a equipe se conheça melhor e troque informações para o planejamento das ações de saúde.

A comunidade também pode ajudá-lo, contribuindo com sugestões para corrigir e acrescentar, de modo que no final se tenha uma boa ideia de como é aquela comunidade. O mapa vai ajudar você a organizar melhor o seu trabalho.

Agora, pense na sua comunidade e faça uma lista de coisas que são importantes para a vida comunitária, baseada em seu contato com ela. Por exemplo: postos de saúde, centros de saúde, hospitais, escolas, igrejas, centros religiosos, postos policiais, quadras de esporte, campo de futebol, identificando espaços que possibilitam/dificultam o acesso de pessoas com deficiências. Escreva também outros lugares com seus respectivos nomes: ruas, córregos, rios, cartório, correio, parada de ônibus, casa da parteira, da benzedeira e outras coisas que você se lembrar.

O conjunto dos mapas feito pelos ACS formará um grande mapa da área de atuação da equipe de Saúde da Família (ESF).

Esse mapa mais abrangente, feito com todas as informações sobre sua área, pode dar origem a outros mais específicos.

Como exemplos:

Podemos ter mapas de territórios feitos manualmente com auxílio da comunidade e fotos de territórios utilizando recursos de informática ou internet.

Podem-se destacar as informações das ruas, caminhos e as linhas de ônibus de uma comunidade, desenhando um mapa específico. Em uma região que chove muito, é importante conhecer bem os rios, açudes, lagos, lagoas da região e locais propensos à inundação.

É necessário que você identifique no território de sua equipe quais os riscos de sua micro área.

Como já foi dito anteriormente, o mapa retrata o território onde acontecem mudanças, portanto, ele é dinâmico e deve ser constantemente atualizado.

Você deve sempre ter a cópia do seu mapa para facilitar o acompanhamento das mudanças na sua comunidade.

Com o mapa, você pode:

- Conhecer os caminhos mais fáceis para chegar a todos os locais;
- Marcar as barreiras geográficas que dificultam o caminho das pessoas até os serviços de saúde (rios, morros, mata cerrada etc.);
- Conhecer a realidade da comunidade e planejar como resolver os problemas de saúde com mais eficácia;
- Planejar as visitas de cada dia sem perder tempo;
- Marcar as micro áreas de risco;
- Identificar com símbolos situação de risco;
- Identificar com símbolos os grupos prioritários: gestantes, idosos, hipertensos, diabéticos, pessoas acamadas, crianças menores de cinco anos, pessoas com deficiência, usuário de drogas, pessoas com hanseníase, pessoas com tuberculose etc.

O seu mapa, juntamente com as informações coletadas no cadastramento das famílias, vai ajudar toda a equipe no diagnóstico de saúde da área.

Entende-se por micro áreas de risco aqueles espaços dentro de um território que apresentam condições mais favoráveis ao aparecimento de doenças e acidentes. Por exemplo: área mais propensa à inundação, áreas próximas de barreiras ou encostas, áreas com esgoto a céu aberto e sem água tratada, áreas com maior incidência de crimes e acidentes.

INTERSETORIALIDADE: CONCEITO E RELEVÂNCIA PARA O TRABALHO NO TERRITÓRIO

Desvendando a intersectorialidade

Trabalhar de forma intersectorial pressupõe desenvolver ações que busquem a promoção de impactos positivos nas condições de vida dos indivíduos e das comunidades. Essas ações devem envolver a articulação de saberes e experiências diversas, objetivando planejar para intervir de maneira efetiva nas situações-problema que afligem as comunidades. Acreditamos, assim, que espaços promotores de intersectorialidade são locais de construção de novas linguagens, saberes e conceitos, capazes de provocar profundas e benéficas mudanças na sociedade.

Nesse sentido, assim é entendida a intersectorialidade:

Como uma rede de ações que são compartilhadas entre os diversos setores, diversos espaços que buscam trabalhar em conjunto, buscam se articular, para que, no fim da história, se busque a promoção da saúde. Uma forma conjunta que de identificar um problema e buscar articular uma solução em conjunto.

Percebe-se que, para os sujeitos, trabalhar de forma intersetorial exige o compartilhamento de conhecimentos, visando à abordagem de novos conceitos e, conseqüentemente, de diferentes práticas em prol da melhoria da qualidade de vida da população. Percebe que um profissional isolado é incapaz de solucionar as adversidades e que a ação conjunta pode gerar um cuidado mais integral e resolutivo, fato que traz inúmeros benefícios para a população.

Entretanto, é importante que todos os profissionais estejam dispostos a atuar nessa nova visão de trabalho, sendo necessárias mudanças na organização dos serviços, além de revisões nos processos de formação dos profissionais atuantes na saúde.

Nesse sentido, a intersetorialidade constitui numa nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas que possibilitem a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais, a fim de produzir efeitos mais significativos na resolução desse problema. Além disso, a gestão intersetorial surge como uma nova possibilidade para resolver problemas que incidem sobre uma população de determinado território. Essa perspectiva é importante porque aponta uma visão integrada dos problemas sociais e de suas soluções. Isso ocorre dada a complexidade da realidade social, que exige um olhar mais amplo, com o objetivo de otimizar os escassos recursos, procurando soluções integradas.

Como um processo coletivo e organizado, a ação intersetorial não pode ser espontânea. Trata-se de uma ação deliberada que requer o respeito à diversidade e às particularidades de cada setor ou participante. Envolve espaços comunicativos, capacidade de negociação e intermediação de conflitos para a resolução ou enfrentamento final do problema principal e para a acumulação de forças na construção de sujeitos e na descoberta da possibilidade de agir.

Seguindo essa lógica, o serviço de saúde não se limita ao atendimento de intercorrências ou ações preventivas. A escola não se limita ao ensino. O ginásio de esportes não se limita a oferecer seu espaço e equipamentos. Cada serviço sediado numa comunidade compõe uma rede de ação social, que deve articular-se para identificar os problemas e encaminhar soluções integradas.

Dessa forma, a intersetorialidade constitui uma concepção que deve informar uma nova maneira de planejar, executar e controlar a prestação de serviços para garantir acesso igual aos desiguais. Para isso, administradores, gestores, profissionais e a população passam a ser considerados sujeitos com a capacidade de perceber seus problemas de maneira integrada e de identificar soluções adequadas à realidade social. A população passa a não ser objeto de intervenção, mas, sim, um sujeito assumindo um papel ativo. Assim, muda-se a lógica da política social, saindo da visão da carência, da solução de necessidades para a de direitos a uma vida digna e com qualidade.¹⁶

Em contrapartida, com as afirmativas anteriores, um entrevistado traz a seguinte descrição sobre intersetorialidade:

Práticas intersetoriais

A ESF recomenda a prestação de uma assistência capaz de atender os seres humanos, levando em conta sua complexidade e integralidade, indo além do estritamente biológico. Para tal, devem ser incluídas ações que ultrapassem os muros das unidades de saúde e atinjam os contextos histórico, cultural, político e socioeconômico dos indivíduos e da comunidade, com o objetivo de promover a saúde deles. A complexidade dessa proposta demonstra a necessária criação de parcerias entre diferentes setores e segmentos sociais, dada a incapacidade do setor saúde de atuar isoladamente.

Nesse sentido, micros e macroestratégias intersetoriais, construídas em articulação pelo Estado e pela sociedade civil, contribuem significativamente para efetividade e eficiência das ações de saúde. Tais articulações e arranjos podem ocorrer mediante a cons-

trução de parcerias entre diferentes setores e segmentos sociais, como educação, saúde, cultura, esporte, lazer, empresas privadas, organizações não governamentais (ONGs), fundações, entidades religiosas, as três esferas de governo, organizações comunitárias, dentre outros.¹¹

Nota-se que, são realizadas atividades para promover a qualidade de vida da população. No entanto, a maior parte das atividades não tem se articulado completamente de maneira intersetorial, uma vez que a maioria das ações é planejada por um único setor, para serem aplicadas em outro. Faz-se necessário um processo de planejamento horizontal, levando em conta o que cada setor tem para contribuir.

Além disso, os setores da saúde, educação e ação social parecem ser os parceiros mais comuns quando se avaliam experiências intersetoriais, mas que muitas dessas iniciativas são informais e não envolvem um trabalho prévio de planejamento, sendo ações definidas por apenas um setor.

Outro evento importante, observado nesta pesquisa, foi o fato de diversos sujeitos citarem a existência de parcerias entre a ESF e as escolas, nas quais há discussões entre professores, alunos e a equipe, possibilitando a todos a oportunidade de exporem suas ideias, tornando o trabalho proveitoso, uma vez que os temas são abordados conforme a necessidade apresentada pelos usuários.

Por meio de visitas domiciliares, é possível desenvolver ações de promoção da saúde em prol da melhoria da saúde dos indivíduos. No entanto, não se caracteriza como atividade intersetorial, uma vez que um indivíduo, ou uma família, não constitui um setor.

A intersetorialidade no contexto da Estratégia Saúde da Família

Nota-se que existem algumas iniciativas, em prol da criação de parcerias intersetoriais, destinadas a melhorar a resolutividade dos problemas vividos pela população. Entretanto, as experiências identificadas são pontuais, esporádicas e desprovidas de um planejamento sistemático.

Dentre as experiências encontradas neste estudo, as mais significativas foram as que se referem à parceria Centro de Saúde - educação, sendo que a escola mais próxima ao Centro de Saúde é a que compartilha de uma parceria mais sólida. A escola é um cenário importante para a promoção da saúde porque nela alunos, pais, professores e demais profissionais da educação permanecem e convivem. Em resumo, a ampliação do impacto das ações de promoção da saúde nas escolas precisa apoiar-se na soma das contribuições dos setores saúde e educação e não no repasse de parte da execução das tarefas de um setor para outro.

Tanto os discursos quanto as observações em campo evidenciam que a relação do Centro de Saúde com seus parceiros é, essencialmente, de prestação de serviços de caráter assistencial-curativista ou, no máximo, preventivista. Nota-se que as práticas de promoção da saúde são incipientes e que existe um limite no que se refere ao reconhecimento do potencial da ESF para intervir nos determinantes sociais do processo saúde-doença.

Cabe ressaltar que o informante do Centro de Saúde desconhece a existência de equipamentos sociais, em sua área de abrangência, relacionados a esporte e lazer, meio ambiente, trabalho e renda. Essa informação evidencia que a ESF não tem utilizado todo o potencial da intersetorialidade para promover a saúde da população, haja vista a fragilidade ou inexistência de parcerias importantes no processo de enfrentamento dos determinantes da saúde.

Esse achado reforça as considerações de Costa et al ao afirmar que um dos desafios da Estratégia de Saúde da Família na reorientação do modelo assistencial refere-se à confusão conceitual sobre intersetorialidade, pois esta é tomada como responsabilidade individualizada a partir das demandas individualizadas dos usuários.

Desta forma, se identifica a intersetorialidade como um processo de trabalho penoso e solitário. Entende-se, ainda, a necessidade da criação de uma rede de apoio para a efetivação desse princípio e acredita-se que é preciso começar a entender e escutar a opinião de outros profissionais e setores para que o trabalho seja de fato precursor de processos de mudanças no modelo assistencial.

O impacto das concepções dos profissionais no processo de construção da prática intersetorial

A formação dos profissionais e, conseqüentemente, suas concepções são colocadas, pelos participantes do estudo, como fatores que influenciam e/ou determinam as formas de intervenções em problemas vividos por indivíduos ou coletivos.

Para praticar a intersetorialidade, os profissionais, cuja área de atuação relaciona-se aos contextos de vida e saúde das pessoas, precisam ser capazes de perceberem tanto os limites setoriais quanto os benefícios das ações integradas. Essa percepção é colocada como um fator facilitador no processo de construção da intersetorialidade, visto que impulsiona a busca por parcerias que, por sua vez, permitem dar respostas mais efetivas e inovadoras aos complexos problemas sociais.

No que se refere especificamente ao setor saúde, é evidenciado que as concepções de saúde e doença dos profissionais influenciam suas práticas. Se o profissional orienta-se pelo paradigma biologicista, a medicalização será a principal forma de atuação. Entretanto, se ele incorpora o paradigma da produção social da saúde, o mesmo entende que o processo saúde-doença é influenciado por múltiplos fatores que extrapolam o setor saúde, cabendo então, além da Clínica, um trabalho intersetorial.

Assim, a ESF, como estruturante da atenção básica, traz aos trabalhadores de saúde o desafio de rever suas práticas diante do paradigma de produção social da saúde. Torna-se fundamental investir na formação de profissionais capacitados para lidar com esse objeto ampliado, para aprimorar os instrumentos de trabalho em saúde e buscar a intersetorialidade.

Da fragmentação à integração: rompendo o limite do olhar setorial em busca da construção de um espaço comunicativo que possibilite a resolução de problemas complexos.

A estrutura organizacional setorializada presente em nossa sociedade aponta a comunicação como elemento fundamental à operacionalização da prática intersetorial. Nota-se que a saúde é colocada como uma política que alcançou avanços no que se refere à atenção integral, porém possui limitações para praticar a universalidade com equidade.

Essa proposição aponta para a possibilidade de o setor saúde ser um estimulador da construção da intersetorialidade, visto que tem como um de seus princípios a integralidade que, por sua vez, necessita da articulação de saberes, setores e seguimentos sociais para ser alcançada.

Em se tratando da limitação em praticar a universalidade com equidade, na perspectiva da ação intersetorial, a população exposta a maior vulnerabilidade sócioeconômica tem necessidade ampliada de ter acesso a ações e serviços que operem sobre os determinantes e condicionantes do processo saúde-adoecimento. Assim, praticar universalidade sem negligenciar a equidade implica em colocar a disposição de todos os usuários do SUS ações de promoção da saúde, intensificando esta prática no contexto dos grupos populacionais mais vitimados por iniquidades sociais, o que demanda maior articulação. Essa análise vai ao encontro da proposta do Programa BH Cidadania que busca promover a inclusão social da população vulnerabilizada, através da acessibilidade aos bens e serviços públicos. O referido programa, criado em Belo Horizonte no ano de 2002, busca implementar um modelo de gestão baseado na descentralização, articulação e integração intersetorial, priorizando as áreas de maior vulnerabilidade social.

Desvendando caminhos para praticar a nova e promissora estratégia intersetorial

A intersetorialidade é uma estratégia em construção, da qual os diferentes atores, setores e segmentos sociais ainda estão se apropriando. É evidenciado, que alguns atores sociais são capazes de perceber a complexidade de certos problemas enfrentados pela população e, por conseguinte, compreendem a necessidade de intervenções de caráter intersetorial. Essa percepção das limitações do olhar setorial é o primeiro passo para se alcançar a articulação intersetorial, visto que essa nova maneira de trabalhar baseia-se no reconhecimento da necessidade de criar novas alternativas de intervenção que dependem da articulação de outros olhares, saberes e forças. Entretanto, existe uma limitação no que se refere à operacionalização da intersetorialidade. Em suma, os sujeitos que atuam nos distintos órgãos e instituições sociais reconhecem a demanda por ações intersetoriais, mas ainda não sabem como praticá-la.

Têm prevalecido entre as políticas sociais relações de disputa de poder; bem como de transferência de problemas e responsabilidades. Mas, há o entendimento de que para que a intersetorialidade efetivamente seja praticada, é mister que sejam construídas relações de compartilhamento de responsabilidades, poderes e saberes. Os participantes assinalam, ainda, que a construção da intersetorialidade corresponde a um processo complexo que requer paciência, visto que demanda transformações nos modos de pensar e agir historicamente estabelecidos. Neste contexto amplo e complexo de construção, o início do diálogo intersetorial é reconhecido como um importante avanço. Também é explicitado que, enquanto processo gradual, a intersetorialidade encontra-se na fase de construção coletiva de novos conceitos e novas metodologias que viabilizem sua aplicação.

A concepção de intersetorialidade

Hodiernamente, dentro dessa perspectiva de padrões de políticas públicas ditas universalistas que estão fincadas na busca da garantia de direitos, o debate sobre intersetorialidade tem-se intensificado como um dos mais importantes meios de trabalho no âmbito das políticas de saúde e assistência social, com o intuito de oportunizar e ampliar o acesso a direitos sociais, e ainda, enfatizar o investimento nos processos de empoderamento dos respectivos usuários. (RODRIGUES, 2011, p. 2)

O debate acerca da intersetorialidade no âmbito das políticas públicas se faz mister, haja vista que na seara governamental brasileira e seus três níveis de governo há ampla organização temática setorial dificultando a focalização e a execução de políticas públicas, demonstrando uma organização que retrata a especialização de saberes, funções e maneiras de intervenção. (JUNQUEIRA; INOJOSA; KOMATSU, 1997)

As estruturas setorializadas tendem a tratar o cidadão e os problemas de forma fragmentada, com serviços executados solitariamente, embora as ações se dirijam à mesma criança, à mesma família, ao mesmo trabalhador e ocorram no mesmo espaço territorial e meioambiente. Conduzem a uma atuação desarticulada e obstaculizam mesmo os projetos de gestões democráticas e inovadoras. O planejamento tenta articular as ações e serviços, mas a execução desarticula e perde de vista a integralidade do indivíduo e a interrelação dos problemas. (JUNQUEIRA; INOJOSA; KOMATSU; 1997, p. 21)

Configura-se uma grande dificuldade a utilização de um modelo setorializado com o propósito de proporcionar políticas de inclusão social que não retratem itens isolados e sim um aparato de direitos relacionados entre si.

O alcance de uma condição isolada, além de ser mais difícil não oportuniza a inclusão e a participação cidadã. (JUNQUEIRA, INOJOSA, KOMATSU, 1997, p. 21)

Um dos contrapontos da setorialidade é justamente a inter-setorialidade, compreendida como uma articulação de saberes e experiências na elaboração, aplicação e avaliação de ações, objetivando atingir resultados integrados em situações ditas complexas. Pretende-se contribuir no melhoramento da vida em sociedade e no mesmo instante promover a reversão da exclusão social. (JUNQUEIRA; INOJOSA, KOMATSU, 1997, p. 21)

A intersetorialidade é a articulação entre as políticas públicas por meio do desenvolvimento de ações conjuntas destinadas à proteção social, inclusão e enfrentamento das expressões da questão social.

Supõe a implementação de ações integradas que visam à superação da fragmentação da atenção às necessidades sociais da população.

Para tanto, envolve a articulação de diferentes setores sociais em torno de objetivos comuns, e deve ser o princípio norteador da construção das redes municipais. (CAVALCANTI; BATISTA; SILVA, 2013, p. 1-2)

Diante de uma proposição universalista de políticas públicas se passou a valorizar a ideia de intersetorialidade no sentido de que a aplicação de tal pensamento prioriza a eficiência, a efetividade e a eficácia das políticas setoriais. Neste sentido a política pública se volta fundamentalmente para o atendimento das demandas da população conjuntamente com os recursos existentes para tal ação. Desta maneira a intersetorialidade passa a ser um pressuposto importante para a implementação das políticas setoriais, objetivando efetividade e congregando o ente governamental e a sociedade civil. (NASCIMENTO, 2010, p. 96)

A aplicação da intersetorialidade na seara das políticas públicas deu a possibilidade de se agregar conjuntamente saberes técnicos, haja vista que os profissionais especialistas de um determinado setor passaram a participar de ações coletivas e a socializar objetivos comuns. Nascimento (2010, p. 96) enfatiza, que desta maneira a intersetorialidade pode atingir bons resultados à população, bem como colaborar para a organização das ações das políticas públicas. No mesmo instante tal ideia se deparará com novos desafios, frutos da cultura de uma política pública fragmentada, clientelista e localista que ainda impera na administração pública. Assim, “a intersetorialidade contribui para a criação e reconhecimento de saberes resultante da integração entre as áreas setoriais”. (NASCIMENTO, 2010, p. 101)

A intersetorialidade é uma prática social que vem sendo construída com base na existência de profundas insatisfações, principalmente no que se refere à capacidade das organizações em dar resposta às demandas sociais e aos problemas complexos vivenciados pelos cidadãos. (CKAGNAZAROFF; MOTA, 2003, p. 31)

Junqueira (1998, p. 12) afirma que “nesse sentido o conceito de intersetorialidade surge como uma possibilidade de solução integrada dos problemas do cidadão, considerando-o na sua totalidade”.

A articulação conceitual entre intersetorialidade e descentralização

Dentro do contexto da efetivação das políticas públicas, a ideia de intersetorialidade está profundamente interligada à concepção de descentralização.

Os conceitos de intersetorialidade e descentralização aproximam-se, na medida em que este último é compreendido como a transferência do poder de decisão para as instâncias mais próximas e permeáveis à influência dos cidadãos e o primeiro diz respeito ao atendimento das necessidades e expectativas desses mesmos cidadãos de forma sinérgica e integrada. Ambos devem considerar as condições territoriais, urbanas e de meio ambiente dos micro espaços que interagem com a organização social dos grupos populacionais. (JUNQUEIRA; INOKOSA, KOMATSU, 1997, p. 24)

A descentralização não constitui sinônimo de democratização, mas uma maneira de possibilitar o seu alcance. A intersetorialidade não é um fim e nem por si só será suficiente para atingir o desenvolvimento esperado e a reversão da exclusão social, mas se configura um instrumento para que através das políticas públicas se chegue a tal objetivo. A ação conjunta mediante a utilização de estratégias de intersetorialidade e de descentralização constituem um novo modelo norteador da gestão pública. (JUNQUEIRA; INOJOSA; KOMATSU, 1997, p. 24)

A descentralização pode ser meio possível de buscar a inclusão social:

O problema das minorias ‘inatas’, que pode surgir em todas as sociedades pluralistas, agudiza-se nas sociedades multiculturais. Mas quando estas estão organizadas como Estados democráticos de Direito, apresentam-se, todavia, diversos caminhos para se chegar a uma inclusão ‘com sensibilidade para as diferenças’: a divisão federativa dos poderes, uma delegação ou descentralização funcional e específica das competências do Estado, mas acima de tudo, a concessão de autonomia cultural, os direitos grupais específicos, as políticas de equiparação e outros arranjos que levem a uma efetiva proteção das minorias. (HABERMAS, 2007, p. 172)

A intersetorialidade consiste na conjugação e compartilhamento de saberes e experiências, que articula pessoas, órgãos, departamentos, organizações haja vista que tais saberes se mostram fragmentados. De um outro lado, a ideia de intersetorialidade pressupõe uma ação em rede, compreendida como um arranjo entre essas pessoas, órgãos, departamentos e organizações. (CKAGNAZAROFF; MOTA, 2003, p. 38)

A ideia de descentralização remete ao pensamento de que o poder e os recursos necessários devem garantir o atendimento das demandas sociais e conduzidos efetivamente para os níveis nos quais elas surgem, haja vista que os agentes que funcionam em tais níveis teriam condições mais propícias para implementar uma atuação mais eficiente e eficaz diante das demandas. (CKANAZAROFF; MOTA, 2003, p. 25)

O tema da descentralização não é recente. Em termos de Brasil a temática da descentralização surge no movimento de democratização dentro do contexto de anseios de mudanças nos regimes autoritários. A descentralização consiste em uma forma de se buscar transferir o poder central para níveis periféricos. Não obstante não ser um entendimento consensual, o pensamento progressista utiliza-o como uma maneira de reestruturar o Estado, não com o intuito de diminuí-lo mas para deixá-lo mais eficiente, e proporcionando uma gestão mais democrática e possibilitando repensar a relação entre Estado e sociedade possibilitando a formulação das políticas públicas no contexto social em que as pessoas vivem e participam. (JUNQUEIRA, 1998)

A Constituição Federal de 1988 apresentou à sociedade brasileira uma normatização que viabilizou a implementação da democracia ao assegurar a participação popular na concretização dos direitos sociais. Após um extenso período de conflitos e mobilizações políticas e sociais, surgem como fruto de toda essa luta. Nesse caminho se intencionou trazer os atores sociais para a construção e aplicação das políticas sociais, respondendo assim, a demandas em torno da descentralização e democratização do Brasil. (SILVA; JACCOUD; BEGHIN, 2005, p. 373)

Na década de 1990 se intensificou no Brasil uma compreensão e aplicação de um entendimento de participação social mais voltado para o aspecto da gestão e da descentralização de ações, do que propriamente para uma ideia de democratização dos processos de implementação de políticas sociais. (SILVA; JACCOUD; BEGUIN, 2005, p. 391)

Como pioneira experiência de descentralização das políticas públicas no Brasil constituiu-se o Sistema Único de Saúde (SUS) como um conjunto de estratégias intersetoriais de proteção social

inovou ao adotar como princípios as ideias de complementariedade e intersectorialidade em contraponto a herança histórica de políticas públicas sanitárias centralizadas e verticalizadas. (JUNQUEIRA, 1997, p. 32)

Assim, a descentralização proposta na organização do Sistema Único de Saúde (SUS) possibilitou uma gestão mais participativa e democrática refletindo sua experiência nos demais campos de políticas sociais brasileiras. A gestão, planejamento, controle e avaliação aproximou-se mais dos usuários reconhecendo-os como cidadãos e portadores de direitos fundamentais.

Todavia, as mudanças de gestão nas políticas públicas dependem de mudanças de mentalidade, de cultura e de valores. Não obstante muitas vezes as organizações estejam descentralizadas, mas ainda se encontram setorializadas, sem que haja uma busca integrada do verdadeiro atendimento das demandas. Esse obstáculo pode ser superado exatamente com a implementação concomitante da intersectorialidade no conjunto geral das políticas sociais públicas brasileiras. (JUNQUEIRA, 1997, p. 32)

Intersectorialidade e a descentralização como pressupostos de efetivação das políticas públicas

Para a produção de políticas públicas que sejam capazes de efetivar direitos sociais universais os conceitos de intersectorialidade e descentralização são pressupostos indispensáveis, pois “a descentralização é um dos pressupostos que tem informado as iniciativas de mudanças que ocorreram na gestão do setor social nas duas últimas décadas”. (JUNQUEIRA, 1997, p. 33)

A descentralização “é um processo dialético que se dá em relação ao poder centralizado”. (JUNQUEIRA, 1997, p. 33) Será no município, entendido como o território social, que haverá a intersectorialidade e a integração institucional. Esse processo ocorrerá dentro de uma dinamicidade das relações entre os sujeitos, conduzida por novos paradigmas que incidirão na transformação das instituições e organizações sociais e nas respectivas práticas. (JUNQUEIRA, 1997, p. 36)

As políticas públicas buscam atender às necessidades da sociedade, desta maneira “a qualidade de vida demanda uma visão integrada dos problemas sociais”. (JUNQUEIRA, 2004, p. 27)

A intersectorialidade nasce como uma alternativa para solucionar tais problemas. É um pensamento relevante pois indica uma perspectiva conjunta de problemas e possíveis soluções, através de uma otimização dos recursos escassos, haja vista a complexidade da realidade social que inevitavelmente não ficará apenas na implementação de uma única política pública. (JUNQUEIRA, 2004, p. 27)

A intersectorialidade incorpora a ideia de integração, de território, de equidade, enfim dos direitos sociais; é uma nova maneira de abordar os problemas sociais. Cada política social encaminha a seu modo uma solução, sem considerar o cidadão na sua totalidade e nem a ação das outras políticas sociais, que também estão buscando a melhoria da qualidade de vida. (JUNQUEIRA, 2004, p. 27)

A intersectorialidade deve conter uma nova forma de planejar, executar e controlar ações de políticas públicas, com o desiderato de proporcionar uma garantia de acesso igual dos desiguais, alterando toda uma maneira de articulação dos diversos setores governamentais e de seus interesses. (JUNQUEIRA, 2004, p. 27)

Uma nova construção se delineia, exigindo mudanças, tanto no âmbito das organizações públicas estatais responsáveis pela gestão das políticas sociais, como dos grupos populacionais. No âmbito das organizações estatais, com a descentralização, elas devem transferir suas competências para instituições prestadoras de serviços sociais.

Com isso, estabelece-se uma parceria com organizações privadas autônomas voltadas para o interesse coletivo capazes de desenvolverem de maneira integrada projetos intersectoriais em resposta às demandas sociais da população. (JUNQUEIRA, 2004, p. 28)

“A proposta é fazer com que as ações intersectoriais possibilitem impactar a qualidade de vida dos diversos segmentos sociais da cidade através de um desenvolvimento sustentável”. (JUNQUEIRA, 2004, p. 29)

No cenário de modernização econômica do Estado é que a reforma ganha força no Brasil, e com ela o conceito de descentralização como uma estratégia de racionalização do aparelho estatal até então centralizado e burocratizado. O objetivo é dotar o aparato de agilidade e eficiência, para aumentar a eficácia das ações das políticas públicas a partir do deslocamento, para esferas periféricas, de competências e de poder de decisão sobre essas políticas. (JUNQUEIRA, 2004, p. 32)

A descentralização prescinde de transformações, uma nova forma de interação entre Estado e Sociedade, entre o poder público e a própria realidade social. Embora o Estado possua uma importante função de atuação nesse cenário social, ele não pode vir a substituir a sociedade seja qual for o sistema, nem vice-versa. Deve-se saber o que se transferir, para quem e como. (JUNQUEIRA, 2004, p. 32)

É nessa perspectiva que a intersectorialidade constitui um importante fator de inovação na gestão das políticas sociais. Ao invés de estabelecer parcerias isoladas por políticas, muda-se a lógica, ou seja, identificam-se os problemas sociais, integrando saberes e experiências das diversas políticas, passando a população também a desempenhar um papel ativo e criativo nesse processo. Se apenas com as organizações estatais esse trabalho era de difícil consecução, devido às suas práticas e valores, que privilegiam os interesses individuais, com as organizações sem fins lucrativos, com uma lógica de gestão que valoriza o cliente, esse processo pode ser facilmente instaurado, dando maior eficácia à gestão das políticas sociais. (JUNQUEIRA, 2004, p. 34)

Assim, as ideias de descentralização e intersectorialidade constituem-se em mecanismos de reordenamento das políticas públicas que resulta da correlação de forças políticas entre agentes governamentais e não governamentais possibilitando o surgimento de novas formas de se gerir e de se planejar políticas sociais, onde a sociedade civil organizada passa a ocupar um importante lugar, integrando esse movimento e contatando com outras instituições, com outros organismos, sejam estatais ou não, criando uma verdadeira rede integrada na busca de soluções para os problemas sociais.

Não obstante, se ressalte, que tais mudanças necessitam de sérias transformações nas práticas públicas e privadas de organização, pois a possibilidade de participação não uniformiza os interesses que movem as relações sociais, haja vista inclusive a descrença nesse poder de influenciar e intervir na realidade social. (JUNQUEIRA, 2004, p. 35)

Intersectorialidade: integrando políticas e produzindo equidade em saúde

O debate acerca da promoção da saúde e das desigualdades sociais, a partir do final dos anos 1970, ampliaram as perspectivas na elaboração de políticas, programa e intervenções no campo da saúde pública. Estas mudanças incluem, em sua modelagem e avaliação, valores e princípios da promoção da saúde, como participação, capacitação, equidade, sustentabilidade, ação intersectorial e contexto (DE SALAZAR, 2009).

Outro aspecto importante dessa nova abordagem é o reconhecimento do papel e responsabilidade dos governos locais sobre os determinantes econômicos, sociais e ambientais da saúde, implicando em acordos sobre gestão e desenvolvimento de ações intersectoriais nos espaços e territórios. A estratégia de cidades saudáveis, pautada nos marcos reflexivos da promoção da saúde, fornece mecanismos de intervenção em diversas regiões, incluindo

questões relativas à pobreza, violência, exclusão social e o perfil associativo local passaram a integrar as agendas de saúde na medida em que impactam no perfil sanitário dessas populações. Tais aspectos incidem em maior complexidade, dinamismo e incerteza à intervenção, na medida em que envolve múltiplas parcerias, atores e contextos (MAGALHÃES et al., 2014).

Uma cidade saudável não é somente aquela com alto nível de saúde medido pelos indicadores de mortalidade e morbidade, mas também uma cidade comprometida com os objetivos de saúde de seus cidadãos, sendo considerada como um projeto de desenvolvimento social, que tem a saúde e suas múltiplas determinações como centro de atenção. Este movimento objetiva o estabelecimento de políticas públicas urbanas, voltadas à melhoria da qualidade de vida, com ênfase na intersetorialidade e na participação social (WESTPHAL; MENDES, 2000).

Intersetorialidade refere-se aos esforços coordenados de dois ou mais setores dentro do governo para melhorar os resultados de saúde. Isso pode incluir o trabalho em diferentes níveis de governo, tais como distrital, provincial e jurisdições nacionais. O termo intergovernamental é por vezes usado para se referir a essas ligações horizontais e verticais entre os níveis de governo dentro de um país. Sem uma forte governança intersetorial que garanta orientação comum e implementação em todos os setores, as estratégias de saúde pública vão ter progressos limitados (McQUEEN et al., 2012).

Esse conceito contempla o ideário da promoção da saúde, enquanto um novo paradigma da Saúde Pública, que considera os diversos determinantes no processo saúde-doença, a partir de valores éticos como democracia, participação social, equidade e sustentabilidade, enfatizando as ações intersetoriais. Para Feuerwerker e Costa (2000, p.94) a intersetorialidade é definida como:

[...] a articulação entre sujeitos de setores sociais diversos e, portanto, de saberes, poderes e vontades diversos, para enfrentar problemas complexos. É uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas que pretende possibilitar a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população.

Tais desafios encontram respaldo nas ideias de Edgar Morin (2000), em suas discussões sobre o conhecimento necessário para entender o pensamento que separa e que reduz, no lugar do pensamento que distingue e que une. Também estão presentes na reflexão de Calame (2004, p.27), sobre os processos de governança que abrange a intersetorialidade nas políticas públicas:

A importância das questões de governança, qualquer que seja o tema abordado, não é nem os meios científicos e nem mesmo os recursos financeiros e humanos que fazem falta no mundo atual, mas a capacidade de combiná-los e orientá-los para assegurar o pleno desenvolvimento individual e coletivo.

Estudo sobre governança local em saúde no Brasil, que analisa a dimensão social da gestão, a relação entre a gestão municipal e os diferentes atores da sociedade, discute que, embora a relação entre estado e sociedade tenha se modificado em direção a um padrão mais democrático de governança local, ainda persistem as práticas governamentais concentradoras de poder na tomada de decisão (FLEURY et al., 2010). O estudo considera que o processo de descentralização ainda encontra obstáculos para a concretização de um modelo de maior participação, controle social, responsabilização e interação entre Estado e sociedade.

Outros estudos recentes sobre análise e avaliação de políticas e programas de saúde pública no Brasil, apontam como desafios para sua sustentabilidade, a participação dos atores envolvidos e os destinatários dessas políticas (profissionais, usuários, controle social e movimentos sociais) em seu processo de formulação e implementação, e maior articulação intersetorial de suas ações (MELO et al., 2016; SANTOS et al., 2014).

Na 8ª Conferência de Promoção da Saúde, realizada no ano de 2013, em Helsinque, na Finlândia, o foco do debate sobre a agenda global da Promoção da Saúde teve a advocacy da saúde em todas as políticas. Tal destaque para o tema traduz a importância e atualidade do debate sobre os desafios que representa a intersetorialidade na formulação das políticas públicas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2013).

Devido à sua importância para a sustentabilidade de políticas públicas saudáveis, a intersetorialidade aparece como um dos verbetes no Glossário Temático da Promoção da Saúde do Ministério da Saúde como sendo:

Modo de gestão desenvolvido por processo sistemático de articulação, planejamento e cooperação entre os distintos setores da sociedade e as diversas políticas públicas para intervir nos determinantes sociais. A intersetorialidade resulta em ações efetivas. Tem como princípios: Corresponsabilidade; Cogestão e coparticipação; Planejamento integrado; Relações de poder horizontais (BRASIL, 2013, p. 24).

De acordo com McQueen (2012), a ação intersetorial é muitas vezes usada nos níveis global, nacional, regional e comunitário, para resolver questões políticas complexas que um único país, região, governo, departamento ou setor, pode não ser capaz de resolver por conta própria. A maneira pela qual o problema é enquadrado, muitas vezes, determina quais os governos, setores e outras organizações conduzirá o esforço para enfrentar o desafio da política. A ação intersetorial é imprescindível para alcançar vários objetivos:

- 1) A coerência das políticas que abordam os determinantes sociais da saúde;
- 2) Esforços coordenados dos setores governamentais e outras organizações na abordagem de problemas de saúde;
- 3) Sustentar compromisso de governo e outras partes interessadas para ação intersetorial, e
- 4) Reforçar a capacidade de implementar iniciativas intersetoriais.

Os governos são responsáveis pela saúde de seus povos e ter uma liderança crítica é seu papel no esforço organizado pela sociedade para promover a saúde e o bem-estar. Dada esta responsabilidade e a complexidade dos muitos desafios contemporâneos de saúde, os governos têm um papel crucial a desempenhar na abordagem da intersetorialidade, tais como: envolver as partes interessadas dentro e fora do governo; a formulação e implementação de políticas intersetoriais; e avaliar o seu impacto. Nessa perspectiva, Santos (2011) afirma que a intersetorialidade apresenta-se como um processo desafiador, sendo mais efetiva na base da pirâmide organizacional do poder público municipal.

Em estudo sobre iniciativas e programas intersetoriais em saúde, Magalhães e Bodstein (2009) discutem a necessidade imperativa de se ter uma visão compartilhada sobre as metas, alcances e resultados dos programas e iniciativas.

Faz-se necessário a compreensão das conexões e interdependências entre os espaços sociais onde são implementadas as ações, levando em consideração aspectos que favorecem ou dificultam as mudanças, e o entendimento sobre os processos de implementação como resultados em si, os objetivos como expressão de relações conflituosas em contextos concretos de interação, em que as mudanças tendem a ser negociadas e o horizonte temporal da intervenção como algo mais flexível e menos determinado.

Na perspectiva da produção de equidade em saúde, Moyses e Franco de Sá (2014) discutem a intersetorialidade a partir de sua operacionalização em um “território vivido”, o local onde ela é instituída por meio da escuta das vozes das pessoas que ali “vivem, desejam e resolvem seus problemas”, das redes sociais atuantes e das emergentes. As autoras discutem o Método Bambu como mecanis-

mo de integração, incentivo à intersetorialidade na elaboração de planos locais de promoção da saúde, a participação de gestores e da população, enfatizando a importância do contexto, uma vez que ele expressa e traduz as circunstâncias que moldam o ambiente no qual as ações acontecem, no campo da promoção da saúde.

AÇÕES EDUCATIVAS: AMAMENTAÇÃO, PREVENÇÃO DE DROGAS, DOENÇAS CRÔNICAS, NUTRIÇÃO, PLANEJAMENTO FAMILIAR, EDUCAÇÃO SEXUAL E PREVENÇÃO DE DST/AIDS

Ações educativas aos usuários dos serviços de saúde

A educação em saúde surgiu em 1909 nos Estados Unidos da América (EUA), como uma estratégia de prevenção das doenças. Os pressupostos que nortearam essa proposta foram os seguintes:

- (1) os problemas de saúde devem ser prevenidos pelo esforço individual e pela adesão a hábitos corretos de vida;
- (2) os problemas de saúde da população decorrem da falta de informação;
- (3) a educação deve ser concebida como a transmissão de conteúdos neutros e descontextualizados, com instrumentos puramente médicos¹.

Verifica-se, assim, que a educação em saúde se fundamentava na perspectiva de responsabilizar os indivíduos pelos seus problemas de saúde, estando sua atenção voltada para a transmissão do conhecimento e a domesticação da população, de modo a seguir as regras impostas pelos trabalhadores da saúde e pelos grupos dominantes.

Até o final da década de 1970 e início dos anos 1980, a educação em saúde era utilizada para eliminar ou diminuir a ignorância da população sobre as causas biológicas das doenças, desconsiderando-se por completo as culturas das populações ou dos grupos populacionais trabalhados. As ações educativas restringiam-se às questões de higiene e conscientização sanitária, assumindo, predominantemente, um caráter individualista, autoritário e assistencialista.

Desde o início da década de 1980, esses caminhos vêm sendo repensados pela Divisão Nacional de Saúde Pública do Ministério da Saúde (DNSP/MS), que tem procurado reorientar o enfoque das ações educativas, estimulando o trabalho participativo e intersetorial e estabelecendo estratégias para subsidiar os diferentes grupos sociais na compreensão de suas condições de vida e na reflexão sobre como transformá-las. Assim, tem sido salientada a importância do papel do trabalhador em saúde no desenvolvimento de ações educativas, uma vez que ele é um facilitador do processo de aprendizagem na medida em que percebe os conflitos, interesses e visões de mundo que influenciam os modos de vida dos diferentes grupos populacionais.

A educação em saúde é uma prática social, devendo ser centrada na problematização do cotidiano, na valorização da experiência de indivíduos e grupos sociais e na leitura das diferentes realidades. No entanto, apesar dessa indicação do DNSP/MS, o que era praticado na rede básica de serviços de saúde continuava reduzido à complementarização do ato médico, e seu enfoque restrito ao repasse de conteúdos sobre normas de higiene.

Sua atenção era dirigida à tentativa de diminuir ou eliminar a ignorância das causas biológicas das doenças. Vista como prática social, a educação em saúde passou a ser repensada como um processo capaz de desenvolver a reflexão e a consciência crítica das

pessoas sobre as causas de seus problemas de saúde, enfatizando o desencadeamento de um processo baseado no diálogo, de modo que se passe a trabalhar com as pessoas e não mais para as pessoas.

Esse diálogo assume o pressuposto de que todos possuem potencial para serem protagonistas de sua própria história, de que estão motivados para se organizarem e de que possuem expectativas sobre as possibilidades de mudança. Nesse sentido, se traça as seguintes estratégias da ação educativa:

→ a participação de todos os profissionais de saúde no processo de capacitação de indivíduos e grupos populacionais, para que possam assumir a responsabilidade sobre seus problemas de saúde;

→ o entendimento de que os sujeitos (técnicos e população) desse processo têm percepções diferentes sobre a realidade social e que essas devem ser o ponto de partida da ação educativa;

→ a participação popular e o fortalecimento do papel do serviço de saúde.

Como uma prática social, a educação em saúde traz implícita uma visão cultural, que consiste em valores, crenças e visões de mundo, situados em um tempo e espaço delimitado. Ela se define a partir da maneira como as pessoas vivem e entendem a vida e com negociações cotidianas, nas quais cada um torna a vida social possível.

Assim, tudo aquilo que é chamado de educação e de saúde acontece também no âmbito da cultura. Se a cultura é algo que se reproduz, sob determinadas condições, a educação e a saúde também estão relacionadas a essas condições e são determinadas pelo modelo econômico, político, social e cultural de um país.

Um dos objetivos da educação é tornar interior às pessoas uma cultura que as antecede. No entanto, essa cultura é colocada no singular, como se existisse apenas uma: a dominante. A educação em saúde tradicionalmente age nesse sentido, reduzindo os indivíduos a seres que devem se adaptar a essa cultura e às regras que ela impõe.

A educação em saúde não deveria ser normativa e centrada na culpabilização do educando e, sim, deveria estimular a adoção voluntária de mudanças de comportamento, sem nenhuma forma de coação ou manipulação. Isso significa que as informações sobre saúde e doença devem ser discutidas com os indivíduos e grupos populacionais para, a partir dessa reflexão, ser possível a opção por uma vida mais saudável.

Essa opção deve estar fundamentada na análise da realidade que se faz a partir da identificação de problemas e necessidades de saúde da população. A partir de então, deve-se estimular a reflexão crítica da realidade.

Para tanto, as ações de educação em saúde devem estar voltadas para a melhoria dos determinantes da saúde. Assim, a educação em saúde, quando trabalhada como uma prática social comprometida com a promoção da saúde, é chamada de educação popular em saúde.

A educação popular em saúde

A educação popular situa-se dentro das teorias sociais, uma vez que acredita que a educação pode contribuir para a transformação social, desempenhando papel fundamental na reconstrução da sociedade. Essas teorias partem da vida cotidiana das pessoas e levam em conta sua cultura.

Entre essas, a educação popular situa-se entre as pedagogias da conscientização, tendo Freire e Shor como seus principais representantes. Esses autores afirmam que a educação popular é aquela que reconhece que os educandos são sujeitos construtores de seus conhecimentos e que essas construções partem, necessariamente, de suas vidas e da realidade em que estão inseridos.

¹ https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000100034