

Intersectorialidade e ESF: Limites e Possibilidades no Território de uma Unidade Integrada de Saúde da Família

Intersectorality and the Family Health Strategy: Limits and Possibilities within the Territory of an Integrated Family Health Unit

LILIANE ABRANTES DE SENA¹
RONALD PEREIRA CAVALCANTI²
IVONEIDE LUCENA PEREIRA³
SÍLVIA REGINA RODRIGUES LEITE⁴

RESUMO

Objetivo: descrever os fatores que impedem, limitam e facilitam a intersectorialidade no território de quatro Equipes de Saúde da Família do bairro Jardim Veneza, no município de João Pessoa, a partir da percepção do apoiador matricial. *Material e Métodos:* Foi utilizada a técnica da análise de discurso com abordagem qualitativa. Os dados foram obtidos com a observação participante através do relato de experiência. *Resultados:* Os trabalhadores têm entendimento sobre a intersectorialidade, sabem ao que ela se propõe, compreendem que o setor saúde não consegue promover a saúde sozinho. Porém, são facilmente desanimados diante da fragmentação das políticas e da falta de diálogo entre os órgãos da administração pública. *Conclusões:* As equipes estudadas possuem fatores que dificultam a articulação de parcerias, como a falta de perfil dos profissionais e alta demanda de atendimentos. Outros fatores limitantes são as políticas públicas pouco articuladas. Contudo, a realidade existente no cotidiano de trabalho das equipes de saúde da família evidenciam que a intersectorialidade pode ser ampliada quando todos assumirem o interesse público comum como critério de discurso e prática, utilizando as potencialidades locais, sobretudo a partir da micropolítica.

DESCRIPTORIOS

Programa Saúde da Família. Promoção da Saúde. Políticas Públicas.

SUMMARY

Objective: To describe the factors that prevent, restrict and facilitate intersectorality within four family health teams of Jardim Veneza neighborhood, in the city of João Pessoa, under matrix supporter's perception. *Methods:* We used the technique of discourse analysis with a qualitative approach. The data were obtained through participant observation experience report. *Results:* Workers have understanding about intersectorality, know what it assumes and recognize that the health sector cannot promote health by itself. However, they are easily discouraged before policies fragmentation and lack of dialogue between government departments. *Conclusions:* The studied teams demonstrated factors that hinder the establishment of partnerships, such as the lack of professionals' profile and high demand for care. Other limiting factors are the badly articulated public policies. Nevertheless, the existing reality in the daily work of family health teams show that intersectorality can be magnified when all common public interest is taken together as a criterion of discourse and practice, using local potential, especially from the micropolitics.

DESCRIPTORES

Family Health Program. Health Promotion. Public Policies.

- 1 Fisioterapeuta do Núcleo de Apoio a Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa (NASF/SMSJPA), João Pessoa/PB, Brasil.
- 2 Odontólogo e Gestor de Programa da Perpart – Pernambuco Participações e Investimentos S/A
- 3 Psicóloga gerente operacional das DST/ AIDS/ Hepatites Virais da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba (SES/PB). João Pessoa/PB, Brasil.
- 4 Médica, professora e preceptora de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM), João Pessoa/PB, Brasil.

Muitos são os desafios para o alcance de uma sociedade equânime e igualitária, considerando a imensidão e diversidade do território brasileiro. Entre tantos desafios, um dos maiores é o de proporcionar uma boa qualidade de vida à população envolvendo diferentes aspectos na vida das pessoas.

Qualidade de vida e saúde são conceitos abrangentes que se completam na sua magnitude, pois a saúde deixou de ser vista como a simples ausência de doença e passou a ter um conceito ampliado. Isto condicionou a saúde aos vários setores sociais como seus determinantes: grau de escolaridade, trabalho, renda, habitação, justiça social, entre outros.

A intersetorialidade é a chave para a conquista da integralidade, pois visa articular diferentes órgãos e setores na busca da melhoria da qualidade de vida da população, entendendo que se cada indivíduo deve ser trabalhado como um todo, os setores também precisam trabalhar juntos.

Neste sentido, a Estratégia Saúde da Família (ESF) tem papel fundamental na busca e coordenação da articulação dos diversos setores visando a melhoria das condições de vida e saúde da população do seu território.

O presente estudo objetiva descrever em um contexto de quatro equipes de saúde da família do município de João Pessoa-PB, os limites e as ações de intersetorialidade enquanto política pública universalizante que visa diminuir a exclusão social e atender integralmente as necessidades da população.

METODOLOGIA

Esta pesquisa é classificada quanto aos seus objetivos como qualitativa. A pesquisa qualitativa considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números. Não requer o uso de métodos e técnicas estatísticas. O ambiente natural é a fonte direta para coleta de dados e o pesquisador é o instrumento-chave. Os pesquisadores tendem a analisar seus dados indutivamente (SILVA, 2001).

Este estudo utiliza a abordagem do tipo explicativa através de relato de experiência. A pesquisa explicativa visa identificar os fatores que determinam ou contribuem para a ocorrência dos fenômenos, aprofunda o conhecimento da realidade porque explica a razão, o “porquê” das coisas. Quando realizada nas ciências sociais requer o uso do método observacional (GIL, 1991).

Para atingir os objetivos foram eleitas como critério de coleta do fenômeno em estudo as seguintes

categorias: percepção dos trabalhadores sobre a intersetorialidade; tomada de decisões da equipe de trabalhadores sobre a conduta frente aos problemas de saúde da comunidade; e responsabilização com ações intersetoriais em resposta às demandas dos usuários.

Considerando o enfoque multiprofissional da ESF, as categorias foram analisadas em relação aos seguintes membros das quatro equipes: médicos, enfermeiras, técnicos de enfermagem, odontólogos, auxiliares de consultório dentário e agentes comunitários de saúde. O principal momento no qual a pesquisadora captou os fenômenos para posterior análise foram as reuniões de equipe que ocorrem semanalmente, onde todos os trabalhadores participam junto com a apoiadora matricial, sendo esta a função exercida pela pesquisadora e que será explicada adiante. Nestas reuniões, os mais variados temas são levados para discussão entre equipes, tais como: indicadores de saúde, processo de trabalho, educação em saúde, articulação da rede de atenção à saúde, intersetorialidade, participação popular, organização do trabalho e outros. Qualquer membro da equipe pode sugerir a pauta da reunião e o espaço para falar também é comum a todos. A reunião de equipe é um espaço rico para troca de saberes e pactuações coletivas, onde cada trabalhador torna-se responsável pela organização e condução da sua equipe, discute propostas de ações em saúde, parcerias com a comunidade e instituições, organiza grupos operativos, remodela seu cotidiano de trabalho de acordo com o fluxo e com a demanda sempre mutável proveniente da população e das discussões sobre saúde. É neste espaço de debate, conflito e negociação que pode-se observar a postura de cada profissional frente as necessidades de saúde da população e diante da organização do trabalho. Assim, tornam-se evidentes os posicionamentos, reflexões e tomadas de decisão acerca dos assuntos abordados e das negociações e arranjos que são realizados no coletivo de trabalhadores. Observa-se também como cada equipe se organiza para solucionar os problemas com os quais se defronta e com as demandas surgem. Assim, é um espaço privilegiado para uma leitura do discurso e da prática de cada profissional.

Para a coleta dos dados foi utilizada a observação participante, onde se pretendeu conhecer e entender a realidade para obter a explicação dos fatores que impedem, limitam e facilitam a intersetorialidade no território de quatro Equipes de Saúde da Família a partir da percepção do apoiador matricial.

Com o auxílio da observação participante, o pesquisador analisa a realidade social que o rodeia, tentando captar os conflitos e tensões existentes e identificar grupos sociais que têm em si a sensibilidade e motivação para as mudanças necessárias. O pressuposto principal dessa abordagem é que não há

padrões formais ou conclusões definitivas, e que a incerteza faz parte de sua epistemologia (QUEIROZ *et al.*, 2007).

A apoiadora participa cotidianamente da rotina de trabalho das equipes de saúde da família, facilita discussões sobre processo de trabalho, educação permanente em saúde, nas reuniões semanais das equipes, multiplica informações e discussões realizadas no Distrito ou na Secretaria Municipal de Saúde, dá suporte clínico dentro do seu núcleo de saber – neste caso, Fisioterapia – quando há necessidade no território, discute indicadores e sistemas de informação, insere-se na comunidade para viabilizar a participação popular em saúde. O apoiador é um ator importante para as equipes porque ele dá suporte e apoio aos trabalhadores nos aspectos que eles sentem dificuldade, buscando junto e compartilhando sempre as soluções e caminhos encontrados para resolver as mais variadas situações do cotidiano de trabalho, sejam elas de caráter organizacional, administrativo ou clínico.

O pesquisador utiliza o trabalho cotidiano do grupo ou organização que estuda, observando os profissionais das equipes para ver situações com que se deparam normalmente e como se comportam diante delas; entabula as conversações com participantes e descobre as interpretações que eles têm dos acontecimentos, ou seja, há a presença constante do observador nas atividades do grupo ou organização pesquisada a fim de que ele possa “ver as coisas de dentro”. Nesse caso o pesquisador adota dois papéis, participa das atividades da organização ao mesmo tempo em que as observa (SERVA, JAIME, 1995). Assim, os dados para esta pesquisa foram colhidos no dia-a-dia de quase um ano de trabalho – novembro de 2010 a setembro de 2011 – que a apoiadora vem desenvolvendo junto às equipes.

Como técnica de análise dos dados foi utilizada a Análise do Discurso – AD. A AD entende que não irá descobrir nada novo, apenas fará uma nova interpretação ou uma re-leitura; outro aspecto a ressaltar é que a AD mostra como o discurso funciona não tendo a pretensão de dizer o que é certo, porque isso não está em julgamento (CAREGNATO, MUTTI, 2006).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A cobertura da Estratégia Saúde da Família - ESF em João Pessoa ocupa o segundo lugar no *ranking* das capitais nordestinas, segundo levantamento do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. Os dados apontam uma cobertura de quase 90% da população e mais de 630 mil pessoas cadastradas nas 180 Unidades de Saúde da Família (JOÃO PESSOA, 2010).

A ESF no município de João Pessoa-PB é, preferencialmente, a porta de entrada do usuário para o

Sistema de Saúde. No bairro Jardim Veneza, a cobertura é de 100% do território, compreendendo o trabalho de quatro equipes de saúde da família. A procura por consultas médicas e de outros profissionais é intensa durante toda a semana, e a ordem do atendimento é realizada através do acolhimento.

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde, de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários. Ou seja, requer prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde, para a continuidade da assistência, e estabelecendo articulações com esses serviços, para garantir a eficácia desses encaminhamentos (BRASIL, 2006).

Portanto, o acolhimento é ferramenta fundamental para a resolutividade dos problemas de saúde encontrados no território, independentemente se elas estão ao alcance da esfera de atuação da Atenção Básica. Este processo está implantado nas quatro equipes em questão, mas ainda não responde às necessidades de modo ideal com todos os setores da gestão municipal. Há resistência por parte de muitos profissionais em realizar a escuta qualificada e outros, apesar de várias capacitações, estudos e debates em equipe acerca do tema, insistem em fazer do acolhimento uma espécie de triagem, apenas direcionando o usuário para o profissional que realizará o seu atendimento. Os profissionais fazem falas culpando o usuário pela pouca eficácia do acolhimento, criticando a atitude imediatista que exige atendimento no mesmo dia até quando não se caracteriza uma urgência e assim, utilizam-se disso para não se responsabilizarem com o processo do acolhimento e de educação da população. É comum ouvir dos trabalhadores que não fazem a escuta qualificada porque a comunidade quer ser atendida só naquele momento e não aceita agendamento para outro horário. Todavia, poucas foram as vezes que o processo foi explicado a comunidade, a não ser por ocasião de sua implantação. Dessa forma, os profissionais acabam por não acolher os anseios da população e não buscar autonomia para responder às demandas que estejam fora do alcance da equipe naquele momento.

Assumimos a autonomia como categoria norteadora e conteúdo central da promoção da saúde que perpassa todos os processos, todas as categorias práticas pelas quais ela se realiza (FLEURY-TEIXEIRA *et al.*, 2008).

A Estratégia Saúde da Família – ESF tem em seus pressupostos práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, orientada pelos princípios do vínculo, a equidade e a participação social, entre

outros. E todos os membros da equipe têm entre suas atribuições, estimular a participação popular e o controle social, realizar diagnóstico situacional com a participação da comunidade, promover e desenvolver ações intersetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção de saúde, de acordo com prioridades e sob a coordenação da gestão municipal (ALMEIDA, 2008).

Nesta perspectiva, apesar de existirem avanços devido a figura do Apoiador Matricial dar suporte às equipes, a autonomia fica limitada a atuação específica deste profissional em algumas situações. Por estar em contato com trabalhadores, usuários e também com os diversos atores que compõem as áreas técnicas da Atenção à Saúde, o apoiador é um personagem importante para o desenvolvimento da intersectorialidade, já que tem a possibilidade de articular outros setores do governo e também não-governamentais para atuarem em parceria com as equipes de saúde da família. Contudo, o apoiador detém, hoje, grande demanda de gestão e administrativa dentro das equipes, limitando seu tempo para buscar essas parcerias. É perceptível a transferência de responsabilidade da ESF para o apoiador, onde várias questões poderiam ser resolvidas pela própria equipe. Contudo, nota-se o discurso dos profissionais no sentido de colocar o apoiador com a função essencial de solucionar esses pequenos entraves administrativos e burocráticos, limitando as demais possibilidades de atuação deste profissional.

O desejado seria que cada profissional da equipe tivesse e buscasse autonomia para resolver ou buscar soluções para os problemas do seu território de atuação, porém, esta autonomia muitas vezes não é buscada, e quando é, esbarra em muitos processos burocráticos, filas de espera, profissionais não resolutivos e encaminhamento da demanda para outros setores, que terminam por inviabilizar a construção da rede de cuidado e desmotivar o profissional a tentar vias alternativas ou enfrentar as vias de fato até conseguir uma resposta. Muitos são os questionamentos feitos pelos profissionais em relação ao fluxo do usuário na rede, ao atendimento em outros setores e a como contatar demais setores da saúde e outros dentro da gestão. De fato, a rede de atenção é dinâmica e mutável e isso acaba por confundir determinados trâmites e fluxos, mas não justifica a postura passiva do profissional em relação à busca por respostas aos problemas encontrados no cotidiano do trabalho. Escuta-se bastante reclamação e há a inércia diante dos desafios diários que surgem no território, que é vivo e por isso demanda distintas situações a serem trabalhadas. Parte dos trabalhadores se queixa da burocracia do sistema de saúde, dizem que já fizeram alguma ação relacionada a tal tema e que de nada adiantou, que os outros setores não cumpriram com a sua parte e que por isso não adianta tentar novamente. É necessário o entendimento que não basta programar

e apenas executar uma ação única, é preciso monitorar, avaliar, fazer novamente e buscar a parceria sempre, várias vezes.

Os trabalhadores têm entendimento sobre a intersectorialidade, sabem ao que ela se propõe, compreendem que o setor saúde não consegue promover a saúde sozinho. Porém, são facilmente desanimados diante da fragmentação das políticas e da falta de diálogo entre os órgãos da administração pública.

Apesar de haver ocorrido vários movimentos setoriais de racionalização integradora das políticas sociais, elas continuam fragmentadas. Os vários direitos sociais da mulher, da criança, do idoso e do trabalhador nos campos da saúde, educação, lazer, segurança e meio ambiente, geraram diferentes programas e instituições, conflitando e competindo entre si. A grande maioria se dirige para o atendimento individualizado das pessoas, desconsiderando o universo familiar e comunitário em que vivem. O indivíduo foi fragmentado em carências. Os direitos passaram a ser consumidos e fornecidos de forma separada (VASCONCELOS, 1999).

A construção da intersectorialidade constitui um desafio, haja vista a fragmentação imposta pela lógica das administrações governamentais centralizadas, setorializadas e competitivas, bem como pela ausência de uma política estratégica de desenvolvimento social e, ainda, pelo predomínio da racionalidade médica nas arenas da saúde (GIOVANELLA, ESCOREL, MENDONÇA, 2009).

Notadamente, a ocasião na qual um profissional da ESF procura outro setor, que não seja o da saúde, para auxílio na resolução de algum problema vivenciado pelo usuário e esbarra no acesso a este setor, ele sente-se desmotivado a procurar o mesmo setor novamente e já adquire um senso de não resolutividade da rede. Durante o planejamento e proposição de ações para o território, principalmente durante as reuniões de equipe, percebe-se a desmotivação dos profissionais para buscarem as parcerias, para solicitarem outros setores da gestão. Isso fica claro quando são feitas falas desanimadas e pessimistas, citando ações anteriores que não obtiveram sucesso porque alguém não cumpriu com o que fora pactuado. Nem os outros setores cumprem o planejado, nem a atenção básica monitora a realização destas atividades, acontecendo a ausência de diálogo entre os diversos atores que deveriam estar empenhados em melhorar as condições de vida e saúde da população. Sendo assim, torna-se crucial a questão da formulação, por parte da gestão, de políticas públicas que dialoguem entre si, que atendam ao princípio da integralidade e não tenham seu foco apenas em determinado aspecto, mas que considere o contexto familiar e territorial da população. Cabe também às escolas de saúde ressaltarem a importância do trabalho intersectorial dentro do currículo escolar.

Agora, na concepção a partir da construção de

um sistema ordenado de serviços de saúde, as ações devem ocorrer em uma lógica de redes de atenção interconectadas, com a finalidade de configurar linhas de produção do cuidado, compreendidas como rotas pelas quais o usuário percorre o sistema de saúde a fim de superar suas necessidades (GIOVANELLA, ESCOREL, MENDONÇA, 2009).

O profissional de saúde que atua na equipe se aproxima mais da necessidade real da comunidade e cria-se um vínculo da equipe de saúde com a população. O território local é a base das iniciativas de articulação intersetorial, e as equipes de saúde da família têm importante papel na identificação de situações de risco social e de saúde, além do potencial de consolidação das redes locais de serviços sociais.

Contudo, este ideal não acontece da forma esperada, já que as ações intersetoriais que acontecem no Bairro Jardim Veneza são pontuais e, grande parte delas, vinculadas a programas do Ministério da Saúde, como o Bolsa Família e o Programa Saúde na Escola.

Percebe-se na maioria dos trabalhadores a não responsabilização pelos problemas de saúde da população. Cada profissional oferta seu serviço assistencial e não vai muito além disso. Eles afirmam que quando saem para ações no território a população se queixa, pois acha que o profissional deveria estar sempre no consultório atendendo, fruto do modelo biomédico enraizado na população. Apesar da percepção deste comportamento no usuário, não há muito esforço da ESF em transformar esta ideia. Mesmo com um território repleto de situações de violência, uso de álcool e outras drogas, falta de saneamento básico e demais situações de vulnerabilidade social, não há ações concretas envolvendo articulações intersetoriais que almejem a redução ou eliminação destes fatores que tanto interferem na saúde das pessoas.

A articulação com as organizações sociais do bairro também são limitadas a eventos e cursos, em sua maioria ofertados pelas instituições e tendo representantes das equipes e vice-versa. Estes cursos e oficinas aproximam os trabalhadores e instituições por um tempo, determinado período, mas não há continuidade nesta aproximação, limitando-se quase sempre a ocorrência de algum evento. As equipes de saúde bucal ainda conseguem uma aproximação contínua com as escolas do bairro, já que toda semana os odontólogos da ESF as visitam para a realização de palestras e ações supervisionadas em saúde bucal.

Parte dos trabalhadores das equipes em foco não apresenta perfil para atuar na ESF. São profissionais com alguma outra especialidade que ainda atuam seguindo um modelo hospitalocêntrico, médico-assistencialista, focado nas práticas curativas e ambulatoriais. Estes profissionais, por não se enquadrarem no perfil adequado à ESF, acabam desencorajando os demais e dificultam o processo de consolidação da intersetorialidade no bairro, já que as

ações promovidas devem ser responsabilidade de toda a equipe e não apenas de um ou outro profissional. É frequente a fala de acomodação e individualismo por parte de alguns profissionais que não se envolvem nas atividades e ações por entender que aquilo não faz parte do seu processo de trabalho.

No estudo realizado por GIOVANELLA, ESCOREL E MENDONÇA (2009), o maior problema da ESF no momento da pesquisa, segundo o secretário municipal de saúde do município de Aracaju e os demais gestores, seria a falta de profissionais médicos, e médicos sem o perfil adequado para atuar na ESF; profissionais sem compromisso e envolvimento com a Estratégia. Não só os médicos, mas todo e qualquer profissional que não tenha perfil para trabalhar na ESF, apresenta-se como um fator dificultante das mudanças que tanto se almeja na atenção integral à saúde.

Outra condição seria o excesso de demandas assistenciais individuais, que consome o tempo dos profissionais, e a sua insuficiente capacitação para a ação comunitária, destacando-se como fatores limitantes para a atuação e a mediação de ações intersetoriais pelas equipes.

A falta de perfil para atuação na ESF aliada à alta demanda ambulatorial são fatores importantes na tomada de decisão frente aos problemas de saúde da comunidade. O profissional sem perfil não busca parcerias, não se preocupa em melhorar o contexto social do território. Ele está no trabalho apenas para atender às demandas assistenciais e ambulatoriais, acreditando ser apenas este o seu papel na unidade de saúde. Quando faz algo que não esteja na sua rotina de atendimento clínico, já pensa estar fazendo mais do que a sua obrigação. E a alta demanda de atendimento só vem reforçar a inércia destes profissionais diante dos problemas da comunidade.

Ainda assim, existe uma parte dos profissionais destas equipes que desejam modificar a situação do território de atuação. Contudo, embora existam muitos trabalhadores do SUS que defendem uma visão ampliada de saúde, valorizam a importância de ações intersetoriais para a promoção da saúde da população e reconhecem que os saberes e atuações exclusivas do setor saúde são insuficientes para promovê-las, no cotidiano dos serviços não têm concretizado ações efetivas para a implementação da intersetorialidade.

Segundo ALMEIDA (2008), inúmeros são os estudos de avaliação da Saúde da Família, nos quais a intersetorialidade é considerada um dos aspectos críticos do programa, seja pelo despreparo dos profissionais, ou pela dificuldade de colaboração dos outros setores, ou pela baixa capacidade da gestão municipal, ou mesmo pela não incorporação pelos atores do conceito ampliado de saúde e toda a complexidade envolvida.

De acordo com TEIXEIRA (2006) a institucionalização da prática e programação de ações

intersetoriais de Promoção de Saúde, nas diferentes esferas de gestão e mesmo no nível local, deve se beneficiar de debates que favoreçam diálogos entre gestores e pesquisadores da área e ainda de investimentos em processos de educação permanente para dirigentes e técnicos das instituições de saúde, bem como de instituições que desenvolvam ações intersetoriais. Faz-se necessária, também, a mudança de perfil dos sujeitos em um processo de empoderamento político e cultural, tanto no plano individual, de cada profissional e trabalhador da saúde, quanto no perfil do sujeito coletivo, entendido como a população organizada em torno da Promoção da Saúde e da melhoria da qualidade.

A gestão municipal tem se empenhado para promover políticas que desencadeiem ações intersetoriais, mas o processo de mudança também precisa partir dos trabalhadores envolvidos através de espaços de discussão, educação permanente e construção coletiva das propostas de cada setor, tornando cada um co-responsável pela atuação e enfrentamento diante dos infortúnios sociais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Estratégia de Saúde da Família é parte importante para a garantia da implantação e realização da intersectorialidade. Essas equipes têm o importante papel de coordenar, liderar, monitorar estas ações,

sempre visando à atenção integral e às necessidades dos usuários, buscando parcerias dentro e fora do território quando estas necessidades extrapolam o setor saúde.

O apoiador matricial é um ator que tem potencial para articulação e implantação da intersectorialidade no território, mas ainda não desempenha tão fortemente este papel devido à grande carga administrativa / estrutural.

O atendimento à demanda espontânea por meio do acolhimento colabora para a constituição da ESF como serviço de procura regular e proporciona ao trabalhador um encontro com o subjetivo do usuário, que expõe seus anseios, fazendo o “ouvinte” entender que saúde não se limita apenas a consultas.

É preciso criar autonomia na relação de trabalho entre os profissionais da ESF, incentivando a co-responsabilidade pelas pessoas do território adscrito.

A descrença e desmobilização política para os assuntos públicos de benefício para maioria (ou toda) a população e a fragmentação das ações institucionais é um fator limitante na intersectorialidade, mas não impede de ser realizada, sobretudo a partir da micropolítica.

Há um esforço por parte da gestão municipal na implantação de políticas que dialoguem entre si, mas deve haver também esforço dos profissionais para que estas políticas e ações aconteçam de forma articulada, mantendo o foco na melhoria da qualidade de vida da população.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA AMR. A intersectorialidade e a estratégia saúde da família: desafios da relação entre o discurso e a prática [Dissertação de Mestrado]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. Belo Horizonte; 2008. 107p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção*. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 68 p. – (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4)
- CAREGNATO RCA, MUTTI R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. *Texto Contexto Enferm.*, 15(4): 679-84, 2006.
- FLEURY-TEIXEIRA P, VAZ FAC, CAMPOS FCC, ÁLVARES J, AGUIAR RAT, OLIVEIRA VA. Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(Sup.2): 2115-2122, 2008.
- GIL AC. *Como elaborar Projetos de Pesquisa*. 3. ed., São Paulo: Atlas, 1991. 207p.
- JOÃO PESSOA, 2010. Cobertura do PSF em João Pessoa está entre as melhores do Nordeste, 07/07/2010. Disponível em <http://www.giropb.com/?p=noticia_inte_rna&id=2487> Acesso em 08, novembro, 2010.
- QUEIROZ DT, VALL J, SOUZA AMA, VIEIRA NFC. Observação Participante da Pesquisa Qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. *Rev. Enferm. UERJ*, 15(2): 276-283, 2007.
- SERVA M, JAIME JRP. Observação participante e pesquisa em administração: uma postura antropológica. *Revista de Administração de Empresas*, 35(1): 64-79, 1995.
- SILVA EL. A Pesquisa e suas Classificações. In: SILVA EL, MENEZES EM. *Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação*, 3. ed., Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001. 121p.
- VASCONCELOS EM. A priorização da família nas políticas de saúde. *Saúde em Debate*, 23(53): 6-19, 1999.

Correspondência

Liliane Abrantes de Sena
Rua Aurora, n. 201, apt 904 - Miramar
João Pessoa – Paraíba – Brasil - CEP: 58.043-270
E-mail: lilisena0@yahoo.com.br