

As ações intersetoriais na Estratégia de Saúde da Família: um estudo da representação do conceito de saúde e de suas práticas na Atenção Básica

Intersectoral actions in Family Health Strategy: a study of the representation of health and its practices in primary care

La acción intersectorial en la Estrategia Salud de la Familia: un estudio de la representación del concepto de salud y sus prácticas en la Atención Primaria

Alana Diniz Cavalcanti. Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Recife, PE, Brasil. alanadcavalcanti@gmail.com
(Autora correspondente)

Joselma Cavalcanti Cordeiro. Universidade de Pernambuco (UPE). Recife, PE, Brasil. cordeirojc@hotmail.com

Resumo

Objetivo: analisar a dinâmica das ações intersetoriais presentes na Estratégia de Saúde da Família a partir de um território, na cidade do Recife. **Método:** pesquisa qualitativa, adotando o referencial teórico da produção social da saúde e a entrevista semiestruturada como instrumento de coleta dos dados aplicado aos profissionais que compõem equipes de saúde da família e profissionais que compõem serviços de referência do território investigado, tendo a teoria de Bardin como base para realização da análise de conteúdo. **Resultados:** obtém-se a noção de saúde perpassando os múltiplos aspectos que envolvem a vida humana e o conceito de intersectorialidade distante das agendas dos serviços, refletindo uma prática intersectorial também deficitária. **Conclusão:** possibilidades de práticas de diálogos entre os setores emergiram como caminhos possíveis dentro e fora do setor saúde como forma de superação dos problemas.

Abstract

Objective: to analyze the dynamics of intersectoral actions present in the Family Health Strategy in a territory in the city of Recife. **Methods:** qualitative research, adopting the theoretical framework of social production of health, and the semi-structured interview as an instrument of data collection, applied to professionals that make up family health teams and those who make up referral services of the territory investigated, using Bardin's theory as a basis for conducting content analysis. **Results:** we achieved a notion of health through multiple aspects of everyday life, and the concept of intersectionality disconnected from services provided reflects a deficient intersectoral practice. **Conclusion:** dialogue across sectors, both inside and outside of the health sector, has emerged as a means of overcoming such deficiencies.

Resumen

Objetivo: analizar la dinámica de las acciones intersectoriales presentes en la Estrategia de Salud de la Familia desde un territorio en la ciudad de Recife. **Métodos:** investigación cualitativa, adoptado como instrumentos el marco teórico de la producción social de la salud y entrevistas semiestructuradas como el instrumento de recolección de datos aplicada a los profesionales que integran los equipos y profesionales de la salud de la familia que componen los servicios de referencia del territorio investigado, con la teoría Bardin como base para la realización del análisis de contenido. **Resultados:** la noción de salud se obtiene desde los múltiples aspectos relacionados con la vida humana y el concepto de intersectorialidad alejado a las agendas de los servicios, lo que refleja una práctica intersectorial también deficiente. **Conclusión:** las posibilidades de prácticas de diálogo entre los distintos sectores han surgido como posibles caminos dentro y fuera del sector de la salud como una manera de superar los problemas.

Como citar: Cavalcanti AD, Cordeiro JC. As ações intersetoriais na Estratégia de Saúde da Família: um estudo da representação do conceito de saúde e de suas práticas na Atenção Básica. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2015;10(37):1-9. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(37\)1059](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(37)1059)

Palavras-chave:

Ação Intersetorial
Estratégia de Saúde da Família
Atenção à Saúde

Keywords:

Intersectorial Action
Family Health Strategy
Health Care (Public Health)

Palabras clave:

Acción Intersectorial
Estrategia de Salud Familiar
Atención a la Salud

Fonte de financiamento:
declaram não haver.

Parecer CEP:
UFPE, 382.158, 03/09/2013.

Conflito de interesses:
declaram não haver.

Procedência e revisão por pares:
revisado por pares.

Recebido em: 26/12/2014.

Aprovado em: 25/10/2015.

Introdução

A ampliação do conceito de saúde vem sendo discutida no Brasil antes mesmo da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), dentro da perspectiva da reforma sanitária, num processo social de construção de mudanças do modelo de atenção. Implica a compreensão da saúde como um valor em permanente transformação, produto de fatos econômicos, políticos, ideológicos e cognitivos.¹

Em seu sentido mais amplo, visa proporcionar um olhar integral ao indivíduo, introduzindo concepções de autocuidado. Para tanto, a Atenção Primária à Saúde (APS) é entendida como condutora de tais práticas, sendo-lhe atribuída a função de primeiro contato para o cuidado e acesso a outros serviços de forma integrada.

Starfield² acrescenta ainda que a APS trata-se de um conjunto de relações que envolvem o nível local e se relaciona a um conjunto maior, extrapolando assim a porta de entrada do SUS. O Brasil organizou sua Atenção Primária a partir dos enfoques da Estratégia de Saúde da Família. Com ela, se “propõe uma mudança no objeto da atuação dos sistemas de saúde, bem como nos princípios éticos norteadores das relações”.³

A Estratégia é fundamentada na intersectorialidade e implica uma articulação entre sujeitos sociais numa nova forma de trabalhar a saúde. Propõe dialogar com setores diversos, incorporando uma nova maneira de pensar os problemas sociais a partir da integração, do território e dos direitos sociais.⁴⁻⁶

Pode-se afirmar que a intersectorialidade contribui significativamente para a efetividade e eficiência no setor saúde, proporcionando uma abordagem mais complexa dos problemas de uma forma geral.⁷ Campos⁸ afirma que esta prática enfatiza a existência de uma abertura para o diálogo entre os setores, estabelecendo-se corresponsabilização e vínculo mútuo, sendo assim um processo de construção compartilhada.

A partir de tais considerações, este estudo teve como objetivo analisar a percepção de atores sociais sobre o conceito de saúde e a dinâmica das ações intersetoriais presentes na Estratégia de Saúde da Família de um território na cidade do Recife.

Métodos

A pesquisa consistiu numa análise do tipo qualitativa, tendo como instrumento de coleta de dados a entrevista do tipo semiestruturada. A entrevista foi aplicada primeiramente em três unidades de saúde do Recife localizadas no bairro de Dois Unidos, sendo elas: USF Alto do Maracanã, USF Alto do Capitão e USF Clube dos Delegados. Em cada unidade de saúde foram escolhidos 15 profissionais que representam as diferentes categorias atuantes na Estratégia: enfermeiro, médico, dentista, auxiliar de saúde bucal, agente comunitário de saúde e técnico de enfermagem.

Um segundo momento de coleta de dados foi realizado por meio de uma nova entrevista do tipo semiestruturada, agora com cinco profissionais representantes de diferentes setores sociais que atuam no território adstrito às USF e que são considerados referência para a sua população, sendo eles: Escola Municipal Alto do Maracanã, Associação de Moradores (Alto do Capitão), Centro de Referência em Assistência Social (RPA II), Empresa de Manutenção e Limpeza Urbana do Recife (EMLURB) e Coordenadoria de Defesa Civil do Recife (CODECIR - RPA II). Ao todo, foram coletadas 20 entrevistas nos dois momentos de aplicação do roteiro.

A técnica de análise dos dados coletados foi a de conteúdo, segundo as proposições de Bardin.⁹ Realizou-se em três fases: 1ª pré-análise, 2ª exploração do material, 3ª tratamento dos resultados e interpretação. O ordenamento dos dados da pesquisa se deu a partir da transcrição e leitura do material, construindo-se categorias para uma interpretação mais profunda. Esse processo possibilitou uma contínua revisão do material empírico em diálogo com o referencial teórico assumido.

Durante o decorrer da análise dos dados, foram transcritas falas dos participantes de forma literal, sendo identificadas pela inicial “E” referente à entrevista realizada, seguida da ordem de realização com o participante, a fim de se manter o sigilo com relação aos nomes.

A pesquisa foi desenvolvida a partir de um projeto aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Pernambuco, constando na Plataforma Brasil sob o número 16984313.5.0000.5207, sendo realizada durante o segundo semestre de 2013. Todos os participantes tomaram ciência dos objetivos da pesquisa e foram convidados a participarem espontaneamente mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme as recomendações da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Não houve financiamento de nenhuma instituição de fomento para o desenvolvimento desta pesquisa.

Resultados e discussão

Saúde enquanto conceito

A análise revelou o entendimento da saúde como um estado de bem-estar físico, mental e social integrado e completo, tal como foi definido pela Organização Mundial de Saúde entre cinco dos entrevistados.

“... assim, pautado agora no que diz que é um bem-estar físico, mental e social, e que num envolve só o conceito de tratamento de doença...(E1)”

“... Saúde, bem-estar físico mental, social, todo esse leque de conjunturas que levam ao estado de saúde, ‘né’?... (E4)”

“... é, a própria organização mundial de saúde diz que saúde é o bem-estar físico, mental e social, ou seja, que o ser humano precisa de vários componentes...(E11)”

Numa tentativa de superar a noção negativa e limitada da saúde enquanto ausência de doenças, a definição da OMS lança seu conceito de forma positiva. Tal conceito, no entanto, se esbarra e se limita a um caráter utópico e inatingível, sendo criticado por ser pouco prático e propício a arbitrariedades em tomadas de decisão. Corroboram com essa afirmação dois trabalhos encontrados,^{10,11} sendo possível observar uma reprodução deste conceito isenta de uma reflexão maior nas falas dos entrevistados.

Como crítica a tal conceito de saúde, Segre e Ferraz¹¹ justificam que seu surgimento foi considerado avançado para a época em que foi realizado, mas que no momento se encontra irreal e ultrapassado. Dentre outras considerações, para os autores, a definição da OMS sofre críticas pela separação entre o físico, o mental e o social, como categorias distintas ao se conceber a saúde. Caponi¹⁰ complementa esse pensamento e o aprofunda ao considerar o risco de ser utilizado para legitimar politicamente, estratégias de controle ou exclusão de tudo aquilo que é considerado indesejável e perigoso.

Numa outra perspectiva, sete profissionais relacionaram a saúde com os diversos aspectos que envolvem a vida do ser humano, remetendo aos determinantes sociais da saúde. Tais profissionais abarcaram a perspectiva mais ampla do conceito, tendo por base o ideário da reforma sanitária em que se observa a necessidade da integralidade nas ações de saúde e a complexidade que a envolve dentro de uma conjuntura histórico-social e econômica. Em seus achados, Silva e Rodrigues¹² sinalizam ainda para o fato de que a perspectiva de cada profissional sobre o que é saúde influencia a sua prática. Muitos profissionais ressaltaram em especial o impacto dos aspectos econômicos, tais como desemprego e falta de saneamento enquanto empecilhos para a construção da saúde.

“... saúde é o resultado de condições de vida e não só atenção à saúde... acesso a educação a moradia, a trabalho, a lazer e tudo mais, eu diria também a promoção da espiritualidade, por que é preciso mais do que nunca pensar nessa parte no momento... (E5)”

“... a saúde, na verdade é a maneira com a gente vive... é uma questão muito pessoal, no sentido assim, de muito individual... e aí eu vejo saúde muito mais como um meio do que um objetivo... (E6)”

Dentro da lógica da produção social da saúde, a prática permite romper com a setorialização da realidade e ocasionar a transformação, na medida em que se observa a dimensão política desse processo.¹ Os profissionais expressaram a concepção de saúde como um processo que se relaciona com os determinantes, incluindo condições socioeconômicas, culturais e ambientais se relacionando com as condições de vida e trabalho de uma pessoa.¹³ Outro ponto presente enquanto condicionante do conceito para os profissionais tem a ver com a possibilidade de promoção de esferas de lazer. A partir disso, para muitos entrevistados a relação que se estabelece entre saúde e o lazer é direta e que, segundo Silva et al.,¹⁴ envolve múltiplos aspectos da vida social e é definida como um espaço para a socialização e produção de saúde.

“... a pessoa tem que tratar a doença, mas tem que ter o lado de lazer, é tudo, ‘né’? Não é só a doença, não só a parte de medicamento, tem que ter acesso a lazer, a se divertir, psicologicamente tem que ser olhado, não só o problema da doença...” (E1).

Os profissionais enfatizam também os serviços de saúde enquanto meios possíveis para se alcançar um nível de bem-estar, ampliando as possibilidades interativas além da articulação teoria e prática, por meio de debates e discussões que fortaleçam e divulguem o conceito.¹⁵

“... eu acho que saúde é isso, é a gente formar, a gente dar condições para as pessoas viverem melhor e a gente fazer com que algumas pessoas usufruam de todo seu potencial de vida. De ‘tá’ fazendo as coisas que os seres humanos têm que fazer. Que aí também é bem abrangente...” (E6)

“... saúde é isso, é tentar levar e promover a saúde à população mais carente que, ainda, querendo ou não tá um pouco desassistida...” (E7)

Tal ênfase se coloca como importante na medida em que se pode pensar uma relação objetiva de um conceito de saúde, na qual os serviços acabam por refletir posições políticas e ideológicas dos sujeitos que o executam, bem como o seu ideário do que vem a ser saúde. Ayres¹⁶ faz uma análise dessas relações e afirma uma necessidade de reconstrução das práticas no sentido de construir novas instrumentalidades e resgatar as dimensões éticas, morais e políticas presentes nos serviços. Os serviços, nessa perspectiva,

devem estar ancorados na lógica de que todos (usuários, profissionais e população) são portadores de uma existência compartilhada, necessitando de decisões conjuntas para a efetivação da saúde.

A intersectorialidade enquanto lógica para o serviço

Dentre aqueles que conseguiram concluir uma conceituação sobre a natureza intersectorial foi possível perceber pontos de similitude entre os discursos, fazendo emergir como categoria, a noção de intersectorialidade enquanto processo de construção compartilhada:

“...É a gente envolver outros serviços tipo a educação, é a parte de limpeza urbana, as comunidades que já existem, as igrejas...” (E12)

“... é um trabalho que cada um, dentro da sua especificidade trabalha junto. A gente desenvolve um trabalho assim junto com algumas outras secretarias...” (E17)

Nesta perspectiva, a intersectorialidade é pensada a partir da integralização dos serviços, dentro e fora do setor saúde, estabelecendo-se uma lógica de cogestão para a melhoria da qualidade de vida da população. A intersectorialidade, para dois profissionais que compõem equipes de saúde da família, é descrita a partir de uma relação estabelecida entre os níveis de assistência dentro da própria saúde e a importância dessa prática nos serviços que visam o bem-estar integral do indivíduo.

“... É um *feedback*. É um dar e um receber que muito hoje a gente não tem isso... por exemplo, a doutora quando encaminha um paciente a um especialista, a gente espera um retorno desse especialista e do paciente com esse retorno, e é algo que a gente não tem...” (E7)

A comunicação que se realizaria entre os níveis de atenção à saúde teria, segundo esse aspecto, relação direta com a efetivação de uma prática integradora do indivíduo. Percebeu-se que os participantes entendem a necessidade de articulação com outros setores e a coloca como fundamental para a efetivação do sentido ampliado da saúde.

Outra categoria emerge da análise sobre a intersectorialidade, sendo esta considerada difusa e complexa para os profissionais. Nesta perspectiva, a concepção do que se trata a intersectorialidade para alguns entrevistados seria confundida com a natureza teórica da interdisciplinaridade:

“... a união de vários núcleos de saberes, de várias formações profissionais, por exemplo médico, enfermeiro, dentista, nutricionista, farmacêutico, terapeuta...” (E9).

Se mostrando pouco entendida, a intersectorialidade nesta categoria, traz à tona ainda, que a intersectorialidade para alguns profissionais ligados a níveis técnicos e formações básicas, não é compreendida ou seria tida como uma tarefa de ordem superior e fazendo parte da atribuição de níveis mais elevados de categoria profissional.

“... é um tema que é pouco abordado ‘pra’ nós, ‘né’? Que a turma veio colocar isso no nível médio. Geralmente, quando tem reuniões que vão falar sobre essa questão intersectorialidade é mais o pessoal de nível superior que vai pra essas reuniões. Então a gente não fica muito por dentro dessas questões...” (E7)

“... não, eu não entendo não...” (E10)

O trabalho de Acioli¹⁷ chama a atenção para a necessidade de envolvimento orgânico entre todos os que compõem a equipe, fazendo emergir o sentimento de corresponsabilidade. Silva e Rodrigues¹² acrescentam que as relações de poder existentes entre diferentes campos de conhecimento e políticas são desafios para a intersetorialidade, precisando ser superados por meio do diálogo.

Os dados mostram que muitos profissionais consultados têm uma percepção inconclusa sobre a intersetorialidade, demonstrando um distanciamento do que venha a ser o conceito. Assim, tal questão começa a ser aprofundada e caracterizada como pouco discutida no âmbito de execução de políticas públicas, principalmente relacionadas à saúde.

O concreto das ações intersetoriais nos serviços: práticas existentes, limites e possibilidades de efetivação

Dentro dos serviços de saúde da família, o setor que estaria mais articulado com práticas intersetoriais, segundo os próprios profissionais consultados, seria a educação, presente pelas escolas públicas municipais e estaduais que atendem as áreas adstritas à pesquisa, como também por meio da Universidade de Pernambuco, que desenvolve programas de ensino tais como residência, ciclos de estágios, dentre outros.

“... a escola do Alto do Maracanã. Não tem outra... sim e no caso a UPE, ‘né’? A gente tem a residência, ‘né’?” (E3)

“... nós desenvolvemos em parceria com escolas e creches, trabalhamos em conjunto com creches tanto na parte de educação em saúde, como na parte da própria saúde mesmo, fazendo vacinações, escovações...” (E11)

É importante assinalar que tais ações, segundo os próprios entrevistados, não ocorreriam de forma contínua e efetiva, mas se realizariam no âmbito do emergencial, não se constituindo em uma rotina propriamente dita. No trabalho de Gonçalves et al.¹⁸ é possível observar, segundo seus achados, que não há efetivamente, no cotidiano das equipes, ações intersetoriais, embora se reconheça que o setor saúde sozinho não é capaz de implementar práticas efetivas de promoção de saúde.

Outro setor fundamental seria a parceria junto com a própria comunidade local. Organizada por meio de associações de moradores ou não, a comunidade, em seu entendimento mais amplo, é reconhecidamente peça-chave para a realização e conquista de melhorias na condição de saúde da população.

“... a gente tem um bom vínculo com a comunidade... que inclui o povo que participa da associação, mas que também não inclui...” (E6)

“... as meninas da outra equipe têm um local que é não sei o que moradores, acho que associação de moradores. Elas fazem atividade, acho que essa é a que mais tem vínculo...” (E14)

Dentre os limites apresentados pelos entrevistados, o tempo foi citado como fator negativo para o desenvolvimento da prática intersetorial. Tal fator aconteceria devido ao grande número de demandas e o curto prazo a que estão sujeitos para realizá-las.

“... a questão de tempo é que a gente tem uma demanda muito grande e às vezes não para ‘pra’ planejar, não para ‘pra’ ter tempo de fazer aquela ação...” (E12)

“... o que nos limita é talvez a questão do calendário, que a gente tem que realmente seguir, entendeu?...”
(E15)

No caso do setor saúde, em específico, a clínica acaba por ainda ser hegemônica nos serviços, dificultando o diálogo para além dessa instância. Tem-se o trabalho de Silva e Rodrigues¹² levantando o questionamento sobre a priorização e o valor que tem sido dada a prevenção e promoção de saúde na atenção básica e ressaltam a sobrecarga de responsabilidades dentro da política setorial, a qual impede os profissionais de olharem além do objeto específico de atuação.

“... a primeira, que eu sempre coloco acima de tudo, é a questão de tempo. A gente não tem tempo pra gente ‘tá’ fazendo reuniões, porque, na verdade, pra a gente ter trabalhos intersetoriais, você tem que ‘tá’ de fato trabalhando junto. E trabalhar junto, é de fato dedicar tempo a reuniões, ações, a questões juntos. Em conjunto com outros setores. E realmente a gente não tem muito tempo pra isso porque a clínica acaba invadindo tudo isso aí. Entendeu? (E6)

Os dados mostraram ainda que a intersectorialidade é pouco discutida no âmbito de trabalho e, para alguns profissionais, a falta de capacitações que trabalhem o tema não permite que eles se aprofundem num debate. Silva et al.¹⁹ pontuam que a formação e a educação permanente se destacam como componentes importantes para a superação de entraves no desenvolvimento das ações na equipe de saúde da família.

“... Eu acho que até a falta de informação, de passar isso também pra os funcionários...” (E1)

“... a falta de profissionais capacitados, entende? A compreensão ou falta de compreensão de alguns profissionais lógico, você vê que está acontecendo muitos movimentos, ‘né’ isso? E isso atrapalha um pouco...” (E2)

Esse limite vem a se somar com as afirmações de Monnerat e Souza²⁰ em que, segundo pesquisas recentes, a articulação da saúde com outros setores não tem sido uma perspectiva predominante adotada pelos gestores dos três níveis de governos ligados a atenção à saúde, ainda que a integralidade venha ganhando relevância nas ações advindas do SUS.

Quanto às soluções possíveis para superação dos entraves apontados e a efetivação da intersectorialidade, a análise mostrou que, primeiramente, deve haver dentro das equipes a sensibilização para essa prática por meio de capacitações frequentes, de tal forma que todos os profissionais sejam capazes de entender a sua necessidade e sua potencialidade no processo.

“... eu acho que é a sensibilização mesmo nossa, a disposição, se mostrar disponível também, ‘pra tá’ atraindo... ter esse espaço de conversa e ‘tá’ solicitando também à prefeitura os órgãos competentes a melhoria, o número de profissionais, aumentar esses recursos humanos...” (E9)

Dentro do próprio setor saúde se faz necessária a efetivação dos itens constantes na política de atenção básica e referentes ao quantitativo de famílias a serem assistidas pelas equipes básicas, assim diminuindo a sobrecarga dos profissionais.

“... É (sic) 1500 famílias e a gente já tem mais do que isso. No caso reduzir e, conseqüentemente, ter mais tempo pra gente planejar e executar ações utilizando dessas outras parcerias que a gente poderia formar...” (E3)

Uma prática integradora na saúde depende também de mudanças que vão além do profissional executor dos serviços e atingem as práticas organizacionais e grupos populacionais que passam a serem considerados sujeitos ativos das questões de saúde.

“... eu acho que, teoricamente, as possibilidades são infinitas, entendeu? E eu acho que a gente tem a possibilidade de se juntar mais à igreja, a gente tem a possibilidade de se juntar com as indústrias que tem por aqui, ‘né’?” (E6)

A análise mostrou que os profissionais entrevistados reconhecem a importância de se inserir o sujeito na efetivação da saúde como fator preponderante para a eficácia dos serviços propostos. A necessidade de reflexão e discussão sobre a espiritualidade também foi ressaltada, sendo este considerado um ponto importante a ser resgatado em tempos materialistas como os da conjuntura atual.

“... pra mim fica cada vez mais claro que as pessoas são muito promotoras da própria saúde. Sem eles, os serviços são muito coadjuvantes, na verdade, ‘né’? Tem que despertar nas pessoas o poder de cura e autocura que elas têm...” (E7)

A análise dos dados mostrou que as práticas intersetoriais têm sido frágeis e pouco concretizadas. Mesmo a partir de uma perspectiva intrasetorial, os profissionais ressaltam que o diálogo tem sido pouco presente e as demandas que emergem na Estratégia de Saúde da Família, ao serem direcionadas para outros níveis de atenção à saúde, não têm sido reportadas ao serviço inicial.

Conclusão

O método de Bardin contribuiu para evidenciar categorias que possibilitam uma análise do material de forma reflexiva e aponta desdobramentos para posteriores estudos, ainda que se observem limitações nas inferências deste trabalho.

A noção de saúde enquanto a simples ausência de doenças se mostrou superada na perspectiva dos profissionais, permanecendo em seu lugar a definição da Organização Mundial de Saúde para alguns e a perspectiva crítica e ampliada da reforma sanitária que evidencia a saúde como uma produção social para outros.

A atuação dos sujeitos envolvidos na Estratégia de Saúde da Família está aquém do que se propõe o conceito de intersetorialidade, sendo ainda pouco entendido. Para muitos, a intersetorialidade é tida como algo complexo, com pouco espaço de discussão nos serviços e como uma atribuição de trabalhadores com formações de nível superior.

As demandas por serviços assistenciais e cobranças no cumprimento de metas de atendimentos individuais também foram pontos ressaltados pelos profissionais para que a intersetorialidade acabasse por não se efetivar completamente. Como meio de superação das dificuldades, foi apontada como necessária a disposição dos profissionais para essa lógica de trabalho e a sensibilização por meio de reuniões constantes.

Referências

1. Mendes EV. Uma agenda para a Saúde. São Paulo: Hucitec; 1996.
2. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2002. p.726.
3. Albuquerque PC. Educação popular em saúde no município de Recife - PE: em busca da integralidade [Tese de doutorado]. Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz. Rio de Janeiro; 2003.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes Nacionais de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Coordenação-Geral de Planejamento. Plano Nacional de Saúde-PNS: 2012-2015. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
6. Junqueira LAP. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. Saude Soc. 2004;13(1):25-36. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902004000100004>
7. Wimmer GF, Figueiredo GO. Ação coletiva para qualidade de vida: autonomia, transdisciplinaridade e intersetorialidade. Ciênc Saúde Coletiva. 2006;11(1):145-54. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000100022>
8. Campos GW, Barros RB, Castro AM. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2004;9(3):745-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000300025>
9. Mozzato AR, Grzybovski D. Análise de conteúdo como técnica de análise de dados qualitativos no campo da administração: potencial e desafios. Rev Adm Contemp. 2011;15(4):731-47. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-65552011000400010>
10. Caponi S. Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. Hist Cienc Saúde-Manguinhos. 1997;4(1):287-307. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59701997000200006>
11. Segre M, Ferraz FC. O conceito de saúde. Rev Saúde Pública. 1997;31(5):538-42. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101997000600016>
12. Silva KL, Rodrigues AT. Ações intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. Rev Bras Enferm. 2010;63(5):762-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000500011>
13. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. Physis (Rio J.). 2007;17(1):77-93. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>
14. Silva DS, Ávila MA, Santos MI, Borges CNF. Ações intersetoriais no planejamento político em esporte, lazer, cultura e turismo na gestão municipal de Ilhéus-BA. Licere. 2012;15(1)
15. Dalmolin BB, Backes DS, Zamberlan C, Schaurich D, Colomé JS, Gehlen MH. Significados do conceito de saúde na perspectiva de docentes da área da saúde. Esc Anna Nery. 2011;15(2):389-94.
16. Ayres JRCM. Uma concepção hermenêutica de saúde. Physis (Rio J.). 2007;17(1):43-62. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100004>
17. Aciole GG. Falta um pacto na Saúde: elementos para a construção de um Pacto Ético-Político entre gestores e trabalhadores do SUS. Saúde Debate. 2012;36(95):684-94. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042012000400021>
18. Gonçalves AM, Sena RR, Resende VA, Horta NC. Promoção da saúde no cotidiano das equipes de saúde da família: uma prática intersetorial? Rev Enferm Cent-Oeste Min. 2011;1(1):94-102.
19. Silva LA, Casotti CA, Chaves SCL. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. Ciênc Saúde Coletiva. 2013;18(1):221-32. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000100023>
20. Monnerat GL, Souza RG. Da Seguridade Social à intersetorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. Rev Katál. 2011;14(1):41-9.