

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA
SUBÁREA: POLÍTICAS PÚBLICAS E SAÚDE

*O processo de trabalho intersetorial das Equipes de Saúde da
Família no município de Petrópolis-RJ: fatores restritivos e
facilitadores*

Suzana Rezende Papoula

Orientadora: Prof^a Dr^a Lígia Giovanella

Co-orientadora: Prof^a Dr^a Mônica Rodrigues Campos

Dissertação apresentada para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública

Rio de Janeiro-RJ

Março-2006

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA

**O PROCESSO DE TRABALHO INTERSETORIAL DAS EQUIPES DE SAÚDE DA
FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE PETRÓPOLIS-RJ: FATORES RESTRITIVOS E
FACILITADORES**

SUZANA REZENDE PAPOULA

BANCA EXAMINADORA:

Prof^ª Dr^ª Lígia Giovanella

Prof^ª Dr^ª Maria de Fátima Lobato

Prof^ª Dr^ª Cristina Maria Rabelais Duarte

Dissertação defendida e aprovada em : 30/03/2006

RESUMO

O Programa de Saúde da Família (PSF), adotado pelo Ministério da Saúde como estratégia para a mudança do modelo assistencial a partir da atenção básica, trabalha com uma lógica centrada nas famílias e nos problemas identificados em seu território, dando ênfase à promoção da saúde. Assim, é atribuição da Equipe de Saúde da Família (ESF) trabalhar articulada com outros setores a fim de buscar soluções para a diversidade de problemas de saúde de suas comunidades, promovendo ações intersetoriais. Esta dissertação de mestrado tem como objetivo analisar o processo de trabalho intersetorial das 34 ESF, implantadas no município de Petrópolis-RJ, no período de 1998 a 2004. Em especial, visa identificar as iniciativas intersetoriais das equipes e a rede de atores e setores envolvidos neste processo, verificar como o governo municipal apóia estas iniciativas e apontar fatores restritivos e facilitadores à implementação desta inovação.

O estudo correspondeu a uma avaliação formativa, com abordagem predominantemente quantitativa, tendo como principal fonte de informação um questionário auto-preenchido pelas ESF. Os resultados encontrados mostram que as ESF têm clareza de sua atribuição de promotoras da ação intersetorial, esforçando-se de várias maneiras para fomentar o envolvimento de outros setores em todos os momentos do seu processo de trabalho. A maioria das iniciativas das ESF estão de acordo com a proposta de atuação intersetorial, pois realizam diagnóstico de saúde de suas comunidades e trabalham com a lógica de problemas. Nos seis meses anteriores à pesquisa, todas as ESF haviam realizado contato com outros setores. Cada ESF contactou, em média, 9 setores, e fez em média 46 contatos com outros órgãos/setores/entidades no período. Os setores mais contactados, pelas ESF, para a resolução dos problemas identificados, pertencem à estrutura do governo municipal (Secretaria de Trabalho, Ação Social e Cidadania, Vigilância Sanitária, Defesa Civil, e outros), porém as ESF conseguem mais respostas positivas às suas solicitações quando os setores contactados não pertencem a esta estrutura e/ou estão localizados no mesmo território das ESF, ou seja, organizações com as quais as ESF estabelecem relações horizontais (escolas, instituições religiosas, ONGs).

O estudo identificou como principal fator restritivo ao processo de trabalho intersetorial das ESF a não instituição do PSF como política municipal para a melhoria da qualidade de vida da população, ancorada em uma política intersetorial. E como principal fator facilitador do processo de trabalho intersetorial das ESF, o compromisso que as ESF têm na busca de soluções para os problemas encontrados, tomando inúmeras iniciativas de contatos junto a outros setores.

Com base nos resultados e revisão bibliográfica, concluí-se que o PSF, em suas diretrizes, apresenta uma concepção restrita de “intersetorialidade”, pois a subentende, quase que exclusivamente, como responsabilidade de iniciativa da ESF. As equipes cumprem o papel de mediadoras de algumas ações intersetoriais, o que vem ao encontro do proposto pela Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde, contudo a efetivação da intersetorialidade depende da ação articuladora do governo municipal, pois é uma estratégia que envolve planejamento, execução e avaliação de diversos atores e setores em resposta a problemas identificados em determinado território.

PALAVRAS-CHAVE: Programa de Saúde da Família, Promoção da Saúde e Intersetorialidade.

ABSTRACT

The Family Health Program implemented by the Brazilian Unified Health System in order to change the traditional model of primary health care, places the focus on families and community and the problems identified within their territory, emphasizing health promotion. Therefore, it is the duty of the Family Health Team to work together with organizations of other sectors in order to find solutions to the many community health problems and to promote intersectorial actions. The aim of this dissertation is to analyze the process of intersectorial actions taken by the 34 Family Health Teams (ESFs) in the city of Petrópolis-RJ, Brazil, from 1998 to 2004. The specific objectives are to identify the intersectorial initiatives taken by these teams and the network of actors and sectors involved, checking how the city government supports these actions and indicating barriers and facilitating factors which have influenced this innovative proposal.

The study is a formative assessment with a mainly quantitative approach. The main information source was a questionnaire applied to the Family Health Teams (ESFs). The research results show that the ESFs are clear about their duty to promote intersectorial actions, making many efforts to involve other organizations and sectors during all the stages of their work process. The majority of the ESFs' actions are in line with the intersectorial work proposal, as they provide community health diagnosis and also analyze the problem determinants. In the six months prior to this research, all ESFs had been in contact with other sectors; on average, each Team had contacted 9 sectors and made 46 contacts. The sectors contacted most by the ESFs in order to solve the identified community problems belong to the city government structure (Work, Welfare and Citizenship Department, Sanitation Department, Civil Defense, Water Department and others). However the ESFs received a more positive response from organizations and contacted sectors that did not belong to the governmental structure and / or were located in the same area as the ESF and had a horizontal relationship with the ESFs (schools, religious institutions, non-governmental organizations).

The study has identified the main barrier to the ESFs intersectorial work as the lack of city government policy to improve the quality of life of the population based on intersectoriality. The main facilitating factor was the commitment that the ESFs showed in their search for solutions to the community problems, taking many different initiatives to contact and work together with other sectors.

Based on the results and bibliographic revision, the conclusion is that the Family Health Programme guidelines present a restricted notion of intersectorial work: the ESFs have to hold almost exclusive responsibility for the implementation of the actions. The ESFs can play the role of mediator in some intersectorial actions in accordance with the Ottawa Charter for Health Promotion. However, the effective implementation of intersectoriality depends on a special city government policy articulating all sectors. Intersectoriality is the strategic action which involves planning, implementing and assessing several actors and sectors in response to problems identified in each territory.

Key words: Family Health Program, Health Promotion, intersectoriality

LISTA DE SIGLAS

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

APACS - Associação Petropolitana de Agentes Comunitários de Saúde

COMDEP - Companhia Municipal para o Desenvolvimento de Petrópolis

COMSAUDE - Conselho Municipal de Saúde

CPTrans - Companhia Petropolitana de Trânsito e Transportes

ESF - Equipe de Saúde da Família

FAMPE - Federação de Associações de Moradores Petropolitana

FMP - Faculdade de Medicina de Petrópolis

MS - Ministério da Saúde

OPAS - Organização Panamericana de Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PMP - Prefeitura Municipal de Petrópolis

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PROESF - Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família

PSF - Programa de Saúde da Família

SETRAC - Secretaria de Trabalho, Ação Social e Cidadania

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

USF - Unidade de Saúde da Família

ÍNDICE

CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO II - A INTERSETORIALIDADE COMO ESTRATÉGIA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE E DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	7
II.1 - Promoção da Saúde.....	8
II.1.1 - O movimento da promoção da saúde.....	8
II.1.2 - Conceitos de promoção da saúde.....	18
II.1.3 - Intersecções entre prevenção e promoção da saúde.....	20
II.2 - O Programa de Saúde da Família.....	23
II.3 - A Intersetorialidade	25
CAPÍTULO III - METODOLOGIA.....	30
CAPÍTULO IV - O ESPAÇO DA PESQUISA	35
IV.1 - O contexto sócio demográfico municipal.....	35
IV.2 - A estrutura organizacional da Prefeitura Municipal de Petrópolis (PMP).....	37
IV.3 - A rede de serviços públicos de saúde de Petrópolis.....	38
IV.3.1.- A rede própria de serviços de saúde.....	39
IV.3.2.- A rede conveniada de serviços de saúde.....	40
IV.4 - O Programa de Saúde da Família no município de Petrópolis.....	41
CAPÍTULO V - RESULTADOS DA PESQUISA.....	48
V.1 - Identificação de Problemas da Comunidade pela ESF.....	48
V.1.1 - Realização do diagnóstico da comunidade.....	48
V.1.2 - Identificação de problemas prioritários, pelas ESF, nas comunidades.....	52
V.2 - Participação Comunitária.....	58
V.3 - Iniciativas das ESF para desencadear ações de outros setores.....	61

V.3.1 - Setores, órgãos e entidades contatadas pelas ESF.....	65
V.3.2 - Problemas que desencadearam as iniciativas de contato das ESF com outros setores e respostas dos setores.....	71
V.3.3 - Formas de encaminhamento e acompanhamento realizadas pelas ESF nos casos de obtenção de respostas positivas dos setores.....	74
V.4 - Avaliação das ESF sobre a intersetorialidade.....	76
V.4.1 - Avaliação das ESF sobre as respostas dos setores aos problemas encaminhados pelas ESF.....	77
V.4.2 - Avaliação das ESF sobre melhorias na comunidade desde a implantação do PSF.....	80
V.4.3 - Taxa de retorno dos setores/órgãos.....	82
V.4.4 - Percepções da ESF sobre intersetorialidade.....	85
V.5 - Participação das ESF no Conselho Municipal de Saúde (COMSAUDE).....	91
CAPÍTULO VI - ANÁLISE DE FATORES CONDICIONANTES DA ATUAÇÃO INTERSETORIAL DAS ESF.....	94
VI.1 - Fatores condicionantes da atuação intersetorial das ESF.....	95
VI.2 - Indicadores da intensidade da ação intersetorial.....	99
VI.2.1 - Relação entre fatores condicionantes e número de setores contatados pelas ESF desde a implantação do PSF, e o número de contatos realizados pelas ESF nos últimos seis meses	99
VI.2.2 - Relação entre condicionantes e proporção média de setores que dão respostas positivas, na maioria das vezes, dentre os contatados.....	105
CAPÍTULO VII - DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS	111
CAPÍTULO VIII - BIBLIOGRAFIA.....	123
CAPÍTULO IX - ANEXOS.....	130

IX.1 - Tabelas.....	130
IX.2 - Questionário com as Equipes de Saúde da Família.....	150
IX.3 - Roteiro para o preenchimento do questionário.....	168

LISTA DE QUADROS, TABELAS E GRÁFICOS

Quadros

Quadro 1 - Cartas das Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde (1986 - 2005). pp.12.

Quadro 2 - Diferenças entre promoção da saúde e prevenção de doenças. pp.23.

Quadro 3 - Seqüência de implantação das ESF e número da população coberta. Petrópolis-RJ, 1998-2005. pp.45.

Quadro 4 - Número de ESF, número da população coberta pelo PSF, número da população do município e percentual de cobertura do PSF. Petrópolis-RJ, 1998-2005. pp.46.

Quadro 5 - Indicadores de diagnóstico de saúde da comunidade realizado pelas ESF. Petrópolis-RJ, 2005. pp.52.

Quadro 6 - Identificação de problemas prioritários pelas ESF em sua área de atuação. Petrópolis-RJ, 2005. pp. 57.

Quadro 7 - Participação comunitária na identificação dos problemas na área de atuação das ESF. Petrópolis-RJ, 2005. pp. 59.

Quadro 8 - Participação comunitária no encaminhamento dos problemas. Petrópolis-RJ, 2005. pp. 60.

Quadro 9 - Iniciativas das ESF para desencadear ações de outros setores. Petrópolis-RJ, 2005. pp. 64.

Quadro 10 - Respostas positivas dos setores/órgãos, às solicitações das ESF. Petrópolis-RJ, 2005. pp. 74.

Quadro 11 - Formas de solicitação das respostas positivas, acompanhamento das solicitações e membro da ESF com papel mais importante na ação intersetorial. Petrópolis-RJ, 2005. pp. 76.

Quadro 12 - Concepções das ESF sobre a intersetorialidade segundo tipos de setores envolvidos neste processo. Petrópolis, RJ-2005. pp.86.

Quadro 13 - Ações apontadas pelas ESF como necessárias para superar suas dificuldades em relação ao trabalho intersetorial, segundo categorizações. Petrópolis-RJ, 2005. pp. 88.

Quadro 14 - Participação das ESF no Conselho Municipal de Saúde. Petrópolis-RJ, 2005. pp. 93.

Tabelas

Tabela 1 - Número e percentual de ESF que realizam Diagnóstico de Saúde da Comunidade, segundo instrumentos utilizados. Petrópolis-RJ, 2005. pp. 130.

Tabela 2 - Número e percentual de ESF que realizam Diagnóstico de Saúde, segundo instrumentos de registro do diagnóstico. Petrópolis-RJ, 2005. pp.130.

Tabela 3 - Número e percentual de ESF que realizam Diagnóstico de Saúde segundo a época da realização do diagnóstico. Petrópolis-RJ, 2005. pp. 131.

Tabela 4 - Número e percentual de ESF que realizaram Diagnóstico de Saúde da Comunidade segundo a época da última discussão do diagnóstico. Petrópolis-RJ, 2005. pp.131.

Tabela 5 - Número e percentual de ESF segundo forma de identificação dos problemas da comunidade dependentes de ações intersetoriais para sua resolução. Petrópolis-RJ, 2005. pp. 54 e131.

Tabela 6 - Número e percentual de ESF segundo Problemas Identificados na Comunidade. Petrópolis-RJ, 2005. pp.55 e 132.

Tabela 7 - Três principais problemas da comunidade de sua área de atuação, segundo as ESF. Petrópolis-RJ, 2005. pp 133.

Tabela 8 - Número e percentual de ESF que selecionam problemas para intervenção, segundo as formas de decisão dos problemas a enfrentar. Petrópolis-RJ, 2005. pp. 133.

Tabela 9 - Número e percentual de ESF em que a comunidade participou da identificação dos problemas, segundo as formas de participação nesta identificação. Petrópolis-RJ, 2005. pp. 134.

Tabela 10 - Número e percentual de ESF onde a comunidade não participa do encaminhamento dos problemas, segundo os motivos de não participar. Petrópolis-RJ, 2005. pp. 134.

Tabela 11 - Número e percentual de ESF onde a comunidade participa do encaminhamento dos problemas, segundo as formas de encaminhar. Petrópolis-RJ, 2005. pp. 134.

Tabela 12 - Número e percentual de ESF onde a comunidade não participa do encaminhamento dos problemas identificados, segundo os motivos de não acompanhar. Petrópolis-RJ, 2005. pp. 135.

Tabela 13 - Número e percentual de ESF, segundo secretarias/órgãos/setores, dos quais os problemas identificados pelas ESF dependem na maioria das vezes de parceria. Petrópolis-RJ, 2005. pp. 136.

Tabela 14 - Número e percentual de ESF, segundo formas de iniciativas para desencadear a ação de outros setores. Petrópolis-RJ, 2005. pp 137.

Tabela 15 - Número e percentual de ESF, segundo a forma mais freqüente de iniciativa para desencadear ações de outros setores. Petrópolis-RJ, 2005. pp.137.

Tabela 16 - Freqüência de setores e órgãos contatados pelas ESF desde a implantação do PSF e nos últimos 6 meses. Petrópolis-RJ, 2005. pp. 68 e 138.

Tabela 17 - Número e percentual de ESF que informaram a quantidade de contatos realizados por setores, total de contatos, e média simples e média contatante de contatos realizados. Petrópolis-RJ, 2005. pp. 70 e 139.

Tabela 18 - Número e percentual de ESF, segundo problemas que desencadearam iniciativas de ações intersetoriais para sua resolução. Petrópolis-RJ, 2005. pp 72 e140.

Tabela 19 - Número e percentual de ESF segundo recebimento de respostas positivas e negativas de outros setores/órgãos/secretarias, quanto às ações solicitadas pelas ESF e total

de ESF que fizeram ou não contato com os mesmos, nos últimos 6 meses. Petrópolis-RJ, 2005. pp. 141.

Tabela 20 - Número e percentual de ESF que receberam alguma resposta positiva às suas solicitações, segundo a forma que foi realizada a solicitação aos outros setores. Petrópolis-RJ, 2005. pp. 142.

Tabela 21 - Número e percentual de ESF, segundo formas de acompanhamento das solicitações a outros órgãos/setores/secretarias. Petrópolis-RJ, 2005. pp. 142.

Tabela 22 - Número e percentual de ESF, segundo sua opinião de qual dos seus membros tem o “papel” mais importante na busca de ações intersetoriais. Petrópolis-RJ, 2005. pp. 143.

Tabela 23 - Número e percentual de ESF, segundo respostas dadas por outros setores aos problemas a eles encaminhados. Petrópolis-RJ, 2005. pp. 79 e 144.

Tabela 24 - Número e percentual de ESF, segundo sua opinião quanto a melhorias na qualidade de vida das pessoas/comunidades, no que se refere a ações intersetoriais, desde a implantação do PSF. Petrópolis-RJ, 2005. pp. 145.

Tabela 25 - Número e percentual de ESF que em sua opinião houve melhorias, segundo sua consideração se isto se deve às suas solicitações. Petrópolis-RJ, 2005. pp. 145.

Tabela 26 - Frequência de ESF e médias de contatos realizados com setores nos últimos 6 meses; frequência de ESF segundo retorno positivo “na maioria das vezes”; taxa de retorno dos setores; governabilidade das ESF; e setores pertencentes à estrutura governamental da Prefeitura. Petrópolis-RJ, 2005. pp 84 e 146.

Tabela 27 - Número e Percentual de ESF, segundo frequência de participação de seus integrantes em reuniões do COMSAUDE. Petrópolis-RJ, 2005. pp. 147.

Tabela 28 - Número e Percentual de ESF, segundo condições de participação de seus integrantes em reuniões do COMSAUDE. Petrópolis-RJ, 2005. pp. 147.

Tabela 29 – Relação entre características de atuação intersetorial, e período de implantação das ESF. Petrópolis-RJ, 2005. pp. 99 e 147.

Tabela 30 - Indicadores de intensidade intersetorial, segundo condicionantes de atuação intersetorial considerados na pesquisa. Petrópolis-RJ, 2005. pp. 103 e 148.

Tabela 31 – Proporção média de setores que retornam contato, na maioria das vezes, dentre os contatados, erro padrão, e P valor, segundo condicionantes de atuação intersetorial. Petrópolis-RJ, 2005. pp. 109 e 149.

Gráficos

Gráfico 1 - Número de ESF implantadas, segundo ano de implantação. Petrópolis-RJ, 1998-2004. pp.47.

Gráfico 2 - Número de ESF, segundo o número de setores contatados desde a implantação do PSF. Petrópolis-RJ, 2005. pp. 66.

Gráfico 3 - Número de ESF, segundo o número de contatos realizados com os setores nos últimos 6 meses. Petrópolis-RJ, 2005. pp. 71.

Gráfico 4 - Percentual de ESF quanto a sua opinião sobre melhorias da qualidade de vida em sua área de atuação, segundo período de implantação. Petrópolis-RJ, 2005. pp. 81.

Gráfico 5 - Percentual de ESF que discutem o diagnóstico em espaço de tempo menor ou igual a 6 meses, segundo período de implantação. Petrópolis-RJ, 2005. pp. 96.

Gráfico 6 - Percentual de ESF em que a comunidade participa da identificação dos problemas, segundo o período de implantação. Petrópolis-RJ, 2005. pp. 96.

Gráfico 7 - Percentual de ESF em que a comunidade participa do encaminhamento dos problemas, segundo ano de implantação das ESF. Petrópolis-RJ, 2005. pp. 97.

Gráfico 8 - Percentual de ESF que utilizam a supervisão como forma de desencadear a ação intersetorial, segundo período de implantação da ESF. Petrópolis-RJ, 2005. pp. 98.

Gráfico 9 - Número de setores contatados pelas ESF desde a implantação, segundo período de implantação das ESF. Petrópolis-RJ, 2005. pp. 104.

Gráfico 10 - Distribuição do número de contatos realizados pelas ESF, segundo o número de setores contatados desde a implantação período pré e pós 2001. Petrópolis-RJ, 2005. pp. 104.

Gráfico 11 - Numero de setores contatados desde a implantação, segundo o número de ESF em que a comunidade participa da identificação dos problemas. Petrópolis-RJ, 2005. pp. 105.

Gráfico 12 - Percentual de setores que retornam contato, na maioria das vezes, às ESF, segundo discussão do diagnóstico de saúde. Petrópolis-RJ, 2005. pp. 109.

Gráfico 13 - Percentual de setores que retornam contato, na maioria das vezes, às ESF, segundo o desencadeamento da ação através da supervisão. Petrópolis-RJ, 2005. pp. 110.

AGRADECIMENTOS

Quando lia as dissertações de mestrado não entendia porque tanto as pessoas agradeciam. Eram agradecimentos dos mais diversos. Hoje após todo este percurso, difícil e trabalhoso, porém compensador, vejo o quanto tenho que agradecer. Desde as pessoas que me ajudaram por pequenos momentos, mas que foram imprescindíveis, como àquelas que estiveram comigo durante todo este tempo.

Mesmo com todo meu esforço, sei que poderia ter feito de uma forma melhor, porém para mim, chegar até aqui é uma grande vitória. Desde que me formei no curso de graduação em Enfermagem e Obstetrícia tinha uma aspiração: estudar na ENSP/FIOCRUZ, ser sanitarista. Não consegui, a princípio, realizar este desejo. Porém, alguns anos mais tarde, fui selecionada para cursar o Mestrado nesta Instituição, realizando algo que muito tinha desejado.

Agradeço em especial à minha orientadora Prof^a Lígia Giovanella pela capacidade, delicadeza e amizade com que me conduziu.

À Prof^a Mônica Rodrigues Campos, minha co-orientadora, que soube entender minhas limitações, meus mais sinceros agradecimentos. Sem a sua ajuda e “milagres” nas ciências estatísticas e da computação, não teria conseguido.

À amiga Dayse Muller Fernandes agradeço por ter me ajudado a percorrer os “caminhos” do mestrado, já que ela os percorreu antes de mim. Obrigada amiga!

Ao amigo Silmar Leite Fortes, companheiro incansável de todos estes anos na saúde pública, agradeço pela ajuda e por tudo o que tem me ensinado.

Ao supervisor Odair da Silva Baltar e às ESF do Vila Saúde e Alto Siméria, agradeço a ajuda nos questionários.

À amiga Priscila Garcia de Melo agradeço a ajuda no “*abstract*”.

À amiga Maria Zenith Nunes de Carvalho agradeço o incentivo e a “força” durante os momentos difíceis .

A todas as ESF e supervisores do PSF de Petrópolis-RJ, agradeço a compreensão, a ajuda e o estímulo.

A Mauro César Loyola Branco agradeço as “caronas” até a ENSP.

A Renata Arruda Block (ENSP/FIOCRUZ), agradeço a ajuda no SPSS.

A Osvaldo Alberto Filho, Anselmo Dias Carvalho e André Pombo, agradeço pelas orientações do funcionamento da rede municipal de saúde.

A André Gustavo Cunha Rocha (Secretaria de Administração), agradeço as orientações e a disponibilidade dos materiais sobre a estrutura organizacional da PMP.

A Paulo K. Sá, Mônica da Silva C. Maia e Jacqueline Gomes Oliveira , agradeço as liberações do trabalho para cursar o mestrado.

Ao amigo Luís Carlos da Silva Pestana, que um dia me convidou para coordenar a implantação do PSF em Petrópolis, agradeço a confiança e a oportunidade de ter me colocado em contato com esta estratégia que viria ao encontro de muitas das minhas expectativas.

Ao meu pai e minha mãe, agradeço a dedicação e ajuda durante todos os meus anos.

Finalmente, e mais do que a tudo e a todos, agradeço a Deus, Pai, Amigo, que efetuou em mim tanto o querer quanto o realizar.

**Dedico este trabalho a todos os profissionais
que direta e indiretamente colaboram para a
concretização do Programa de Saúde da
Família em nosso município.**

“Uma andorinha sozinha não faz verão”.

(ditado popular)

CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO

O Programa de Saúde da Família (PSF), estabelecido pelo Ministério da Saúde (MS) em 1994, foi adotado como estratégia para mudar a forma utilizada, até então, de assistir à saúde da população. Esta estratégia visa estimular a implantação de um novo modelo assistencial, onde as Equipes de Saúde da Família (ESF) passam a ser responsáveis por resolver a maior parte dos problemas de saúde da população, incorporando um leque de ações mais abrangentes.

O Ministério da Saúde tem dado posição de destaque ao PSF estimulando sua expansão através de incentivos financeiros definidos na Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/96), em projetos como o REFORSUS e, mais recentemente, no Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF). Segundo dados do MS, em agosto de 2005 existiam 23.900 ESF atuando no país, dando uma cobertura a 43,4% da população brasileira (76,8 milhões de pessoas), sendo o valor estimado de repasse para o PSF em 2005 de R\$2.349,79 milhões (MS, 2005).

A promoção da saúde é um dos principais focos do PSF, para isto a ESF deve articular-se com setores como a educação, saneamento, meio ambiente, obras, ação social, entre outros, e, também, organizações não governamentais e da sociedade civil, buscando a promoção da qualidade de vida e intervindo nos fatores que colocam a saúde da população em risco.

Deste modo, o PSF é tido como um programa de cunho intersetorial, que busca a participação da comunidade e parcerias com o setor privado, estimulando a cooperação social, e novas formas de gestão e controle social (Viana,1998:31).

A intersetorialidade, considerada como uma nova forma de resolver os problemas de uma população em um determinado território, transcende a um único setor, pois é definida como a “articulação entre sujeitos de setores sociais diversos, portanto de saberes, poderes e vontades diversas, para enfrentar problemas complexos” (Rede Unida, 2005:1), implicando numa nova maneira de “planejar, executar e controlar a prestação dos serviços”, para isto dependendo da modificação da organização da estrutura governamental (Junqueira, 2000:42).

Para Mendes (1996:275-7), a intersetorialidade é um dos princípios organizativos da “**estratégia da saúde da família**”, tendo em vista a complexidade dos problemas de saúde a serem enfrentados, implicando na participação de outros setores externos para a resolução dos mesmos, devendo a saúde da família trabalhar em “estreita articulação” com estes setores. Porém, o autor reconhece que os esforços das práticas intersetoriais da ESF, por esta ocupar hierarquicamente uma posição inferior, sofrerão limitações, estando na dependência da condução dos problemas por níveis superiores.

Em fevereiro de 1997, a gestão municipal de Petrópolis-RJ, incentivada pelas experiências de outros municípios, pelas formas de financiamento do MS e, também, insatisfeita com o modelo de atendimento que a rede básica de saúde vinha dispensando à população, baseada em ações curativas, elaborou o Projeto de Implantação do Programa de Saúde da Família, dando início à reorganização de sua atenção básica. Isto implicou em uma nova forma de assistir, a princípio, algumas comunidades, tendo em vista a proposta inovadora do PSF com enfoque na família, com novas práticas setoriais e a união entre a clínica e a promoção da saúde (SMS Petrópolis, 1997). Desde então, a expansão do programa no município tem se dado de forma gradativa, iniciando com duas ESF no ano de 1998 e contando em dezembro/2005, com trinta e seis ESF, que dão cobertura a 107.254 pessoas cadastradas (35% da população) (SMS de Petrópolis - SIAB, jan:2006).

Desde a elaboração do projeto de implantação do PSF, no município de Petrópolis-RJ, tenho estado envolvida com o programa, participando de todas as fases de implantação e implementação como coordenadora e, atualmente, fazendo supervisão das ESF. Durante todo este processo percebi diversas dificuldades para a efetivação do processo de trabalho das ESF, principalmente quando se refere às ações intersetoriais para a promoção da saúde, já que é atribuído à equipe promover estas ações e parcerias com organismos governamentais e não governamentais existentes, a fim de que em conjunto enfrentem os problemas identificados (MS, 2001b:75). Estas dificuldades trazem preocupação, pois o sucesso do programa e, conseqüentemente, a saúde das comunidades dependem consideravelmente destas ações.

As discussões e reflexões dos componentes das ESF e supervisores do programa levam, constantemente, à procura de formas de acesso e de trabalho junto a outros setores e

órgãos responsáveis pela resolução dos problemas identificados nas comunidades, externos ao setor saúde. Até então, a experiência dos profissionais tem mostrado, que este acesso é difícil, moroso e muitas vezes não há obtenção de respostas aos encaminhamentos. Isto, aparentemente, demonstra a falta de articulação do governo municipal, no que diz respeito às ações intersetoriais necessárias para efetivação do PSF, cuja implementação necessita da participação de diversos atores e setores, e que o gestor municipal esteja comprometido em ser o **“gestor municipal da saúde”**.

Devido a estas percepções e discussões tive especial interesse por esta questão, a fim de estar analisando os diversos aspectos que envolvem o processo de trabalho das ESF em relação às ações intersetoriais, verificando em que medida o programa implementado no referido município, responde às inovações do modelo assistencial preconizado pela Estratégia de Saúde da Família, quanto ao desencadeamento de ações intersetoriais promovidas pelas ESF. Também foi motivo de interesse de estudo deste tema as poucas avaliações existentes sobre o PSF, principalmente no que se refere à intersetorialidade, sendo ainda restrita a literatura sobre o tema. Das pesquisas encontradas abordando o tema PSF e intersetorialidade, três delas se destacam, pois uma foi nacional e as outras duas foram realizadas no município de Petrópolis. As conclusões, destas pesquisas, são resumidas a seguir.

Resultados da Avaliação da Implementação do Programa de Saúde da Família em Dez Centros Urbanos (MS 2002), no que diz respeito às ações intersetoriais, mostraram que embora as ESF reconheçam a necessidade de articularem-se com outros setores, apenas parte delas tomam iniciativas neste sentido. Nos casos estudados, a maior proporção encontrada de profissionais de saúde de nível superior que afirmaram que “as ESF desenvolvem atividades fora do setor para resolver problemas da comunidade” foi de 57%, ficando a menor proporção em 36%. A pesquisa demonstrou também uma “baixa proporção de profissionais de nível superior que informou que as ESF realizam contatos com outros órgãos governamentais e entidades e raros profissionais haviam realizado este tipo de atividade na semana anterior” ao estudo. Quanto aos ACS, a pesquisa mostrou que a maioria deles informou ter participado nos últimos seis meses anteriores à pesquisa de “atividades para a solução/encaminhamento de problemas de sua comunidade junto a outros órgãos públicos ou entidades da sociedade” (MS, 2002:137-140). Deste modo, os

resultados desta pesquisa mostraram variação importante entre equipes e cidades quanto à atuação intersetorial e sinalizam a importância dos ACS na relação do PSF com a comunidade e nas iniciativas de trabalho intersetorial.

Macinko et al. (2003:252; 2004:309-11), em estudos para testes de uma metodologia para avaliação da atenção primária, realizados no município de Petrópolis, na dimensão estudada “orientação comunitária” no que se refere à colaboração intersetorial, observaram em seus resultados, diferenças entre as unidades de PSF (USF) e as tradicionais, onde as primeiras “mais frequentemente reportam realizar trabalhos intersetoriais na comunidade”. A atuação voltada para a comunidade é uma das características do PSF que o diferencia da atenção básica tradicional, mas a observação assistemática de minha parte como supervisora mostra que as ações intersetoriais no município de Petrópolis são pouco desenvolvidas, e que existe atuação diferenciada entre ESF.

Fernandes (2005:108-15) ao analisar a articulação intersetorial na implementação de um programa social em nível local no município de Petrópolis-RJ, o Programa Cesta Cheia Família Feliz (PCCFF), junto aos idealizadores e implementadores do programa, e junto a duas ESF e dois supervisores da saúde da família, concluiu que a proposta de intersectorialidade do PCCFF conduziu minimamente à ampliação do alcance das ações setoriais empreendidas e não alcançou a dimensão de intersectorialidade que vem constituindo-se como novo paradigma na reforma gerencial das cidades, onde suas estruturas organizacionais precisam ser revistas para viabilizar a ação intersectorial. Para esta autora as soluções intersectoriais aos problemas da população requerem reformas mais profundas na esfera do governo municipal em questão, ampliando a participação dos cidadãos e permitindo o planejamento regional e pactuado das intervenções públicas.

O presente estudo tem, portanto, como pergunta principal: **Como está se dando o processo de trabalho intersectorial das ESF?** Esta pergunta se desdobra em outras: Como as ESF têm enfrentado e encaminhado estas questões? Quais os principais problemas, dependentes de ações intersectoriais, identificados pelas ESF? Quais os “caminhos” percorridos pelas ESF para a resolução destes problemas, setores indispensáveis à resolução dos mesmos, acesso a estes setores, respostas destes setores às solicitações das ESF, e

parcerias firmadas? Em quais questões as ESF conseguiram soluções e em quais não tiveram sucesso? Por que algumas ESF desenvolvem com mais frequência ações intersetoriais do que outras? O que restringe e o que facilita a atuação intersetorial das ESF?

A pesquisa teve como pressuposto que os setores da administração pública não trabalham de forma compartilhada e dinâmica, isto é intersetorial, com as ESF, na solução dos problemas identificados nos territórios cobertos pelo PSF, a fim de garantir a melhoria da qualidade de vida destas populações. As iniciativas de intersectorialidade estariam restritas ao setor Saúde, dificultando ou mesmo impossibilitando alguns dos objetivos do PSF no que se refere à promoção de ações intersectoriais pelas ESF.

Desta forma, dados os questionamentos anteriores citados, realizou-se uma pesquisa que teve como objetivo analisar o processo de trabalho intersectorial das ESF, identificando as iniciativas tomadas pelas mesmas, a rede de atores e setores envolvidos neste processo e as respostas dos setores envolvidos a estas iniciativas das ESF, com isto identificando fatores restritivos e facilitadores à implementação desta inovação.

A pesquisa foi realizada no município de Petrópolis-RJ com as 34 ESF implantadas no período de 1998 a 2004. O estudo, com abordagem predominantemente quantitativa, enquadra-se no que se pode denominar de uma avaliação formativa (Cano, 2004:97), isto é, aplicada durante o desenvolvimento de um programa com o objetivo de aprimorá-lo. Teve como fonte principal de informação um questionário auto preenchido aplicado às ESF, organizado em seis dimensões, contendo perguntas fechadas e abertas (Anexo 2).

Este estudo pretendeu contribuir para a reflexão das ESF e Gestores Municipais, sobre suas práticas em Promoção da Saúde no que se refere a intersectorialidade, resultando na busca de “novos caminhos” e “novas formas de organização” da política pública municipal para a efetivação da Estratégia Saúde da Família no município de Petrópolis – RJ.

A dissertação está estruturada em sete capítulos. O primeiro capítulo pretendeu introduzir, resumidamente, o tema de estudo intersectorialidade no Programa de Saúde da Família, justificar, discutir o problema e apresentar os objetivos da pesquisa.

No próximo capítulo é apresentada revisão bibliográfica com ênfase nas inter-relações entre a Promoção da Saúde, o Programa de Saúde da Família e a Intersetorialidade.

No terceiro capítulo é abordada a metodologia utilizada na pesquisa e no capítulo seguinte é apresentado o espaço da pesquisa descrevendo, brevemente, o contexto sócio demográfico municipal, a estrutura organizacional da Prefeitura Municipal de Petrópolis (PMP), a rede de serviços públicos de saúde e o PSF no município.

No quinto capítulo são apresentados e analisados os resultados da pesquisa, contudo relacionando-os com normatizações preconizadas pelo MS e com análises de alguns autores que discursaram sobre os temas da dissertação.

No sexto capítulo é apresentada a análise de fatores condicionantes da atuação intersetorial das ESF, correlacionando-os com indicadores de atuação intersetorial constituídos para o estudo, com base em testes estatísticos específicos.

Nas considerações finais, os principais resultados são sintetizados e discutidos, e são apresentadas algumas proposições com a finalidade de contribuir para o sucesso do desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família no município de Petrópolis-RJ.

Nos anexos apresenta-se o conjunto das tabelas com informações de números e frequências simples de todas as variáveis trabalhadas na pesquisa e cópia do questionário completo aplicado.

CAPÍTULO II - A INTERSETORIALIDADE COMO ESTRATÉGIA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE E DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

O conceito ampliado de saúde inscrito na Constituição Federal Brasileira de 1988 relaciona saúde à qualidade de vida, reconhecendo as determinações políticas, econômicas e sociais dos processos saúde-doença. Implica no suprimento de necessidades sociais complexas da população, das quais um único setor não seria capaz de resolvê-las, dependendo da ação articulada de diversos setores na promoção do desenvolvimento social.

A intersectorialidade surge como uma possibilidade de solução integrada dos problemas do cidadão em sua totalidade, envolvendo os diversos setores: saúde, educação, trabalho, habitação, meio ambiente e outras dimensões sociais, pois é ferramenta fundamental para a realização da promoção da saúde e para a efetivação do Programa de Saúde da Família, já que estes trabalham com a melhoria da qualidade de vida da população.

O PSF trabalha com uma lógica nas famílias, baseada nos problemas que as envolvem dentro de um território previamente definido, com ênfase na Promoção da Saúde. Embora, os problemas manifestem-se isoladamente, suas soluções dependem de um todo complexo, que necessita de uma forma integrada para resolvê-los (Junqueira, 1998:18): a intersectorialidade. Esta é entendida como “ação na qual o setor saúde e os demais setores pertinentes colaboram para o alcance de uma meta comum, mediante estreita coordenação das contribuições dos outros setores” (OMS, 1984 apud Zancan 2003:54). Assim as ESF, devem trabalhar articuladas com outros setores a fim de dar conta de toda uma demanda diversificada de problemas que atingem a saúde de suas comunidades.

Este capítulo teve como proposta realizar uma revisão bibliográfica sobre a Promoção da Saúde, o Programa de Saúde da Família e a Interssetorialidade, dando ênfase à estreita relação entre promoção da saúde e interssetorialidade, e sua importância para a efetivação do modelo assistencial do PSF.

II.1 - A Promoção da Saúde

II.1.1 - O movimento da promoção da saúde

A noção de Promoção da Saúde acompanha o desenvolvimento da Saúde Pública. O uso deste termo com significado similar ao empregado atualmente, data dos primórdios do século XX, onde já em 1920, Winslow definia a Saúde Pública como “a ciência e a arte de evitar doenças, prolongar a vida e desenvolver a saúde física, mental e a eficiência, através de esforços organizados da comunidade para o saneamento do meio ambiente, o controle das infecções na comunidade, a organização dos serviços médicos e paramédicos para o diagnóstico precoce e o tratamento preventivo de doenças, e o aperfeiçoamento da máquina social que irá assegurar a cada indivíduo, dentro da comunidade, um padrão de vida adequado à manutenção da saúde”. E, também, entendia a promoção da saúde como “um esforço da comunidade organizada para alcançar políticas que melhorarão as condições de saúde da população, e os programas educativos para que o indivíduo melhore sua saúde pessoal, assim como para o desenvolvimento de uma ‘maquinaria social’ que assegure a todos os níveis de vida adequados para a manutenção e o melhoramento da saúde” (Winslow 1920:23 apud Buss 2003:17).

Conforme aponta Terris (1996:38), outro dos primeiros autores a utilizar o termo “promoção da saúde” foi Henry E. Sigerist quando, em 1945, definiu as quatro tarefas essenciais da medicina como: “a promoção da saúde, a prevenção das doenças, a recuperação dos enfermos e, a reabilitação”, afirmando que “a saúde se promove proporcionando condições de vida decentes, boas condições de trabalho, educação, cultura física e formas de lazer e descanso, para o que pediu o esforço coordenado de políticos, setores sindicais e empresariais, educadores e médicos”.

Mais recentemente, a partir da década de 1960, o debate sobre determinantes sociais no processo saúde-enfermidade se corporificou na proposta de “saúde para todos” (apresentada na Declaração de Alma Ata), e na estratégia de atenção primária em saúde, influenciada pela experiência chinesa de “médicos descalços”. Estes eram responsáveis por orientar diversos segmentos da sociedade chinesa, envolvidos em Comitês Comunitários, a desenvolver atividades que visavam a melhoria da qualidade de vida das pessoas, perpassando por várias ações que incluíam entre outras: organização comunitária, cuidado

com os idosos, auxílio às escolas, preservação ambiental, prevenção e tratamento das doenças, manutenção da ordem social, e promoção de campanhas de saúde (Ferreira & Buss, 2001: 7 e 8).

Outro antecedente importante da “promoção da saúde” foi a publicação, em maio de 1974, pelo governo do Canadá do documento “*A new perspective on the health of Canadians*”, que ficou conhecido como Informe Lalonde, então Ministro da Saúde do Canadá. Sua difusão é considerada o marco do surgimento do movimento moderno de promoção da saúde, tendo sido o primeiro documento oficial a utilizar este termo (Buss, 2003:21).

A razão principal do surgimento do Informe Lalonde, segundo Buss (2003:22), “parece ter sido política, técnica e econômica, pois visava a enfrentar os custos crescentes da assistência médica ao mesmo tempo em que se apoiava no questionamento da abordagem exclusivamente médica para as doenças crônicas devido aos resultados pouco significativos que aquela apresentava”.

O Informe Lalonde questionou as políticas de saúde então efetuadas no Canadá, onde seus recursos destinavam-se fundamentalmente à organização e manutenção dos serviços de saúde, enquanto que as principais causas de morbidade e mortalidade neste país, as doenças crônicas não transmissíveis, estavam condicionadas a outros fatores, nos quais investia-se pouco recurso (Restrepo, 2001:25). O Informe fundamenta-se no amplo conceito de “campo da saúde”, que reúne os determinantes da saúde, e contempla quatro componentes, descrevendo-os como se segue (Lalonde, 1996:3 e 4):

- a biologia humana – “inclui todos os fatos relacionados com a saúde, física e mental, que se manifestam no organismo como consequência da biologia fundamental do ser humano e da constituição orgânica do indivíduo. Inclui a herança genética da pessoa, os processos de amadurecimento e envelhecimento e os diferentes aparelhos internos do organismo, como o esquelético, o nervoso, o muscular, o cardiovascular, o endócrino e o digestivo”.

- o meio ambiente – “inclui todos aqueles fatores relacionados com a saúde, que são externos ao corpo humano e sobre os quais a pessoa tem pouco ou nenhum controle”. O autor argumenta que os indivíduos, não podem, por exemplo, garantir a qualidade dos

alimentos e outros produtos relacionados à saúde ou abastecimento de água. Também, não está sob seu controle a contaminação do ar e da água, os ruídos ambientais, a prevenção e a disseminação das doenças transmissíveis, nem os efeitos nocivos sobre a saúde causados pelo meio social.

- o estilo de vida – “representa o conjunto de decisões que toma o indivíduo com respeito a sua saúde e sobre as quais exerce certo grau de controle”.

- e a organização da assistência à saúde ou sistema de atenção à saúde – “consiste na quantidade, qualidade, ordem, índole e relações entre as pessoas e os recursos na prestação da atenção à saúde”.

O Informe Lalonde propõe cinco estratégias: uma de promoção da saúde; uma reguladora; uma de investigação; uma de eficiência da atenção à saúde; e uma de estabelecimentos de objetivos. Cabe salientar que a estratégia de promoção da saúde proposta neste relatório inclui principalmente ações educativas buscando influenciar indivíduos e organizações a mudar seus comportamentos e foi “concebida numa vertente preventivista e sugerindo vinte e três possíveis cursos de ação fortemente dirigidos a questões relativas a estilos de vida”, tais como dieta, tabaco, álcool, drogas e comportamento sexual (Mendes, 1996:245).

Paralelamente e, em contraposição a este enfoque individual da promoção da saúde foi desenvolvida durante os anos 1980 uma abordagem mais ampla da determinação social do processo saúde enfermidade, destacada, entre outros, pelo Relatório Black¹, que evidenciou as relações entre classe social e estados de saúde, na Inglaterra, e chamou a atenção para o problema das desigualdades sociais em saúde. Na América Latina, neste período, diversos estudos sobre esta abordagem foram desenvolvidos por pesquisadores da área da saúde coletiva, especialmente por Juan César Garcia, Cristina Laurell, Jaime Breilh, Cecília Donangelo e Sérgio Arouca (Ferreira & Buss, 2001:10).

Ainda na década de 70, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma –Ata (1978), em sua Declaração no capítulo I enfatizou “que a

¹ Relatório elaborado por Sir Douglas Black , na Inglaterra, que despertou a atenção internacional para a amplitude da iniquidade social e a relação de classe social com indicadores de morbidade e mortalidade (Ferreira e Buss, 2001:12).

saúde – estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade – é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde” (Declaração de Alma Ata apud MS, 2001c:15).

Esta conferência foi um dos eventos mais importantes para a saúde pública mundial devido ao alcance que teve em quase todos os sistemas de saúde do mundo. E embora tenha tido como objetivo a organização da atenção primária, serviu de base para a I Conferência de Promoção da Saúde em Ottawa (Canadá), em 1986 (Gentile, 2001:58). Para Ferreira e Buss (2001: 10 e 11) há uma clara inter-relação entre componentes da atenção primária, dos movimentos de promoção da saúde e de cidades saudáveis, pois compartilham: uma abordagem intersetorial, a participação e a responsabilidade da sociedade na formulação de políticas favoráveis à saúde e a ênfase em ambientes saudáveis.

Outra influência positiva na construção do movimento da Promoção da Saúde foi a dos estudos epidemiológicos de intervenção sobre fatores de risco para enfermidade coronariana desenvolvidos na Finlândia, cujo êxito foi difundido nos anos 1970 e 1980. Estes projetos buscaram influenciar tanto comportamentos individuais como impulsionar políticas públicas saudáveis, entre elas produção de alimentos, educação nas escolas e controle do tabagismo (Puska, 1995 apud Restrepo 2001:25).

A idéia de uma primeira conferência internacional específica sobre a promoção da saúde surgiu da avaliação do Escritório Regional da OMS para a Europa que analisou a experiência em promoção da saúde no Canadá. Foi elaborado em 1984, a partir destes estudos, um “Documento de Discussão sobre o conceito e os princípios da promoção da saúde”, que marcou o início do programa de promoção da saúde da Oficina Regional da OMS na Europa. Este documento discutia se os princípios da promoção da saúde poderiam ser aplicados em países em desenvolvimento ou se somente eram adequados para os países industrializados. Discussões posteriores levaram à conclusão de que os princípios poderiam ser aplicados em países em desenvolvimento e que seria de grande valor reunir as experiências sobre a promoção da saúde obtidas dos países industrializados. Surgiu então a

idéia de realizar a primeira conferência internacional sobre promoção da saúde (Kickbuch, 1996:15-17).

Desde então, já foram realizadas seis iniciativas de caráter internacional/global: Ottawa (1986), Adelaide (1988), Sundsvall (1991), Jakarta (1997), México (2000) e Bangkok (2005). E duas outras conferências de caráter sub-regional: Bogotá (1992) e Port of Spain (1993). Todas elas têm tido importância fundamental na manutenção do interesse sobre o tema da promoção da saúde, promovendo avanços expressivos na “ampliação dos campos de ação e abordagens mais efetivas para o real alcance dos objetivos traçados” (Ferreira & Buss, 2001:12).

No quadro a seguir são apresentadas as concepções de Promoção da Saúde, algumas das suas principais estratégias e diretrizes intersetoriais, presentes em cada Carta das Conferências Internacionais de Promoção da Saúde realizadas entre 1986 e 2005.

Quadro 1 - Cartas das Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde (1986 – 2005)

ANO/ CARTA	CONCEPÇÃO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE	ESTRATÉGIAS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE/ÁREAS DE ATUAÇÃO	CONCEPÇÃO DE INTERSETORIALID ADE
1986 Ottawa	Processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Define como pré-requisitos para a saúde: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade.	Defesa de causa da saúde como o maior recurso para o desenvolvimento social econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão na qualidade de vida. Identifica cinco campos de ação: elaboração de políticas públicas saudáveis; criação de meio ambientes que protejam a saúde; fortalecimento da ação comunitária (<i>empowerment</i>); desenvolvimento de habilidades pessoais e; reorientação dos serviços de saúde; Consolida a proposta de Cidades Saudáveis (Canadá, 1984).	Isenta o setor saúde da responsabilidade exclusiva pela promoção da saúde; Indica as ações intersetoriais como forma de promover saúde, através de uma ação coordenada entre todos os setores (saúde, sociais e econômicos) articulados: governo, ONGs, organizações voluntárias, empresas, mídia; Estabelece um papel mediador dos profissionais da saúde nas ações intersetoriais.
1988 Adelaide	Mantém a direção estabelecida na Carta de Ottawa	Políticas Públicas Saudáveis: Caracterizam-se pelo interesse explícito de todas as áreas das políticas públicas em relação à saúde e à equidade, e os compromissos com o impacto de tais políticas sobre a saúde	Estimula a formação de novas alianças, visando promover o incremento das ações de saúde. O campo da saúde é influenciado

1988 Adelaide		da população. Identifica quatro áreas prioritárias para promover ações imediatas: apoio à saúde da mulher; alimentação e nutrição; tabaco e álcool; e criação de ambientes saudáveis.	pelo governo e por interesses corporativos e econômicos, e atuação de organizações não governamentais e comunitárias;
1991 Sundsvall	Não refere concepção	Ambientes favoráveis à saúde; Enfatiza a promoção de “ambientes favoráveis”, em seus componentes econômico e político, identificando quatro estratégias no nível da comunidade: reforço da proposta através da ação comunitária, capacitação da comunidade e indivíduos no controle de sua saúde e ambiente, reforço da aliança entre as áreas da saúde e ambiental e mediação de conflitos para assegurar acesso igualitário a ambientes favoráveis à saúde	Refere que as iniciativas devem vir de todos os setores que possam contribuir para a criação de um ambiente mais favorável e fomentador de saúde, e devem ser levadas a cabo em todos os níveis pelas pessoas nas suas comunidades, nacionalmente pelos governos e ONGs, e, globalmente, através das organizações internacionais;
1997 Jacarta	Processo para permitir que as pessoas tenham maior controle sobre sua saúde, e para melhorá-la. A promoção da saúde mediante investimentos e ações, atua sobre os determinantes da saúde para criar maior benefício para os povos, para contribuir de maneira significativa para a redução das iniquidades em questões de saúde, para assegurar os direitos humanos e para a formação do capital social. Sua meta primordial é aumentar as expectativas de saúde e reduzir a brecha quanto à expectativa de saúde entre países e grupos. Define como pré-requisitos para a saúde: paz, abrigo, instrução, segurança social, relações sociais, alimento, renda, direito de voz das mulheres, um ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social, respeito aos direitos humanos e equidade. A pobreza é acima de tudo a maior ameaça à saúde.	Promover a responsabilidade social para com a saúde Aumentar os investimentos no desenvolvimento da saúde Consolidar e expandir parcerias para a saúde Aumentar a capacidade da comunitária e dar voz aos indivíduos Conseguir uma infra-estrutura para a promoção da saúde Conclui que métodos em promoção da saúde que utilizam a combinação das cinco estratégias de Ottawa são mais eficazes que os centrados em uma estratégia e, que diversos cenários (cidades, comunidades locais, mercados, escolas, locais de trabalho e estabelecimentos de saúde), oferecem oportunidades práticas para a implementação de estratégias mais abrangentes.	Identifica a necessidade evidente de derrubar as fronteiras tradicionais dentro dos setores públicos, entre organizações governamentais e não governamentais e entre os setores público e privado, requerendo para isto a criação de novas parcerias em prol da saúde entre os diferentes setores em todos os níveis de governabilidade nas sociedades em condições de igualdade. Inclui o setor privado no apoio à promoção da saúde.

2000 México	Não refere concepção	<p>Recomenda:</p> <p>Colocar a promoção da saúde como prioridade fundamental das políticas e programas locais, regionais, nacionais e internacionais;</p> <p>Apoiar a preparação de planos de ação nacionais para promoção da saúde;</p> <p>Instituir ou fortalecer redes nacionais e internacionais promotoras da saúde.</p>	<p>Reconhece que a promoção da saúde e o desenvolvimento social é um dever e responsabilidade dos governos, compartilhada por todos os setores e níveis da sociedade e para isto é necessário o fortalecimento e a ampliação de parcerias na área da saúde</p>
2005 Bangkok	<p>É o processo de capacitação das pessoas para aumentar o controle sobre sua saúde e seus determinantes, e em consequência melhorar sua saúde.</p>	<p>Identifica ações, compromissos e empenhos necessários para direcionar os determinantes da saúde em um mundo globalizado, através da Promoção da Saúde.</p> <p>Reconhece que para fazer outros avanços na implementação das estratégias de promoção da saúde, todos os setores cenários devem atuar para: defesa da saúde baseada em direitos humanos e solidariedade; investir em política sustentável, ações e infra-estrutura para apontar os determinantes da saúde; construir espaços para o desenvolvimento de políticas, lideranças, práticas de promoção da saúde, transferência de conhecimento e pesquisa, e literatura de saúde; regular e legislar para assegurar um alto nível de proteção dos danos e possibilitar oportunidades iguais para a saúde e bem estar de todas as pessoas; parcerias e construção de alianças com o setor público, privados, não governamental e organizações internacionais e sociedade civil para criar ações sustentáveis.</p> <p>Aponta que o setor da saúde tem um papel chave para prover liderança na construção de políticas e parcerias para a promoção da saúde.</p>	<p>Refere que para gerenciar os desafios da globalização, as políticas devem ser coerentes através de todos: níveis de governo, participantes das Nações Unidas, e outras organizações, incluindo o setor privado.</p> <p>Direciona que governos locais, regionais e nacionais devem dar prioridade para investimentos na saúde, dentro e fora do setor saúde.</p> <p>Afirma que parcerias, alianças, redes e cooperações fornecem oportunidades estimulantes e gratificantes de conduzir pessoas e organizações juntas através de metas comuns e ações ligadas para melhorar a saúde das populações.</p> <p>Incita a todos as organizações para unir uma ampla parceria mundial para promover a saúde com ação e compromisso local e global.</p>

Ao analisar-se o desenrolar das conferências, ao longo do tempo, observa-se uma ampliação da concepção de Promoção da Saúde em 1986, de uma atuação e responsabilidade mais restrita às pessoas e comunidade na melhoria de sua qualidade de vida, para em 1997, a Carta de Jacarta, explicitar a necessidade mais ampliada de investimentos e ações sobre os determinantes da saúde, incluindo outros pré-requisitos, com o objetivo de redução das desigualdades na esperança de vida entre grupos e regiões e garantia dos direitos humanos.

A Carta de Ottawa, ainda que enfatize estilos de vida saudáveis, isenta o setor saúde da responsabilidade exclusiva pela promoção da saúde, indicando a intersectorialidade como meio para este fim, através de uma ação coordenada entre todos os setores, estabelecendo aos profissionais de saúde um papel de mediação das ações intersectoriais. Nas cartas posteriores observa-se um reforço à articulação público-privado na promoção da saúde enfatizando-se as parcerias entre setores governamentais e não governamentais para a promoção da saúde. Na Carta do México amplia-se ainda mais o escopo das estratégias da promoção da saúde e recomenda-se a criação de redes internacionais promotoras de saúde. A Carta de Bangkok reforça que o setor saúde possui uma liderança importante na construção de políticas e parcerias para a realização da promoção da saúde.

Embora se amplie a discussão e reconheça-se a existência dos determinantes mais gerais – econômicos, sociais, ambientais, e a necessidade de redução das desigualdades, as cartas das Conferências Internacionais de Promoção da Saúde não abordam o porquê destas desigualdades ou situações, permanecendo o aspecto educativo individual agregado à capacidade da comunidade como suas principais estratégias. De fato, as Cartas são estratégias para a *advocacy*, a fim de colocar o tema promoção da saúde, nas agendas dos governos e sociedade, afirmando a defesa da saúde como recurso para o desenvolvimento econômico e social.

Mesmo levando em consideração este compromisso da promoção da saúde para com as causas do bem comum, a equidade e os princípios democráticos da saúde pública (Carvalho, 2004:671), novos olhares críticos têm surgido sobre este tema, sem deixar de reconhecer suas contribuições. Neste debate, autores referem que o discurso sobre promoção da saúde juntamente com o da prevenção de riscos, refletem uma visão política

neoliberal, gerando grupos de indivíduos dependentes de si próprios e preocupados com o seu desempenho que seria diretamente dependente de suas próprias opções de comportamento individual (Castiel, 2003:92).

Para Carvalho (2004:674) “parte importante dos projetos de promoção da saúde tem dificuldade para superar o enfoque behaviorista e mantém o foco de sua atenção para ações voltadas para a regulação da vida social e para a criação de critérios que delimitem o sentido do viver saudável”. Para este mesmo autor a autonomia conseguida pelos indivíduos é, quase sempre, “uma autonomia regulada”, já que estes “tendem a seguir regras e normas concebidas por expertos e pelos parâmetros construídos pelas Políticas Públicas Saudáveis”.

Segundo Czeresnia (2003:51) um dos principais problemas da promoção da saúde é não explicitar claramente os valores existentes em seus projetos. Para a autora, a promoção da saúde “esconde profundas tensões teóricas e filosóficas” e, contempla uma gama de estratégias técnicas e políticas com posturas conservadoras e radicais.

É fato que, embora com todas as críticas à promoção da saúde e a dificuldade de se traduzir na prática seus princípios e proposições, este tema tem sido disseminado no campo da saúde pública, articulando-se este discurso à proposta de cidades saudáveis.

O movimento da Promoção da Saúde no Brasil

No Brasil, a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), evidenciou a necessidade de uma reformulação mais profunda no setor da saúde, para além de reformas administrativas e financeiras, ampliando o conceito de saúde. Concluiu que “direito à saúde significa a garantia pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade”. Esta ampliação do conceito de saúde implica em garantir a todos os cidadãos: trabalho em condições dignas, alimentação, moradia digna, educação e informação plena, meio ambiente de qualidade, transporte acessível e seguro, participação popular, direito à liberdade, à livre expressão e organização, acesso universal e igualitário aos serviços em todos os níveis (MS, 1987:382).

A Constituição Federal Brasileira (1988) teve como base as principais idéias da VIII Conferência Nacional de Saúde, incluindo a saúde dentro do conceito de seguridade social que “compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde” (C.F., Título VIII, Capítulo II, Seção I, Art. 194). Afirmando em seu art. 196 que “a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”, desta forma, como refere Cordeiro (1991:122), reconhecendo, explicitamente, a multicausalidade e a determinação social, econômica e política do processo saúde e doença.

A consagração do conceito ampliado de saúde na Constituição Federal de 1988 pode ser considerada como um marco para a promoção da saúde no Brasil, ainda que Souza & Grundy (2004:1356) apontem que o movimento da promoção da saúde teve pouca difusão e pequena participação no desenvolvimento social e econômico do país. Ainda assim o Ministério da Saúde/OPAS desenvolve vários programas relacionados à promoção da saúde que incluem o movimento dos municípios saudáveis, as escolas promotoras de saúde, hospitais saudáveis e os Eco Clubes (iniciativa de atenção primária ao meio ambiente). Outras atividades inspiradas no “Agita Mundo”, também são desenvolvidas. Para as autoras estas atividades ficam diluídas devido ao extenso território brasileiro e a escassa literatura existente sobre avaliação dessas atividades, para que as práticas bem sucedidas sejam difundidas e copiadas.

Teixeira & Paim (2002:60) referem que, no Brasil, o movimento da Promoção da Saúde vem acontecendo dentro de um cenário principalmente municipal, caracterizado pela implementação de políticas, programas e projetos de reformas na organização dos serviços de saúde, que incluem a reorganização da oferta dos serviços de saúde, ações territoriais de vigilância epidemiológica e sanitária, ações de educação social em saúde e, formulação e execução das “políticas públicas saudáveis”, com caráter intersetorial.

Embora a legislação brasileira reconheça o conceito ampliado de saúde indicando a promoção da saúde como uma das formas de alcançá-la e existam vários esforços do Ministério da Saúde na elaboração e implementação de iniciativas com este desenho, todo

este enfoque na promoção da saúde ainda está muito distante das populações marginalizadas, sem condições dignas de sobrevivência, que anseiam por políticas públicas que as incorporem.

II.1.2 - Conceitos de promoção da saúde

Nesse movimento mundial ao longo do século XX, as concepções de promoção da saúde também foram se transformando. Conforme mencionado, anteriormente, a discussão sobre promoção da saúde, aparece com Winslow, no início do século XX (Buss 2003:17), perpassando por Sigerist (1945) e Leavell & Clarck (1976: 17-20) nos anos 60. Estes últimos autores consideraram a promoção da saúde como um dos elementos da prevenção primária, na história natural das doenças, referindo que as medidas de promoção adotadas não se dirigiam à determinada doença ou desordem, mas serviam para aumentar a saúde e o bem-estar, sendo a educação e a “motivação sanitária”, vitalmente importantes para alcançar este objetivo. Entretanto, o conceito moderno de Promoção da Saúde, assim como sua prática, segundo Buss (2003:15) surge e desenvolve-se de modo mais intenso no final do século XX nos países desenvolvidos (Canadá, Estados Unidos e Europa Ocidental). Nos últimos anos do século passado diversos documentos e autores ampliaram a conceituação de promoção da saúde:

O Documento de discussão sobre o conceito e os princípios da promoção da saúde, preparado pela Oficina Regional da Organização Mundial de Saúde para a Europa, em 1984, define a promoção da saúde como “o processo que permite as pessoas adquirirem maior controle sobre sua própria saúde e, ao mesmo tempo, melhorar sua saúde. Esta perspectiva deriva de um conceito de ‘saúde’ que a define como a magnitude em que um indivíduo ou grupo pode, por um lado, realizar suas aspirações e satisfazer suas necessidades e, por outro, mudar seu entorno ou enfrentá-lo” Kickbusch (1996:16).

A Carta de Ottawa define promoção da saúde como o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”. As pessoas e os grupos devem estar preparados para reconhecer “aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente, a fim de conseguir um estado de completo bem-estar físico, mental e social”. A

saúde deve ser percebida “como um recurso para a vida, e não como objeto de viver”, tendo, portanto, um “conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas”. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, apontando “para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global” (Carta de Ottawa apud MS, 2001c:19).

A Declaração de Jacarta refere-se à promoção da saúde como “um processo para permitir que as pessoas tenham maior controle sobre sua saúde, e para melhorá-la”. As ações de promoção da saúde atuam sobre os determinantes da saúde criando maior benefício para os povos, contribuindo de maneira significativa para a redução das iniquidades de saúde, assegurando os direitos humanos e a formação do capital social. Sua meta primordial é aumentar as expectativas de saúde, reduzindo a distância da mesma entre países e grupos (Declaração de Jacarta apud MS, 2001c:43-4).

Para Gutierrez a promoção da saúde “é o conjunto de atividades, processos e recursos, de ordem institucional, governamental ou da cidadania, orientados a propiciar o melhoramento de condições de bem-estar e acesso a bens e serviços sociais, que favoreçam o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis ao cuidado da saúde e o desenvolvimento de estratégias que permitam à população um maior controle sobre suas condições de vida, a nível individual e coletivo” (Gutierrez 1997:117 apud Buss 2003:19).

Segundo Buss (2003:18-9), as conceituações de promoção da saúde podem ser reunidas em dois grupos: no primeiro, “a promoção da saúde consiste nas atividades dirigidas à transformação dos comportamentos individuais” (...), e no segundo, “que caracteriza a promoção da saúde modernamente, se refere à constatação do papel protagonista dos determinantes gerais sobre as condições de saúde” (...).

Para Czeresnia (2003:46,7 e 8), a conceituação positiva de saúde “traz novo problema”, pois ao se considerar a saúde em seu aspecto amplo, está se tratando com algo tão extenso como “a própria noção de vida” e para promover a saúde dentro deste contexto mais amplo são necessárias ações conjuntas, de um lado do “âmbito global de um Estado” e de outro, uma ação autônoma e singular dos sujeitos, o que não pode ser designado como responsabilidade “de uma área de conhecimento e práticas”. A autora refere que a idéia de

promoção da saúde engloba a de fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com os múltiplos aspectos que condicionam a saúde. A promoção da saúde não se limita à aplicação de técnicas e normas, mas envolve o fortalecimento da saúde ao possibilitar a construção e manutenção da capacidade de escolha, como também à utilização do conhecimento atentando para as características próprias dos acontecimentos.

Entende-se, portanto, que o campo da promoção da saúde agrega ações que incidem sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença, “tratando-se de uma nova saúde pública e de uma nova política pública” (Kickbusch, 1994 apud Restrepo 2001), onde a comunidade é capacitada para exercer um maior controle sobre estes determinantes e fazer escolhas que visem melhorar sua qualidade de vida. Em síntese, a promoção da saúde tem por objetivo proporcionar condições de vida dignas e adequadas, buscando modificar “espaços de vida” (sociais, econômicos, ambientais, culturais, e outros) e comportamentos individuais desfavoráveis à saúde, para isto dependendo inevitavelmente do envolvimento e comprometimento de todos os setores, governamentais, não governamentais, sociedade, e outros, o que implica em ações intersetoriais. Neste sentido, a intersetorialidade é um conceito básico da promoção da saúde.

II.1.3 - Intersecções entre prevenção e promoção da saúde

As intersecções e diferenças entre prevenção, educação para a saúde e promoção da saúde não são muito claras, mesmo para os profissionais da área segundo Souza e Grundy (2004:1354-55). Para estas autoras, a promoção da saúde é um processo maior que compreende a prevenção, a educação e a participação dos diversos setores da sociedade na elaboração de estratégias com a finalidade de dar efetividade à educação para a saúde.

A promoção da saúde e a prevenção de doenças e acidentes, junto com as ações curativas, são consideradas por Mendes (1996: 245-7) como ações estratégicas da vigilância da saúde. Para este autor, a promoção da saúde, vem apontar o “papel protagonista dos determinantes gerais sobre as condições de saúde”. Enquanto a prevenção das doenças e dos acidentes “organiza-se como modo de olhar e estruturar intervenções que procuram antecipar-se a esses eventos”, podendo intervir em indivíduos, em grupos ou na sociedade.

Para Buss (2003:32-4) a teoria destes dois campos de ações se diferencia “com mais precisão” do que a sua prática, considerando-as como complementares incidindo sobre o processo saúde-doença, tanto individual como coletivamente. Segundo este autor a promoção da saúde é mais ampla e abrangente, identificando os “macrodeterminantes do processo saúde e doença, buscando transformá-los favoravelmente na direção da saúde”, para isto propondo ações externas ao setor saúde. Enquanto a prevenção das doenças objetivaria que os indivíduos não ficassem doentes, buscando, junto com a clínica, uma forma de evitá-las (prevenção primária), de curá-las (prevenção secundária) e de abrandá-las (prevenção terciária).

Segundo Czeresnia (2003:47) existe uma diferença radical, e ao mesmo tempo, pequena entre prevenção e promoção da saúde. A primeira porque envolve “mudanças profundas na forma de articular e utilizar o conhecimento na formulação e operacionalização das práticas de saúde”, e a segunda porque tanto a promoção como a prevenção, utilizam o conhecimento científico em suas práticas. Ambas lançam mão “dos conceitos que orientam a produção do conhecimento específico (doença, transmissão e risco) cuja racionalidade é a mesma do discurso preventivo”, podendo surgir equívoco entre as mesmas já que “a radicalidade” de suas diferenças dificilmente é explicitamente praticada.

Giovanella et al. (2002:45), sugerem promoção da saúde, prevenção de enfermidades e acidentes, juntamente com atenção curativa e reabilitadora, como os três campos de ações sanitárias a serem garantidas, por um sistema de atenção integral à saúde. Referem que as ações de promoção da saúde incorporam todas as medidas das políticas públicas, tendo em vista a saúde como um produto social, visando interferir em diversos fatores (biológicos, ambientais e comportamentais), que através de um processo dinâmico de interação proporcionam menores ou maiores estados de bem-estar. Já a prevenção de enfermidades e acidentes é entendida pelos autores como uma forma de perceber e organizar as ações específicas que devem ser realizadas antes do acontecimento dos agravos ou acidentes que podem acometer indivíduos, grupos sociais ou sociedade em geral em situação de risco.

Nogueira (2003:179-81) relaciona o movimento da promoção da saúde e da medicina preventiva, referindo que esta última “filia-se à higiene na medida em que esta é entendida como a arte de conservar a vida, ou também, como uma ciência que trata da saúde com o propósito de conservá-la e aperfeiçoá-la” (...), alcançando nos anos recentes “notável popularidade através de uma variante que é a medicina promotora”. Segundo este autor as normas e medidas de prevenção de enfermidades e de promoção da saúde são dirigidas, tecnicamente, pela “avaliação de risco”, sendo este na prevenção, usado como justificativa para o emprego de “exames em massa para a detecção” de alguns tipos de moléstias, e para avaliação de “predisposições genéticas” ao desenvolvimento de alguns tipos de agravos. E, na promoção da saúde, risco é entendido “de forma mais simplificada como probabilidade de ocorrência de um evento potencialmente danoso à saúde”, reforçando os estímulos a mudanças de comportamentos individuais, estendendo a abordagem individual da medicina preventiva à medicina promotora.

Nesta perspectiva comportamentalista centrada na mudança das escolhas individuais de estilos de vida, os modos de intervenção da promoção da saúde restringem-se a práticas educativas. Neste sentido, promoção da saúde é traduzida como educação da saúde e práticas dirigidas aos indivíduos e grupos populacionais, e os determinantes econômicos sociais dos processos saúde-doença não são abordados.

Gutierrez et al. (1987 apud Buss 2003:33), afirma que o objetivo final da prevenção é evitar a doença, portanto a ausência desta seria bastante para que o mesmo fosse atingido, enquanto a promoção da saúde tem um “objetivo contínuo”: um nível ótimo de vida e de saúde, não se encerrando na ausência de doença, já que sempre haverá algo a realizar a fim de se conseguir melhores níveis de saúde e de qualidade de vida.

Teixeira et al. (1998:15-6), ao expor a conceituação ampliada de Vigilância da Saúde, fundamenta-se no diagrama proposto por Paim (1994), onde é resgatado e ampliado o modelo clássico da História Natural das Doenças, “incorporando desde as ações sociais organizadas pelos distintos atores até as ações específicas de prevenção de riscos e agravos, bem como as de recuperação e reabilitação de doentes”. Este diagrama inclui a promoção da saúde dentro do controle das causas e a prevenção da saúde dentro do controle de riscos dos agravos.

Para Freitas (2003:150) as diferenças nos conceitos de promoção e prevenção da saúde foram bem esquematizadas, por Stachtchenko & Jenicek (1990), demonstradas no quadro abaixo:

Quadro 2 - Diferenças entre promoção da saúde e prevenção de doenças

Promoção da Saúde	Prevenção das Doenças
Saúde = a conceito positivo e multidimensional	Saúde = ausência de doença
Modelo participativo de saúde	Modelo médico
Direcionado à população no seu ambiente total	Direcionado principalmente aos grupos de alto risco na população
Envolve uma rede de questões de saúde	Envolve patologias específicas
Estratégias diversas e complementares	Estratégia única
Abordagens facilitadoras e integradoras	Estratégias diretivas e persuasivas
Medidas incentivadoras são oferecidas à população	Medidas diretivas são fortalecidas em grupo-alvo
Mudanças no status dos homens e de seu ambiente são buscadas nos programas	Programas focalizando principalmente tópicos individuais e de grupos
Organizações não profissionais, grupos cívicos e governos municipais, regionais e nacionais são necessários para se atingir as metas de promoção da saúde	Programas preventivos são assunto dos grupos profissionais das disciplinas de saúde

Fonte: Freitas (2003) adaptado de Stachtchenko & Jenicek (1990)

Em síntese, a prevenção das doenças encontra-se focada em ações direcionadas ao indivíduo ou grupos de risco de adoecimento envolvendo principalmente ações executadas pelos profissionais de saúde. Já a promoção da saúde implica no estabelecimento de agendas públicas com a participação de diversos setores e segmentos da sociedade, com a finalidade de alcançar melhor qualidade de vida para a população, sendo imprescindível a atuação intersetorial. Uma efetiva abordagem dos determinantes mais gerais dos processos saúde-doença implica em estratégias intersetoriais.

II.2 - O Programa de Saúde da Família

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi criado em dezembro de 1993, em Brasília, como resposta do Ministério da Saúde a reivindicações de secretários municipais de saúde, quanto à solicitação de apoio financeiro para mudarem a forma de funcionamento da rede básica de saúde, incluindo no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) outros

tipos de profissionais. O programa se constitui em uma estratégia de reforma incremental², do sistema de saúde no Brasil, já que direciona para mudanças na organização dos serviços, na remuneração das ações de saúde e nas práticas assistenciais locais (Viana & Dal Poz, 1998:16 e 19).

Para o Ministério da Saúde o Programa de Saúde da Família é uma estratégia que vem substituir o modelo vigente, gera novas práticas setoriais e afirma a união entre as atividades clínicas e a promoção da saúde (MS, 2000a:9). Tem a finalidade de reorganizar os sistemas de saúde municipais, substituindo as antigas diretrizes, baseadas na valorização do hospital e voltadas para a doença, introduzindo novos princípios, enfocados na promoção da saúde e na participação da comunidade (MS, 2001b:6).

É de conhecimento geral que a promoção da saúde, elemento fundamental nesta nova estratégia de atenção à saúde, é uma importante resposta quando destaca as ações intersetoriais como forma de solucionar desafios relativos ao meio ambiente, urbanização, segurança alimentar, desemprego, uso de drogas, moradia, entre outros (Campos et al., 2004:746-7), problemas enfrentados diretamente pelas ESF em suas áreas de atuação.

Segundo o Ministério da Saúde o PSF tem como seu objetivo geral “contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços e a população”. E tem dentre seus objetivos específicos: “intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta; proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais; contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde-doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde; fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida; e estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social” (MS, 1998:10).

O PSF desenvolve-se através do trabalho da Equipe de Saúde da Família (ESF), que é composta por: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de

² Viana & Dal Poz (1998:16) definem o processo de reforma incremental, como um conjunto de modificações no desenho e operação política, a que se referem também como “reforma da reforma”.

saúde (ACS). Quando ampliada, as ESF contam com um dentista, um auxiliar de consultório dentário e/ou um técnico de higiene dentária. Cada ESF é responsável pelo acompanhamento de cerca de 2.400 a 4.500 pessoas de uma área adscrita, onde busca, entre outros: a troca do saber dos profissionais e o saber popular do ACS e da população; ter as famílias como parceiras na construção de uma vida saudável e nos processos de cura e reabilitação; e a interação com a comunidade, para conhecimento de sua realidade, definindo prioridades e desenvolvendo ações individuais e coletivas que promovam a qualidade de vida (MS, s/d:5-6).

Entre as atribuições comuns a todos os membros da ESF a intersectorialidade tem um papel de destaque. O Ministério da Saúde (2001b:75) refere que à equipe cabe “promover ações intersectoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas identificados; fomentar a participação popular, discutindo com a comunidade conceitos de cidadania, de direito à saúde e as suas bases legais; e incentivar a formação e/ou participação ativa da comunidade nos Conselhos Municipais de Saúde”. E cabe às Secretarias Municipais de Saúde viabilizar as parcerias com organizações internacionais, governamentais, não governamentais e com o setor privado a fim de garantir o fortalecimento do programa dentro do município (MS 2001b:99).

Para Goulart (2002:113) este enfoque do PSF configura-se “como uma ‘mudança de paradigma’ nas práticas assistenciais tendo como aspectos centrais, entre outros, a superação do curativo para o preventivo; do eixo de ação mono-setorial para o intersectorial; da exclusão para a universalização”.

II.3 - A Intersetorialidade

Uma estratégia fundamental para a promoção da saúde e para a efetivação do PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial é a intersectorialidade, que é definida pela OPAS (1992 apud Buss, 2000:36) como “o processo em que os objetivos, as estratégias, as atividades e os recursos de cada setor se consideram segundo suas repercussões e efeitos nos objetivos, estratégias, atividades e recursos dos demais setores”.

A Conferência Internacional promovida pela Organização Mundial de Saúde, em 1997, a fim de discutir a “ação intersetorial para a saúde”, definiu que esta “corresponde a uma relação reconhecida entre uma ou várias partes do setor saúde com uma ou várias partes de outro setor que se tenha formado para atuar em um tema visando alcançar resultados de saúde (ou resultados intermediários de saúde) de uma maneira mais efetiva, eficiente ou sustentável do que poderia alcançar o setor por si só” (OMS, 1997:3 apud Teixeira & Paim 2002:60).

Para Junqueira et al., (1997:26 apud Inojosa 1998:43), intersectorialidade é “entendida como a articulação de saberes e experiências no planejamento, a realização e a avaliação de ações, com o objetivo de alcançar resultados integrados em situações complexas, visando a um efeito sinérgico no desenvolvimento social”.

Segundo Inojosa e Junqueira (1997:161 e 163) “uma lógica intersectorial de organização e atuação deve estar baseada na população e considerar suas formas e condições peculiares de organização”, sendo as prioridades estipuladas, com base na identificação de problemas, e não setoriais, necessitando de ações de diversos setores para sua resolução, transcendendo o setor saúde. A implantação da intersectorialidade depende, deste modo, de decisão política, envolvendo modificações nas estruturas de poder das organizações municipais (Inojosa & Junqueira, 1997:161).

Para Teixeira e Paim (2002:64) a intersectorialidade “se apresenta como uma estratégia de reorganização das respostas aos problemas, necessidades e demandas sociais dos diversos grupos da população, seja em um Distrito Sanitário, um município ou uma microrregião”.

Mendes (1996:252:3) identifica a intersectorialidade, junto com o território e os problemas de saúde, como um dos pilares básicos da nova prática da vigilância da saúde. Refere que a intersectorialidade: “busca unidade do fazer, e está associada à vinculação, reciprocidade e complementaridade na ação humana” (...), exigindo “a solidariedade de distintos setores”, para a complementação da ação. Este autor diferencia a intersectorialidade da ação multisetorial, onde nesta última os diferentes setores estão presentes, porém mantêm-se íntegros e incomunicáveis. Já o que caracteriza a intersectorialidade “é a possibilidade de uma síntese dada pela predisposição a intersubjetividade e ao diálogo”,

tendo a comunicação como sua pedagogia, significando “uma economia de ação, pela racionalidade e pela socialização que lhe são inerentes” . Para este autor, ainda, “a intersetorialidade tem no campo do fazer significado semelhante à interdisciplinaridade na construção do saber” e considera que a mesma “nunca será instituída nos gabinetes, em mesas de reunião distanciadas dos problemas que emergem na concretude dos territórios” (Mendes,1996:252-3).

A ação intersetorial, para Junqueira (2000:42), aparece como uma nova proposta para solucionar os problemas sociais que incidem numa população em um território definido, reconhecendo os mesmos de forma integral, sendo uma nova maneira de abordá-los, pois busca superar “a fragmentação das políticas, ao considerar o cidadão em sua totalidade”, passando pelas “relações homem/natureza e homem/homem que determinam a construção social da cidade”. Para o autor a intersetorialidade “incorpora a idéia de integração, de território, de equidade, enfim, dos direitos sociais”, e direciona para uma “nova forma de planejar, executar e controlar a prestação de serviços, para garantir um acesso igual dos desiguais”, implicando na alteração “de toda forma de articulação” dos diversos setores.

Inojosa (1998:42-4), ao citar Masiglia (1996) refere que a política de descentralização ocorrida no Brasil acarretou aos municípios o enfrentamento de uma nova realidade, pois estes passam a atender urgências sociais que vão além das suas rotineiras intervenções até então desenvolvidas no campo social. Os problemas relacionados com a habitação, saúde, educação, emprego, alimentação etc, começam a fazer parte das ações cotidianas do município. Para a autora “o modelo que tem como paradigma de organização a intersetorialidade visa propiciar a introdução de práticas de planejamento e avaliação participativas e integradas, na perspectiva situacional, de compartilhamento de informações e de permeabilização ao controle social”. Afirma também que para a instituição deste paradigma faz-se necessário “substituir as secretarias e outros órgãos segmentados por áreas de conhecimento por um corte regional, com secretarias que tenham por missão proporcionar a melhoria das condições de vida da população da sua área de jurisdição, geograficamente delimitada, através das ações e serviços de competência de governo”.

O modo de organização da intersectorialidade é por muitos questionado, por ficarem apreensivos com a especificidade das tarefas que exercem (Westphal & Mendes, 2000:54). Estas autoras concordam com Mendes (1996:253) que refere “que a intersectorialidade não anula a singularidade do fazer setorial pela instituição de uma polivalência impossível; ao contrário, reconhece os domínios temáticos, comunicando-os para a construção de uma síntese”. Para as autoras, da mesma forma que a interdisciplinaridade, o discurso intersectorial tem sido mais desenvolvido que sua prática, havendo muita dificuldade em mudar o modelo de gestão. O discurso da colaboração defende que os atores, por serem iguais, podem exercitar uma colaboração mútua, porém “a lógica da parceria”, implica na idéia de “conflito” devido à existência de uma diversidade de condições estruturais destes atores, que envolvem acesso a recursos financeiros, informação ou poder, portanto a intersectorialidade é um processo complexo, que implica em enfrentar “contradições, restrições e resistências”. A intersectorialidade exige uma mudança da “lógica de governo, de organização do trabalho para a prevenção ou solução de problemas existentes em um território geográfico, e não em setores específicos como vem ocorrendo (...)” (Westphal & Mendes, 2000:55 e 7).

Viana (1998:26,31-32) ressalta a importância de políticas integradas, pois os problemas de moradia, pobreza, meio ambiente, educação e promoção econômica e cultural não podem ser compreendidos através de políticas setoriais, havendo necessidade da criação de “novas políticas intersectoriais, novos blocos de competência, administrados por uma diversidade de modos de gestão”. A autora cita que nos municípios brasileiros muitas políticas sociais inovadoras, com programas de desenho intersectorial, têm sido implementadas, porém barreiras burocráticas e corporativas, tais como resistência a mudanças em seus modelos de serviço, pois acarretam a transferência de recursos financeiros, humanos e técnicos para novos espaços organizacionais, têm impedido o desenvolvimento destas experiências.

Em síntese, a intersectorialidade é uma estratégia que envolve articulação, planejamento, execução e avaliação de diversos atores e setores em resposta a problemas identificados em determinado território. Requer o compartilhamento e a colaboração das diversas especialidades de uma forma horizontal, com o enfrentamento dos conflitos, buscando consenso. Pretende romper com a fragmentação das políticas públicas,

implicando com isto na necessidade de novas formas de gestão, incluindo também neste processo a participação da comunidade.

CAPÍTULO III - METODOLOGIA

O estudo correspondeu a uma avaliação formativa (Cano, 2004:97), isto é, aplicada durante o desenvolvimento de um programa, tendo como objetivo reorientar, se necessário, suas ações. Com uma abordagem predominantemente quantitativa, onde se utilizou como principal fonte de informação um questionário auto preenchido pelas ESF, contendo perguntas fechadas e abertas.

O questionário aplicado às ESF foi organizado em seis dimensões com questões que abordaram os seguintes temas: identificação de problemas da comunidade pelas ESF; participação comunitária; iniciativas das ESF para desencadear ações de outros setores; avaliação das ESF sobre intersetorialidade; participação da ESF no Conselho Municipal de Saúde; e ações das ESF para a promoção da saúde.

O questionário foi respondido em reunião por todos os integrantes das ESF (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde e dentistas, quando estes faziam parte da ESF), sendo respondido apenas um questionário por equipe após consenso quanto às respostas a serem dadas. Esta opção por resposta do conjunto pretendeu contribuir para a reflexão e trabalho em equipe, aspecto fundamental do modelo Saúde da Família.

A pesquisa foi realizada em 2005 no município de Petrópolis – RJ, com a totalidade das ESF implantadas nos anos de 1998 a 2004, ou seja, 34 ESF.

O estudo foi desenvolvido em três fases: a primeira referente ao levantamento bibliográfico sobre os temas Promoção da Saúde, Intersetorialidade e Programa de Saúde de Família, inerentes ao objeto de estudo; a segunda ocupou-se com a pesquisa de campo propriamente dita com a aplicação dos questionários às ESF; e a terceira fase deteve-se na avaliação e análise dos dados quantitativos e qualitativos.

Na primeira fase, no que se refere à pesquisa bibliográfica, realizada em bancos de dados bibliográficos e biblioteca virtual, sobre os temas Intersetorialidade, Programa de Saúde Família, e a combinação Promoção da Saúde/Programa de Saúde da

Família/Intersetorialidade, identificou-se escassez de trabalhos na literatura, referente ao tema. Foi realizada revisão bibliográfica, apresentada no capítulo dois desta dissertação.

A segunda fase da pesquisa iniciou com a aplicação de pré-teste do questionário para aprimorar o instrumento. A princípio, o questionário foi testado, em março/2005, em uma ESF, e com base nesta experiência introduziram-se algumas alterações. Este questionário revisado foi apresentado a dois supervisores do PSF, que também o responderam, sugerindo algumas modificações. Julgou-se então recomendada à realização de um segundo pré-teste com o questionário reformulado, desta vez aplicado a outra ESF em junho/2005. Após este teste foram necessárias alterações na forma de questionar a ESF e nas opções de respostas das perguntas fechadas, que foram modificadas, acrescentando-se novas opções e incluindo “número” para codificar as opções de respostas, a fim de facilitar a análise dos dados. Ainda assim a maioria das perguntas iniciais permaneceu a mesma.

Antes do início do trabalho de campo, o projeto da pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP/FIOCRUZ, tendo sido aprovado pelo Parecer nº 21/05. Foi encaminhada, também, à Coordenação do PSF no município e à Coordenação do PSF da Faculdade de Medicina de Petrópolis, que mantém convênio de cinco ESF com a Prefeitura Municipal de Petrópolis, solicitação de autorização para a realização da pesquisa com as equipes, que foi aceita por ambas instituições. Todas as ESF incluídas na pesquisa concordaram em participar através de assinatura de seus integrantes em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Após os ajustes necessários, os questionários começaram a ser distribuídos, no início de julho/2005, a fim de serem respondidos pelas ESF. Os questionários foram entregues às ESF pelos supervisores do PSF, que realizaram tal procedimento em suas áreas de supervisão, porém sendo antes discutido com os mesmos, o conteúdo do questionário e fornecido um roteiro (Anexo 3) para o preenchimento do mesmo, que deveria ser repassado às ESF. Foi solicitado aos supervisores que não participassem das reuniões da ESF para a discussão do questionário, de modo que as ESF tivessem liberdade de resposta. A princípio deu-se um prazo para a devolução dos questionários respondidos, de quinze dias contados a partir do momento em que as ESF os recebessem.

Os questionários e os termos de consentimento livre e esclarecido foram entregues aos supervisores dentro de um envelope lacrado, um para cada ESF. Como cada ESF responderia a somente um questionário, para facilitar o acompanhamento da discussão por todos os membros, cada ESF recebeu quatro questionários, porém somente um continha o código de identificação. Este questionário codificado é o que deveria ser respondido e devolvido, juntamente com o termo de consentimento livre e esclarecido assinado pelos membros da ESF, dentro do mesmo envelope fechado, preservando assim a privacidade dos sujeitos da pesquisa.

A distribuição do questionário às ESF foi completada em torno de 10 dias, levando-se em consideração que os supervisores visitam as equipes sob sua responsabilidade uma vez por semana. Devido à pesquisa de campo ter sido realizada no mês de julho, houve dificuldade da reunião de todos os membros da ESF, para responderem conjuntamente o questionário, pois havia profissionais de férias. Optou-se por aguardar o retorno destes profissionais, a fim de que toda a equipe estivesse presente no momento de responder o questionário.

Observou-se que algumas ESF responderam prontamente o questionário, porém outras, alegando falta de tempo e dificuldade de reunir todos os membros da ESF, demoraram cerca de dois meses para efetuar a solicitação. Embora atrasando o cronograma elaborado para o desenvolvimento da dissertação, optou-se por aguardar o questionário destas ESF, devido à meta inicial de estar aplicando o questionário em todas as 34 ESF implantadas de 1998 a 2004, no município do estudo. Este processo se deu de 13-07-2005 a 20-09-2005.

É importante ressaltar que houve troca de membros de algumas ESF, desde sua implantação, porém sempre permanecendo a maior parte deles, principalmente representados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), o que permite maior qualidade das informações solicitadas sobre a atuação das ESF desde sua implantação.

Quanto à participação dos profissionais nas respostas do questionário, observou-se, pelo termo de consentimento livre e esclarecido, onde todos os profissionais que concordaram em participar assinaram, que houve 67% de participação dos ACS (157 ACS de um total 233 ACS), 91% de participação dos médicos, enfermeiros e auxiliares de

enfermagem (31 profissionais de cada categoria com 34 profissionais), e 67% de participação dos dentistas (4 dentistas de um total de 6 dentistas). Embora, cada questionário tenha sido respondido pelo conjunto da ESF, houve um total de 254 respondentes integrantes das 34 equipes.

A terceira fase de análise e avaliação dos dados teve início com a digitação dos mesmos em um banco de dados do Microsoft Excel, contendo formatações condicionais específicas para cada pergunta fechada a fim de melhorar a qualidade da digitação. Os dados digitados foram transportados para o programa SPSS para consolidação dos dados quantitativos. As tabelas com frequência simples foram elaboradas em planilhas do programa Microsoft Excel, sendo repassadas para o programa Word, e os gráficos no SPSS e Excel. A parte qualitativa correspondeu a uma análise de conteúdo das respostas às perguntas abertas, que foram agrupadas por categorias. O plano de análise dos dados correspondeu às dimensões do estudo segundo as quais o questionário foi organizado³. A saber: identificação de problemas da comunidade pelas ESF; participação comunitária; iniciativas das ESF para desencadear ações de outros setores; avaliação das ESF sobre intersetorialidade; participação da ESF no Conselho Municipal de Saúde.

Para analisar com maior profundidade os resultados encontrados, foram tratadas algumas hipóteses com o auxílio de testes estatísticos não paramétricos, mais adequados para pequenas populações. Tendo em vista o tamanho do “n” trabalhado as hipóteses foram testadas pelo teste não paramétrico de Mann-Whitney e Teste exato de Fisher (Luíz, 2004:315-21).

A pesquisa teve como pressuposto que os setores da administração pública não trabalham de forma compartilhada e dinâmica, isto é de forma intersetorial, com as ESF, na solução dos problemas identificados nos territórios cobertos pelo PSF, a fim de garantir a melhoria da qualidade de vida destas populações. As iniciativas de intersetorialidade estariam restritas ao setor Saúde, dificultando ou mesmo impossibilitando alguns dos objetivos do PSF no que se refere à promoção de ações intersetoriais pelas ESF.

³ A sexta dimensão do questionário “Ações das ESF para a Promoção da Saúde”, não foi analisada por falta de tempo hábil.

O estudo considerou que uma maior atuação intersetorial das ESF poderia estar condicionada ao tempo de implantação das equipes, isto é, as ESF implantadas há mais tempo teriam uma atuação intersetorial mais intensa e efetiva do que as implantadas mais recentemente. Para isto optou-se por um corte de tempo onde foram agrupadas as ESF implantadas entre 1998 a 2000 (98/00), totalizando quatorze equipes, e outro agrupando as ESF implantadas entre 2001 e 2004 (01/04), totalizando vinte equipes. Este corte de espaço de tempo também coincide com a mudança de gestão municipal. Após a análise das frequências das respostas para o conjunto das ESF, a atuação intersetorial entre estes grupos de ESF foi comparada.

Outros condicionantes considerados como possíveis desencadeadores de uma maior atuação intersetorial das ESF foram: uma maior preocupação das ESF em estarem discutindo o diagnóstico de saúde de suas comunidades, onde se tomou como corte o grupo das ESF que discutiu o diagnóstico de saúde em um espaço menor ou igual a seis meses e outro grupo de ESF que discutiu o diagnóstico em um espaço de tempo maior do que seis meses; a participação da comunidade na identificação dos problemas; a participação da comunidade no encaminhamento dos problemas; e a maior participação através da supervisão como forma de desencadear a ação intersetorial em relação a todas as outras formas de desencadeamento de ação intersetorial pelas ESF.

Foram considerados como indicadores de intensidade da atuação intersetorial o número de setores contatados pelas ESF desde a implantação do PSF, o número de contatos realizados pelas ESF nos últimos seis meses e a taxa de respostas positivas dos setores às solicitações das ESF.

CAPÍTULO IV - O ESPAÇO DA PESQUISA

Neste capítulo é descrito o cenário do município onde foi realizada a pesquisa, abordando-se o contexto municipal, a estrutura organizacional da Prefeitura Municipal de Petrópolis, a rede de serviços públicos de saúde e a evolução histórica do PSF no município.

IV.1 - O contexto sócio demográfico municipal

O município de Petrópolis, local escolhido para a pesquisa, está situado na região serrana do estado do Rio de Janeiro. Sua área tem uma extensão de 776,6 km², distribuídos em cinco distritos. Sua população é de 306.001 pessoas (DATASUS/MS:2005), onde 94% concentram-se na região urbana e 6% na região rural do município.

O Índice de Desenvolvimento Humano do município é de 0,804, situando-o entre as regiões consideradas de alto desenvolvimento humano (IDH maior que 0,8), fazendo com que ocupe a sétima posição no Estado em relação a este índice, tendo apresentado um crescimento relativo de 7,06% no período de 1991-2000. Sua posição é igual ou supera a de 91,3% dos municípios do Brasil (Atlas de Desenvolvimento Humano de 2000/PNUD).

A educação foi a dimensão que mais contribuiu para o crescimento do IDH do município no período 1991-2000, seguida pela renda e pela longevidade. O percentual da população adulta com menos de quatro anos de estudo foi de 24,1% em 2000 com uma redução de 5,9% em relação a 1999 (30%). A média de anos de estudo da população adulta passou neste mesmo período de 5,8 anos para 6,5 anos. A taxa de analfabetismo foi de 7,6% em 2000 havendo uma redução em relação a 1999 (11,6%) (Atlas de Desenvolvimento Humano de 2000/PNUD).

O município possui entre seus principais indicadores: taxa de mortalidade infantil de 19,01/1.000 nascidos vivos em 2004 (Fonte: Coordenação de Epidemiologia, SMS de Petrópolis), ocorrendo no período de 1991-2000 uma diminuição de 28,84% desta taxa; expectativa de vida ao nascer é de 70,1 anos, com um aumento da esperança de vida no mesmo período de 1,94 anos; taxa de fecundidade de 2,0 filhos/mulher (Atlas do Desenvolvimento Humano 2000). A mortalidade materna no ano de 2004 foi de

113,18/100.000 nascidos vivos (Fonte: Coordenação de Epidemiologia, SMS de Petrópolis), sendo considerada uma alta mortalidade.

No período compreendido entre os anos de 1991 e 2000, a renda per capita apresentou aumento de 40,12% , passando de R\$ 285,42 para R\$ 399,93. Embora a proporção de pobres (medida pela proporção de pessoas com renda domiciliar per capita inferior à metade do salário mínimo vigente em agosto de 2000) tenha apresentado redução de 35,44% no período, as estatísticas mostram que os 20% mais ricos aumentaram sua participação na renda do município, passando de 61,4% da renda em 1991 para 62,6% em 2000 . A porcentagem de crianças em famílias com renda inferior a meio salário mínimo diminuiu de 32,6% para 24% no período de 1991-2000. A desigualdade social (medida pelo Índice Gini) cresceu de 0,56 para 0,58 (Atlas do Desenvolvimento Humano 2000/PNUD).

Segundo este mesmo Atlas, 97% dos domicílios urbanos do município tem acesso à água encanada e 99,6 % à energia elétrica. A porcentagem de pessoas com acesso à coleta de lixo no município é de 96,5%, havendo um aumento de 20.9% no percentual da população coberta por este bem no período de 1991-2000.

Dados do SIAB (Dez/2005) informam que das famílias cadastrada pelo PSF no município: 43,34% são abastecidas pela rede pública de água; 28,31% das famílias referem consumir água sem tratamento; 6,22% têm o seu lixo enterrado/queimado ou em céu aberto; 9,54% da população têm os dejetos despejados “a céu aberto”; 93,77% da população acima de 15 anos são alfabetizadas; 89,16% da população de 7 a 14 anos estão na escola; 12,71% são cobertas por plano de saúde; 3% participam de associações comunitárias; 89,99% usam ônibus como meio de transporte mais utilizado e; 82,45% têm a televisão como o meio de comunicação mais utilizado.

As principais atividades econômicas da cidade estão relacionadas ao setor industrial agropecuário, têxtil, de vestuário, moveleiro e serviços de manutenção e reparo. O município também se sobressai no desenvolvimento de tecnologia de ponta, tendo importante destaque nas áreas de informática, pois abriga o Laboratório Nacional de Computação Científica (LNCC), mecânica de precisão e eletromecânica. O parque industrial e comercial da “Rua Teresa” (vestuário) emprega cerca de 35 mil pessoas direta e

indiretamente, movimentando cerca de 240 milhões de reais/ano (Petrópolis-tecnópolis, 2006).

Devido a sua arquitetura histórica, natureza presente, comércio diversificado, entretenimento e lazer, o turismo em Petrópolis tem se expandido. Anualmente, 500 mil pessoas visitam a cidade, implicando no aumento de empregos e receita (Petrópolis-tecnópolis, 2006).

A cidade também proporciona opções de ensino universitário e pós-graduação em instituições como a Universidade Católica de Petrópolis, Faculdade de Medicina de Petrópolis, Universidade Estácio de Sá e Faculdade Artur Sá Earp. O Laboratório Nacional de Computação Científica (LNCC) oferece cursos de pós-graduação em modelagem, análise e simulação computacional (Petrópolis-tecnópolis, 2006).

IV.2 - A estrutura organizacional da Prefeitura Municipal de Petrópolis (PMP)

A PMP possui em sua estrutura organizacional, órgãos da administração direta, indireta e de participação popular.

A administração direta da PMP é composta dos seguintes órgãos: Gabinete do Prefeito; Procuradoria Geral; Secretaria de Administração e Recursos Humanos; Secretaria de Controle Interno; Secretaria de Educação e Esportes; Secretaria de Fazenda; Secretaria Extraordinária de Governo; Secretaria de Habitação; Secretaria de Meio Ambiente e Desenvolvimento Sustentável; Secretaria de Obras; Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento Econômico; Secretaria de Saúde; e Secretaria de Trabalho, Assistência Social e Cidadania.

Dentro da administração indireta da PMP estão: a Companhia Municipal para o Desenvolvimento de Petrópolis (COMDEP); a Companhia Petropolitana de Trânsito e Transportes (CPTrans); a Fundação de Cultura e Turismo de Petrópolis; a Fundação Municipal de Saúde de Petrópolis; e o Instituto de Previdência e Assistência Social dos Servidores Públicos do Município de Petrópolis.

Os Fundos existentes para a captação dos recursos são: o Fundo Municipal de Assistência Social; o Fundo Municipal da Criança e do Adolescente; o Fundo Municipal de Saúde; e o Recurso Municipal Antidrogas.

Os órgãos de participação popular existentes são os: Conselho Municipal de Alimentação Escolar; Conselho Municipal de Acompanhamento e Controle Social do Fundo de Manutenção do Ensino Fundamental e da Valorização do Magistério; Conselho Municipal de Assistência Social; Conselho Municipal de Cultura e de Tombamento Histórico, Cultural e Artístico; Conselho Municipal dos Direitos da Criança e Adolescente; Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa; Conselho Municipal de Defesa da Pessoa Portadora de Deficiência; Conselho Municipal de Orçamento Participativo; Conselho para o Desenvolvimento Sustentável de Petrópolis; Conselho Municipal Antidrogas; Conselho Municipal dos Direitos da Mulher; Conselho Municipal de Educação; Conselho Municipal de Política Agrícola e Fundiária; Conselho Municipal de Saúde (COMSAUDE); Conselho Municipal de Segurança Pública; Conselho Municipal de Turismo; Conselho Municipal de Transportes; Comissão Permanente de Acompanhamento da LUPOS (Lei de uso, parcelamento e ocupação do solo); Conselho de Revisão do Plano Diretor e de suas Leis Complementares; e Conselho Tutelar.

IV.3 - A rede de serviços públicos de saúde de Petrópolis

A rede pública de serviços em Petrópolis-RJ é composta de serviços pertencentes à rede própria do SUS e à rede conveniada com este.

O sistema de gestão municipal dos serviços de saúde, a partir de novembro de 1999, passou a ser a Plena do Sistema Municipal, conforme a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde de 06/11/1996.

Cabe ressaltar, que a estrutura organizacional do sistema público de saúde no município é composto de Secretaria Municipal de Saúde e Fundação Municipal de Saúde. Embora, existam organogramas específicos para cada uma delas, estas duas estruturas na prática se fundem. O Secretário Municipal de Saúde é, também, o Diretor Presidente da Fundação Municipal de Saúde, e cargos importantes como os de Diretor Administrativo e Diretor Financeiro destas duas estruturas, são também exercidos por uma só pessoa em

cada um destes cargos. Existe uma tendência para a extinção da Fundação Municipal de Saúde, e a Secretaria Municipal de Saúde assumir toda a estrutura organizacional do sistema de saúde público no município.

IV.3.1 - A rede própria de serviços de saúde

No município, a rede própria de serviços de saúde está dividida nos três níveis de atenção. Em alguns destes serviços existe uma procura considerável de assistência pela população dos municípios vizinhos, o que causa o estrangulamento em determinados serviços e dificuldade de acesso para os próprios municípios.

A rede básica de atenção à saúde é composta (Dezembro/2005) de: 31 Unidades de Saúde da Família (USF), com 36 ESF que oferecem assistência à população de acordo com as normas nacionais do PSF, dentre estas, 10 ESF possuem o cirurgião dentista e o auxiliar de consultório dentário (ACD) e; 12 Postos de Saúde com oferta de serviços nas clínicas geral, pediatria, assistência de enfermagem de nível técnico, imunizações, e em algumas destas unidades há atendimento odontológico, cardiologia, ginecologia/obstetrícia, consulta de enfermagem, fonoaudiologia, fisioterapia e psicologia.

A rede secundária de atenção à saúde conta: com dois ambulatórios de especialidades, sendo que um deles faz parte do Hospital Alcides Carneiro; com um Instituto da Mulher e da Criança, que também presta assistência de atenção básica; com um Centro de Atendimento Psico-Social, com unidades adulto e infantil; com um ambulatório de saúde mental; duas Unidades de Saúde de média complexidade, que contam com atendimento de urgência e emergência Tipo I, e também fazem assistência da atenção básica; um Centro de Especialização Odontológica (CEO); e 1 Instituto de Homeopatia.

À rede terciária de atenção à saúde pertencem dois hospitais: o Hospital Municipal Nelson Sá Earp, com atendimento de urgência e emergência tipo I, clínica médica, doenças infecto-parasitárias, UTI de adultos tipo I, e “leito 72 horas” para urgências psiquiátricas; e o Hospital Alcides Carneiro, que é um hospital geral, que conta com maternidade de alto risco, UTI neonatal e atendimento à urgência e emergência tipo I. Faz parte, também, desta rede o Pronto Socorro Leônidas Sampaio com atendimento de urgência e emergência Tipo I.

A rede pública municipal de saúde também possui dois laboratórios de análises clínicas, pertencentes cada um deles aos dois hospitais municipais e um laboratório de saúde pública no Instituto da Mulher e da Criança.

IV.3.2 - A rede conveniada de serviços de saúde

A rede conveniada do SUS no município é diversificada e extensa, abrangendo a atenção básica e os níveis secundários e terciários da atenção.

A atenção básica conveniada está composta por 4 USF, com 5 ESF, conveniadas com a Faculdade de Medicina de Petrópolis (FMP).

A rede secundária conveniada conta com um ambulatório de especialidades da Faculdade de Medicina de Petrópolis, que realiza algumas ações da atenção básica.

Da rede terciária conveniada fazem parte: um hospital geral (Santa Tereza), com credenciamento de alta complexidade (nas clínicas cardiovascular, traumatologia ortopedia, neurologia e urgência e emergência), internação em clínica médica, cirúrgica, pediatria e UTI tipo III, e também banco de sangue; 1 hospital geral (Casa da Providência) credenciado em gineco-obstetrícia, neurocirurgia, traumatologia ortopedia de média complexidade, clínica médica e cirúrgica, e UTI tipo I; 2 hospitais psiquiátricos (Casa de Saúde Santa Mônica e Hospital Pedras Brancas), sendo que a Casa de Saúde Santa Mônica está credenciada também para “hospital dia”; 2 hospitais para internação especializada, isto é, fora de possibilidade terapêutica e reabilitação (Sanatório Oswaldo Cruz e Sanatório de Correias), porém o Sanatório de Correias também tem credenciamento em clínica médica; e 3 clínicas de reabilitação (Clínica Santa Julia, IFER e CIDEPE).

À rede conveniada estão inclusos: quatro laboratórios de análises clínicas; sete serviços de imagem, sendo que dois deles fora do município (Clínica Radiológica e Isótopos de Niterói e Clínica Guanabara); um Centro de Terapia Oncológica, com quimio e radioterapia; dois Centros Urológicos com consultas e litotripsia extra corpórea; 2 serviços de Terapia Renal Substitutiva; e 1 Centro de Oftalmologia tipo 2 (em credenciamento).

IV.4 - O Programa de Saúde da Família no município de Petrópolis

Em fevereiro de 1997 a gestão municipal, incentivada pelas experiências de outros municípios, pelas formas de financiamento do MS, e, também, insatisfeita com o modelo de atendimento que a rede básica de saúde vinha dispensando à população, baseado em ações curativas, elaborou o Projeto de Implantação do Programa de Saúde da Família (PSF). Neste mesmo ano, foi realizado outro projeto para ser implantado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no município.

O município de Petrópolis já havia tido experiências anteriores com o trabalho de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), pois a Escola de Enfermagem do Colégio Santa Catarina, situada no município, vinha desde 1987, formando Agentes Comunitários. Estes agentes atuavam voluntariamente em seu local de moradia, porém sem uma área ou número de famílias delimitadas. Faziam parte de suas ações, práticas fitoterápicas, a educação em saúde, o incentivo ao desenvolvimento comunitário e algumas ações de enfermagem como verificação de pressão arterial, curativos, entre outras. Sua supervisão era realizada pelas professoras enfermeiras da referida Escola, sem vínculo oficial com o sistema público.

Em 1994, foi assinado o primeiro convênio entre a Federação de Associações de Moradores Petropolitana (FAMPE) e a Prefeitura Municipal de Petrópolis (PMP), por meio da qual os ACS formados pela Escola de Enfermagem Santa Catarina passaram a ser contratados. A Prefeitura limitava-se a repassar verbas para o pagamento dos ACS, não tendo um controle ou supervisão direta sobre estes ACS e suas respectivas ações.

Em 1996, o convênio para contrato de ACS mudou de atores passando a ser entre a Associação Petropolitana dos Agentes Comunitários de Saúde e a Prefeitura Municipal de Petrópolis (PMP). Esta última continuou, porém, sem atuação efetiva sobre os ACS.

Com a implantação do PACS pelo município, em fevereiro de 1997, a Secretaria Municipal de Saúde incorporou estes ACS(s) à sua responsabilidade, passando os mesmos a fazerem parte oficialmente do programa. Foram adotadas as normas nacionais do PACS para delimitação de suas áreas de abrangência, número de famílias a serem assistidas e para o exercício de suas ações. Na época atuavam trinta e dois ACS distribuídos em diversas áreas do município. Nos anos de 1998 a 2000 o PACS foi expandido para algumas comunidades do município.

Quanto ao Programa de Saúde da Família em seu projeto de implantação foram selecionadas comunidades em que também já existiam unidades de saúde, exceto a comunidade do Brejal. Levou-se em consideração para esta escolha características das comunidades tais como: comunidades “fechadas”, com população de baixa renda e perfil epidemiológico desfavorável, e com baixa resolutividade da unidade de saúde. Neste momento inicial foi definida a implantação de onze ESF, seis na área urbana e cinco na área rural, distribuídas pelos cinco distritos do município de Petrópolis. As comunidades selecionadas foram: i) primeiro Distrito de Petrópolis (zona urbana): Sertão do Carangola, Vila Saúde, Meio da Serra e Comunidade São João Batista; ii) primeiro Distrito de Petrópolis (zona rural): Caxambu; iii) segundo Distrito de Petrópolis (zona rural): Fazenda Inglesa, Vale das Videiras e Bonfim; iv) terceiro Distrito de Petrópolis (zona urbana): Comunidade Primeiro de Maio; v) quarto Distrito de Petrópolis (zona urbana): Vila Rica; vi) quinto Distrito de Petrópolis (zona rural): Brejal.

Embora o projeto de implantação do PSF datasse de fevereiro de 1997, devido ao atraso no repasse das verbas de implantação do PSF, pelo Ministério da Saúde, a primeira equipe - Sertão do Carangola - somente foi implantada em março de 1998, seguida da equipe do Bonfim em maio do mesmo ano. Um ano após foram implantadas mais duas equipes: a ESF do Caxambu em maio de 1999 e a ESF da Vila Saúde em junho deste mesmo ano.

Faziam parte da gerência do PSF/PACS nesta época, dois enfermeiros supervisores e um coordenador também enfermeiro, porém este acumulava a coordenação de todos os programas de saúde do município, pois o PSF e o PACS encontravam-se subordinados à Seção de Programas de Saúde da Fundação Municipal de Saúde de Petrópolis.

Somente em fevereiro de 2000 o município deu continuidade ao seu projeto de implantação, introduzindo mais seis equipes, deixando de implantar o PSF na comunidade do Brejal, pois até então não havia sido providenciada, pela Secretaria Municipal de Saúde, a área física para a equipe atuar.

A população do município no ano de 2000 era de 286.537 habitantes. Neste mesmo ano, o Programa de Saúde da Família contava com 10 ESF dando cobertura a 7,86% da população municipal.

A principal dificuldade para a implantação do projeto do PSF/PACS foi a falta de concordância do então Conselho Diretor da Fundação Municipal de Saúde quanto à forma diferenciada de remuneração superior dos profissionais do PSF/ PACS. Este conselho era resistente a esta diferenciação, embora o município já estivesse recebendo incentivos financeiros para o programa, previstos na NOB/96, desde abril de 1998. As quatro primeiras equipes implantadas, no ano de 1998, trabalharam até fevereiro de 1999 sem salários diferenciados dos demais profissionais da rede.

A estratégia encontrada pela equipe de coordenação do programa, para convencer o então Conselho Diretor da Fundação Municipal de Saúde, e poder deslançar o PSF no município, foi a de criar um incentivo financeiro para os profissionais (Gratificação de Desempenho e Produtividade), conforme a cobertura que estes davam aos grupos de risco (gestantes, crianças menores de 5 anos, hipertensos, diabéticos, tuberculose, hanseníase, mulheres com exame preventivo do câncer cérvico uterino atualizado e para os ACS incluiu-se também número de visitas domiciliares). O valor deste incentivo era diferenciado conforme os níveis de escolaridade dos profissionais (nível superior, médio e agente comunitário de saúde) e conforme o percentual de cobertura aos grupos de risco atingido pelos membros da ESF.

Em fevereiro de 2000, quando na prática foi concretizado o projeto de implantação foram incorporados ao PSF, seis dentistas que já vinham atuando nestas áreas.

Atualmente (dezembro/2005), no município, atuam 36 ESF, que foram implantadas gradativamente, absorvendo nestes últimos anos também algumas áreas do PACS. No final de 2005, foram incorporados mais quatro dentistas a outras ESF, e em todas elas foram adicionados o auxiliar de consultório dentário (ACD), a fim de cadastro no MS como equipe de saúde bucal modalidade I, totalizando 10 ESF com dentista e ACD. As ESF estão distribuídas em todos os distritos do município e dão uma cobertura a 107.254 habitantes (35% da população).

Quanto às áreas de PACS, que ainda existem, a tendência é serem transformadas em PSF, sendo que atualmente são 38 ACS atuando em 12 comunidades. O município no ano de 2003 assinou o PROESF tendo uma meta de cobrir 70% da população com o PSF. A Agenda Municipal de Saúde contida no Plano Municipal de Saúde de Petrópolis, 2002-

2005, tem como meta ampliar a cobertura do PSF, priorizando as áreas desprovidas de assistência. Algumas comunidades com o PACS, estão dentro destas áreas.

O PSF/PACS encontra-se dentro da gerência da Atenção Básica que é realizada por um coordenador e seis supervisores (gerenciais) de área, enfermeiros, responsáveis pela supervisão das 36 Equipes de Saúde da Família (ESF) e 12 Postos de Saúde, divididos em seis áreas gerenciais, dentro do município. O programa conta, também, com dois supervisores de saúde mental, psicólogos, e um gineco-obstetra, que realizam supervisão específica das ESF.

Dentre estas 36 ESF, 5 ESF são conveniadas com a Faculdade de Medicina de Petrópolis (FMP), como foi referido anteriormente. Embora, estas 5 ESF tenham uma coordenação específica e supervisão especializada da FMP, elas recebem supervisão da SMS através de um supervisor gerencial, possuindo uma estreita relação com a coordenação municipal do PSF, participando do processo de educação permanente, encontros, e outros eventos, que são promovidos pela gerencia municipal do programa. Estas ESF adotam os mesmos procedimentos normatizados para as ESF da rede própria. A população, coberta pelas equipes da FMP, está cadastrada no SIAB e há envio de relatórios mensais para alimentar este sistema de gerenciamento.

A supervisão gerencial do PSF/PACS desenvolve suas funções nas áreas técnico-administrativas que incluem uma diversidade de tarefas planejadas e situacionais. Este trabalho se inicia na elaboração de projetos de implantação e ampliação do PSF/ PACS no município, e discorre pela seleção e treinamento dos profissionais (médicos, enfermeiros, dentistas, auxiliares de enfermagem e ACS), estruturação das Unidades de Saúde da Família (USF) (provisão de adequação da área física, de materiais permanentes e de consumo), setorização de áreas e micro-áreas. Os supervisores participam na elaboração e análise de instrumentos para análise de dados, realizam planejamento das áreas junto com as ESF, implementam e avaliam ações, acompanhando todas as fases do processo de trabalho das ESF. Fazem contato com outras secretarias e órgãos encaminhando solicitações das ESF. Cabe também à supervisão promover a qualificação das ESF através de educação permanente e avaliar junto com a coordenação o perfil dos profissionais que compõem as equipes, bem como o desempenho destas na execução do programa.

A seguir é apresentado o processo sequencial de implantação das ESF no município de Petrópolis-RJ, através de quadros e gráfico. É observado que os anos onde houve um número mais expressivo de ESF implantadas (2000 e 2004), são anos nos quais ocorreram eleições municipais (Quadro 3 e Gráfico 1).

Quadro 3 - Sequência de implantação das ESF e número da população coberta por equipe. Petrópolis-RJ, 1998-2005.

Nº	USF	MÊS/ANO DE IMPLANTAÇÃO	Nº POPULAÇÃO COBERTA/ESF
01	PSF SERTÃO DO CARANGOLA	MAR/1998	2.814
02	PSF BONFIM	MAI/1998	2.824
03	PSF CAXAMBU	MAI/1999	3.827
04	PSF VILA SAÚDE	JUN/1999	2.731
05	PSF PRIMEIRO DE MAIO	FEV/2000	2.690
06	PSF FAZENDA INGLESA	FEV/2000	2.810
07	PSF SÃO JOÃO BATISTA	FEV/2000	2.311
08	PSF MEIO DA SERRA	FEV/2000	3.073
09	PSF VALE DAS VIDEIRAS	FEV/2000	1.281
10	PSF VILA RICA	FEV/2000	3.942
11	PSF BAIRRO CASTRIOTO	SET/2000	3.167
12	PSF MACHADO FAGUNDES *	SET/2000	3.400
13	PSF NOVA CASCATINHA*	SET/2000	2.748
14	PSF LAJINHA	OUT/2000	2.957
15	PSF MENINO JESUS DE PRAGA	AGO/2001	2.327
16	PSF SECRETÁRIO	OUT/2001	3.303
17	PSF ALTO SIMÉRIA	OUT/2001	2.908
18	PSF CARANGOLA I	MAR/2002	2.604
19	PSF BOA ESPERANÇA	MAR/2002	1.960
20	PSF JARDIM SALVADOR	SET/2002	2.288
21	PSF MOINHO PRETO	SET/2002	2.578
22	PSF ÁGUAS LINDAS	NOV/2002	2.517

23	PSF ESTRADA DA SAUDADE I *	MAR/2003	3.817
24	PSF ESTRADA DA SAUDADE II *	MAR/2003	3.056
25	PSF BOA VISTA *	MAR/2003	2.677
26	PSF 24 DE MAIO	NOV/2003	3.940
27	PSF BREJAL	MAR/2004	2.278
28	PSF POSSE I	MAI/2004	3.724
29	PSF POSSE II	MAI/2004	2.954
30	PSF SARGENTO BOENING	JUN/2004	3.453
31	PSF CARANGOLA II	JUN/2004	2.488
32	PSF ALTO DA SERRA I	JUN/2004	2.848
33	PSF ALTO DA SERRA II	JUN/2004	3.363
34	PSF ALTO DA SERRA III	JUN/2004	2.875
35	PSF VILA FELIPE	JUN/2005	3.966
36	PSF BATALHARD	JUN/2005	4.755

Fonte: SIAB – Petrópolis-RJ – Dezembro/2005

Total da população coberta = 107.254 habitantes

* USF da Faculdade de Medicina de Petrópolis conveniadas com a Secretaria Municipal de Saúde

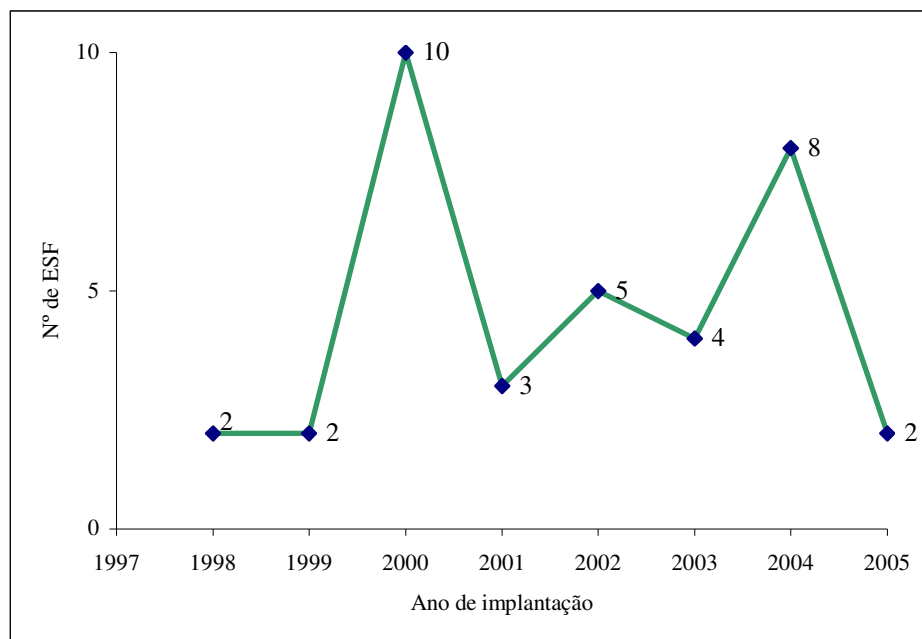
Quadro 4 - Número de ESF*, população coberta pelo PSF, população do município e percentual de cobertura do PSF. Petrópolis-RJ, 1998-2005.

ANO	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Nº de ESF	2	4	14	17	22	26	34	36
Nº Pop. Coberta	3.515	6.221	22.548	37.228	54.139	73.560	95.105	107.254
Nº Pop. do município	276.193	279.182	286.537	290.138	293.075	296.110	299.131	306.001
% cobertura	1,27	2,22	7,86	12,83	18,47	24,84	31,79	35,0

Fonte: SIAB - Petrópolis-RJ - Dezembro/2005 e Datasus/MS (www.datasus.gov.br).

* Número de ESF em dezembro de cada ano

Gráfico 1 - Número de ESF implantadas, por ano de implantação. Petrópolis-RJ, 1998-2005.



CAPÍTULO V - RESULTADOS DA PESQUISA

Os resultados da pesquisa são descritos e analisados a seguir, organizados em cinco dimensões, a saber: identificação de problemas da comunidade pelas ESF; participação comunitária; iniciativas das ESF para desencadear ações de outros setores; avaliação das ESF sobre intersetorialidade; e participação da ESF no Conselho Municipal de Saúde.

V.1 - Identificação de problemas da comunidade pelas ESF

Para melhor compreensão da análise descritiva dos dados obtidos na pesquisa esta dimensão foi dividida em duas subdimensões: realização do diagnóstico da comunidade e identificação de problemas prioritários

V.1.1 - Realização do diagnóstico da comunidade

Para conhecer o processo de trabalho das ESF, no que se refere às ações intersetoriais, foi perguntado, inicialmente, se as equipes realizam o diagnóstico de saúde da comunidade de sua área de atuação e como o realiza. Entende-se que o diagnóstico permite conhecer a realidade local e identifica os problemas com necessidade de ação intersetorial para sua resolução. Perguntou-se, também, quais os instrumentos mais utilizados pelas ESF para a realização deste diagnóstico, a época de sua realização e da sua discussão.

O diagnóstico de saúde da comunidade é um importante instrumento de trabalho das ESF. A partir do cadastramento das famílias de sua área de atuação, a ESF, juntamente com lideranças comunitárias locais, deve realizar o diagnóstico de saúde da comunidade com o objetivo de identificar os problemas de saúde mais relevantes e prevalentes e construir junto com as famílias, um diagnóstico psico-social e de saúde, que identifique situações de risco social ou familiar, que deverão ser priorizadas (MS, 2000a:37).

Ao realizar o diagnóstico de saúde, para melhor conhecimento de sua área de atuação, as ESF devem utilizar outras fontes de informações, como os dados do IBGE, de cartórios e secretarias de saúde e, também valorizar fontes qualitativas da própria

comunidade, como instituições locais e grupos sociais organizados. Todas estas informações podem contribuir para a ESF realizar um diagnóstico de saúde mais condizente com a realidade da comunidade e elaborar um plano de ações mais adequado às reais necessidades locais (MS, 1998:19; 2000a: 37; 2001b: 91).

É fundamental que a ESF consolide e converta em informações a serem analisadas os dados colhidos, a fim de nortear sua programação e o processo permanente de avaliação da realidade local. Por meio do diagnóstico a ESF deve definir as micro áreas de risco, ou seja, as áreas que possuem fatores de risco e/ou barreiras geográficas e culturais e/ou indicadores de saúde desfavoráveis, para que sejam programadas ações específicas para cada uma delas, assim como atividades de acompanhamento de forma permanente (MS, 2000a: 37 e38).

Para melhor visualização os resultados do diagnóstico podem ser organizados em mapas. O mapa da área, que pode ser realizado de forma estática (apresenta características permanentes ou que se modificam muito pouco com o tempo), ou de forma dinâmica (mapa inteligente, que é modificado de acordo com as alterações na área, representando um retrato momentâneo da área de abrangência) é de suma importância para a programação das ações, para a elaboração do roteiro de visitas, para a execução e acompanhamento das atividades na comunidade, e para o permanente processo de avaliação dos resultados (MS, 2000a:38 e 39; MS, 2000b:76-80; Senna et al. 2002:203).

Tendo em vista que a comunidade é extremamente dinâmica em seu processo de desenvolvimento a ESF necessita, também, se manter dinâmica, a fim de acompanhar as mudanças existentes na comunidade, adequando, assim, sempre que necessário, suas atividades às necessidades locais. Para isso deve possuir uma programação própria, tendo em vista a necessidade de organização das atividades a serem cumpridas e sua posterior e permanente avaliação dos resultados obtidos frente às ações desenvolvidas, com base nos objetivos e nas metas previamente estabelecidas. Sugere-se que esta avaliação seja semestral, quando não ocorrer nenhum fato relevante que exija reduzir este prazo (MS, 2000a: 40).

Em Petrópolis – RJ, cenário da pesquisa, a grande maioria das ESF questionadas (88%) realizou o diagnóstico de saúde da comunidade sob sua responsabilidade (Quadro

5)⁴. Chama a atenção que quatro ESF (12%) responderam não ter elaborado este diagnóstico apesar de neste município todas as ESF da pesquisa (100%) terem realizado o cadastramento das famílias de suas áreas de abrangência e alimentarem o SIAB regularmente desde da implantação do PSF em 1998⁵.

Os instrumentos mais utilizados na elaboração, citados pelas 30 ESF que realizaram o diagnóstico de saúde de suas comunidades, foram as visitas domiciliares e as visitas às micro áreas (100,0%), as informações das ACS (96,7%), o SIAB (90,0%), informações da própria comunidade (86,7%) e as reuniões comunitárias (80%). Estes são instrumentos operacionais da ESF, de fácil acesso, e permitem a captação da informação pela própria ESF. Seu uso demonstra o reconhecimento pelas ESF de seu território de atuação, o papel ativo das ACS e a participação da comunidade como meios para realização deste diagnóstico. Outros sistemas de informação nacionais de base epidemiológica (SIM, SINASC e SINAM) e outros dados oficiais foram pouco utilizados pelas ESF o que pode sugerir dificuldade de acesso ou falta de divulgação da informação às ESF pela coordenação do PSF. Observa-se, também que quatro ESF (13%) citaram na opção “outros instrumentos” que buscam informações de outras secretarias como fonte de dados para o diagnóstico de saúde, o que já indica o início de um processo de ação intersetorial das ESF (Tabela 1 e Quadro 5).

A grande maioria das ESF registra o diagnóstico realizado na forma de relatórios (90%) e em mapas (73%). Uma equipe (3%), entre as ESF que realizam o diagnóstico de saúde, referiu não possuir forma alguma de registrá-lo. Como foi referido acima todas as ESF da pesquisa, preenchem mensalmente as fichas de acompanhamento do SIAB, que geram relatórios mensais que são devolvidos pelos supervisores às ESF para análise. Em Petrópolis – RJ, as ESF que utilizam a forma de mapas para registro dos relatórios, o fazem principalmente de maneira dinâmica, apontando no mapa: as famílias que pertencem a cada micro-área, os grupos e situações de risco na comunidade. A metodologia utilizada para a construção destes mapas é de fácil visualização, pois utiliza uma padronização de cores de

⁴ O conjunto dos dados levantados e analisados está apresentado em tabelas anexadas ao final da dissertação. Optou-se por inserir, no corpo dos capítulos, quadros mais sintéticos com indicadores selecionados, destacando os resultados mais importantes.

⁵ O cadastramento das famílias e o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) são importantes fontes de informação para a formulação do diagnóstico de saúde. As respostas negativas fazem supor o desconhecimento das finalidades destas informações.

alfinetes, com legenda, para definição dos riscos. Na opção “outros instrumentos de registro” quatro ESF (13%) referiram o registro do diagnóstico em apresentações para simpósios e seminários, eventos estes que implicam em um estímulo às ESF na confecção e registro dos diagnósticos de saúde de suas comunidades (Tabela 2 e Quadro 5).

A grande maioria das ESF (28) em algum momento renovou o diagnóstico de saúde da comunidade, apenas duas ESF somente o fizeram na época de implantação do PSF. Das ESF, 40,0% renovaram seu diagnóstico anualmente, sendo que destas 20% o renovaram mensalmente (Tabela 3), indicando preocupação permanente com o grupo populacional sob sua responsabilidade.

Os resultados mostram que a maior parte das ESF (98%), fizeram em algum momento, após a implantação do PSF, a discussão do diagnóstico de saúde da comunidade, sendo que mais da metade das ESF (67%) discutiram nos últimos seis meses. Há de ser considerado que oito das ESF foram implantadas há um ano o que favorece estes resultados, pois na realização do diagnóstico de saúde supõe-se que o mesmo tenha sido discutido a fim de planejar as ações. Como a vida da comunidade e o processo saúde-doença são dinâmicos e de enfrentamento permanente, as ESF devem considerar a importância da discussão do diagnóstico de saúde como parte integrante do seu processo cotidiano de trabalho (Tabela 4 e Quadro 5).

Quadro 5 - Indicadores de diagnóstico de saúde da comunidade realizado pelas ESF. Petrópolis-RJ, 2005.

Variáveis/Indicadores	Sim		Não		Ignorado/NR		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Realizou diagnóstico	30	88,2	4	11,8	-	-	34	100,0
Instrumentos utilizados								
. Visita Domiciliar e às micro áreas	30	100,0	-	-	-	-	30	100,0
. Informações das ACS	29	96,7	-	-	1	3,3	30	100,0
. SIAB	27	90,0	2	6,7	-	-	30	100,0
. Informações da comunidade	26	86,7	1	3,3	3	10,0	30	100,0
Registro do diagnóstico								
. Relatórios	27	90,0	3	10,0	-	-	30	100,0
. Mapas	22	73,3	6	20,0	2	6,7	30	100,0
Época de realização do diagnóstico								
. Na época de implantação do PSF e alguma vez renovado	12	40,0					30	100,0
. Renovado anualmente	6	20,0					30	100,0
. Renovado mensalmente	6	20,0					30	100,0
Época de discussão do diagnóstico								
. Nos últimos 3 meses	15	50,0					30	100,0
. Nos últimos 4 a 6 meses	5	16,7					30	100,0
. Nos últimos 7 a 12 meses	5	16,7					30	100,0

NR= Não respondeu

V.1.2 - Identificação de problemas prioritários, pelas ESF, nas comunidades

Foi perguntado às ESF quais problemas julgavam importantes em suas área de atuação, qual a forma de identificá-los e quais os problemas que dependiam de ações intersetoriais. Para identificação pelas ESF dos problemas foi lhes oferecido uma relação

enumerando vinte e um tipos de problemas, a fim de facilitar a coleta e análise dos dados. Solicitou-se, também, que destes problemas cada ESF elegeesse os três que ela considerasse como os mais críticos. Também foi perguntado se a ESF seleciona problemas para intervenção.

Dentre as atribuições básicas de uma ESF estão a de conhecer a realidade das famílias em seus aspectos socioeconômicos, psico-culturais, demográficos e epidemiológicos, e identificar os problemas de saúde mais comuns e situações de risco em que a comunidade está exposta (MS, 2000a:15).

Os problemas de saúde são indissociáveis destes aspectos, entendendo-se por problema de saúde a representação social das necessidades de saúde, derivadas das condições de vida e formuladas por um determinado ator social, a partir de uma percepção de uma discrepância entre a realidade constatada ou simulada e uma norma aceita ou criada como referência (Mendes, 1996:249; Teixeira, 2001:13).

Na atenção primária, a opção teórico-metodológica de se trabalhar com o enfoque por problemas, segundo Mendes (1996:251) apresenta perspectivas de organização do processo de trabalho em saúde bastante distintas, que parte do reconhecimento do território, identificando, descrevendo e explicando os macro problemas de saúde nele contidos, informados por atores possuidores de um projeto de saúde, a fim de articular, através da vigilância em saúde, ações intersetoriais com o objetivo de resolvê-los, levando-se em consideração a disponibilidade de recurso neste território.

Ao ser perguntado às ESF como são identificados os problemas comunitários que dependem de ações intersetoriais para sua resolução, observa-se que, no município de Petrópolis-RJ, as formas mais citadas de identificação dos problemas comunitários são as informações das ACS (100%), visitas às microáreas (97%), informações de outros membros das ESF (94%) e informações da comunidade (94%). Estas formas de identificação demonstram uma forma mais “imediatista” de identificação de problemas, pois aparentam serem prestadas no “dia a dia”. Embora a comunidade vivencie um processo dinâmico, e estas formas sejam importantes na identificação dos problemas, estes dados sugerem pouca utilização de formas mais abrangentes de identificação dos problemas, para futuro planejamento das ações, já que apenas 59% das ESF citam a

identificação dos problemas pelo SIAB e 68% estarem se reportando ao diagnóstico de saúde para a identificação destes problemas. Foi observado, também nesta questão, quanto ao item “outras formas”, que oito ESF (23,5%), recorreram a outros setores para complementarem a identificação de problemas de suas comunidades, e destas, duas ESF (6%) recorreram a um segundo setor para esta complementação, aspecto este de atuação intersetorial. É importante, porém lembrar que cinco das ESF do município são conveniadas com a FMP, portanto sendo este espaço onde atuam estas ESF também um campo de atividades de alunos e professores. (Tabela 5).

Tabela 5 - Número e percentual de ESF segundo forma de identificação dos problemas da comunidade dependentes de ações intersetoriais para sua resolução. Petrópolis-RJ, 2005.

Formas de identificação dos problemas N = 34	Sim		Não		Ignorado/ NR	
	N	%	N	%	N	%
Informações das ACS	34	100,0	-	-	-	-
Visitas às MA	33	97,1	1	2,9	-	-
Informações de outros membros da ESF	32	94,1	2	5,9	-	-
Informações da Comunidade	32	94,1	2	5,9	-	-
Diagnóstico da Comunidade	23	67,6	11	32,4	-	-
Reuniões Comunitárias	22	64,7	12	35,3	-	-
SIAB	20	58,8	13	38,2	1	2,9
Outro 1	8	23,5	22	64,7	-	-
Outro 2	2	5,9	28	82,4	4	11,8

Outros: Escola/ creche (3ESF); outros profissionais e setores (3ESF); grupos sócio-educativos (2ESF); levantamento de alunos e professores da FMP (2ESF).

A maioria dos problemas listados na questão apresentada sobre quais os principais problemas da comunidade, que dependem de ações intersetoriais para sua resolução, foram considerados pelas ESF como importantes em suas áreas de abrangência⁶. Identifica-se com isto que as ESF foram implantadas em áreas carentes, desprovidas de infra-estrutura, sugerindo o direcionamento de uma implantação focalizada do PSF no município. Porém levando-se em consideração que o programa já existe em determinadas áreas a mais de 7 anos, observa-se a falta de investimento municipal, em áreas prioritárias e de explícita determinação de condições de saúde: ausência ou insuficiência de rede de esgoto (85%), ausência ou inadequação da coleta de lixo (85%), ausência ou insuficiência de abastecimento público de água (65%), moradias inadequadas e/ou em área de risco (91%),

⁶ A forma de pergunta fechada com lista de problemas pode ter induzido à identificação de alguns destes problemas, isto é, alguns dos problemas apontadas pelas ESF nas respostas, ainda que presentes na área podem não ter sido trabalhados anteriormente pelas ESF.

presença de roedores (94%), desnutrição e/ou alimentação inadequada (73%), consumo de drogas lícitas e ilícitas (100,0%), entre outros (Tabela 6).

Tabela 6 - Número e percentual de ESF e Problemas Identificados na Comunidade. Petrópolis-RJ, 2005

Problemas identificados pelas ESF N = 34	Sim		Não		Ignorado/NR	
	N	%	N	%	N	%
A/I de cursos profissionalizantes	34	100	-	-	-	-
Consumo de drogas lícitas e/ou ilícitas	34	100	-	-	-	-
Taxas de desemprego elevadas	32	94,1	2	5,9	-	-
Presença de roedores	32	94,1	2	5,9	-	-
Presença de animais vadios	32	94,1	2	5,9	-	-
Ausência ou pouca mobilização comunitária	32	94,1	2	5,9	-	-
Moradias inadequadas e/ou em área de risco	31	91,2	3	8,8	-	-
A/I de áreas de lazer	31	91,2	3	8,8	-	-
A/I de rede de esgoto	29	85,3	5	14,7	-	-
A/IN de coleta de lixo	29	85,3	5	14,7	-	-
A/I de escolas de 2º grau	29	85,3	5	14,7	-	-
A/I de creche	29	85,3	5	14,7	-	-
A/IN de pavimentação de ruas	25	73,5	9	26,5	-	-
A/I de programas de renda mínima	25	73,5	9	26,5	-	-
Desnutrição e/ou alimentação inadequada	25	73,5	8	23,5	1	2,9
A/I de representação comunitária	23	67,6	11	32,4	-	-
A/I de abastecimento público de água	22	64,7	12	35,3	-	-
A/I de iluminação pública	22	64,7	12	35,3	-	-
A/I de comércio local	17	50,0	17	50,0	-	-
A/I/IN de meios de transporte	16	47,1	18	52,9	-	-
A/I de escolas de 1º grau	10	29,4	24	70,6	-	-
Outro 1	11	32,4	18	52,9	5	14,7
Outro 2	7	20,6	22	64,7	5	14,7
Outro 3	3	8,8	31	91,2	-	-
Outro 4	1	2,9	33	97,1	-	-

Outros: Risco ambiental (4ESF); violência/falta de segurança pública (3ESF); Prostituição/maus tratos a menores (3ESF); gravidez na adolescência (2ESF); mães que não matriculam os filhos na escola; ausência de transporte escolar para áreas afastadas; calçadas; laboratório para coleta de exames; evasão escolar; comércio irregular; falta de atividades culturais; profissionais para atendimento de urgência; cesta cheia; maus tratos aos idosos.

OBS: A/I = Ausência ou insuficiência

A/IN. = Ausência ou inadequação

A/I/IN. = Ausência ou insuficiência ou inadequação

Entre os problemas identificados, pelas ESF, que dependem de ações intersetoriais, foi solicitado a cada ESF que indicasse os mais críticos em sua área de atuação. Dentre eles o consumo de drogas lícitas e ilícitas (59%), taxas de desemprego elevadas (47%), ausência ou insuficiência de rede de esgoto (35%), ausência e/ou inadequação da coleta de lixo

(26%), moradias inadequadas e/ou em áreas de risco (23%) e presença de roedores (23%) foram os mais citados (Tabela 7 e Quadro 6).

Diante da variedade de dificuldades encontradas pelas ESF em suas comunidades, é necessário que a equipe organize suas atividades programando suas ações, priorizando os problemas a serem enfrentados e definindo os objetivos a serem atingidos, as atividades a serem realizadas, as metas a serem atingidas, os recursos necessários e o tempo que será gasto com tais atividades. Segundo os formuladores do PSF, ao priorizar problemas para intervenção deve ser levado em consideração a sua importância para a população, seus riscos, e sua possibilidade de intervenção (MS, 2000a: 40). Assim, dentre as atribuições da ESF está a de elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde/doença (MS, 1998:14).

Para Teixeira (2001:13 e 14), o planejamento e a programação de saúde podem ser um espaço de construção da mudança do “modelo assistencial”, ou seja, da mudança das práticas de saúde, e o entendimento sobre o que é um problema varia de acordo com o referencial social, cultural, político e técnico do “ator” que está explicando a situação (...), havendo diferentes visões da mesma situação, portanto sendo fundamental que haja uma negociação para seleção dos problemas mais importantes para o conjunto de atores que têm algum poder para enfrentá-los.

Observa-se também a presença marcante da supervisão do programa neste momento, 94% das ESF citam discutir a seleção de problemas a enfrentar com a supervisão. Já a utilização de alguma metodologia para a hierarquização dos problemas, chama a atenção que mais de 1/3 das ESF não referem utilizar alguma metodologia, indicando a necessidade de melhores formas de organização e planejamento da ESF em seu processo de trabalho, o que poderia estar sendo apoiado pela equipe de supervisão. A metodologia utilizada pela outra parte das ESF (62%), é baseada principalmente no planejamento situacional, onde através de uma planilha de trabalho, as ESF priorizam os problemas e definem os objetivos, atividades a realizar, metas, recursos necessários e prazos. Quanto à discussão com a comunidade, também mais de 1/3 das ESF, não referiram esta participação como forma de selecionar problemas. Este resultado aponta a necessidade

de estudo pelas ESF e supervisão de estratégias para a inclusão da comunidade neste processo (Quadro 6 e Tabela 8).

Quadro 6 - Identificação de problemas prioritários pelas ESF em sua área de atuação. Petrópolis-RJ, 2005.

Variáveis/Indicadores	Sim		Não		Ignorado/NR		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Seleciona problemas para intervenção	32	94,1	2	5,9			34	100,0
Formas de seleção problemas								
. Discussões entre a ESF	32	100,0	-	-	-	-	32	100,0
. Discussões da ESF com a supervisão	30	93,8	2	6,3	-	-	32	100,0
. Discussão ESF/Supervisão e utilização de metodologia para hierarquização dos problemas	20	62,5	11	34,4	1	3,1	32	100,0
. Discussão com a comunidade	20	62,5	11	34,4	1	3,1	32	100,0
Três principais problemas identificados								
. Consumo de drogas lícitas e/ou ilícitas	20	58,8					34	100,0
. Taxas de desemprego elevadas	16	47,1					34	100,0
. Ausência e/ou insuficiência de rede de esgoto	12	35,3					34	100,0
. Ausência ou inadequação de coleta de lixo	9	26,5					34	100,0
. Moradias inadequadas e/ou em área de risco	9	23,5					34	100,0
. Presença de roedores	8	23,5					34	100,0

V.2 - Participação Comunitária

Tendo-se como pressuposto que a participação comunitária incide positivamente tanto na identificação de problemas prioritários como no melhor encaminhamento de soluções, como forma de identificar a participação comunitária junto à atuação das ESF, foi perguntado às mesmas se a comunidade de suas áreas de abrangência havia participado da identificação e dos encaminhamentos dos problemas e as formas desta participação.

O estabelecimento de vínculos com a população do território de atuação e a participação popular são algumas das diretrizes características do PSF (Senna et al., 2002:209). Entre os objetivos específicos do PSF está o de “estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social” (MS, 1998:10). Deste modo, o PSF pressupõe uma grande interação com a comunidade, para o conhecimento da sua realidade, definição das prioridades, desenvolvimento de ações individuais e coletivas, que promovam a qualidade de vida na direção do município saudável (MS, s/d:5).

Na pesquisa 1/3 das ESF (35%) informou que a comunidade não participa na identificação dos problemas, situação esta que, como mencionado acima, implica no estudo pelas ESF de estratégias para a inclusão da comunidade neste processo (Quadro 7).

Dentre as ESF que citaram a participação da comunidade na identificação dos problemas (65%), observa-se nas formas de participação, a predominância de iniciativas realizadas pela ESF: reuniões convocadas pelas ESF (82%) e mobilização comunitária pela ESF (77%). A forma mais presente de iniciativa da própria comunidade é através de representantes comunitários levando o problema à ESF (59%) (Tabela 9 e Quadro 7).

Dentre as ESF que informaram a ausência de participação da comunidade na identificação dos problemas (35%), os motivos apresentados para a comunidade não ter participado foram “a dificuldade da ESF envolver a comunidade”, citada por 75% das ESF, seguido da “ausência de participação da comunidade mesmo chamada” (58%), o que também comprova esta dificuldade da ESF de estimular a comunidade a participar. Chama também a atenção a elevada porcentagem de ESF que reconhecem a “insuficiência de iniciativas da ESF para envolver a comunidade” (42%) (Tabela 10 e Quadro 7).

Quadro 7 - Participação comunitária na **identificação** dos problemas na área de atuação das ESF. Petrópolis-RJ, 2005.

Variáveis/Indicadores	Sim		Não		Ignorado/ NR		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Participação na identificação dos problemas	22	64,7	12	35,3	-	-	34	100,0
Formas de participação								
. Reuniões convocadas pela ESF	18	81,8	4	18,2	-	-	22	100,0
. Mobilização comunitária pela ESF	17	77,3	5	22,7	-	-	22	100,0
. Representantes comunitários levando o problema à ESF	13	59,1	9	40,9	-	-	22	100,0
Motivos da comunidade não participar								
. Dificuldade da ESF envolver a comunidade	9	75,0	3	25,0	-	-	12	100,0
. Ausência de participação da comunidade às reuniões, embora convidada	7	58,3	3	25,0	2	16,7	12	100,0
. Insuficiência de iniciativas da ESF para envolver a comunidade	5	41,7	7	58,3	-	-	12	100,0

A participação da comunidade nos **encaminhamentos** dos problemas identificados é baixa: 62% das ESF informam a não participação da comunidade, demonstrando que a realização de tal procedimento na maior parte das vezes fica sob a responsabilidade da ESF (Quadro 8). Comparando-se este resultado com a participação da comunidade na identificação dos problemas, que foi de 65%, nota-se uma maior participação da comunidade numa “primeira etapa” de identificação de problemas deixando de participar menos numa “segunda etapa”, que é de encaminhamento. Isto é, na reivindicação e solução por busca de parcerias, somente 38% das ESF informam a participação da comunidade.

Dentre a parcela das ESF que referem que a comunidade participa do encaminhamento dos problemas identificados (38%), a forma de a comunidade participar mais citada pelas ESF é “enviando correspondências aos órgãos competentes” (10 ESF). Sete ESF informam que a comunidade participa do encaminhamento endossando os ofícios junto com a ESF, o que demonstra integração e confiança (Tabela 11 e Quadro 8).

Os motivos citados pelas ESF que referem que a comunidade não participa dos encaminhamentos dos problemas identificados (62%), estão mais uma vez a “ausência de participação da comunidade no encaminhamento dos problemas, embora tenha sido convidada” (76%) e “dificuldades da ESF envolver a comunidade” (62%). Nesta questão é expressiva a inexistência de representação comunitária (48%) (Tabela 12).

Quadro 8 - Participação comunitária no **encaminhamento** dos problemas. Petrópolis-RJ, 2005.

Variáveis/Indicadores	Sim		Não		Ignorado/N R		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Participação no encaminhamento	13	38,2	21	61,8	-	-	34	100,0
Formas de participar								
. Enviando correspondências aos órgãos	10	76,9	2	15,4	1	7,7	13	100,0
. Marcando reuniões com os órgãos	8	61,5	4	30,8	1	7,7	13	100,0
. Endossando ofícios com as ESF	7	53,8	5	38,5	1	7,7	13	100,0
Motivos da comunidade não participar								
. Ausência no encaminhamento mesmo convidada	16	76,2	3	14,3	-	-	21	100,0
. Dificuldade da ESF envolver a comunidade	13	61,9	8	38,1	-	-	21	100,0
. Inexistência de representação comunitária	10	47,6	11	52,4	-	-	21	100,0

V.3 - Iniciativas das ESF para desencadear ações de outros setores

Com o propósito de avançar no conhecimento do processo de trabalho das ESF para as ações intersetoriais, foi-lhes perguntado de quais setores os problemas identificados dependiam para a sua resolução; as formas de iniciativas das ESF para desencadear ação dos outros setores; principais problemas que desencadearam a iniciativa das ESF; os setores que as ESF tinham entrado em contato alguma vez e nos últimos seis meses; e, as respostas dos setores contatados às solicitações das ESF, entre outras.

Os problemas identificados pelas ESF na comunidade na maioria das vezes dependem da atuação de outros setores governamentais. Segundo Inojosa (1998:36 e 38), o Estado exerce seu papel, através de um conjunto de organizações – secretarias, autarquias, fundações e empresas públicas – através das quais regula e presta serviços à sociedade, sendo que o organograma da estrutura funcional do governo informa sobre a repartição e hierarquização do poder, e também as responsabilidades de cada departamento no que se refere às ações governamentais e à produção dos serviços. O modelo de estrutura governamental é determinante para a qualidade dos serviços que o Estado oferece à população ao induzir a fragmentação ou possibilitar a articulação das ações.

Para Masiglia (1996 apud Inojosa 1998:42) com o processo de descentralização os governos municipais passaram a enfrentar uma nova realidade, pois têm que atender cotidianamente problemas de habitação, saúde, educação, emprego, alimentação, e outros, urgências sociais estas que ultrapassam as ações pontuais que anteriormente vinham desenvolvendo. A “descentralização (...) exige a constituição de ação governamental local, de criação de sistemas locais de provisão de bens e serviços” mais articulados (Viana, 1998:27).

Um dos principais atributos do PSF enquanto estratégia de implantação de um novo modelo assistencial, onde as USF devem passar a resolver a maior parte dos problemas de saúde (cerca de 85%), ao incorporar as ações programáticas de uma forma mais abrangente, é atuar de forma intersetorial em parceria com os setores responsáveis pela: educação, saneamento, meio ambiente e outros, promovendo a qualidade de vida da população, intervindo nos fatores que a colocam em risco e garantindo a sua cidadania. (MS, s/d: 3 e 4).

Em Petrópolis-RJ, em relação aos órgãos e setores responsáveis, as ESF informaram que, na maioria das vezes, os problemas da comunidade dependem da intervenção conjunta e parcerias de diversas das dezesseis secretarias/órgãos/setores/ relacionados na questão fechada, e, ainda, informaram outras organizações. A Secretaria de Trabalho, Ação Social e Cidadania (SETRAC) e o setor de Vigilância Sanitária⁷ são citados por 100% das ESF. A SETRAC desenvolve, entre outros, o Programa Cesta Cheia Família Feliz, ligado às áreas onde existe o PSF, com o objetivo de atender famílias carentes do município subsidiando, semanalmente uma cesta contendo 10 Kg de alimentos hortifruti e meia dúzia de ovos. Isto implica num contato constante das ESF com esta secretaria, pois é referido pelas equipes que o número de vagas disponíveis do Cesta Cheia para cada comunidade não satisfaz às reais necessidades das mesmas. Como foi mencionado anteriormente, o PSF foi implantado em áreas desprovidas (dos problemas identificados pelas ESF as taxas de desemprego foram citadas por 94% das ESF e a desnutrição e/ou alimentação inadequada por 73% delas) (Tabela 6).

Já o setor de Vigilância Sanitária é responsável pelas ações de desratização no município (a presença de roedores foi citada por 94% das ESF como problema identificado em suas áreas de atuação) (Tabela 6). Seguem-se a estes órgãos/setores responsáveis, informados pela maioria da ESF, a Secretaria de Obras (97%), a Secretaria de Educação, a Companhia de Desenvolvimento Petropolitano (COMDEP)⁸ e o Conselho Tutelar (94%), a Defesa Civil (91%), a Secretaria de Meio Ambiente (85%) e a Companhia de Água e Esgoto (82%) (Tabela 13 e Quadro 9).

⁷ O estudo embora tenha trabalhado com os setores não governamentais e governamentais externos ao setor saúde, conforme os autores discursam ao se referirem à intersetorialidade, sentiu-se a necessidade de incluir a Coordenação de Vigilância Sanitária, pertencente ao setor saúde, na relação de outros setores apresentados no questionário da pesquisa, a fim de ser analisada a forma de relacionamento das ESF com esta coordenação. No meu trabalho dentro do PSF de Petrópolis-RJ, observo o grande número de solicitações demandadas a esta coordenação e muitas vezes há interligação destes problemas encaminhados à Vigilância Sanitária com a falta de ação de outros órgãos externos ao setor saúde, como por exemplo, a ausência ou inadequação da coleta de lixo com a presença de roedores.

⁸ A COMDEP é responsável pela: coleta de lixo doméstico e hospitalar em todo o município; coleta e retirada de lixo verde, entulho e outros objetos nas vias públicas, e em particulares mediante o pagamento por viagem; corte e poda de árvores em vias públicas; manutenção de praças, parques e jardins municipais; limpeza de córregos, canaletas, capina, roçada, varrição; entre outros.

As iniciativas das ESF mais frequentes para desencadear a ação de outros setores para a resolução dos problemas da comunidade, informadas pelas equipes, foram a “solicitação por telefone” (94%) e “encaminhamentos por ofícios” (94%), “discutindo o problema com a supervisão, ficando a cargo desta tomar as providências necessárias” (85%), “marcando reuniões com o setor/órgão envolvido” (64,7%), “ida informal da ESF ou de um de seus membros ao setor responsável” (62%). Isto sugere a princípio formas de solicitação mais “imediatistas” e a preocupação com a oficialização da mesma de modo a revalidá-la de maneira burocrática e mais segura junto aos setores, a fim de garantir uma resposta. A forma de “encaminhamento por ofícios” na prática do “dia a dia” das ESF encontra-se atrelada à supervisão, pois esta é quem na maior parte das vezes, envia os ofícios em papel timbrado da Secretaria de Saúde e com a assinatura do Coordenador do PSF, o que vem a ser confirmado quando 85% das ESF citam a supervisão como responsável em desencadear o processo junto aos outros setores. Estes resultados sugerem, também que as ESF tentam investir de várias formas, ou melhor “cercam” de várias maneiras com o propósito de obter resoluções para os problemas identificados (Quadro 9 e Tabela 14).

Dentre as iniciativas apontadas para desencadeamento das ações intersetoriais, foi solicitada às ESF que indicassem a forma mais frequente: 44% das ESF informaram que encaminham os problemas “discutindo o problema com a supervisão ficando a cargo desta tomar as providências”. Isto sugere uma forma de hierarquização e burocratização das ações, ou pouca autonomia das ESF (Tabela 15 e Quadro 9).

Quadro 9 - Iniciativas das ESF para desencadear ações de outros setores. Petrópolis-RJ, 2005.

Indicadores	Sim		Não		Ignorado/ NR		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Órgãos/setores responsáveis pelos principais problemas identificados pelas ESF								
. SETRAC	34	100,0	-	-	-	-	34	100,0
. Vigilância Sanitária	34	100,0	-	-	-	-	34	100,0
. Secretaria de Obras	33	97,1	1	2,9	-	-	34	100,0
. Secretaria de Educação/Escolas	32	94,1	2	5,9	-	-	34	100,0
. COMDEP	32	94,1	2	5,9	-	-	34	100,0
. Conselho Tutelar	32	94,1	2	5,9	-	-	34	100,0
. Defesa Civil	31	91,2	3	8,8	-	-	34	100,0
. Secretaria de Meio Ambiente	29	85,3	5	14,7	-	-	34	100,0
. Companhia de Água e Esgoto	28	82,4	5	14,7	-	-	34	100,0
. Conselho do Idoso	24	70,6	10	29,4	-	-	34	100,0
Forma mais freqüente de iniciativa para desencadear ações de outros setores								
. Discutindo o problema com a supervisão, ficando a cargo desta tomar as providências	15	44,1					34	100,0

Em pergunta aberta às ESF sobre sua opinião de “qual a melhor forma de encaminhar os problemas aos órgãos responsáveis”, das trinta e quatro ESF da pesquisa, doze ESF (35%) deram mais de uma opção, que foram agrupadas em categorias. Entre estas categorias a que mais teve citações foi “através de ofícios aos órgãos responsáveis”, onde 38% das ESF têm esta opinião, demonstrando que as ESF sentem necessidade de oficializar esta solicitação, pois reconhecem ser sua atribuição estarem buscando a resolução destes problemas e de certa forma com este procedimento deixam esta iniciativa documentada, para que possam se resguardar de possíveis “cobranças”, provavelmente da comunidade e da supervisão. Isto é observado na citação de uma das ESF: “*Via ofício, pois de alguma forma fica documentado que a ESF identificou o problema e tentou resolvê-lo*”. Outra categoria onde houve mais citações foi “contato direto com os órgãos”, opinião de 35% das ESF, que sentem necessidade desta integração “*frente à frente*”, para que estes órgãos

participem direto do problema, como elas estão participando, o que foi referido na fala de uma das ESF: “*solicitando a presença de representante do setor envolvido na comunidade para a apresentação do problema*”. Outra categoria com várias citações foi “através da supervisão”, que é vista por 24% das ESF, como elo de ligação entre as ESF e os setores, como é referido por uma das ESF “*através de uma supervisão atuante e eficiente*”. A supervisão também foi incluída em outra categoria “parceria entre a ESF/supervisão/comunidade”, onde 18% das ESF também fizeram esta citação, demonstrando que as ESF acreditam neste “trio” e reforçando a importância que a supervisão tem para as equipes. Outra categoria com mais citações pelas ESF foi “através de contato telefônico”, citado por 18% das ESF, onde estas vêm que este meio facilita nas cobranças da ação solicitada como é dito por uma das ESF “*insistência para a resolução por contato telefônico*”. Estas várias citações das ESF, embora tenha sido somente perguntado qual a melhor forma, reforçam os resultados das respostas quantitativas, onde é observado que as ESF “cercam” por diversas formas o encaminhamento das solicitações de ações a fim de obterem a resolução dos problemas. As ESF citam mais a forma por ofícios, mas também referem o contato direto e a supervisão. Isto também vem ao encontro do relato da pesquisadora, que em sua experiência como coordenadora/supervisora verificou a dificuldade das ESF em encaminhar os problemas de ação intersectorial identificados aos setores responsáveis.

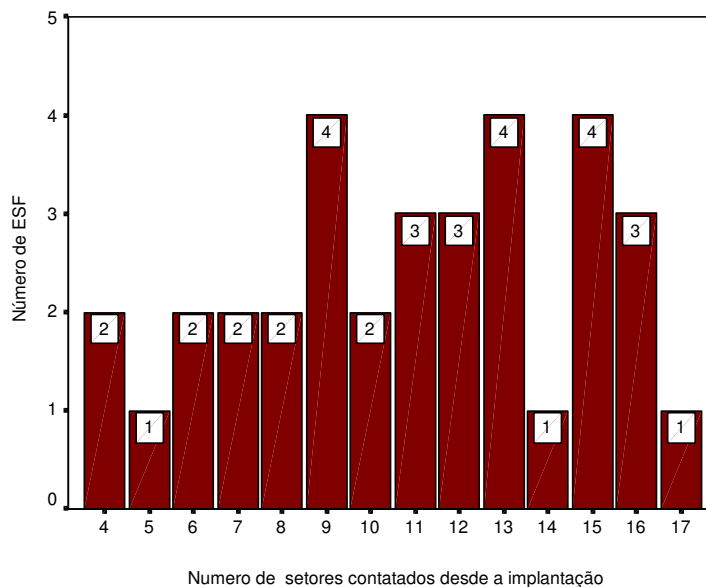
V.3.1 - Setores, órgãos e entidades contatadas pelas ESF

Para conhecer parcerias, iniciativas e mediações da atuação intersectorial das equipes, foi perguntado com quais setores a ESF já havia entrado em contato desde sua implantação, e, nos últimos seis meses. Foi também perguntado o número de contatos com cada setor nos últimos 6 meses.

Em relação aos setores que a ESF entrou em contato desde a implantação do PSF observa-se que todos os dezesseis setores/órgãos/entidades, listados na questão e outros citados pelas ESF, em algum momento foram contatados por alguma das equipes. Nenhuma delas deixou de ter iniciativa de buscar a ação de outros setores. Todas as ESF entram em contato com outros setores para encaminhar problemas de sua comunidade, com variação

do número de setores contatados de 4 a 17 setores (Gráfico 2). Cada ESF contatou em média 11 setores desde sua implantação. E nos últimos 6 meses à pesquisa, cada ESF contatou em média 9 setores.

Gráfico 2 - Número de ESF, segundo o número de setores contatados desde a implantação do PSF. Petrópolis-RJ, 2005.



Os órgãos/setores mais procurados, desde a implantação do PSF, foram a Secretaria de Trabalho Ação Social e Cidadania (SETRAC) e a Vigilância Sanitária contatados por todas as ESF (100%) (Tabela 16). Estes são os órgãos responsáveis por problemas apontados como importantes pelas ESF em sua área de atuação: ausência ou insuficiência de cursos profissionalizantes (100%), taxas de desemprego elevadas (94%), além do já citado Programa Cesta Cheia Família Feliz; e presença de roedores (94%) (Tabela 6).

A Defesa Civil é citada por 97% das ESF, demonstrando que as equipes estão atentas ao problema de moradias em áreas de risco, sujeitas a desabamento, grave problema do município, principalmente durante as chuvas de verão. Segue-se a estes órgãos, a Companhia de Desenvolvimento Petropolitano (COMDEP) (88%), o Conselho Tutelar (82%), a Secretaria de Obras (76%) e a Secretaria de Educação (73%). Nota-se também uma importante expansão de iniciativas das ESF, para além dos limites governamentais, buscando resolução para os problemas identificados junto às instituições religiosas (79%) e

ONGs (65%). As instituições religiosas informadas foram a igreja católica, pastoral da criança e da saúde, e igrejas evangélicas. E as organizações não governamentais informadas atuam em questões de meio ambiente, cuidado com crianças e clubes de serviços

Chama a atenção, porém que neste momento nenhuma ESF informa ter realizado contato com a Coordenação do Programa Anti Drogas (embora, pertencente à Secretaria Municipal de Saúde) ou com o Conselho Municipal Antidrogas, ainda que o consumo de drogas lícitas e/ou ilícitas tenha sido apontado pelas ESF como o problema mais crítico de suas áreas de atuação (Tabela 7).

Nos contatos das ESF nos últimos seis meses, a SETRAC continua sendo a mais citada pelas ESF (91%), seguida da Vigilância Sanitária (88%), Defesa Civil (79%), Conselho Tutelar (76%) e COMDEP (71%) (Tabela 16).

Tabela 16 - Número e percentual de ESF, segundo órgãos/setores que já entrou em contato desde a implantação do PSF e nos últimos 6 meses. Petrópolis-RJ, 2005

Setor N=34	Desde a implantação da ESF				Nos últimos 6 meses de atuação da ESF			
	Nunca fez contato		Fez algum contato		Não fez contato		Fez algum contato	
	N	%	N	%	N	%	N	%
SETRAC	-	-	34	100,0	3	8,8	31	91,2
Vigilância Sanitária	-	-	34	100,0	4	11,8	30	88,2
Defesa Civil	1	2,9	33	97,1	7	20,6	27	79,4
COMDEP	4	11,8	30	88,2	8	23,5	24	70,6
Conselho Tutelar	6	17,6	28	82,4	8	23,5	26	76,5
Instituições religiosas.	6	17,6	27	79,4	12	35,3	21	61,8
Secretaria de Obras	8	23,5	26	76,5	16	47,1	17	50,0
Secretaria de Educação/Escolas	9	26,5	25	73,5	15	44,1	19	55,9
Companhia de Água e Esgoto	11	32,4	23	67,6	15	44,1	18	52,9
ONGs	11	32,4	22	64,7	14	41,2	19	55,9
Secretaria Meio Ambiente	17	50,0	17	50,0	22	64,7	12	35,3
C.P.TRANS	17	50,0	16	47,1	24	70,6	10	29,4
Conselho do Idoso	18	52,9	16	47,1	23	67,6	11	32,4
Fiscalização Sanitária	23	67,6	11	32,4	25	73,5	9	26,5
Juizado da Infância e Adolescência	22	64,7	11	32,4	24	70,6	10	29,4
Secretaria de Fazenda (Código de Posturas)	24	70,6	8	23,5	28	82,4	5	14,7
Outros 1	22	64,7	10	29,4	24	70,6	10	29,4
Outros 2	30	88,2	4	11,8	31	91,2	3	8,8

Tabela classificada pela quarta coluna

Para alguns setores o somatório é menor que 100% pois 1 a 2 ESF não responderam ou não souberam informar se os contatos foram realizados.

Instituições Religiosas: Igreja Católica (8 ESF); Igreja Católica e Evangélica (5 ESF); Pastoral da Saúde Pastoral da Criança (7 ESF); todas as igrejas locais (2 ESF); Igreja evangélica; Alan Kardec; não especificou (2ESF).

ONG(s): API AIDS (4ESF); Amigos Assistenciais (3ESF); Crianças Criativas (3ESF); Fundação Vale Vivo e Rota 22; TERÊ VIVA; LIONS RENASCERE; ONG suíça; Companhia dos Animais; Recicla Três Rios; Instituto Ambiental e Associação Vale do Bonfim; ROTARY; SEOP; Projeto Florescer; Fé e Alegria; SFB.

Outros: Associação de Moradores (2 ESF); Comércio Local (2ESF); Secretaria de Habitação (2ESF); Emaús Material Reciclável; CELMA; Empresas de Água São Lourenço; SESC; Sociedade dos Amigos do Vale Boa Esperança; Companhia de Luz; não especificou (2ESF).

Das ESF que identificaram o número de contatos realizados com os setores, nos seis meses anteriores à pesquisa⁹ a maior porcentagem das ESF (88%) e o maior número de contatos (361 contatos) foram realizados com a Secretaria de Trabalho, Ação Social e Cidadania (SETRAC), tendo uma média de contatos por ESF que identificaram o número de contatos (média contatante), de 12 contatos por ESF; seguidos pela Vigilância Sanitária (85% das ESF, 153 contatos, média de contatos de 5 contatos/ESF); Defesa Civil (71% das ESF, 218 contatos e média de contatos de 9 contatos/ESF); e o Conselho Tutelar (71% das ESF, 113 contatos e média de contatos de 5 contatos/ESF). Observa-se nesta tabela que embora a Vigilância Sanitária tenha uma porcentagem maior de ESF fazendo contato (85%) do que a Defesa Civil (70,6%), esta última possui um número de contatos bem maior do que a Vigilância Sanitária (218 e 153 contatos, respectivamente), provavelmente devido à gravidade e urgência dos problemas que são de responsabilidade da Defesa Civil, e, também, porque as ACS fazem um controle do índice pluviométrico¹⁰ em suas comunidades, em parceria com a coordenação da Defesa Civil, informando-a sempre que este índice ultrapassa o esperado (Tabela 17).

Nos 6 meses anteriores à pesquisa, cada setor foi contatado, em média, por 17 ESF, recebendo, em média, 95 contatos. Cada ESF realizou, em média, 5 contatos com cada setor em particular nestes seis meses anteriores à pesquisa (Tabela 17).

⁹ Algumas ESF que informaram ter realizado contato nos últimos seis meses não indicaram o número de contatos com o setor específico. Por exemplo 31 ESF informaram contato neste período com a SETRAC (Tabela 16), porém somente 30 ESF identificaram o número de contatos com a SETRAC (Tabela 17).

¹⁰ O índice pluviométrico, é medido através de um pluviômetro confeccionado com “garrafa pete”, com uma régua de material adesivo colada nesta garrafa. As ACS deverão entrar em contato com a Defesa Civil quando este índice atinge 60 milímetros de águas pluviais, pois significa um sinal de alerta.

Tabela 17 - Número e percentual de ESF que informaram a quantidade de contatos realizados por setor, total de contatos, média simples e média contatante de contatos realizados nos últimos seis meses. Petrópolis-RJ, 2005.

Setor	Contatos				
	N_ ESF	% ESF	Soma	Média_ simples	Média_ contatante
SETRAC	30	88,2	361	11	12
Defesa Civil	24	70,6	218	6	9
Instituições religiosas.	21	61,8	183	5	9
Vigilância Sanitária	29	85,3	153	5	5
ONGs	19	55,9	100	3	5
Conselho Tutelar	24	70,6	113	3	5
Secretaria de Educação/Escolas	19	55,9	52	2	3
COMDEP	23	67,6	83	2	4
Companhia de Água e Esgoto	17	50,0	59	2	3
Secretaria de Obras	17	50,0	56	2	3
Juizado da Infância e Adolescência	10	29,4	21	1	2
Conselho do Idoso	11	32,4	22	1	2
Fiscalização Sanitária	9	26,5	34	1	4
C.P.TRANS	10	29,4	27	1	3
Secretaria Meio Ambiente	11	32,4	20	1	2
Secretaria de Fazenda (Código de Posturas)	5	14,7	11	0	2
Outros 1	10	29,4	40	1	4
Outros 2	2	5,9	4	0	2
Média por setor (exclui "outros")	17	51,3	95	3	5
Correlação			0,13	0,13	0,17

Tabela classificada pela quinta coluna.

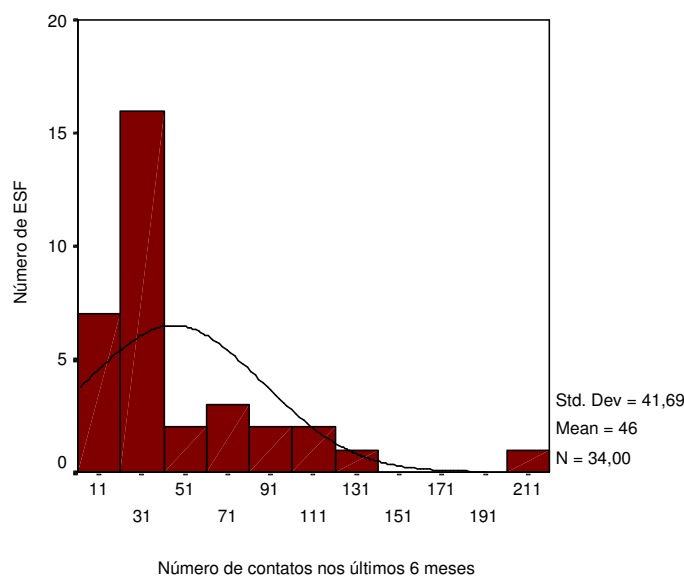
Média simples = número de contatos sobre o número total de ESF (34)

Média contatante = número de contatos sobre o número de ESF que referiram número de contatos com o setor/órgão

Total geral de contatos das ESF com os setores/órgãos nos últimos seis meses = 1557 contatos

No histograma correspondente (Gráfico 3), com uma amplitude de intervalo de classe de 20, observa-se que o maior número de ESF (16 ESF) que fizeram contatos com os setores, está na classe de 20 a 40 contatos, sendo o ponto médio em torno de 31 contatos. A média de contatos por ESF é de 46 contatos. Porém, vê-se ampla dispersão no número de contatos, com uma curva assimétrica para a esquerda com distribuição distinta da distribuição Normal.

Gráfico 3 - Número de ESF, segundo o número de contatos realizados com os setores nos últimos 6 meses. Petrópolis-RJ, 2005



V.3.2 - Problemas que desencadearam as iniciativas de contato das ESF com outros setores e respostas dos setores

As iniciativas destes contatos das ESF com outros setores/órgãos buscaram resolver problemas relacionados com: moradias inadequadas e/ou em área de risco (94%), presença de roedores (94%), ausência ou inadequação da coleta de lixo (88%), violência e maus tratos em crianças e/ou adolescentes (79%), presença de animais vadios (76%), ausência ou insuficiência de rede de esgoto (65%), ausência ou insuficiência de cursos profissionalizantes (65%), taxas de desemprego elevadas (60%), ausência ou insuficiência de abastecimento público de água (53%), ausência ou inadequação de pavimentação de ruas (53%), ausência ou insuficiência de programas de renda mínima (50%), consumo de drogas lícitas e ilícitas (50%), entre outros.

Chama a atenção aqui que os quatro principais problemas correspondem aos órgãos/secretarias mais citados, ou seja, Defesa Civil, Vigilância Sanitária, COMDEP e Conselho Tutelar, respectivamente, porém o quinto problema mais citado pelas ESF “presença de animais vadios”, no que se refere a cavalos, bodes soltos, sua captura está sob a responsabilidade da Guarda Municipal ligada à Secretaria de Governo. Quanto aos cães

soltos, somente existe alguma ação quando são conhecidos seus donos, e é de responsabilidade da Secretaria de Fazenda (Código de Posturas do município), notificar e multar o proprietário. Esta última secretaria foi citada apenas por 23% das ESF (Tabela 16) como tendo feito algum contato desde a implantação do PSF, e a Guarda Municipal em nenhum momento foi citada, o que demonstra que as ESF não conhecem ou talvez confundam as atribuições destes órgãos, provavelmente com a Vigilância Sanitária, todavia o município não possui sistema de captura de cães sem dono (Tabela 18).

Tabela 18 - Número e percentual de ESF, segundo problemas que desencadearam iniciativas de ações intersetoriais para sua resolução. Petrópolis-RJ, 2005.

Tipo de problemas N=34	Sim		Não		Ignorado/NR	
	N	%	N	%	N	%
Moradias inadequadas e/ou em área de risco	32	94,1	2	5,9	-	-
Presença de roedores	32	94,1	2	5,9	-	-
A/IN de coleta de lixo	30	88,2	4	11,8	-	-
Desnutrição e/ou alimentação inadequada	28	82,4	6	17,6	-	-
Violência e/ou maus tratos em crianças e/ou adolescentes	27	79,4	6	17,6	1	2,9
Presença de animais vadios	26	76,5	7	20,6	1	2,9
A/I de rede de esgoto	22	64,7	12	35,3	-	-
A/I de cursos profissionalizantes	22	64,7	12	35,3	-	-
Taxas de desemprego elevadas	20	58,8	14	41,2	-	-
A/I de abastecimento público de água	18	52,9	16	47,1	-	-
A/IN de pavimentação de ruas	18	52,9	16	47,1	-	-
A/I de programas de renda mínima	17	50,0	16	47,1	1	2,9
Consumo de drogas lícitas e/ou ilícitas	17	50,0	16	47,1	1	2,9
A/I de creche	14	41,2	19	55,9	1	2,9
Violência contra a mulher	14	41,2	19	55,9	1	2,9
A/I de áreas de lazer	13	38,2	19	55,9	2	5,9
A/I de escolas de 2º grau	12	35,3	21	61,8	1	2,9
A/I de iluminação pública	12	35,3	21	61,8	1	2,9
A/I/IN de meios de transporte	11	32,4	21	61,8	2	5,9
A/I de escolas de 1º grau	6	17,6	27	79,4	1	2,9
A/I de comércio local	3	8,8	30	88,2	1	2,9
Outro 1	11	32,4	19	55,9	4	11,8
Outro 2	4	11,8	25	73,5	5	14,7
Outro 3	1	2,9	28	82,4	5	14,7

Outros: Maus tratos a idosos (3ESF); prostituição infantil(2 ESF) crianças sem matrícula na escola por falta de iniciativa da mãe; contaminação ambiental com matéria reciclável; baixo peso; rompimento de água e esgoto devido a fortes chuvas; extrema pobreza e incapacidade para o sustento mínimo; queixas da população contra o cesta cheia; acesso para a escola; posto interditado; gravidez na adolescência; demolição casas de risco; habitação.

Tabela classificada pela segunda coluna

OBS: A/I = Ausência ou insuficiência; A/IN. = Ausência ou inadequação; A/I/IN. = Ausência ou insuficiência ou inadequação.

Os setores/órgãos que com maior frequência deram respostas positivas às solicitações das ESF, nos últimos 6 meses, foram órgãos não governamentais: as Instituições Religiosas (90%), seguidos das ONGs (89%), demonstrando o envolvimento tanto das ESF, que pedem o apoio fora das instituições públicas, quanto destas instituições que demonstram parceria e comprometimento na resolução das dificuldades que as comunidades enfrentam. A Secretaria de Educação/escolas também foi citada por 89% das ESF, como dando respostas positivas às suas solicitações, pois provavelmente o contato é feito com as escolas locais, organizações estas situadas no mesmo território da ESF, com as quais as equipes estabelecem relações horizontais (não hierárquicas), o que facilita o acesso. Seguem-se a estes a Fiscalização Sanitária (89%), a SETRAC (87%) e a Vigilância Sanitária (73%). Observa-se nesta questão que órgãos importantes citados pelas ESF como responsáveis pelos principais problemas detectados deram poucas respostas positivas às solicitações das ESF: COMDEP (46%), Secretaria de Obras (47%), Companhia de Água e Esgoto (56%), Defesa Civil (59%) e até o Conselho Tutelar (69%), mesmo com a gravidade dos problemas que lhes são encaminhados, não teve uma boa resolutividade nas questões demandadas pelas ESF nos últimos 6 meses anteriores à pesquisa (Tabela 19 e Quadro 10).

Quadro 10 - Respostas positivas dos setores/órgãos às solicitações das ESF. Petrópolis-RJ, 2005.

Setores/órgãos	Sim		Não		Ignorado/NR		Total de ESF que fizeram contato	
	N	%	N	%	N	%	N	%
. Instituições religiosas	19	90,5	1	4,8	1	4,8	21	100,0
. ONGs	17	89,5	-	-	2	10,5	19	100,0
. Secretaria de Educação/ Escolas	17	89,5	-	-	2	10,5	19	100,0
. Fiscalização Sanitária	8	88,9	1	11,1	-	-	9	100,0
. Secretaria de Trabalho, Ação Social e Cidadania	27	87,1	4	12,9	-	-	31	100,0
. Vigilância Sanitária	22	73,3	8	26,7	-	-	30	100,0
. Conselho Tutelar	18	69,2	7	26,9	1	3,8	26	100,0
. Defesa Civil	16	59,3	9	33,3	2	7,4	27	100,0
. Companhia de Água e Esgoto	10	55,6	8	44,4	-	-	18	100,0
. Conselho do Idoso	6	54,5	4	36,4	1	9,1	11	100,0
. Juizado da Infância e Adolescência	6	50,0	2	16,7	2	16,7	10	100,0
. Secretaria de Obras	8	47,1	8	47,1	1	5,6	17	100,0
. COMDEP	11	45,8	12	50,0	1	4,2	24	100,0

V.3.3 - Formas de encaminhamento e acompanhamento realizadas pelas ESF nos casos de obtenção de respostas positivas dos setores.

A forma de encaminhamento das solicitações das ESF, quando obtiveram respostas positivas dos setores, obedeceu a seqüência de classificação, das formas utilizadas pelas ESF para desencadear a ação de outros setores (Tabela 14), ou seja, “solicitação por telefone ao órgão/setor responsável” (97%), “encaminhamento por ofícios” (88%) e “discutindo o problema com a supervisão e esta tomou as providências necessárias” (65%) (Quadro 11 e Tabela 20). Como foi visto, anteriormente, a supervisão é a principal desencadeadora destes movimentos, pois o envio de ofícios está atrelado à mesma, e esta foi citada pela maioria das ESF (Tabela 15) como estando ao seu encargo tais encaminhamentos, após haver discussão com a ESF.

A grande maioria das ESF (94%) informa que realiza acompanhamento do andamento de suas solicitações; somente duas ESF (6%) responderam que não

acompanham este processo, e uma delas referiu como motivo a “ausência de acesso aos órgãos responsáveis. E em relação às formas de acompanhamento, 94% da ESF citam ser “através de questionamentos à supervisão”, mais uma vez sustentando que esta é a principal desencadeadora dos processos de demanda de ações intersetoriais do PSF. A outra forma expressiva citada pelas ESF foi “através de questionamento direto ao órgão responsável” (81%). Nesta pergunta observa-se a baixa integração das ESF com representações comunitárias quanto ao acompanhamento das solicitações (31%) (Tabela 21 e Quadro 11).

Em relação à opinião da ESF sobre qual dos seus membros tem um “papel” mais importante na busca de ações intersetoriais, 79% opinaram que “todos os membros têm o mesmo papel”. Isto demonstra que a grande maioria das ESF conhece que a atuação intersetorial é atribuição de todos os membros da equipe. Segue-se a esta o profissional enfermeiro, citado por 15% das ESF o que traz a preocupação de estas ESF estarem delegando esta atribuição a este profissional, o que reduziria o compromisso de toda a ESF na realização destas ações (Quadro 11 e Tabela 22).

Quadro 11 - Formas de solicitação das respostas positivas, acompanhamento das solicitações e membro da ESF com papel mais importante na ação intersetorial. Petrópolis-RJ, 2005.

Variáveis/Indicadores	Sim		Não		Ignorado NR		Total N=34	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Forma de solicitação das respostas positivas								
. Solicitação por telefone ao órgão responsável	33	97,1	1	2,9	-	-	34	100,0
. Encaminhamento por ofícios ao setor/órgão	30	88,2	3	8,8	1	2,9	34	100,0
. Discutindo o problema com a supervisão e esta tomou as providências necessárias	22	64,7	12	35,3	-	-	34	100,0
. Ida informal da ESF ou algum de seus membros ao setor responsável	20	58,8	12	35,3	2	5,9	34	100,0
. Realização de reuniões com o setor/órgão envolvido	17	50,0	16	47,1	1	2,9	34	100,0
. Discutiu o problema com as representações locais da comunidade e estas encaminharam solicitação ao setor/órgão responsável	12	35,3	21	61,8	1	2,9	34	100,0
ESF acompanha o andamento das solicitações	32	94,0	2	5,9	-	-	34	100,0
Membro da ESF que tem papel mais importante na busca de ações intersetoriais	27	79,4					34	100,0
. Todos os membros	5	14,7					34	100,0
. Enfermeiro								

V.4 - Avaliação das ESF sobre a intersetorialidade

Esta parte do questionário buscou, através de perguntas fechadas e abertas (em sua maioria), conhecer as opiniões e percepções das ESF sobre a avaliação de seu processo de trabalho no que se refere à intersetorialidade. Para isto questionou-se como, de uma forma geral, as ESF qualificam a resposta dos setores aos seus encaminhamentos, sua opinião quanto a melhorias na qualidade de vida das pessoas/comunidade desde a implantação do PSF, o que as ESF entendem por intersetorialidade, quais as principais dificuldades por elas

enfrentadas para o desenvolvimento de ações intersetoriais e o que as ESF consideram necessário para superar estas dificuldades, entre outras. Para melhor análise dos dados este item foi subdividido em duas partes: respostas dos setores aos problemas encaminhados pelas ESF e processo de trabalho intersetorial das ESF.

Como mencionado no capítulo II a OPAS (1992 apud Buss, 2000:36) tem como concepção de intersetorialidade “o processo em que os objetivos, as estratégias, as atividades e os recursos de cada setor se consideram segundo suas repercussões e efeitos nos objetivos, estratégias, atividades e recurso dos demais setores”.

Segundo Krempel et al. (2004:81) atuar de forma integral sobre o indivíduo e suas necessidades requer o desenvolvimento de ações intersetoriais, a fim de garantir a “resolutividade diante da complexidade e multifatorialidade na determinação da qualidade de vida nas cidades”. Para este autor a intersetorialidade, traduzida pelo estabelecimento de alianças estratégicas, é apontada como um dos elementos essenciais para a implementação de políticas públicas saudáveis. Estas alianças compreendem “relações e acordos estabelecidos entre os diferentes interlocutores, representados por setores e organizações, com o objetivo de alcançar as metas almeçadas”.

V.4.1 - Avaliação das ESF sobre as respostas dos setores aos problemas encaminhados pelas ESF

Para melhor qualificar a responsabilidade dos setores/órgãos às iniciativas das ESF, foi perguntado como a equipe avalia a frequência de realização das solicitações por setor, com opções de respostas: “realiza na maioria das vezes”, “realiza às vezes”, e “nunca realiza”.

Em Petrópolis-RJ, apenas parte dos setores respondem aos problemas a eles encaminhados. Para 72% das ESF a Secretaria de Educação é o órgão que mais “realiza na maioria das vezes” a demanda encaminhada, seguidos das Instituições Religiosas (71%) e ONGs (56%), porém nesta última 17% das ESF responderam que “realiza às vezes” e uma parcela expressiva (26%) não respondeu ou não soube informar. Isto reforça o que foi observado anteriormente em relação à participação dos órgãos não públicos auxiliando as ESF nas dificuldades encontradas nas comunidades. Os outros órgãos em que a maioria

das ESF informou responder às solicitações na “maioria das vezes” são o Conselho do Idoso e o Juizado da Infância e Adolescência (50% das ESF), a Fiscalização Sanitária (45, %), a Vigilância Sanitária (44%), a Defesa Civil (42%) e o Conselho Tutelar (39%).

Os órgãos que a maioria das ESF informam que os problemas a eles encaminhados são “realizados às vezes”, são a SETRAC (62%), a Secretaria de Meio Ambiente (59%), a COMDEP e a Companhia de Água e Esgoto (57%), e a Secretaria de Obras (54%). O órgão mais citado como não respondendo às suas solicitações na “maioria das vezes” foi a Secretaria de Fazenda (40%), porém 20% das ESF “não souberam informar” sobre a resposta deste órgão às suas solicitações. Chama também a atenção neste item que as Secretarias de Obras, Meio Ambiente e Companhia de Água e Esgoto, embora na consideração da maioria das ESF “realizem às vezes” os serviços a elas encaminhados, uma porcentagem relevante das ESF informa que os mesmos “nunca realizam” os problemas encaminha dos, 31%, 29% e 22% das ESF, respectivamente (Tabela 23).

Tabela 23 - Número e percentual de ESF, segundo respostas dadas por outros setores aos problemas a eles encaminhados. Petrópolis-RJ, 2005

Órgãos e Secretarias	Na maioria das vezes		Realizados às vezes		Nunca realizados		NR/ NSI	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Secretaria de Educação/Escolas	18	72,0	6	24,0	1	4,0	-	-
Instituições religiosas.	17	70,8	3	12,5	1	4,2	3	12,5
ONGs	13	56,5	4	17,4	-	-	6	26,1
Conselho do Idoso	8	50,0	5	31,3	2	12,5	1	6,3
Juizado da Infância e Adolescência	6	50,0	2	16,7	2	16,7	2	16,7
Fiscalização Sanitária	5	45,5	4	36,4	2	18,2	-	-
Vigilância Sanitária	15	44,1	12	35,3	6	17,6	1	2,9
Defesa Civil	14	42,4	13	39,4	5	15,2	1	3,0
Conselho Tutelar	11	39,3	10	35,7	5	17,9	2	7,1
SETRAC	12	35,3	21	61,8	1	2,9	-	-
COMDEP	9	30,0	17	56,7	4	13,3	-	-
C.P.TRANS	4	23,5	8	47,1	3	17,6	2	11,8
Companhia de Água e Esgoto	5	21,7	12	57,2	5	21,7	1	4,3
Secretaria de Obras	4	15,4	14	53,8	8	30,8	-	-
Secretaria Meio Ambiente	2	11,8	10	58,8	5	29,4	-	-
Secretaria de Fazenda (Código de Posturas)	1	10,0	3	30,0	4	40,0	2	20,0
Outros 1	9	56,3	1	6,3	1	6,3	5	31,3
Outros 2	2	50,0	-	-	-	-	2	50,0

N/R= Não respondeu

NSI= Não sabe informar

Tabela classificada pela terceira coluna

Obs: O nº de contatos das Instituições religiosas, outros 1 e outros 2, não são os mesmos que os da Tabela 16, pois na tabela 16 os “outros” 1 e 2 foram remanejados para Instituições Religiosas onde era o caso.

Instituições Religiosas: Igreja Católica (8 ESF); ; Igreja Católica e Evangélica (6 ESF); Pastoral da Criança e da Saúde (4ESF); Igreja Evangélica; Pão da Vida todas as igrejas locais; não especificaram (4 ESF).

ONG(s): API AIDS (3 ESF); Aldeia da Criança e Amigos Assistenciais (3 ESF); Vale Vivo e Rota 22; Crianças Criativas; TERÊ VIVA; LIONS RENASCER; Companhia dos Animais; Recicla Três Rios; Instituto Ambiental e Associação Vale do Bonfim; Projeto Florescer; Centro Interativo da Mata Atlântica; Fé e Alegria; SFB; não especificaram (6 ESF).

Outros : Associação de Moradores (2 ESF); Emaús; CELMA; Alan Kardec; Policiamento comunitário; SESC; Evangélica; Secretaria de Habitação; Sociedade dos Amigos do Vale Boa Esperança; Comércio Local (2 ESF); Igreja; Pastoral da Criança; não especificaram (7 ESF).

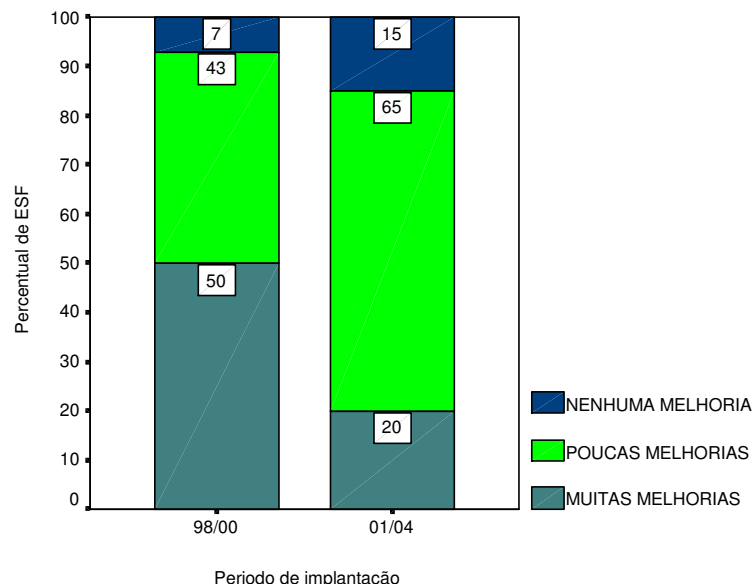
V.4.2 - Avaliação das ESF sobre melhorias na comunidade desde a implantação do PSF

Em relação à opinião das ESF, quanto a melhorias na qualidade de vida das pessoas/comunidade, decorrentes das ações intersetoriais, a maioria das ESF (56%) opinou que houve poucas melhorias, onze ESF (32%) responderam que houve muitas melhorias e quatro ESF (11,8%) responderam que não houve qualquer melhoria (Tabela 24).

Das trinta ESF (88%) que têm a opinião que desde a implantação do PSF houve “muitas melhorias” ou “poucas melhorias”, vinte e quatro (80%) delas consideram que isto se deve às suas solicitações, quatro ESF (13%) consideram que não se deve e duas ESF (7%) não sabiam responder (Tabela 25).

Ao analisarmos esta variável “opinião da ESF quanto à melhoria da qualidade de vida das pessoas em sua área de atuação, desde a implantação do PSF, no que se refere às ações intersetoriais”, segundo o período de implantação das ESF, observa-se importante diferença. As equipes mais antigas percebem melhorias com mais frequência: 50% das ESF implantadas no período 98/00 referem que houve muitas melhorias, enquanto que somente 20% das ESF implantadas no período 01/04 têm esta opinião. Das ESF implantadas no período de 98/00, 43% delas têm a opinião que houve poucas melhorias, enquanto que 65% das ESF implantadas no período de 01/04 fazem esta afirmativa. Das ESF implantadas no período de 98/00, 7% têm a opinião que não houve nenhuma melhoria na qualidade de vida das pessoas de sua área de atuação, enquanto que no período de 01/04, 15% das ESF têm esta opinião (Gráfico 4).

Gráfico 4 - Percentual de ESF quanto a sua opinião sobre melhorias da qualidade de vida em sua área de atuação, segundo período de implantação. Petrópolis-RJ, 2005.



Em pergunta aberta às ESF, solicitando que elas citassem pelo menos uma melhoria em sua área de atuação, caso isto tivesse acontecido, vinte e duas ESF (65%) identificaram melhorias. Estas melhorias, em sua maioria, deveram-se à implantação do Programa Cesta Cheia Família Feliz (citada por 41,5% das ESF) em suas comunidades; na melhoria do controle de roedores (citada por 32% das ESF); a projetos das ESF com as escolas locais e melhorias na coleta do lixo (citadas por 27% das ESF); a obras diversas (pavimentação de ruas, recuperação de pontes, escoamento de águas pluviométricas, outras), citadas por 23% das ESF; água tratada e algumas ações ligadas a órgãos não governamentais (financiamento de alguns projetos, ações de integração social, cesta básica, outros), citadas por 14% da ESF. Observa-se que os órgãos mais contatados, a SETRAC e a Vigilância Sanitária (Tabela 6), são os responsáveis pelas melhorias mais citadas pelas ESF (41,5% e 32%, respectivamente), demonstrando a importância que as ESF dão a estas ações. Os órgãos não governamentais citados pelas ESF como um dos que dão mais retorno (Tabela 23 e 26), são responsáveis por poucas melhorias citadas pelas ESF (14%) o que sugere que os problemas encaminhados a estes órgãos são de baixa magnitude para serem considerados efetivamente como “melhorias”, ou serem lembrados pelas ESF, como tal.

V.4.3 - Taxa de retorno dos setores/órgãos

Para conhecer com mais especificidade com quais setores/órgãos as parcerias das ESF são mais efetivas, foi calculada uma taxa de retorno por setor/órgão. Esta taxa de retorno foi calculada pela porcentagem de ESF que referiram o número de contatos realizados com os setores e que opinaram que eles respondem às suas solicitações “na maioria das vezes”.

A maior taxa de retorno segundo as ESF é dada pela Secretaria de Educação/Escolas (95%), que embora esteja como as outras secretarias dentro da estrutura organizacional da Prefeitura Municipal, existe representação sua dentro das comunidades, as escolas, que estão no mesmo nível de hierarquia que as ESF. Segue-se à Secretaria de Educação/escolas, as Instituições Religiosas (81%) e as ONGs (68%), órgãos estes que não pertencem à Prefeitura. Identifica-se, também, que órgãos fora da estrutura governamental municipal, e de participação popular, tais como os conselhos, tem dado mais retorno às solicitações das ESF, do que a maior parte dos órgãos pertencentes à Prefeitura: Conselho do Idoso 73%, Juizado da Infância e Adolescência 60% e Conselho Tutelar 46% de retorno. Observa-se que no caso do Conselho do Idoso e do Juizado da Infância e Adolescência o número de contatos realizados pelas ESF foi pequeno (22 e 21 contatos, respectivamente), o que pode ter auxiliado no retorno às ESF (Tabela 26).

As maiores taxas de retorno às solicitações das ESF correspondem, portanto a órgãos que têm a mesma “governabilidade”¹¹ das equipes, isto é, que estão geográfica e hierarquicamente no mesmo nível das equipes (exceto Conselho do Idoso), localizando-se dentro das comunidades e lidando com os mesmos problemas que elas, com isto sugerindo que as ESF tenham um “trânsito” mais fácil a estes setores e estabeleçam relações horizontais com estas entidades.

Foram considerados, no estudo, como tendo o mesmo âmbito de governabilidade das ESF os seguintes órgãos/setores: secretaria de Educação/escolas; instituições religiosas; ONGs; e “outros”. Entre os “outros” destacaram-se: associação de moradores; comércio local; empresas locais; pastorais; entre outros.

¹¹ “O controle sobre os recursos reflete o controle ou o poder que os atores têm sobre as causas/problemas que estão sendo trabalhados. A isso chamamos governabilidade” (MS, 2005:153).

Entre os órgãos da estrutura do governo municipal os que dão mais retorno são: Defesa Civil (58%), a Fiscalização Sanitária (56%), a Vigilância Sanitária (52%), a SETRAC e a C.P. TRANS (40%), a COMDEP (39%). A Secretaria de Obras (23,5%), a Secretaria de Fazenda (20%) e a Secretaria de Meio Ambiente (18%) respondem com a menor frequência (Tabela 26).

A Companhia de Água e Esgoto¹², que deu um retorno de 29% às solicitações das ESF, é um órgão privado.

A média do número de ESF que referiram retorno dos setores “na maioria das vezes” foi de 9 (39%) e a média da taxa de retorno foi de 52% (Tabela 26).

Um retorno maior dado pelos setores da mesma hierarquia e com localização geográfica na maioria das vezes no mesmo território das ESF (Escolas, Instituições Religiosas e ONGs) e pelos setores fora da estrutura organizacional da PMP (Conselhos, Juizado da Infância e Adolescência) em relação aos setores do governo municipal, pode estar ligado à magnitude do problema encaminhado a estes setores pertencentes à estrutura municipal, pois a média de solicitações por ESF que fez contato com estes setores na maioria dos setores é pequena, podendo, também, ter sido contatado o setor várias vezes para reforço da mesma solicitação (Tabela 26).

¹² O sistema de abastecimento de água e a rede de esgoto em Petrópolis são administrados pela Concessionária Águas do Imperador, que fornece água tratada para 74% dos domicílios do município, sendo os outros 26% servidos por rios, barragens, açudes, poços e olhos d'água (Dados fornecidos pela Coordenação de Vigilância Sanitária – SMS Petrópolis, para o Plano Municipal de Saúde de Petrópolis-RJ, 2002-2005). E 34% dos domicílios do município possuem rede de esgoto (Dado fornecido pela Concessionária Águas do Imperador em fevereiro/2006) . Esta concessionária é fiscalizada pela Companhia de Desenvolvimento Petropolitano (COMDEP).

Tabela 26 - Frequência de ESF e médias de contatos realizados com setores nos últimos 6 meses; frequência de ESF segundo retorno positivo “na maioria das vezes”; taxa de retorno dos setores; governabilidade das ESF; e setores pertencentes à estrutura governamental da Prefeitura. Petrópolis-RJ, 2005.

Órgão/Setor	Contatos					Retorno				
	*1 N ESF	*2 % ESF	Total de contatos	Média Média contatan te	Média simples	*3 N_ ESF	*4 % ESF	Taxa de retorno	*5 Governa bilidade	*6 Setor PMP
Secretaria de Educação/Escolas	19	55,9	52	2	3	18	72,0	94,7	1	0
Instituições religiosas.	21	61,8	183	5	9	17	70,8	81,0	1	0
Conselho do Idoso	11	32,4	22	1	2	8	50,0	72,7	0	0
ONGs	19	55,9	100	3	5	13	56,5	68,4	1	0
Juizado da Infância e Adolescência	10	29,4	21	1	2	6	50,0	60,0	0	0
Defesa Civil	24	70,6	218	6	9	14	42,4	58,3	0	1
Fiscalização Sanitária	9	26,5	34	1	4	5	45,5	55,6	0	1
Vigilância Sanitária	29	85,3	153	5	5	15	44,1	51,7	0	1
Conselho Tutelar	24	70,6	113	3	5	11	39,3	45,8	0	0
SETRAC	30	88,2	361	11	12	12	35,3	40,0	0	1
C.P.TRANS	10	29,4	27	1	3	4	23,5	40,0	0	1
COMDEP	23	67,6	83	2	4	9	30,0	39,1	0	1
Companhia de Água e Esgoto	17	50,0	59	2	3	5	21,7	29,4	0	1
Secretaria de Obras	17	50,0	56	2	3	4	15,4	23,5	0	1
Secretaria de Fazenda (Código de Posturas)	5	14,7	11	0	2	1	10,0	20,0	0	1
Secretaria Meio Ambiente	11	32,4	20	1	2	2	11,8	18,2	0	1
Outros 1	10	29,4	40	1	4	9	56,3	90,0	1	0
Outros 2	2	5,9	4	0	2	2	50,0	100,0	1	0
Média por setor (exclui "outros")	17	51,3	95	3	5	9	38,6	51,6	0	
Correlação			0,13	0,13	0,17					

Média simples = número de contatos sobre o número total de ESF

Média contatante = número de contatos sobre o número de ESF que referiram contatos

*1 N ESF que identificaram o número de contatos;

*2 Percentual de ESF que identificaram o número de contatos;

*3 Número de ESF que referiram resposta positiva do referido setor na “maioria das vezes”;

*4 Percentual de ESF que referiram resposta positiva do referido setor na “maioria das vezes”;

*5 Governabilidade igual a da ESF: 1=sim; 0=não. Considerou-se o item “outros” como tendo a mesma governabilidade que as ESF

*6 Setor pertencente à estrutura organizacional da Prefeitura Municipal de Petrópolis (PMP): 1=sim; 0=não.

Instituições Religiosas: Igreja Católica (8 ESF); : Igreja Católica e Evangélica (6 ESF); Pastoral da Criança e da Saúde (4ESF); Igreja Evangélica; Pão da Vida todas as igrejas locais; não especificaram (4 ESF).

ONG(s): API AIDS (3 ESF); Aldeia da Criança e Amigos Assistenciais (3 ESF); Vale Vivo e Rota 22; Crianças Criativas; TERÊ VIVA; LIONS RENASCER; Companhia dos Animais; Recicla Três Rios; Instituto Ambiental e Associação Vale do Bonfim; Projeto Florescer; Centro Interativo da Mata Atlântica; Fé e Alegria; SFB; não especificaram (6 ESF).

Outros : Associação de Moradores (2 ESF); Emaús; CELMA; Alan Kardec; Policiamento comunitário; SESC; Evangélica; Secretaria de Habitação; Sociedade dos Amigos do Vale Boa Esperança; Comércio Local (2 ESF); Igreja; Pastoral da Criança; não especificaram (7 ESF).

Tabela classificada pela coluna taxa de retorno

V.4.4 - Percepções da ESF sobre intersetorialidade

Para complementar a pesquisa foram realizadas algumas perguntas abertas, a fim de que as ESF tivessem maior liberdade de expressão sobre considerações de seu processo de trabalho intersetorial. Algumas destas respostas abertas já foram descritas anteriormente correlacionando-as aos resultados quantitativos, outras serão descritas neste item.

Ao ser perguntado às ESF “o que elas entendiam por intersetorialidade” as categorias de respostas que obtiveram mais citações foram as de intersetorialidade como integração; intersetorialidade como estabelecimento de parcerias, e intersetorialidade como ação conjunta, onde cada uma destas categorias é exemplificada, respectivamente, pela fala de três ESF: “*integração entre os órgãos para a melhoria da comunidade*”; “*parceria com outros órgãos envolvidos, governamentais e não governamentais para a resolução de problemas apontados na comunidade a fim de melhorar a qualidade de vida*”; e “*atuação comprometida e conjunta dos diversos setores necessários à solução de um determinado problema*”. Outra categoria freqüente nas citações das ESF, foi intersetorialidade como união de todos os setores para a realização de um objetivo, expressado na citação de uma ESF: “*união e compromisso de vários órgãos, não só da saúde, mas também da educação, ação social, entre outros, para chegarmos ao bem comum da comunidade*”.

As concepções de intersetorialidade das ESF podem ser diferenciadas, também, pela abrangência dos setores/órgãos envolvidos. Observa-se que algumas das ESF citam em suas respostas o envolvimento de outros setores além dos governamentais, outras somente os governamentais, e outras ESF não fazem especificação de tipos de órgãos/setores, mencionando-os genericamente, como é apresentado em quadro a seguir:

Quadro 12 - Concepções de intersetorialidade das ESF, segundo tipos de setores envolvidos. Petrópolis-RJ, 2005.

Setores governamentais e não governamentais	Setores governamentais	Não especificam o tipo de setor
<p>- Integração entre os setores que compõem, a estrutura de prestação de serviços à população. No caso do poder público, esta integração deve ser democrática, respeitando os saberes, limitações e práticas dos setores envolvidos;</p> <p>- É a relação existente ou que deve existir entre a ESF e outros órgãos responsáveis por setores que não são diretamente ligados à saúde. Estes órgãos podem ser públicos ou privados, buscando a melhoria das condições de vida de determinada área;</p> <p>- Parceria com outros órgãos envolvidos, governamentais e não governamentais para a resolução de problemas apontados na comunidade a fim de melhorar a qualidade de vida;</p> <p>- A participação dos diversos setores da sociedade em prol de uma comunidade;</p> <p>- É uma parceria com todos os atores sociais;</p> <p>- Ação em conjunto com todas as secretarias do governo, comunidade, associações, instituições religiosas, ONGs, comércio. Todos envolvidos na vida da comunidade;</p> <p>- Ações integradas entre as várias secretarias e membros da comunidade, mediante problema afim;</p> <p>- “Parceria” entre todos os setores da sociedade, tendo cada um a sua responsabilidade, tendo em vista a qualidade de vida.</p>	<p>- Trabalho integrado entre os setores públicos para a resolução dos problemas visando uma melhor qualidade de vida da população;</p> <p>- União e compromisso de vários órgãos, não só da saúde, mas também de educação, ações sociais, entre outros, para chegarmos ao bem comum da comunidade;</p> <p>- Participação de todos os setores da administração pública com o PSF;</p> <p>- Integração dos diversos órgãos, além da saúde, com o objetivo comum do desenvolvimento local;</p> <p>- Trabalhar com outras secretarias e órgãos do município;</p> <p>- Capacidade de integração entre os diversos setores de uma mesma administração;</p> <p>- Atuação da ESF, junto aos diversos setores (secretarias da prefeitura).</p>	<p>- Ação conjunta dos vários setores envolvidos no problema evitando a superposição das ações;</p> <p>- Parcerias com outros setores que não são a Secretaria de Saúde;</p> <p>- Intercâmbio com outros setores que não sejam da saúde para resolução de problema – parceria;</p> <p>- É a comunicação eficaz entre os setores, com resolutividade;</p> <p>- É toda ação que depende da colaboração de setores diferentes;</p> <p>- Possibilidade de estar entrando em contato e buscando solicitações junto a todos os órgãos responsáveis;</p> <p>- Ações conjuntas de vários setores que interagem para promover saúde (bem estar bio-psico-social);</p> <p>- Ação de várias secretarias/ órgãos de forma integrada na resolução de problemas;</p> <p>- Parceria entre os setores;</p> <p>- Integração de vários setores em prol de um objetivo comum;</p> <p>- São ações conjuntas de todos os setores envolvidos em uma questão;</p> <p>- Vários setores integrados ao PSF;</p> <p>- Estabelecer parcerias com vários setores que possam co-responsabilizarem-se com os problemas (necessidades) levantadas pela equipe;</p> <p>- Integração das ESF com os órgãos competentes;</p> <p>- Integração dos vários setores, trabalhando por um mesmo objetivo;</p> <p>- Atuação comprometida e conjunta dos diversos setores necessários à solução de um determinado problema;</p> <p>- União de vários setores para a resolução de problemas;</p> <p>- Integração de todos os órgãos para a melhoria da comunidade;</p> <p>- Que todos os órgãos estejam reunidos em prol de um objetivo comum.</p>

Respostas retiradas integralmente dos questionários respondidos pelas ESF

É observado no quadro anterior que dezenove ESF ao definirem sua concepção de intersetorialidade, se referem aos setores sem especificar se governamental ou não. Já oito ESF abrangem em sua definição os setores governamentais e não governamentais e sete ESF têm a concepção de que o processo de intersetorialidade envolve apenas os órgãos governamentais.

Ainda nesta questão da concepção das ESF sobre intersetorialidade, observa-se no quadro acima que cinco ESF incluem-se na definição. Concepção bem expressa na seguinte citação: *“É a relação existente ou que deve existir entre a ESF e outros órgãos responsáveis por setores que não são diretamente ligados à saúde. Estes órgãos podem ser públicos ou privados, buscando a melhoria das condições de vida de determinada área”*. Isto sugere que estas ESF se sentem incorporadas a este processo, fazendo parte central dele, considerando-se sujeitos da intersetorialidade.

As ESF são críticas em sua percepção sobre seu atual processo de trabalho no que se refere à intersetorialidade, considerando-o por vezes “ineficiente” e “sem resolutividade”, como é referido por uma das ESF: *“sempre buscamos a intersetorialidade, porém nem sempre o retorno é positivo, levantamos grande número de problemas e na maioria não encontramos apoio para solucioná-los”*. As ESF também entendem que este tipo de trabalho envolve um processo de “amadurecimento” e “crescimento” exemplificado na fala de duas ESF: *“é um processo que necessita de amadurecimento de todos os envolvidos, gestores e executores”*; e *“é um processo em crescimento”*.

As dificuldades enfrentadas pelas ESF para o desenvolvimento de ações intersetoriais são bem diversificadas e algumas ESF citam várias dificuldades. A principal dificuldade na opinião das ESF é a falta de respostas dos setores aos problemas que lhes são encaminhados, como é referido por uma das ESF: *“falta de retorno quanto aos problemas encaminhados”*. O que se deve à falta de interesse/descaso dos setores, exemplificado na fala de uma das ESF: *“falta de interesse dos setores (muitas vezes a ESF faz contato e não há retorno)”*. Outras citações foram categorizadas como “dificuldade de comunicação”, como é citado por uma das ESF: *“telefone bloqueado, computador sem acesso à internet, tecnologia insuficiente para meios de comunicação”*, sendo importante lembrar que o

contato telefônico¹³ foi a forma mais citada de encaminhamento das solicitações das ESF, quando obtiveram respostas positivas dos setores (Tabela 19). Outras citações foram categorizadas em: dificuldade de acesso; falta de recursos materiais e humanos; volume de trabalho excessivo; processo burocrático; falta de integração entre as secretarias; falta de autonomia das ESF; falta de apoio da supervisão; ausência de participação da comunidade; e interferências políticas.

As ESF sugeriram diversas ações a serem implementadas para superar as dificuldades por elas apontadas. Devido à importância desta citação das ESF, todas elas foram relacionadas agrupadas por categorias em quadro a seguir (Quadro 13). As principais citações das ESF detiveram-se nas categorias: movimento de integração e sensibilização de todos setores; ação política; maior comprometimento dos setores/órgãos; melhorar o acesso aos setores; promover entrosamento entre os setores; e diminuir a burocracia

Quadro 13 - Ações apontadas pelas ESF como necessárias para superar suas dificuldades em relação ao trabalho intersetorial, segundo categorizações. Petrópolis-RJ, 2005.

Categorização	Ação
Movimento de integração e sensibilização de todos setores	<ul style="list-style-type: none"> - Integração entre os setores, com sensibilização das várias secretarias e da população para a conscientização da importância do trabalho conjunto, visando a resolução dos vários problemas; - Sensibilização dos setores envolvidos; - Seriedade no trabalho/integralidade. Saber da importância da resolutividade dos problemas para a credibilidade dos profissionais da ponta; - Interesse de todos e compromisso social; - Conscientização e harmonia entre os setores (todos falando a mesma língua); - Boa vontade e integração dos setores com a ESF; - Sensibilização dos diversos órgãos afins;

¹³ Existem USF, sem linha telefônica própria, com somente telefone público, onde as ESF utilizam cartões telefônicos comprados por elas próprias, para poderem se comunicar por este meio. A minoria das USF possuem computador e não há disponibilidade de acesso à internet.

Categorização	Ação
Ação política	<ul style="list-style-type: none"> - Criação de mecanismos para o desenvolvimento de políticas para a intersectorialidade (reuniões, sensibilizações, protocolos, etc.); - A criação de uma comissão intersectorial que atue continuamente com a ESF, no levantamento, planeamento e execução das ações; - Criar uma comissão que dê suporte às ações intersectoriais e motivar outros setores para procurar solucionar os problemas; - Uma política voltada para a saúde na sua concepção mais ampla; - Definição de uma política de intersectorialidade; - Vontade política; - Mudança do modelo.
Maior comprometimento dos setores/órgãos	<ul style="list-style-type: none"> - O maior interesse das autoridades; - Mais envolvimento dos setores (de um modo geral) com o PSF; - Mais comprometimento dos órgãos competentes; - Interesse do setor público e dos órgãos competentes; - Maior comprometimento dos setores afins; - Maior agilidade das secretarias.
Melhorar o acesso aos setores	<ul style="list-style-type: none"> - Maior disponibilidade dos órgãos afins; - Deverá ter em cada setor um profissional par atender a demanda do PSF; - Livre acesso aos órgãos competentes; - Uma assistente social específica para os PSFs, fazendo esta ligação direta, sem “atravessadores”; - Maior disponibilidade dos setores. Um setor ou pessoa que fizesse esta interação; - Acesso mais direto aos órgãos para melhor intersectorialidade.
Promover entrosamento entre os setores	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento dos demais serviços – suas dificuldades, limitações e atividades fins dos mesmos; - Maior contato dos profissionais do nível central com os responsáveis por outros órgãos através de reuniões periódicas com seus gestores; - Entrosamento entre os setores; - Maior entrosamento, união, diálogos, encontros, etc.; - Melhorar o diálogo entre as partes.
Diminuir a burocracia	<ul style="list-style-type: none"> - A diminuição dos trâmites burocráticos; - Organização e objetividade das secretarias; - Menos burocracia (3 citações);
Investir em recursos humanos e materiais	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilizar meios de comunicação integral; - Mais investimentos, realização de concursos e/ou contratação de funcionários; - Processo complexo, longo, que dependem, de muitos setores, desde os recursos financeiros, humanos e políticos; - Organizar o tempo de trabalho. Recursos materiais: computador, telefone. Recurso de pessoal: recepção.
Capacitar os setores para a ação intersectorial	<ul style="list-style-type: none"> - Capacitação e reuniões mensais sobre temas e representações de cada setor; - Reuniões periódicas com os setores; - Seminários integrados. Participação de todos os órgãos envolvidos nas reuniões comunitárias.

Categorização	Ação
Tornar a supervisão e coordenação mais eficientes	- Escala fixa do dia e horário em que a supervisão poderá comparecer à unidade; - Maior apoio da coordenação do PSF para as ações das unidades.
Maior autonomia e credibilidade para as ESF	- Liberdade de ação; - Dar mais credibilidade à ESF. Maior autonomia de ação da ESF.
Empoderar a comunidade	- Promover um envolvimento maior da comunidade; - Educação para a população para que possam desenvolver seu senso crítico e melhorar a qualidade de saúde.

Respostas retiradas integralmente dos questionários respondidos pelas ESF

Observa-se que as sugestões são diversas e se integram em diversas categorias, porém a maioria delas direciona para a necessidade de uma nova forma de conduzir a relação entre as ESF e os outros setores.

Solicitada a opinião sobre a contribuição da supervisão, as ESF expressaram diversas opiniões de como o trabalho da supervisão do PSF poderia melhor contribuir para intensificar sua atuação intersetorial. Algumas ESF, citaram mais de uma forma, sendo que as citações mais frequentes foram categorizadas em “tendo uma participação mais efetiva”, definido na fala de uma das ESF: *“a supervisão deveria acompanhar mais de perto, isto é, estar mais presente às atividades realizadas pelo posto”*. Segue-se a esta categorização a de “realizando a interação entre as ESF e os setores”, como é referido por uma das ESF: *“intervir junto aos setores (de acordo com a necessidade) marcando reuniões de discussão (problemas e soluções) com a participação da ESF e comunidade”*. As ESF compreendem também, que a supervisão deveria ter melhores condições de trabalho, menor número de unidades de saúde para supervisionar, maior autonomia, e que a efetivação do seu trabalho intersetorial implica em mudanças na estrutura governamental, como foi bem expressado por uma das ESF na seguinte citação: *“somente após reformarem a proposta de intersetorialidade é que os problemas terão solução. No momento a comunicação entre a supervisão e outros setores não gera ações efetivas”*.

V.5 - Participação das ESF no Conselho Municipal de Saúde (COMSAUDE)

Com a finalidade de conhecer a existência de relacionamento entre as ESF e o Conselho Municipal de Saúde, e a participação destas no mesmo foi questionado às ESF se algum membro já havia participado de reuniões do COMSAUDE, em que condições participou, frequência desta participação e se alguma vez a ESF encaminhou algum problema de sua área de atuação que necessitasse de ação intersetorial ao Conselho.

Segundo a legislação é atribuição dos Conselhos de Saúde atuar na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, atribuições estas que também são dos poderes Executivo e Legislativo. Os Conselhos atuam compartilhando suas atribuições com os gestores propriamente ditos (Ministério e Secretarias de Saúde) e as Casas Legislativas. A atuação dos Conselhos na formulação de estratégias diz respeito a uma postura “combativa/ofensiva” construindo o novo modelo, enquanto a atuação no controle de execução das políticas, a uma postura “defensiva”, contra desvios e distorções. A atuação no controle da execução, não deve ser meramente de fiscalização, mas sim de acompanhamento da execução de programas prioritários do SUS, de pesquisas por amostragem de usuários, prestadores e profissionais e de indicadores de saúde, não responsabilizando somente os serviços de saúde por todos os prejuízos à saúde da população, uma vez que estes podem estar ligados a outros fatores (MS, 2001a: 53 e 54).

Entre os objetivos dos Conselhos de Saúde está o de contribuir para a gestão, de acordo com os princípios do SUS, nos aspectos dos riscos sociais e epidemiológicos, dos direitos de cidadania dos grupos populacionais e do indivíduo, e também nos aspectos de intervenções de promoção, proteção e recuperação da saúde da coletividade e de grupos de risco. (MS, 2001a: 54).

Em Petrópolis-RJ o Conselho Municipal de Saúde foi criado pela lei nº 4813 de 02/04/1991 e atualmente possui 24 membros, com seis representantes do governo, seis representantes de entidades dos trabalhadores e doze representantes dos usuários e seus respectivos suplentes.

A participação dos membros das ESF em reuniões do COMSAUDE, no município da pesquisa, é pouco frequente. Vinte ESF (59%) referiram que nenhum de seus membros teve esta participação, e quatorze ESF (41%) responderam que ocorreu participação de

algum dos seus membros em reuniões do Conselho. Em relação ao número de participantes a média foi de 2,6 participantes por ESF onde houve presença nas reuniões.

Das 14 ESF que participaram das reuniões do COMSAÚDE, doze ESF (86%) participaram com até dois de seus membros, seis ESF (43%) com até três de seus membros, três ESF (21%) com até quatro de seus membros e uma ESF (7%) com até cinco de seus membros. Quanto à frequência dos integrantes das ESF nas reuniões é observado que a grande maioria (43%) participou das reuniões de “1 a 2 vezes ao ano”, e em relação às ESF que tiveram mais de um integrante participando, todos eles na maioria participaram “raras vezes” das reuniões do COMSAUDE (Tabela 27 e Quadro 14).

Analisando-se as condições de participação dos membros das ESF nas reuniões do COMSAUDE, observou-se que a maioria (42,9%) participou como representante dos profissionais de saúde. Das ESF que tiveram um segundo, terceiro e quinto participantes, estes participaram na maioria das vezes como “cidadão (ouvinte)”. E das ESF que tiveram um quarto participante a maioria da participação foi como representante dos usuários¹⁴ (Tabela 28).

A grande maioria das ESF (91%), refere não ter encaminhado algum problema dependente de atuação intersetorial ao COMSAÚDE. Somente três ESF (9%), tiveram este tipo de iniciativa. Observa-se, portanto, o pouco entrosamento das ESF com o Conselho, sugerindo talvez um desconhecimento pelas ESF do papel do mesmo, ou descrédito neste órgão (Quadro 14).

Dentre os motivos referidos pelas ESF para não encaminharem problemas que necessitam de ação intersetorial ao COMSAUDE os que mais se destacaram foram que as ESF não vêem necessidade para tal procedimento (29%), como é explicitado por uma das ESF: “*não foi necessário chegar a esta esfera de atuação*”; e a desinformação das ESF sobre o papel do conselho (23,5%), onde é citado por várias ESF: “*falta de informação sobre o Conselho Municipal de Saúde*”. Outra categoria de respostas das ESF, menos expressiva (15%), porém bastante interessante é que as ESF entendem que a resolução dos

¹⁴ Do conjunto de respondentes da pesquisa (254 participantes), 36 membros das ESF informaram terem participado de reunião do COMSAUDE, com uma taxa de participação de 14% dos respondentes.

problemas intersetoriais se dá através da supervisão, como é citado por uma das ESF: “a busca da solução do problema se dá através da supervisão”.

Quadro 14 - Participação das ESF no Conselho Municipal de Saúde. Petrópolis-RJ, 2005

Indicadores N=34	Sim		Não	
	N	%	N	%
ESF em que membros participaram de reuniões do COMSAUDE	14	41,2	20	58,8
ESF que alguma vez encaminhou algum problema de atuação intersectorial ao COMSAUDE	3	8,8	31	91,2

CAPÍTULO VI - ANÁLISE DE FATORES CONDICIONANTES DA ATUAÇÃO INTERSETORIAL DAS ESF

Neste capítulo é realizado o exame de fatores que poderiam condicionar uma atuação intersetorial mais intensa das ESF. A princípio faz-se uma melhor análise dos fatores considerados na pesquisa como condicionantes de uma atuação intersetorial das ESF. Num segundo momento é analisada a relação entre estes condicionantes e indicadores de atuação intersetorial considerados na pesquisa: número de setores contatados pelas ESF desde a implantação do PSF e o número de contatos realizados pelas ESF nos últimos seis meses; e a porcentagem média de setores que retornam contato na maioria das vezes dentre os contatados.

Tomou-se como pressuposto que uma maior atuação intersetorial das ESF poderia estar condicionada ao tempo de implantação das equipes, isto é, as ESF implantadas a mais tempo teriam uma atuação intersetorial mais efetiva do que as implantadas mais recentemente. Para isto optou-se por um corte de tempo onde foram agrupadas as ESF implantadas entre 1998 a 2000 (98/00), totalizando quatorze equipes e outro agrupando as ESF implantadas entre 2001 e 2004 (01/04), totalizando vinte equipes. Este corte de espaço de tempo também coincide com a mudança de gestão municipal.

Outros pressupostos considerados como condicionantes de uma maior atuação intersetorial das ESF foram: uma maior preocupação das ESF em estarem discutindo o diagnóstico de saúde de suas comunidades, onde se tomou como corte o grupo das ESF que discutiu o diagnóstico de saúde em um espaço menor ou igual a seis meses e outro grupo de ESF que discutiu o diagnóstico em um espaço de tempo maior do que seis meses; a participação da comunidade na identificação dos problemas; a participação da comunidade no encaminhamento dos problemas; e a maior participação através da supervisão como forma de desencadear a ação intersetorial em relação a todas as outras formas de desencadeamento de ação intersetorial pelas ESF.

Para analisar com maior profundidade os resultados encontrados as hipóteses foram tratadas com o auxílio de testes estatísticos não paramétricos, mais adequados para pequenas populações. Portanto, tendo em vista o tamanho do “n” trabalhado as hipóteses

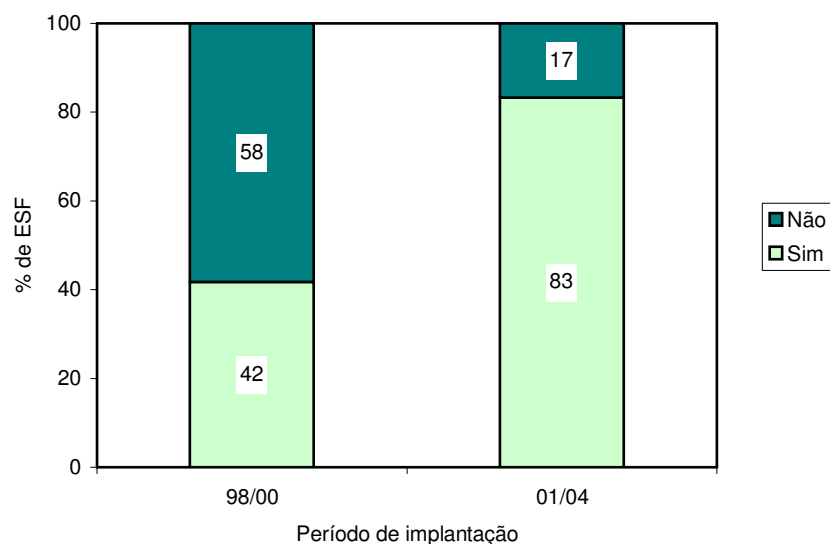
foram testadas pelo teste não paramétrico de Mann-Whitney e Teste exato de Fisher (Luíz, 2004:315-21).

VI.1 - Fatores condicionantes da atuação intersetorial das ESF

Neste item fez-se uma abordagem mais específica entre o condicionante tempo de implantação, cruzando-o com os outros condicionantes considerados: “ESF que discutiram o diagnóstico nos últimos seis meses”; “ESF em que a comunidade participa da identificação dos problemas”; “ESF em que a comunidade participa do encaminhamento dos problemas”; e “ESF que utilizam com mais freqüência a supervisão como forma de desencadear a ação intersetorial”. Após estes cruzamentos, pressupondo-se que as ESF implantadas a mais tempo discutiam o diagnóstico de saúde com mais freqüência, isto é, em tempo igual ou menor a seis meses, que suas comunidades participavam mais da identificação e encaminhamentos dos problemas identificados, e que estas ESF utilizavam menos a participação da supervisão no desencadeamento da ação intersetorial, pois teriam mais autonomia, foram testadas estas hipóteses.

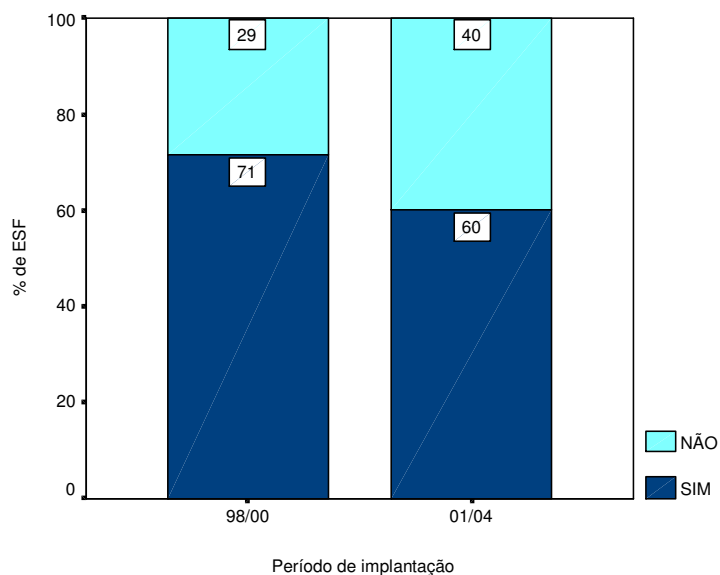
Em relação às ESF que discutiram o diagnóstico de saúde de suas comunidades em espaço de tempo menor ou igual a 6 meses e o período de implantação das ESF, 42% (5 ESF) implantadas no período de 98/00 referiram ter discutido o diagnóstico de saúde em espaço de tempo menor ou igual a 6 meses, enquanto das ESF implantadas no período de 01/04, 83% (15 ESF) referiram este procedimento. O que indica que o fato das ESF serem mais antigas não implica que elas discutam com mais freqüência o diagnóstico (Gráfico 5). Por outro lado, realizar o diagnóstico faz parte do trabalho de implantação da ESF, assim as equipes implantadas mais recentemente teriam esta tarefa mais presente.

Gráfico 5 - Percentual de ESF que discutiram o diagnóstico em espaço de tempo menor ou igual a 6 meses, segundo período de implantação. Petrópolis-RJ, 2005.



Nas ESF cuja comunidade participa da identificação dos problemas em sua área de atuação, segundo o período de implantação, observa-se que em 71% das ESF (10 ESF) implantadas no período de 98/00 a comunidade participou da identificação dos problemas, enquanto que nas ESF implantadas no período de 01/04, 60% das ESF (12 ESF) referem que a comunidade participa desta identificação (Gráfico 6).

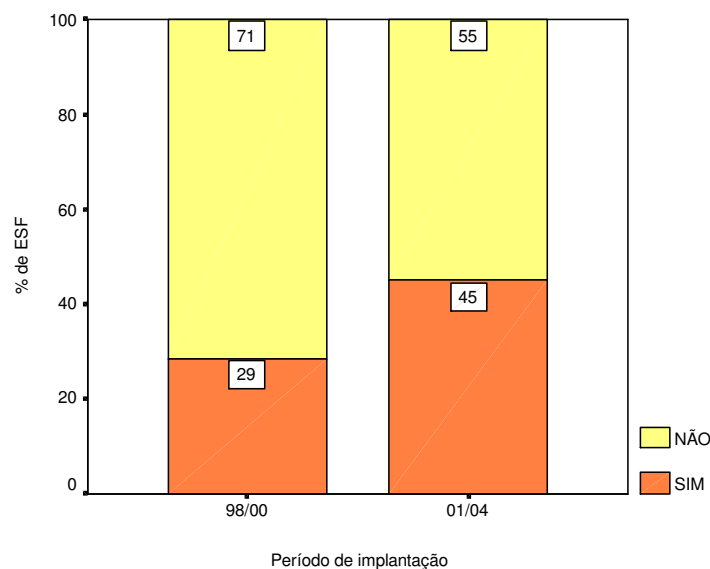
Gráfico 6 - Percentual de ESF em que a comunidade participa da identificação dos problemas, segundo o período de implantação. Petrópolis-RJ, 2005.



Todavia, observa-se, entre as ESF mais recentes, participação mais freqüente da comunidade no encaminhamento dos problemas: em 29% das ESF (4 ESF) implantadas no período de 1998/00 a comunidade participa do encaminhamento dos problemas, enquanto que nas ESF implantadas no período de 2001/04, 45% das ESF (9 ESF) referem que a comunidade participa deste encaminhamento (Gráfico 7).

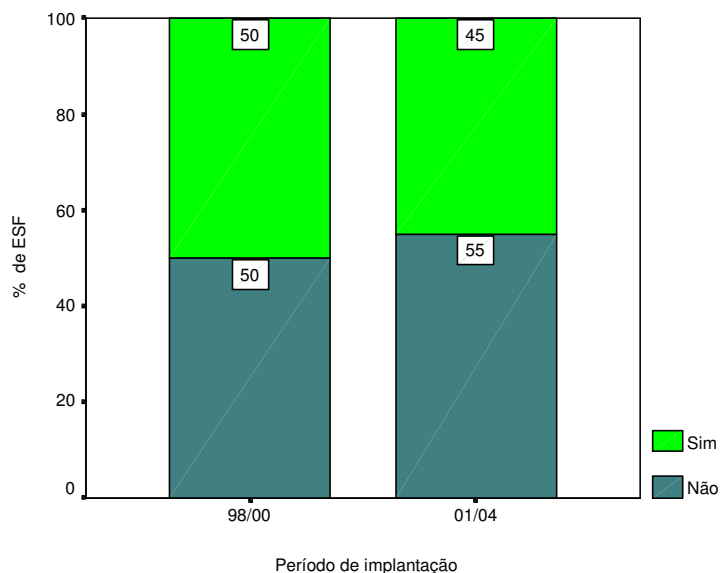
Chama assim atenção que as comunidades das ESF implantadas em 1998/00 tem uma participação maior na identificação dos problemas, porém menor no encaminhamento dos mesmos, em relação as ESF implantadas em 2001/04.

Gráfico 7 - Percentual de ESF em que a comunidade participa do encaminhamento dos problemas, segundo período de implantação das ESF. Petrópolis-RJ, 2005.



No que diz respeito às ESF utilizarem a supervisão como forma de desencadear a ação em relação às outras formas e o ano de implantação das ESF, não se observa importante diferença: 50% das ESF (7 ESF) implantadas em 98/00 utilizam esta forma, enquanto das ESF implantadas em 01/04, 45% das ESF (9 ESF) utilizam a supervisão para desencadear a ação (Gráfico 8). De todo modo, observou-se que mesmo esta diferença sendo pequena, as ESF de 98/00 utilizam em proporção levemente superior a supervisão para o encaminhamento dos problemas do que as ESF do período de 01/04, o que pode estar relacionado aos tipos de problemas encaminhados.

Gráfico 8 - Percentual de ESF que utilizam a supervisão como forma de desencadear a ação intersetorial, segundo período de implantação da ESF. Petrópolis-RJ, 2005.



Para aprimorar as análises realizadas estas relações entre as características da atuação das ESF e período de implantação foram testadas pelo teste não paramétrico exato de Fisher (Luíz, 2004:315-17).

O pressuposto de que as ESF implantadas no período de 98/00, por serem mais antigas, teriam uma prática mais rotineira de estar discutindo, em um período menor ou igual a seis meses, os diagnósticos das comunidades de sua área de atuação, foi rejeitada pelo Teste exato de Fisher, pois este comprovou o inverso: as ESF implantadas no período de 98/00 têm sete vezes mais chance (OR = 7,0; IC = 1,3 - 37,9), de não discutirem o diagnóstico no período menor ou igual a seis meses do que as ESF implantadas no período de 01/04, vide P-valor do teste exato de Fisher de 0,045, que é estatisticamente significativo ao nível de significância de 5%. Os outros pressupostos de que as ESF implantadas em 98/00 teriam maior participação comunitária na identificação e encaminhamento dos problemas (P valor 0,717 e 0,477, respectivamente) e de que utilizariam menos a participação da supervisão no desencadeamento da ação (P valor 1,0), por serem mais antigas, já terem adquirido maior envolvimento com a comunidade e terem mais autonomia, em relação às ESF implantadas no período de 01/04, não mostraram associação estatisticamente significativa ao nível de significância de 5% (Tabela 29).

Tabela 29 - Relação entre características da atuação intersetorial das ESF e período de implantação das equipes. Petrópolis-RJ, 2005

Indicadores		Período de implantação			P_valor de Fisher	OR	IC de 95% do OR	
		98/00	01/04	Total			Lim Inf	Lim Sup
ESF discute diagnóstico no último semestre	Não (n=10)	70,0	30,0	100,0	0,045	7,0	1,3	37,9
	Sim (n=20)	25,0	75,0	100,0	-	-	-	-
Participação da comunidade na identificação dos problemas	Sim (n=22)	45,5	54,5	100,0	0,717	1,7	0,4	7,2
	Não (n=12)	33,3	66,7	100,0	-	-	-	-
Participação da comunidade no encaminhamento dos problemas	Sim (n=13)	30,8	69,2	100,0	0,477	0,5	0,2	2,1
	Não (n=21)	47,6	52,4	100,0	-	-	-	-
Desencadear ação através da supervisão	Não (n=18)	38,9	61,1	100,0	1,000	0,8	0,2	3,2
	Sim (n=16)	43,8	56,3	100,0	-	-	-	-

VI.2 - Indicadores da intensidade da ação intersetorial

Como indicadores da intensidade da ação intersetorial considerou-se o número de setores contatados pelas ESF desde a implantação do PSF e o número de contatos realizados pelas ESF nos últimos seis meses; e a porcentagem média de setores que retornam contato na maioria das vezes dentre os contatados.

VI.2.1 - Relação entre fatores condicionantes e número de setores contatados pelas ESF desde a implantação do PSF, e o número de contatos realizados pelas ESF nos últimos seis meses

Neste indicador as hipóteses foram testadas pelo teste não paramétrico de Mann-Whitney (Luiz, 2004:320-21).

No pressuposto, onde se supôs que as ESF implantadas a mais tempo (98/00) contatariam mais setores e realizariam um número de contatos maior nos últimos seis meses, tendo em vista que pelo seu tempo de implantação teriam um maior

desenvolvimento da prática intersetorial, em relação às ESF implantadas em 01/04, ao ser testada a hipótese de igualdade das médias de setores contatados e de contatos nos últimos 6 meses entre as ESF implantadas no período de 98/2000 ($n=14$) e 2001/04 ($N=20$), para esta hipótese não encontrou-se evidência experimental suficiente para rejeitá-la. Portanto, dado os P -valores 0,150 e 0,766, respectivamente via teste não paramétrico Mann-Whitney, tem-se que em média o total de setores contatados, bem como o número de contatos realizados, nos últimos seis meses, são iguais entre as ESF implantadas no período de 98/2000 e 2001/04 (Tabela 30). A situação de igualdade de médias para o indicador “número de setores contatados desde a implantação”, segundo o período de implantação da ESF, é corroborada pela visualização do boxplot (Gráfico 9), uma vez que há uma superposição da distribuição do número de setores contatados pelas ESF do período de 98/00 e das de 01/04. Embora isto aconteça, as ESF implantadas no período de 98/00 tendem a valores maiores, isto é, a contatar mais setores, enquanto as ESF implantadas no período de 01/04, a valores menores, ou seja, contataram menos setores, porém com uma dispersão nos valores muito maior que das ESF implantadas no período de 98/00, o que nos leva a rejeitar a hipótese de diferença de médias.

Observa-se no gráfico de dispersão correspondente (Gráfico 10) que uma ESF pode fazer poucos contatos com vários setores e outra ESF pode fazer vários contatos com o mesmo setor.

Em outra hipótese na qual presumiu-se que as ESF que discutiram o diagnóstico em intervalo menor ou igual a seis meses ($N=20$) contatavam mais setores e tiveram um número de contatos maior do que as ESF que discutiram o diagnóstico com intervalo maior de seis meses, ao ser testada a hipótese de igualdade das médias de setores contatados e de contatos nos últimos seis meses, entre estas ESF, não houve evidência experimental suficiente para esta ser rejeitada, ou seja, P -valor 0,741 e 0,725, respectivamente. Portanto, tem-se que em média o total de setores contatados, bem como o número de contatos realizados, são iguais entre as ESF que discutem o diagnóstico de saúde mais recentemente e as que não discutem, isto é, as médias de 11 setores contatados desde a implantação (ESF que discutem o diagnóstico) e de 10 setores (ESF que não discutem o diagnóstico), não são diferentes estatisticamente; o mesmo se deu no tocante às médias de 45 contatos e 42 contatos (Tabela 30).

O pressuposto de que as ESF em que a comunidade participa junto com a equipe na identificação dos problemas (N=22) contata mais setores e faz mais contatos do que as ESF onde a comunidade não participa desta identificação (N=12), ao ser testada a hipótese de igualdade das médias de setores contatados e de contatos nos últimos seis meses, esta não apresentou evidência experimental suficiente para ser rejeitada: P_valor 0,153 e P_valor 0,928. Portanto, tem-se que em média o total de setores contatados, bem como a média do número de contatos realizados, são iguais entre as ESF em que a comunidade participa da identificação dos problemas e aquelas ESF em que a comunidade não participa (Tabela 30). A situação de igualdade de médias para o indicador “número de setores contatados desde a implantação”, segundo ESF em que a comunidade participa da identificação dos problemas é corroborada pela visualização do boxplot (Gráfico 11), uma vez que há uma superposição da distribuição do número de setores contatados pelas ESF em que a comunidade participa da identificação dos problemas e das ESF em que a comunidade não participa. Embora isto aconteça as ESF em que a comunidade participa da identificação dos problemas tendem a valores maiores, isto é, a contatar mais setores, enquanto as ESF em que a comunidade não participa da identificação dos problemas tendem a valores menores, ou seja, contatam menos setores. Porém, como visto no caso do período de implantação da ESF, vê-se, novamente, uma acentuada dispersão no número de setores contatados entre as ESF onde há participação da comunidade.

Isto ocorre, também, para o pressuposto de que as ESF em que as comunidades participam do encaminhamento dos problemas identificados (N=13) contatam mais setores e fazem mais contatos do que as ESF onde a comunidade não participa destes encaminhamentos (N=21), ou seja, a hipótese de igualdade das médias de setores contatados e de contatos nos últimos seis meses, ao ser testada, novamente, não apresentou evidência experimental suficiente para ser rejeitada: P_valor 0,776 para setores contatados e P_valor de 0,723 para contatos nos últimos 6 meses (Tabela 30).

O mesmo ocorre no pressuposto de que as ESF que utilizam a supervisão como forma mais freqüente de iniciativa para desencadear ações de outros setores (N=15) contatam mais setores e fazem mais contatos do que as ESF que utilizam outras formas com mais freqüência (N=19), onde a hipótese de igualdade das médias de setores contatados e de contatos nos últimos seis meses, também não apresentou evidência

experimental suficiente para ser rejeitada, dado P valor 0,457 para setores contatados e P valor 0,617 para contatos nos últimos seis meses (Tabela 30).

Desta forma, a despeito dos testes estatísticos para os cinco condicionantes terem resultado em rejeição da diferença de média de setores contatados, bem como do número de contatos nos últimos 6 meses, para todos os condicionantes, vale ressaltar que no caso dos condicionantes apresentados nos gráficos 9 e 11, os P-valores foram *borderline*, ao nível de significância de 10%. Ou seja, é possível que se estivéssemos investigando um número maior de equipes poderíamos encontrar significância ao nível de 5%.

Tabela 30 - Indicadores de intensidade intersetorial segundo os condicionantes de atuação intersetorial considerados na pesquisa. Petrópolis-RJ, 2005.

Indicadores	Condicionantes	N ESF	*Média	Erro Padrão	P_valor(*)
Período de implantação					
Nº de setores contatados desde a implantação	98/00	14	12	0,74	0,150
	01/04	20	10	0,92	
Nº de contatos nos últimos 6 meses	98/00	14	43	8,97	0,766
	01/04	20	48	10,58	
ESF discute diagnóstico no último semestre					
Nº de setores contatados desde a implantação	Sim	20	11	0,94	0,741
	Não	10	10	1,02	
Nº de contatos nos últimos 6 meses	Sim	20	45	10,08	0,725
	Não	10	42	11,72	
Participação da comunidade na identificação dos problemas					
Nº de setores contatados desde a implantação	Sim	22	12	0,80	0,153
	Não	12	10	1,00	
Nº de contatos nos últimos 6 meses	Sim	22	49	9,98	0,928
	Não	12	41	9,10	
Participação da comunidade no encaminhamento dos problemas					
Nº de setores contatados desde a implantação	Sim	13	11	1,10	0,776
	Não	21	11	0,79	
Nº de contatos nos últimos 6 meses	Sim	13	40	6,54	0,723
	Não	21	49	10,92	
Desencadear ação através da Supervisão					
Nº de setores contatados desde a implantação	Sim	15	11	0,96	0,457
	Não	19	11	0,86	
Nº de contatos nos últimos 6 meses	Sim	15	40	8,26	0,617
	Não	19	51	11,43	

* Média de setores contatados e de contatos

Gráfico 9 - Número de setores contatados pelas ESF desde a implantação, segundo período de implantação das ESF. Petrópolis-RJ, 2005.

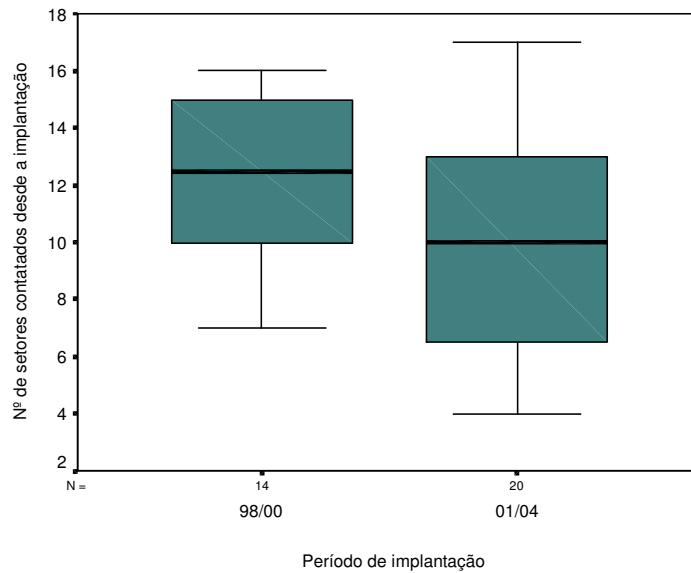


Gráfico 10 - Distribuição do número de contatos realizados pelas ESF, segundo o número de setores contatados desde a implantação período pré e pós 2001. Petrópolis-RJ, 2005.

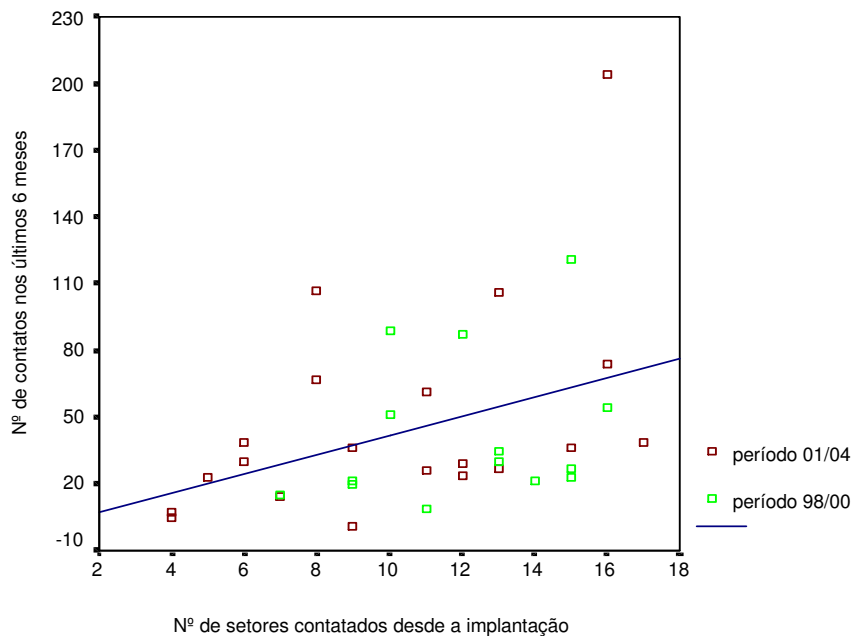
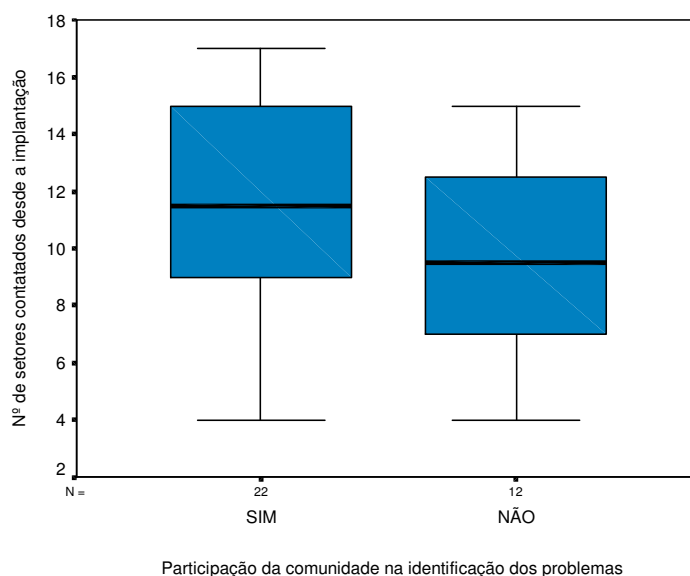


Gráfico 11 - Numero de setores contatados desde a implantação, segundo o número de ESF em que a comunidade participa da identificação dos problemas. Petrópolis-RJ, 2005.



VI.2.2 - Relação entre condicionantes e proporção média de setores que dão respostas positivas, na maioria das vezes, dentre os contatados

Outro indicador da intensidade da ação intersetorial adotado foi a proporção média de setores que retornam contato na maioria das vezes dentre os contatados, onde as hipóteses foram testadas pelo teste não paramétrico de Mann-Whitney (Luiz, 2004:320-21).

No pressuposto de que as ESF implantadas no período de 1998/2000 (N=14) teriam um retorno dos setores contatados mais efetivo do que as ESF implantadas no período de 2001/04 (N=20), pois por terem mais tempo de implantação poderiam ter estabelecido formas mais efetivas de acesso aos setores, ao ser testada a hipótese de igualdade das médias de retorno dos setores, esta não teve evidência experimental suficiente para ser rejeitada. Portanto, dado o P_valor de 0,410, via teste não paramétrico Mann-Whitney, tem-se que em média o total de retorno dos setores é similar entre as ESF implantadas no período de 98/00 (retorno de 44%) e 01/04 (retorno de 38%) (Tabela 31).

Quando se presumiu que as ESF que discutiram o diagnóstico em intervalo menor ou igual a seis meses (N=20) tinham mais retorno dos setores do que as ESF que discutiram o diagnóstico com intervalo maior de seis meses, ao ser testada a hipótese de igualdade das

médias de retorno dos setores entre estas ESF, novamente, não houve evidência experimental suficiente para esta ser rejeitada ao nível de significância de 5%, ou seja, P_valor 0,098, portanto tem-se que em média o retorno dos setores contatados é igual entre as ESF que discutem o diagnóstico de saúde mais recentemente e as que não discutem (Tabela 31).

O pressuposto de que as ESF em que a comunidade participa junto com a equipe na identificação dos problemas (N=22) teriam mais retorno dos setores contatados do que as ESF onde a comunidade não participa desta identificação (N=12), ao ser testada a hipótese de igualdade das médias de retorno dos setores, também esta relação não apresentou evidência experimental suficiente para ser rejeitada: P_valor 0,745. Portanto, tem-se que em média o retorno dos setores contatados é igual entre as ESF em que a comunidade participa da identificação dos problemas e aquelas ESF em que a comunidade não participa (Tabela 31).

Isto ocorre, também, para o pressuposto de que as ESF em que as comunidades participam do encaminhamento dos problemas identificados (N=13) teriam mais retorno dos setores do que as ESF onde a comunidade não participa destes encaminhamentos (N=21), ou seja, a hipótese de igualdade da média de retorno dos setores contatados, ao ser testada não apresentou evidência experimental suficiente para ser rejeitada: P_valor 0,750. Portanto, tem-se que em média o retorno dos setores contatados são iguais entre as ESF em que a comunidade participa do encaminhamento dos problemas e as ESF em que a comunidade não participa (Tabela 31).

O mesmo ocorre no pressuposto de que as ESF que utilizam a supervisão como forma mais freqüente de iniciativa para desencadear ações de outros setores (N=15) teriam mais respostas dos setores contatados do que as ESF que utilizam outras formas com mais freqüência (N=19). Neste caso, também a hipótese de igualdade da média de retorno não apresentou evidência experimental suficiente para ser rejeitada: P valor 0,065, portanto, tem-se que em média o retorno dos setores contatados é igual entre as ESF que utilizam a supervisão como forma mais freqüente de desencadear a ação dos setores e as ESF que utilizam outras formas com maior freqüência (Tabela 31).

Em relação a este indicador da atuação intersetorial das ESF (porcentagem média de setores que retornam contato na maioria das vezes dentre os contatados) as únicas variáveis que poderiam rejeitar a hipótese de igualdade das médias seriam as variáveis “ESF que discutem o diagnóstico com uma frequência menor ou igual a seis meses” em relação as que discutem com uma frequência acima de seis meses (P_valor 0,098), e a variável “ESF que utilizam a supervisão como forma mais frequente de desencadear a ação dos outros setores” em relação às que utilizam outras formas mais frequentes (P_valor 0,065). Isto, porém, somente poderia ser afirmado, se considerássemos um nível de significância de 10% e não de 5%, o que tem sido considerado até então. Com isto as hipóteses de igualdade das médias nestas duas variáveis continuam não podendo ser rejeitadas, ou seja, tais P-valores são *borderlines* ao nível de 5% e aceitáveis ao nível de 10% de significância, isto é, é possível que se estivéssemos investigando um número maior de equipes, poderíamos encontrar significância a 5%.

O P_valor 0,098 da variável “ESF que discutem o diagnóstico com uma frequência menor ou igual a seis meses em relação as que discutem com uma frequência acima de seis meses” é corroborado pela visualização do boxplot (Gráfico 12), onde há uma superposição da distribuição de retorno dos setores entre os dois grupos de ESF. Porém, as ESF que discutem o diagnóstico com uma frequência menor ou igual a seis meses tendem a ter uma porcentagem maior de retorno dos setores do que as ESF que discutem o diagnóstico com uma frequência acima de seis meses.

O P_valor 0,065 da variável “ESF que utilizam a supervisão como forma mais frequente de desencadear a ação dos outros setores” em relação às que "utilizam outras formas mais frequentemente” é corroborado pela visualização do boxplot (Gráfico 13), onde há uma superposição da distribuição de retorno dos setores entre os dois grupos de ESF. Embora isto ocorra, as ESF que utilizam a supervisão como forma mais frequente de desencadear a ação dos outros setores, têm uma dispersão mais concentrada e em valores mais baixos do que as ESF que utilizam outras formas com mais frequência de desencadear a ação. Sugerindo que isto poderia estar relacionado aos tipos de problemas que são encaminhados pela supervisão (problemas mais complexos?), com um encaminhamento burocrático e os que são encaminhados de outras formas, já que foi observado que os setores da mesma hierarquia que as ESF (escolas, ONGs, instituições religiosas), dão mais

retorno às ESF, e provavelmente os problemas encaminhados a estes setores são de resolução menos complexa.

As hipóteses testadas neste capítulo mostram que o período de implantação das ESF pode não estar fazendo a diferença para uma melhor ação intersetorial, porém a discussão do diagnóstico aponta para uma característica que se diferencia quanto ao retorno, ou seja, as ESF implantadas no período de 01/04, são as que mais discutem o diagnóstico (P valor 0,045); as que mais discutem o diagnóstico são as que têm maior retorno (P valor 0,098), mas em número absoluto as que tiveram maior retorno seriam as ESF implantadas no período de 98/00 (43,92%), porém esta última informação não tem significância estatística (p valor 0,41).

Os tipos de setores que mais dão retorno às ESF são os de nível hierárquico semelhante às ESF (escolas 94,7%, instituições religiosas 81% e ONGs 68,4%), para os quais provavelmente, não se vê a necessidade de utilizar uma ação através da supervisão, o que é corroborado pelo fato de que as ESF que utilizam outros meios que não a supervisão têm maior proporção média de retorno (P valor 0,065) (Gráfico 13). Não é pelo motivo das ESF não contatarem a supervisão que elas têm mais retorno e sim porque contatam setores cuja agilidade de retorno é mais fácil, e/ou as ESF têm melhor acesso.

Tabela 31 – Proporção média de setores que retornam contato, na maioria das vezes, dentre os contatados, erro padrão e P_valor, segundo condicionantes de atuação intersetorial. Petrópolis - RJ, 2005.

Condicionantes	N	Média	Erro Padrão	P_valor(*)
Período de implantação				
98/00	14	43,92	7,11	0,410
01/04	20	37,56	5,27	
ESF discute diagnóstico no último semestre				
Sim	20	45,23	6,14	0,098
Não	10	27,67	5,14	
Participação da comunidade na identificação dos problemas				
Sim	22	42,10	6,13	0,745
Não	12	36,66	4,34	
Participação da comunidade no encaminhamento dos problemas				
Sim	13	41,14	7,77	0,750
Não	21	39,59	5,04	
Desencadear ação através da supervisão				
Não	18	47,94	6,79	0,065
Sim	16	31,45	3,91	

Gráfico 12 - Percentual de setores que retornam o contato, na maioria das vezes, às ESF, segundo discussão do diagnóstico de saúde. Petrópolis-RJ, 2005.

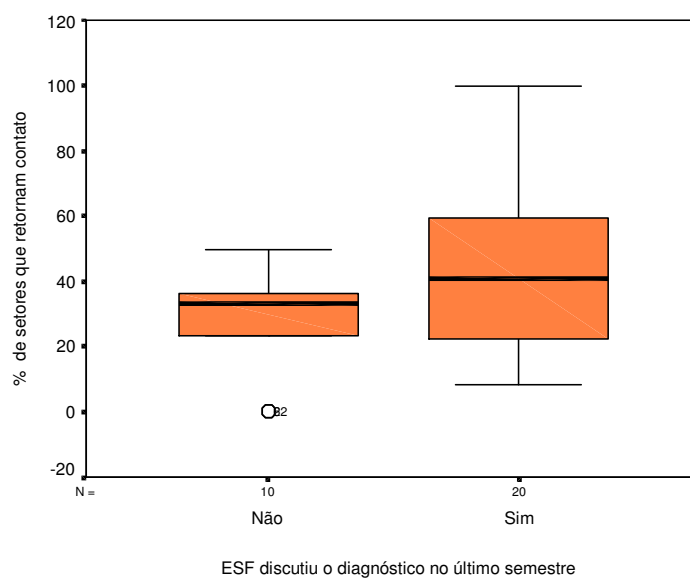
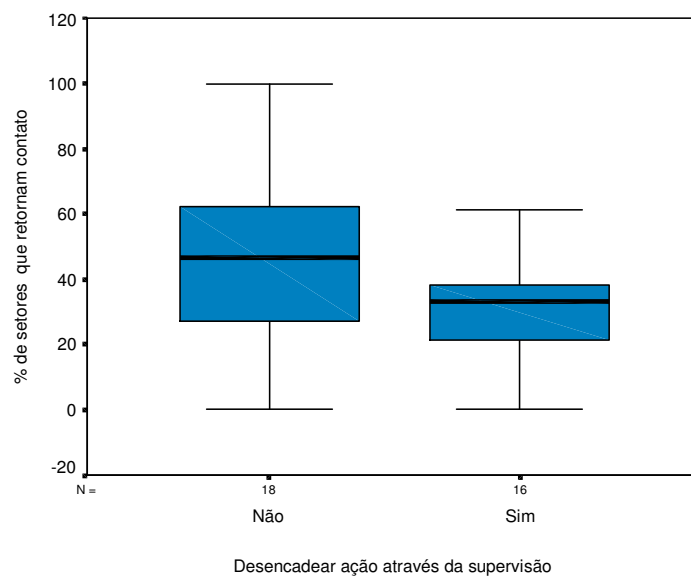


Gráfico 13 - Percentual de setores que retornam contato, na maioria das vezes, às ESF, segundo o desencadeamento da ação através da supervisão. Petrópolis-RJ, 2005.



CAPÍTULO VII - DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados dessa pesquisa demonstram que todas as ESF apresentaram iniciativas voltadas à promoção da ação intersetorial, iniciando algumas delas, já mesmo quando da utilização dos instrumentos para a formulação do diagnóstico de saúde de suas comunidades, ao se reportarem a outros órgãos e à população na coleta de informações. Portanto, as ESF têm clareza de sua atribuição de promotoras da ação intersetorial, esforçando-se de várias maneiras para fomentar o envolvimento dos outros setores no enfrentamento conjunto dos problemas identificados.

No que diz respeito às iniciativas das ESF, a maioria delas está em sintonia com a proposta intersetorial, pois, realizam diagnóstico de saúde com informações da comunidade, selecionam problemas para intervir, isto é, trabalham com a lógica de problemas, utilizam o planejamento situacional para hierarquização destes problemas, usam a discussão com a comunidade como forma de selecionar problemas a enfrentar, convocam reuniões e promovem mobilização comunitária. Isto vem ao encontro, no espaço “micro” das ESF, de alguns aspectos do que Zancan (2003:51) enfatiza como importantes ferramentas para a intersetorialidade: “i) diagnóstico participativo das necessidades e potencialidades locais num processo de democratização das informações e produção de novos conhecimentos/consensos sobre a realidade local; ii) criação de espaços institucionalizados de discussão pactuação de prioridades e formas de ação integradas e integradoras; iii) definição de uma agenda de ações com co-responsabilização e convergência de recursos; e iv) mecanismos internos de monitoramento e avaliação que subsidie, constantemente, a tomada de decisão e a aferição de resultados visando a sustentabilidade das ações”. É necessário, portanto, que estas ferramentas sejam adotadas por todo o governo municipal abrangendo um espaço “macro” e aí sim, efetivando a intersetorialidade como estratégia para melhorar a qualidade de vida de suas comunidades.

Estas ações realizadas pelas ESF também estão em consonância com o referido por Inojosa (1998:3): “o modelo que tem como paradigma de organização a intersetorialidade visa propiciar a introdução de práticas de planejamento e avaliação participativas e integradas, na perspectiva situacional, de compartilhamento de informações e de permeabilização ao controle social”. Foi observado, portanto, nesta pesquisa que as ESF,

dentro de seu espaço de atuação, buscam a intersetorialidade e utilizam algumas das práticas apontadas por esta autora para viabilizar suas ações.

A pesquisa mostrou que os problemas identificados pelas ESF são os mesmos tanto para as equipes implantadas há mais tempo como para as implantadas mais recentemente, o que leva a crer que se houvesse uma proposta intersetorial abrangente e efetiva do governo municipal, ou o PSF fosse tido como uma política municipal para o desencadeamento da melhoria da qualidade de vida das comunidades, através de ações intersetoriais, alguns problemas encontrados nas comunidades das ESF mais antigas já deveriam ter sido solucionados, o que não ocorreu. Isto confirma um dos pressupostos deste trabalho que o PSF é uma política restrita ao Setor da Saúde de Petrópolis-RJ, não sendo tratado pelo governo como uma política municipal. As dificuldades apontadas pelas ESF na condução, ou melhor, na tentativa de seu trabalho intersetorial também corroboram esta afirmação.

O estudo mostrou que as ESF não se limitaram aos órgãos governamentais na busca de resolução dos problemas identificados em suas comunidades. Foram mais além, expandindo seus espaços, demonstrando que existe uma necessidade real da inclusão de diversos atores e setores na implementação de políticas públicas. Para Farah (2001:136) a construção de novos arranjos institucionais só se completa com o estabelecimento de “novas formas de articulação entre Estado, sociedade civil e mercado”, o que tende “a uma inclusão de novos atores na formulação e implementação das políticas públicas no nível local”. A autora cita que em uma análise de 629 iniciativas de governos locais inscritas no Programa Gestão Pública e Cidadania, mais de 40% dos programas envolviam a sociedade civil ou entidades do setor privado.

Foi observado também, que mesmo a intersetorialidade dependendo de uma política geral, existem algumas iniciativas das ESF que funcionam, quando estas ações são desenvolvidas com setores da mesma hierarquia das equipes e/ou fora do aparato governamental (instituições religiosas, ONGs e escolas). Isto vem ao encontro do referido por Junqueira (2000:41-20) que “como prática, a implantação do SUS (...), ainda se restringe a uma perspectiva intra-setorial, na dimensão da assistência, com alguma negociação intersetorial”. Porém, fica claro que o exercício da intersetorialidade requer uma articulação a um nível hierárquico maior, ou seja, uma política intersetorial municipal.

As melhorias mais citadas pelas ESF (implantação do Programa Cesta Cheia Família Feliz, controle de roedores, melhorias na coleta do lixo, obras diversas), são realizadas pelas instituições governamentais. As instituições religiosas e ONGS, que são citadas como dando mais respostas às solicitações das ESF, têm seus retornos quase não sendo lembrados pelas ESF como “melhorias”, o que induz à conclusão que os problemas levados a estes órgãos não governamentais não são de grande magnitude. Ao contrário dos levados às instituições governamentais, que quando solucionados são considerados e apontados pelas ESF.

As concepções das ESF sobre a intersetorialidade não se distanciam dos conceitos adotados pelos autores pesquisados, pois se reportam à integração, parceria, ação conjunta e união de todos os setores para a realização de um objetivo, como é definido pela OMS (1984 apud Zancan 2003:54): “ação na qual o setor saúde e os demais setores pertinentes colaboram para o alcance de uma meta comum, mediante estreita coordenação das contribuições dos outros setores”. Porém, ainda não é muito claro para a maioria das ESF que a intersetorialidade é uma estratégia abrangente, implicando num processo que contém várias etapas: de diagnóstico, formulação, atuação e avaliação conjunta, dos problemas identificados em um determinado território, com isto “extrapolando as eventuais ações conjuntas ou o desenvolvimento de projetos” (Inojosa & Junqueira, 1997:161). Também, algumas ESF não entendem, até então, que a intersetorialidade engloba a participação de todas as instituições: governamentais, não governamentais e sociedade civil.

Segundo Junqueira (2000:42), a intersetorialidade “incorpora a idéia de integração, de território, de equidade, enfim de direitos sociais”. Para este autor a idéia “é partir de problemas da população e procurar de forma integrada, soluções que remetam às ações e aos saberes próprios de cada política” (Junqueira 1998:14). Estas iniciativas são praticadas pelas ESF, o que estaria apontando que o PSF tem potencialidade para ser uma “ferramenta” inicial para o desencadeamento da estratégia de ação intersetorial para o município, porém as ESF não podem assumir até mesmo uma primeira etapa, de diagnóstico, sozinhas, pois a intersetorialidade requer a articulação e participação dos setores e comunidade em todas as etapas, desde a identificação dos problemas até a avaliação e reformulação das propostas, caso haja necessidade desta última.

Na percepção das ESF sobre seu processo de trabalho intersetorial, observou-se sua insatisfação, pois consideram seu trabalho ineficiente apesar de suas iniciativas em direção à ação intersetorial. As ESF se apropriaram de seu “papel” intersetorial, mas não têm apoio da estrutura governamental para promoverem as mudanças desejadas. Esta constatação vem confirmar o já previsto por Mendes (1996:46), que as ESF por estarem hierarquicamente em um nível inferior dos setores implicados na resolução dos problemas identificados, teriam seus esforços integrativos limitados, pois estes, estariam na dependência das “capacidades de condução de níveis superiores”.

Esta insatisfação das ESF tem um significado grande para o desenvolvimento do programa, pois os profissionais entram no PSF estimulados por esta nova proposta de estar intervindo nos condicionantes e determinantes que afetam a saúde das comunidades, porém a falta de apoio dos outros setores responsáveis, implicará em um desestímulo destes profissionais e no risco de um retorno às práticas assistenciais tradicionais, portanto, impedindo a reversão do modelo assistencial. Esta situação também pode interferir no “tempo de vida” dos profissionais no PSF, levando-os a abandonar o programa. Para Martins (1994:183 apud Inojosa 1998:43), nenhum processo de modernização “pode progredir e frutificar se não conta com o apoio de uma rede de órgãos especialmente criados para funcionar como terreno no qual esse processo deita raízes, extraindo daí a seiva que necessita para expandir-se”.

As dificuldades enfrentadas pelas ESF para o desenvolvimento de ações intersetoriais são bem diversificadas. As ESF apontam a falta de respostas dos setores aos problemas que lhes são encaminhados, como um importante obstáculo, entendendo como desinteresse às suas solicitações. A excessiva burocracia também é um fator impeditivo para o processo de trabalho intersetorial das ESF. Para Inojosa (1998:38) a forma como o aparato governamental se estrutura “é um elemento determinante para a qualidade dos produtos ou serviços que o Estado entrega à sociedade (...)”. Para esta autora as estruturas organizacionais se apresentam de forma “piramidal”, com “vários escalões hierárquicos”, “departamentalizados por áreas de especialidades”, desenvolvendo-se neste contexto diversas formas de organizar o trabalho, tais como: “centralização decisória, planejamento normativo, dicotomia entre planejamento e execução, sigilo e ocultação de informações, formalização excessiva, e distanciamento do cidadão e mesmo do usuário, dificultando o

controle social”. A autora, também, refere que esta forma de estruturar as organizações e suas práticas foram “moldadas, historicamente, para gerenciar grupos hegemônicos na sociedade, atendendo aos seus interesses”.

A pesquisa também mostrou que é precária a estrutura das USF em relação aos meios de comunicação, tidos pelas ESF como instrumentos importantes para desencadear as ações intersetoriais. E que a supervisão considerada pelas ESF como um elo de ligação entre elas e os setores também desfruta de poucos recursos para desempenhar seu trabalho, sendo necessário proporcionar condições diversas às ESF e à supervisão para executarem suas ações. Em relação à supervisão estas condições perpassam, entre outras, por maior autonomia e pela diminuição do número de unidades de saúde que cada supervisor é responsável. Foi observado na pesquisa que as ESF reivindicam a presença da supervisão em seu processo de trabalho intersetorial, porém algumas ESF acreditam que este trabalho intersetorial junto com a supervisão só se efetivará com mudanças na estrutura governamental.

Dentre as ações apontadas pelas ESF como necessárias para superar suas dificuldades quanto ao seu trabalho intersetorial, as equipes propõem a realização de um movimento de integração e sensibilização de todos os setores e a capacitação dos setores para a ação intersetorial, o que vem ao encontro das citações de Junqueira (2000:42) ao referir que para exercer a intersetorialidade não basta somente um planejamento articulado das ações e serviços, são necessárias “mudanças de valores, da cultura que é refletida nas normas sociais e regras que pautam o agir de grupos e organizações sociais”, portanto, havendo necessidade de se sensibilizar e capacitar o “interior” das organizações, pois se trata do nível que irá executar as políticas.

As ESF também reconhecem que o atual modelo de gestão municipal, baseado em uma administração fragmentada, não dá conta da resolução dos problemas, sugerindo, mesmo sem maiores especificações, outras formas de ação política, confirmando o que foi referido por diversos autores que a concepção ampliada de saúde requer reformas organizacionais a fim de dar respostas concretas às necessidades da população (Inojosa & Junqueira, 1997; Inojosa 1998; Junqueira 1998; Viana, 1998; Westphal & Mendes, 2000; Zancan 2003:49). Esta nova forma de gestão estaria abrangendo outras sugestões das ESF

categorizadas em: “maior comprometimento das secretarias”; “melhorar o acesso aos setores”; “promover entrosamento”; e “diminuir a burocracia”.

Embora algumas ESF admitam que suas iniciativas para envolver a comunidade no processo intersetorial sejam insuficientes, mais da metade delas têm se empenhado em iniciativas para promoverem a participação comunitária, porém o resultado obtido não corresponde ao esperado de um programa que tem na participação popular um dos seus grandes enfoques. Para Jacobi (2002: 446-51) “a realidade brasileira é marcada por configurar um contexto de baixa institucionalização, no qual a maioria da população pouco se mobiliza para explicitar sua disposição de utilizar os instrumentos da democracia participativa visando romper com o autoritarismo social que prevalece (...)”, pois isto é “decorrente da cultura política tradicional” baseada “na tutela, no clientelismo e no patrimonialismo político”, havendo necessidade de “superação das bases que constituem esta forma de cultura, construindo novos hábitos”, a fim de “neutralizar o clientelismo e de aproximar o cidadão do processo decisório”, sendo que as formas para ampliar a participação do cidadão “estão intrinsecamente vinculadas à predisposição dos governos locais de criar espaços públicos e plurais de articulação e participação (...)”. Para este mesmo autor “as complexidades da participação também são avaliadas, como resultado de um desestímulo da população usuária face aos poucos resultados positivos e à lentidão na resposta da administração frente às demandas dos setores mais carentes (...)”.

Para Ferreira & Buss (2002:23) a participação social é um requerimento essencial para o desenvolvimento local integrado e sustentável. Para tanto é necessário empoderar a população através da disponibilização de informações técnicas que serão por elas utilizadas em suas reivindicações e na determinação de suas necessidades e problemas prioritários, e também na escolha de alternativas para enfrentá-los.

Segundo Mendes (1996:261) “mulheres e homens informados e participantes constroem, individual e coletivamente, com suas vontades e inteligências, a cidade produtora social de saúde e, ao fazê-lo, vão formando-se como cidadãos”.

Os resultados da pesquisa também mostraram que as próprias equipes, do mesmo modo que a comunidade, encontram dificuldades em exercer sua cidadania no que diz respeito à participação social. Sua participação no conselho municipal de saúde e mesmo

seu conhecimento sobre o papel deste espaço na construção da saúde no município, não é valorizado por elas. Estes espaços são vistos pelas ESF como espaços políticos, fazendo separação entre política e sua atuação técnica. Entende-se que os profissionais de saúde possuem acesso à informação, portanto a dificuldade de participação popular está atrelada fortemente a um fator cultural e não somente à disponibilização de informações.

As hipóteses formuladas na pesquisa sobre características do trabalho das ESF indicativas de uma melhor atuação intersetorial não tiveram confirmação estatística, indicando que não bastam os esforços das ESF para proporcionar uma atuação intersetorial efetiva, embora em algumas situações as ESF tenham conseguido resultados positivos. Isto implica na necessidade de uma política intersetorial abrangendo todo o município, o que provavelmente não se dará sem a modificação da estrutura governamental municipal baseada até então no modelo tradicional. Sem que estas modificações estruturais aconteçam é pouco provável que o PSF atinja o objetivo de estar melhorando a qualidade de vida das comunidades, o que trará um desgaste das ESF, por se esforçarem tanto, mas não terem retorno do seu trabalho e também descrédito da população em relação a este novo modelo de assistir as comunidades.

A pesquisa mostrou que, embora, nas normatizações do PSF elaboradas pelo MS seja designado às ESF atuarem de forma intersetorial promovendo parcerias com outros setores, as ESF não conseguem efetivar plenamente esta atribuição, não por insuficiência de esforços, mas devido à ausência de uma política intersetorial mais ampla. O que as ESF conseguem, dentro da política organizacional adotada nestes sete anos de implantação do PSF no município, é serem mediadoras de algumas ações intersetoriais, o que está de acordo com o proposto na Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde que estabelece aos profissionais de saúde um papel de mediação das ações intersetoriais (MS, 2001c:20).

Com base na revisão bibliográfica realizada pode-se argumentar que o PSF, em suas diretrizes e normatizações, apresenta uma concepção restrita de “intersectorialidade”, pois a subentende quase totalmente como responsabilidade de iniciativa da ESF, que é incumbida de promover ações intersetoriais e a busca de parcerias com diversos órgãos. É claro que a ESF pode desenvolver algumas ações, mas estas poderão ser limitadas, pois os problemas identificados, externos ao setor saúde, somente serão solucionados com uma política

intersetorial de governo, que vá além dos esforços das ESF. É necessário, portanto que diante desta nova estratégia de organização da atenção básica e conseqüentemente do SUS, sejam repensadas as práticas de todos os atores e setores envolvidos neste processo, bem como sua forma de organização. E é imprescindível que haja a participação de toda a comunidade na identificação de seus problemas e no encaminhamento e acompanhamento da resolução dos mesmos, a participação dos conselhos e representações sociais locais, conselhos municipais, outros setores/órgãos governamentais e não governamentais, gestores, políticos, enfim é necessário a participação de todos, a fim de se concretizar esta estratégia de mudança.

Observou-se que o Programa de Saúde da Família, cujo objetivo geral é a melhoria da qualidade de vida da população, no que se refere às ESF no município de Petrópolis-RJ, tem condições de cumprir sua missão de atuar intersetorialmente, pois as ESF se empenham e tem consciência de seu papel intersetorial, porém para isto o PSF deverá ser instituído como “desencadeador” de uma estratégia intersetorial, de um novo modo de administrar o aparato governamental, com todo um entorno que lhe dê sustentabilidade e lhe faça companhia. Para Westphal & Mendes (2000:55) nas experiências brasileiras é o “setor saúde o articulador do projeto na cidade e responsável pela fase de disseminação do ideário de cidades saudáveis”. E a Carta de Bangkok para a Promoção da Saúde (WHO, 2005:4) reforça que o setor saúde possui uma liderança importante na construção de políticas públicas e parcerias para a promoção da saúde.

O PSF é um programa com desenho intersetorial. Identifica demandas que o modelo de organização tradicional do aparato governamental, de caráter assistencialista e fragmentado (Inojosa, 1998:39), não dá conta de solucionar. O PSF é a política nacional para a reorientação do modelo assistencial à saúde da população, a partir da atenção básica, pretendendo que as ações efetuadas sejam abrangentes, assumindo “uma visão ativa da intervenção em saúde” (Senna et al., 2002:193). A pesquisa demonstrou, portanto, que o descompasso da gestão municipal com uma política tradicional de atuação intersetorial impede o alcance de um dos objetivos principais da Estratégia Saúde da Família que é o de colaborar para a melhoria da qualidade de vida das comunidades de sua área de atuação. Para Viana (1998:31), nos municípios brasileiros muitas políticas sociais inovadoras, com programas de desenho intersetorial, têm sido implementadas, porém barreiras burocráticas e

corporativas, tais como resistência a mudanças em seus modelos de serviço, por acarretarem a transferência de recursos financeiros, humanos e técnicos para novos espaços organizacionais, têm impedido o desenvolvimento destas experiências. Zancan (2003:54) refere que as experiências de implantação de ESF em locais urbano-metropolitanos demonstraram que a ação intersetorial nestas situações “é muito mais complexa, exigindo um grande esforço de articulação que se traduz numa nova forma de administração e gestão pública das cidades”.

É necessário, portanto que diante desta nova estratégia de reestruturação do modelo assistencial, baseado na melhoria da qualidade de vida da população através do desenvolvimento social, sejam repensadas as práticas de todos os atores e setores envolvidos neste processo, levando à reformulação da forma de conduzir as organizações. Esta mudança tem sido adotada por alguns municípios brasileiros envolvidos em projetos de cidades saudáveis, na forma de “organização matricial, que assume a lógica de atuação por problemas como referência e a interdisciplinaridade e intersetorialidade como forma de abordagem (...)” (Westphal & Mendes, 2000:55-7). Para Inojosa & Junqueira (1997:161), implantar a intersetorialidade requer decisão política, pois implica quebrar a antiga estrutura organizacional de poder.

Ainda que, os marcos teóricos da intersetorialidade deixem claro que a efetivação da intersetorialidade depende de uma política de governo (supra setorial) e esta pesquisa tenha concluído que o processo de trabalho intersetorial das ESF no município de Petrópolis-RJ necessite de uma política intersetorial formulada pelo gestor municipal em parceria com todos os setores e sociedade civil, os resultados do presente estudo permitem apontar algumas recomendações para a efetivação da intersetorialidade. Sugere-se como proposta para o início de um movimento de implantação de uma política intersetorial municipal, que o setor saúde execute o que tem sido observado em outros momentos, ou seja, dê um “primeiro passo” sendo o desencadeador deste processo intersetorial por meio da promoção de oficinas de Vigilância em Saúde (que tem como pilares de trabalho os problemas/território/intersetorialidade) com a participação de atores estratégicos de todos os setores governamentais, não governamentais e representação popular, a fim de que a partir daí sejam criadas comissões intersetoriais. Outra recomendação é a criação de fóruns intersetoriais de discussão, estimulando a participação de todos. Recomenda-se também que

sejam fortalecidas as ações de Educação Permanente (MS, 2005), iniciadas junto às ESF, já que estas ações fomentam a “construção de coletivos de trabalho” a partir do enfrentamento de problemas, com o propósito de constituir a “malha de cuidados ininterruptos à saúde, que, necessariamente, é intersetorial” (MS, 2005: 51-3). Estas iniciativas têm por objetivo chamar a atenção dos órgãos executivos municipais e impulsionar a mudança do modelo organizacional, a fim de que se dê condições às ESF de cumprirem a sua atribuição dentro do PSF de estarem atuando de forma intersetorial e conseqüentemente promovendo a qualidade de vida das comunidades sob suas responsabilidades.

Apesar dos determinantes culturais e históricos na baixa mobilização da população na busca de seus direitos, demandando tempo para a adoção de formas mais participativas (Fernandes, 2005), é imprescindível que haja a participação da comunidade nos movimentos de luta por uma política intersetorial municipal. Para tal deixa-se, também como proposta que as ESF sejam capacitadas em estratégias para desencadear o envolvimento das suas comunidades nestas lutas, e que as instituições governamentais apoiem, com todos os recursos necessários, as ESF a criarem espaços de discussão em suas comunidades. Outra proposta é que as ESF sejam orientadas sobre a estrutura organizacional da PMP e suas atribuições a fim de terem claro quem são os órgãos responsáveis pelos problemas identificados, bem como serem informadas sobre o funcionamento do COMSAUDE. Também seria importante a promoção de espaços de discussão com as ESF sobre a abrangência da intersetorialidade.

O estudo deixou claro, que embora as ESF reconheçam que a supervisão necessite de melhores condições de trabalho, as equipes sentem necessidade de uma supervisão mais efetiva e presente. Deixa-se como proposta para qualificar a atuação da supervisão, que sejam criados espaços para a reflexão e discussão do seu processo de trabalho junto às ESF e, também, como sujeitos participantes da ação intersetorial. Propõem-se, ainda, que seja proporcionado à equipe de supervisão capacitações periódicas a fim de melhorar seu desempenho dentro da Estratégia Saúde da Família.

Os fatores restritivos do processo de trabalho intersetorial das ESF identificados nesta pesquisa são intensos e dizem respeito: à implantação do PSF ter se dado sem uma base estrutural governamental que lhe desse apoio e estivesse mais próxima das ESF; ao

esforço que as ESF despendem para conseguirem desbravar a burocracia imposta pela atual forma de organização governamental, a fim de conseguirem algum resultado positivo às suas solicitações, gerando um custo humano e de “tempo”, que poderiam estar sendo dispensados a outras ações, e que podem provocar, posteriormente, o desgaste das equipes. Entretanto, o grande fator restritivo identificado e que, provavelmente, engloba todos os outros fatores que poderiam ser considerados, é a não instituição do PSF como política municipal para a melhoria da qualidade de vida da população, ancorado em uma política intersetorial.

Este trabalho identificou alguns fatores facilitadores do processo de trabalho intersetorial das ESF. Foi observado que a aproximação geográfica e a mesma hierarquia dos setores com as ESF, ou seja, organizações com as quais as ESF estabelecem relações horizontais, facilitam a ação intersetorial. Outro facilitador identificado é o esclarecimento que as ESF têm do seu papel intersetorial. A discussão do diagnóstico da comunidade em espaço de tempo menor ou igual a seis meses e as iniciativas próprias das ESF para buscar a ação intersetorial, também mostraram-se facilitadoras deste processo. Porém, um facilitador observado nesta pesquisa se destaca como primordial, pois ele está dentro das próprias ESF, faz parte delas: foi a atitude de luta por melhorias que as ESF demonstraram, foi a vontade de dar solução às situações problemáticas que encontraram, enfim foi o compromisso que tiveram na busca de mudanças em suas comunidades a fim de que estas possam viver com mais dignidade.

Em síntese, este trabalho concluiu que o exercício da intersetorialidade exige não apenas o esforço das ESF, isto é, que simplesmente seja definido que as equipes devam promover ações interssetoriais e parcerias para a resolução dos problemas identificados em sua área de atuação, mas exige uma política maior, municipal, onde todos os setores governamentais, não governamentais e sociedade civil estarão direcionados ao cumprimento de um objetivo, ou seja, de uma dada política.

Este trabalho deixa como questões para futuras análises: Como está se dando o processo de trabalho das ESF em municípios que adotaram formas matriciais de organização? Como se dá a relação entre as ESF e os outros setores nestes municípios? As mediações interssetoriais das ESF são mais efetivas nestes casos? Quais são os fatores

restritivos e facilitadores que estas mudanças trouxeram para o trabalho intersetorial das ESF? Em suma, como se encontra o processo intersetorial nos municípios que adotaram novas formas de organização de suas estruturas administrativas?

Este trabalho procurou contribuir para a reflexão de ESF, supervisores e gestores do município sobre suas práticas intersetoriais, tentando estimular a busca de “novos caminhos” e “novas formas de organização” da política pública municipal para a efetivação da Estratégia Saúde da Família no município de Petrópolis – RJ. Espera-se que a experiência do processo de trabalho intersetorial das ESF do município de Petrópolis-RJ auxilie outros municípios e estudiosos do assunto a formularem e implantarem políticas avaliando todos os fatores que são necessários para desenvolvê-las, a fim de que elas se tornem efetivas.

CAPÍTULO VIII - BIBLIOGRAFIA

BECKER, D. 2001. *No Seio da Família: Amamentação e Promoção da Saúde no Programa de Saúde da Família*. Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro. Escola Nacional de Saúde Pública.

BRASIL, 1988. Constituição Federal do Brasil.

BUSS, P. M., 2000. *Promoción de la Salud y la Salud Pública: una contribución para el debate entre las escuelas de salud pública de América Latina y el Caribe*. Rio de Janeiro, 2000 (mimeo).

BUSS P. M., 2002. Promoção da Saúde da Família. Brasília: *Revista Brasileira de Saúde da Família*, Ano II, n .6: 50-63, Dez.2002.

BUSS, P. M., 2003. Uma Introdução ao Conceito de Saúde Pública. In: *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões , tendências* (D. Czeresnia & C. M. de Freitas, org.) pp. 9-37, Rio de Janeiro: Editora: FIOCRUZ.

CAMPOS, W.G., BARROS, R. B. & CASTRO, A. M., 2004. Avaliação da política nacional de promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3):745-749.

CANO. I., 2004. *Introdução à avaliação de programas sociais*. Rio de Janeiro: Editora FGV.

CARVALHO, S. R., 2004. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9 (3):669-678.

CASTIEL, L. D.,2003. Dédalo e os Dédalos: identidade cultural, subjetividade e os riscos à saúde. In: *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências* (D. Czeresnia & C. M. de Freitas, org.) pp. 79 – 95, Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

CORDEIRO, H., 1991. *Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro. Ayuri Editorial.

CZERESNIA, D., 2003. O Conceito de saúde e a Diferença entre Prevenção e Promoção. In: *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências* (D. Czeresnia & C. M. de Freitas, org.) pp. 39 – 53, Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

FARAH, M. F. S., 2001. Parcerias, novos arranjos institucionais e políticas públicas no nível local de governo. Rio de Janeiro: *Revista de Administração Pública*, 35(1): 119-44, Jan./Fev. 2001

FERNANDES, D. M., (2005). *Análise da articulação intersetorial na implementação de um programa social em nível local – experiência do município de Petrópolis/ RJ*. Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública.

FERREIRA, J. R. & BUSS, P. M., 2001. Atenção Primária e Promoção da Saúde. In: *Promoção da Saúde*. Brasília: MS.

FERREIRA, J. R. & BUSS, P. M., 2002. O que o Desenvolvimento Local tem a Ver com a Promoção da Saúde. In: *Promoção da saúde como caminho para o desenvolvimento local: a experiência em Manginhos-RJ* (L. Zancan; R. Bodstein & W. B. Marcondes, org.) pp. 15-37, Rio de Janeiro: ABRASCO/FIOCRUZ.

FREITAS, C. M., 2003. A Vigilância da Saúde para a Promoção da Saúde. In: *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências* (D. Czeresnia & C. M. de Freitas, org.) pp. 141 – 159, Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

GENTILE, M., 2001. *Promoção da Saúde e Município Saudável*. São Paulo: VIVERE – Estudos em Políticas Sociais.

GIOVANELLA, L.; LOBATO, L. V. C.; CARVALHO, A. I.; CONILL, E. M. & CUNHA, E. M., 2000. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. *Saúde em Debate*, 37-61, jan./abr. 2002.

GOULART, F., 2002. *Saúde da Família no Brasil: de movimento ideológico à ação política*. In *Experiências em Saúde da Família: cada caso é um caso?* Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública.

- INOJOSA, R. M. & JUNQUEIRA, A., 1997. O setor da saúde e o desafio da intersectorialidade. São Paulo, *Cadernos Fundap* nº 21, 1997. p.p. 156-164
- INOJOSA, R. M., 1998. Intersetorialidade e a Configuração de um novo paradigma organizacional. Rio de Janeiro: *Revista de Administração Pública*, 32(2): 35-48, Mar./Abr. 1998.
- JACOBI, P. R., 2002. Políticas sociais locais e os desafios da participação cidadina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(3):443-454, 2002.
- JUNQUEIRA, L. A. P., 1998. Descentralização e intersectorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal. *Revista de Administração Pública*, 32(2):11-22, Mar./Abr. 1998.
- JUNQUEIRA, L. A. P., 2000. Intersetorialidade, transectorialidade e redes sociais na saúde. *Revista de Administração Pública*, 34(6): 35-45, Nov./Dez. 2000.
- KICKBUSCH, I., 1996. Promoción de la Salud: una perspectiva mundial. In: Organização Panamericana de Saúde (OPAS). *Promoción de la Salud: una antología*, pp. 15-23, Washington: Opas, (Publ. Cient. 557).
- KREMPEL, M. C.; MOYSÉS, S. T. & MOYSÉS, J. S., 2004. Intersetorialidade: estratégia para a construção de uma cidade saudável. A experiência de Curitiba. In: *O processo de construção da rede de municípios potencialmente saudáveis* (A. M. G. Sperandio, org.) pp. 79-94, Campinas: IPES Editorial.
- LALONDE, M., 1996. El Concepto de “Campo de la Salud” Una Perspectiva Canadiense. In: ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. *Promoción de la Salud: una antología*, pp. 3-5, Washington: Opas, (Publ. Cient. 557).
- LEAVELL, S. & CLARK, E. G., 1976. *Medicina Preventiva*. São Paulo: Editora Mc Graw – Hill.
- LUÍZ, R. R., 2004. Associação Estatística em Epidemiologia. In: *Epidemiologia* (Roberto A. Medronho et al) p.p 309-334, São Paulo: Editora Atheneu.

MACINKO, J., ALMEIDA, C. & OLIVEIRA, E., 2003. Avaliação das características organizacionais dos serviços de atenção básica em Petrópolis: teste de uma metodologia. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 243-256, set/dez.

MACINKO, J., ALMEIDA, C., OLIVEIRA, E. & SÁ, P. K. (2004). Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. *International Journal of Health Planning and Management*. 2004:19:303-317

MENDES, E. V., 1996. *Uma Agenda para a Saúde*. São Paulo: Editora HUCITEC.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1987. Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília:MS.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS, 1998. *Saúde da Família: Uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: MS.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – MS, 2000a. *A Implantação da Unidade de Saúde da Família*. Cadernos de Atenção Básica. Programa de Saúde da Família. Brasília:MS.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – MS, 2000b. *O trabalho do agente comunitário de saúde*. Brasília:MS.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – MS, 2001a. *Gestão Municipal de Saúde: textos básicos*. Rio de Janeiro: Brasil, MS.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – MS, 2001b. *Guia Prático do Programa de Saúde da Família*. Brasília: MS.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – MS, 2001c. *Promoção da Saúde. Declaração de Alma Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santafé Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses, Declaração do México*. Brasília: MS.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – MS, 2002. Avaliação da Implementação do Programa de Saúde da Família em Dez Grandes Centros Urbanos – Síntese dos Principais Resultados. Brasília:DF.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – MS, 2004. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família. Disponível em <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>. Acesso em 12 de Janeiro de 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?ibge/cnv/poptrj.htm>. Acesso em 20 de janeiro de 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – MS, 2005. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – práticas educativas no cotidiano do trabalho em saúde. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde/FIOCRUZ.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – MS, s/d. *Abrindo a porta para a Dona Saúde entrar*. Brasília: MS.

NOGUEIRA, R. P., 2003. Da Medicina Preventiva à Medicina Promotora. In: *O dilema preventivista: compreensão para a contribuição e crítica da medicina preventiva*. (Sérgio Arouca). pp. 175-182, São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

PETRÓPOLIS-TECNPOLIS. Disponível em www.petropolis-tecnopolis.com.br/article.php3?id_article=41. Acesso em 07 de janeiro de 2006.

PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento), 2000. Atlas do Desenvolvimento Humano. Disponível em <http://www.pnud.org.br/home/>. Acesso em 10 de Janeiro de 2006.

RADIS (Reunião, Análise e Difusão de Informações sobre Saúde), 2004. Nº 23, p. 10 jul:2004, ENSP/FIOCRUZ.

REDE UNIDA. Disponível em http://www.redeunida.org.br/producao/div_interset.asprdeunida- Acesso em 20 de novembro de 2005.

RESTREPO, H. E., 2001. Conceptos y definiciones. In: *Promoción de la Salud: Cómo construir vida saludable* (H. E. Restrepo & H. Málaga), pp. 25-33, São Paulo: Editorial Médica Panamericana.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PETRÓPOLIS, 1997. Projeto de Implantação do Programa de Saúde da Família no município de Petrópolis – RJ. Petrópolis – RJ.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PETRÓPOLIS, 2002-2005. Plano Municipal de Saúde de Petrópolis-RJ. Petrópolis – RJ.

SENNA, M. C. M., MELO, A.L. R. & BODSTEIN, R., 2002. A Estratégia Saúde da Família no DLIS – Manguinhos. In: *Promoção da saúde como caminho para o desenvolvimento local: a experiência em Manguinhos-RJ* (L. Zancan; R. Bodstein & W. B. Marcondes, org.) pp. 189-214, Rio de Janeiro: ABRASCO/FIOCRUZ

SICOLI, J. L. & NASCIMENTO, P. R. 2003. Promoção de Saúde: concepções, princípios e operacionalização. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v7, n12, p.p 101-22, fev,34 2003.

SOUZA, M.S. & GRUNDY, E., 2004. Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. Rio de Janeiro: *Cadernos de Saúde Pública*, 20(5):1354-1360, set-out, 2004.

TEIXEIRA, C. F., PAIM, J. S. & VILASBÔAS, A. L., 1998. *SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde*. Informe Epidemiológico do SUS, Ano VII, n° 2. p.p.7-28, abr/jun 1998. MS. FNS. CENEPI.

TEIXEIRA, C. F, 2001. Planejamento Municipal em Saúde. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva

TEIXEIRA, C. F. & PAIM, J. S., 2002. Planejamento e Programação de Ações Intersetoriais para a Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. In: *Promoção e Vigilância da Saúde* (C. F. Teixeira, org, J.S. Paim e A. L. Vilasboas), pp 59-78, Salvador: Instituto de Saúde Coletiva

TERRIS, M., 1996. Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la salud pública. In: Organização Panamericana de Saúde. *Promoción de la Salud: una antología*, pp. 37-43, Washington: Opas, (Publ. Cient. 557).

TOBAR, F. & YALOUR, M. R., 2001. *Como fazer teses em saúde pública*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

VIANA, A. L. D. & DAL POZ M. R., 1998. A reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *PHISIS: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 8(2):11-48.

VIANA, A. L. D., 1998. Novos riscos, a cidade e a intersetorialidade das políticas públicas. *Revista de Administração Pública*, 32(2):23-33, mar./abr. 1998.

WESTPHAL, M. F. & MENDES, R., 2000. Cidade saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Revista de Administração Pública*, 34(6): 47-61, Nov./Dez. 2000.

WHO (World Health Organization), 2005. The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World. Disponível em http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/

ZANCAN, L., 2003. Cidades Saudáveis: a intersetorialidade como desafio para um novo modelo de gestão. In: *O processo de construção da rede de municípios potencialmente saudáveis* (A. M. G. Sperandio, org), pp 49-64. Campinas, São Paulo: Unicamp: Pró-reitoria de Extensão e Assuntos Comunitários.

CAPÍTULO IX - ANEXOS

IX.1 - Tabelas

Tabela 1 - Número e percentual de ESF que realizam Diagnóstico de Saúde da Comunidade, segundo instrumentos utilizados. Petrópolis-RJ, 2005.

Instrumentos utilizados N = 30	Sim		Não		Ignorado/ NR	
	N	%	N	%	N	%
Visita Domiciliar	30	100,0	-	-	-	-
Visita às micro áreas	30	100,0	-	-	-	-
Informações das ACS	29	96,7	-	-	1	3,3
SIAB	27	90,0	2	6,7	1	3,3
Informações da comunidade	26	86,7	1	3,3	3	10,0
Reuniões comunitárias	24	80,0	5	16,7	1	3,3
SINAM	9	30,0	20	66,7	1	3,3
SIM	8	26,7	21	70,0	1	3,3
SINASC	8	26,7	21	70,0	1	3,3
Outro 1	14	46,7	16	53,3	-	-
Outro 2	4	13,3	25	83,3	1	3,3

Outros: Informações de outras secretarias (4 ESF); diagnóstico de Saúde Bucal (2 ESF); atendimento individual (2 ESF); montagem de mapas; SSA2; internação hospitalar; levantamento pelos alunos; SINAN; reuniões de grupo; leitura e cursos de educação continuada; levantamento epidemiológico saúde do idoso; e Núcleo de Vigilância em Saúde; não especificou (1ESF).

Tabela 2 - Número e percentual de ESF que realizam Diagnóstico de Saúde, segundo instrumentos de registro do diagnóstico. Petrópolis-RJ, 2005.

Instrumentos para o registro do diagnóstico N=30	Sim		Não		Ignorado / NR	
	N	%	N	%	N	%
Relatórios	27	90,0	3	10	-	-
Mapas	22	73,3	6	20,0	2	6,6
Diagnóstico não registrado	1	3,3	25	83,3	4	13,3
Outro 1	12	40,0	14	46,7	4	13,3
Outro 2	3	10,0	23	76,7	4	13,3

Outros: Apresentação do diagnóstico em simpósios e seminários (4 ESF); fotografias/ filmagens (3 ESF); Registro em ata (3 ESF); SIAB (2 ESF); Fichas de CPOD; educação na escola (sexualidade); reunião com a supervisão do PSF.

Tabela 3 - Número e percentual de ESF que realizam Diagnóstico de Saúde segundo a época da realização do diagnóstico. Petrópolis-RJ, 2005.

Época de realização do diagnóstico	N=30	
	N	%
Apenas na implantação do PSF	2	6,7
Na época de implantação. do PSF e alguma vez renovado	12	40,0
Renovado anualmente	6	20,0
Mensalmente	6	20,0
Outros	4	13,3
Total	30	100,0

Outros: De acordo com as necessidades (2ESF); atualizado constantemente (2ESF)

* Uma ESF respondeu que o diagnóstico é registrado semanal e mensalmente o que foi incluído em mensalmente

Tabela 4 - Número e percentual de ESF que realizaram Diagnóstico de Saúde da Comunidade segundo a época da última discussão do diagnóstico. Petrópolis-RJ, 2005.

Época da última discussão do diagnóstico	N=30	
	N	%
Nos últimos 3 meses	15	50,0
Nos últimos 4 a 6 meses	5	16,7
Nos últimos 7 a 12 meses	5	16,7
Há mais de 12 meses	4	13,3
Ignorado	1	3,3
Total	30	100,0

Tabela 5 - Número e percentual de ESF segundo forma de identificação dos problemas da comunidade dependentes de ações intersetoriais para sua resolução. Petrópolis-RJ, 2005.

Formas de identificação dos problemas	Sim		Não		Ignorado/ NR	
	N	%	N	%	N	%
Informações das ACS	34	100,0	-	-	-	-
Visitas às MA	33	97,1	1	2,9	-	-
Informações de outros membros da ESF	32	94,1	2	5,9	-	-
Informações da Comunidade	32	94,1	2	5,9	-	-
Diagnóstico da Comunidade	23	67,6	11	32,4	-	-
Reuniões Comunitárias	22	64,7	12	35,3	-	-
SIAB	20	58,8	13	38,2	1	2,9
Outro 1	8	23,5	22	64,7	-	-
Outro 2	2	5,9	28	82,4	4	11,8

Outros: Escola/ creche (3ESF); outros profissionais e setores (3ESF); grupos sócio-educativos (2ESF); levantamento de alunos e professores da FMP (2ESF).

Tabela 6 - Número e percentual de ESF segundo Problemas Identificados na Comunidade. Petrópolis-RJ, 2005.

Problemas identificados pelas ESF N = 34	Sim		Não		Ignorado/NR	
	N	%	N	%	N	%
A/I de cursos profissionalizantes	34	100	-	-	-	-
Consumo de drogas lícitas e/ou ilícitas	34	100	-	-	-	-
Taxas de desemprego elevadas	32	94,1	2	5,9	-	-
Presença de roedores	32	94,1	2	5,9	-	-
Presença de animais vadios	32	94,1	2	5,9	-	-
Ausência ou pouca mobilização comunitária	32	94,1	2	5,9	-	-
Moradias inadequadas e/ou em área de risco	31	91,2	3	8,8	-	-
A/I de áreas de lazer	31	91,2	3	8,8	-	-
A/I de rede de esgoto	29	85,3	5	14,7	-	-
A/IN de coleta de lixo	29	85,3	5	14,7	-	-
A/I de escolas de 2º grau	29	85,3	5	14,7	-	-
A/I de creche	29	85,3	5	14,7	-	-
A/IN de pavimentação de ruas	25	73,5	9	26,5	-	-
A/I de programas de renda mínima	25	73,5	9	26,5	-	-
Desnutrição e/ou alimentação inadequada	25	73,5	8	23,5	1	2,9
A/I de representação comunitária	23	67,6	11	32,4	-	-
A/I de abastecimento público de água	22	64,7	12	35,3	-	-
A/I de iluminação pública	22	64,7	12	35,3	-	-
A/I de comércio local	17	50,0	17	50,0	-	-
A/I/IN de meios de transporte	16	47,1	18	52,9	-	-
A/I de escolas de 1º grau	10	29,4	24	70,6	-	-
Outro 1	11	32,4	18	52,9	5	14,7
Outro 2	7	20,6	22	64,7	5	14,7
Outro 3	3	8,8	31	91,2	-	-
Outro 4	1	2,9	33	97,1	-	-

Outros: Risco ambiental (4ESF); violência/falta de segurança pública (3ESF); Prostituição/maus tratos a menores (3ESF); gravidez na adolescência (2ESF); mães que não matriculam os filhos na escola; ausência de transporte escolar para áreas afastadas; calçadas; laboratório para coleta de exames; evasão escolar; comércio irregular; falta de atividades culturais; profissionais para atendimento de urgência; cesta cheia; maus tratos aos idosos.

OBS: A/I = Ausência ou insuficiência

A/IN. = Ausência ou inadequação

A/I/IN. = Ausência ou insuficiência ou inadequação

Tabela 7 - Três principais problemas da comunidade de sua área de atuação, segundo as ESF. Petrópolis-RJ, 2005.

Principais problemas	N	%
Consumo de drogas lícitas e/ou ilícitas	20	58,8
Taxas de desemprego elevadas	16	47,1
Ausência ou insuficiência de rede de esgoto	12	35,3
Ausência ou inadequação de coleta de lixo	9	26,5
Moradias inadequadas e/ou em área de risco	8	23,5
Presença de roedores	8	23,5
Ausência ou insuficiência de creche	6	17,6
Ausência ou insuficiência de áreas de lazer	5	14,7
Ausência ou insuficiência de abastecimento público de água	4	11,7
Ausência ou insuficiência de cursos profissionalizantes	3	8,8
Presença de animais vadios	3	8,8
Ausência ou insuficiência de escolas de 1º grau	1	2,9
Ausência ou insuficiência de escolas de 2º grau	1	2,9
Desnutrição e/ou alimentação inadequada	1	2,9
Ausência ou pouca mobilização comunitária	1	2,9
Outro 1	1	2,9
Outro 2	2	5,9

Outros: prostituição infantil, uso inadequado de agrotóxicos/destino inadequado das embalagens e gravidez na adolescência

Tabela 8 - Número e percentual de ESF que selecionam problemas para intervenção, segundo as formas de decisão para a escolha dos problemas a enfrentar. Petrópolis-RJ, 2005.

Formas de decidir problemas a enfrentar N = 32	Sim		Não		Ignorado	
	N	%	N	%	N	%
Discussões entre a ESF	32	100,0	-	-	-	-
Discussões da ESF com a supervisão	30	93,8	2	6,3	-	-
Discussão ESF/Supervisão e utilização de metodologia para hierarquização dos problemas	20	62,5	11	34,4	1	3,1
Discussão com a comunidade	20	62,5	11	34,4	1	3,1
Outros 1	4	12,5	22	68,8	6	18,8
Outros 2	1	3,1	24	75,0	7	21,9

Outros: ONGs (2ESF); iniciativa individual; levantamento através de questionário; solicitação de parcerias.

Tabela 9 - Número e percentual de ESF em que a comunidade participou da identificação dos problemas, segundo as formas de participação. Petrópolis-RJ, 2005.

Formas de participação da comunidade na identificação de problemas N=22	Sim		Não		Ignorado/ NR	
	N	%	N	%	N	%
Reuniões convocadas pelas ESF	18	81,8	4	18,2	-	-
Mobilização comunitária pela ESF	17	77,3	5	22,7	-	-
Representantes comunitários levando o problema à ESF	13	59,1	9	40,9	-	-
Representantes comunitários visitando as MA junto com as ESF	7	31,8	15	68,2	-	-
Reuniões convocadas pelas associações de moradores	7	31,8	14	63,6	1	4,5
Outros 1	4	18,2	15	68,2	3	13,6
Outros 2	1	4,5	18	81,8	3	13,6

Outros: Solicitações de moradores (2ESF); convocação através da escola e creche; queixas individuais; através do grupo.

MA = micro área

Tabela 10 - Número e percentual de ESF onde a comunidade não participa da identificação dos problemas, segundo os motivos de não participar. Petrópolis-RJ, 2005.

Motivos da comunidade não participar N=12	Sim		Não		Ignorado	
	N	%	N	%	N	%
Dificuldade da ESF de envolver a comunidade	9	75,0	3	25,0	-	-
Ausência de participação da comunidade às reuniões, embora tenha sido convidada	7	58,3	3	25,0	2	16,7
Insuficiência de iniciativas da ESF para envolver a comunidade	5	41,7	7	58,3	-	-
Inexistência de representação comunitária	4	33,3	7	58,3	1	8,3
Outros motivos 1	3	25,0	6	50,0	3	25,0
Outros motivos 2	1	8,3	8	66,7	3	25,0

Outros: Falta de participação da comunidade (2ESF); falta de espaço físico; não houve convocação pela ESF

Tabela 11 - Número e percentual de ESF onde a comunidade participa do encaminhamento dos problemas, segundo as formas de encaminhar. Petrópolis-RJ, 2005.

Forma de participação no encaminhamento dos problemas N=13	Sim		Não		Não respondeu	
	N	%	N	%	N	%
Enviando correspondências aos órgãos	10	76,9	2	15,4	1	7,7
Marcando reuniões com os órgãos	8	61,5	4	30,8	1	7,7
Endossando ofícios com a ESF	7	53,8	5	38,5	1	7,7
Outros 1	4	30,8	8	61,5	1	7,7
Outros 2	-	-	12	92,3	1	7,7

Outros: Acompanhando resultados; apoiando as iniciativas propostas pela ESF; imprensa; parcerias com outros órgãos.

Tabela 12 - Número e percentual de ESF onde a comunidade não participa do encaminhamento dos problemas, segundo os motivos de não acompanhar. Petrópolis-RJ, 2005.

Motivos de não participar no encaminhamento dos problemas N=21	SIM		NÃO	
	N	%	N	%
Ausência de participação da comunidade, mesmo tendo sido chamada	16	76,2	3	14,3
Dificuldade de a ESF envolver a comunidade	13	61,9	8	38,1
Inexistência de representação comunitária	10	47,6	11	52,4
Insuficiência de iniciativas da ESF para chamar a comunidade	9	42,9	12	57,1
Outros motivos 1	4	19,0	12	57,1
Outros motivos 2	1	4,8	14	66,7

Outros: Ineficácia dos representantes da Associação de Moradores; incompatibilidade do horário da rotina da ESF e da comunidade; falta de exercício de cidadania; a ESF sente que a comunidade deveria ter um líder para encaminhar seus problemas junto com a mesma; descrédito e desinteresse por falta de resposta de outros setores.

Tabela 13 - Número e percentual de ESF, segundo secretarias/órgãos/setores, dos quais os problemas identificados pelas ESF dependem, na maioria das vezes, de parceria. Petrópolis-RJ, 2005.

Secretarias/ Órgãos/ Setores N=34	Sim		Não		Ignorado / NR	
	N	%	N	%	N	%
Secretaria de Trabalho, Ação Social e Cidadania (SETRAC)	34	100,0	-	-	-	-
Vigilância Sanitária	34	100,0	-	-	-	-
Secretaria de Obras	33	97,1	1	2,9	-	-
Secretaria de Educação/Escolas	32	94,1	2	5,9	-	-
Companhia de Desenvolvimento Petropolitano (COMDEP)	32	94,1	2	5,9	-	-
Conselho Tutelar	32	94,1	2	5,9	-	-
Defesa Civil	31	91,2	3	8,8	-	-
Secretaria de Meio Ambiente	29	85,3	5	14,7	-	-
Companhia de Água e Esgoto	28	82,4	5	14,7	1	2,9
Conselho do Idoso	24	70,6	10	29,4	-	-
Juizado da Infância e Adolescência	23	67,6	11	32,4	-	-
Fiscalização Sanitária ¹⁵	22	64,7	12	35,3	-	-
Companhia Petropolitana de Trânsito	19	55,9	15	44,1	-	-
Instituições religiosas	19	55,9	12	35,3	3	8,8
ONGs	16	47,1	14	41,2	4	11,8
Secretaria de Fazenda (Código de Posturas)	14	41,2	19	55,9	1	2,9
Outro 1	13	38,2	15	44,1	6	17,6
Outro 2	4	11,8	22	64,7	8	23,5

ONGS: Crianças Criativas (3 ESF); API-AIDS (3 ESF); Desemprego: reciclagem de matéria e aproveitamento; artesanato Local; Companhia dos Animais; Associação do Vale do Bonfim e Instituto Ambiental; Rotary Club e SESC; Amigos Assistenciais; SEOP; Projeto Florescer; Fé e Alegria. Diversa: Ambiental, Lazer, Cursos profissionalizantes; Auxílio com cestas básicas.

* Não citaram a ONG (3 ESF).

Instituições Religiosas: Igreja Católica (3ESF); Igreja Católica e Igreja Evangélica (4ESF); Pastoral da Criança (3ESF); Pastoral da Criança e Pastoral da Saúde (3ESF); Pastoral da Saúde (1ESF); Igreja católica, evangélica e outras (1 ESF); auxílio com medicação e apoio espiritual (1 ESF). *Não citaram a instituição (3ESF).

Outros: SESC, SENAI, SESI, SENAC, ROTARY e cursos sociais locais (3 ESF); Polícia (2ESF); Associação de Moradores (2ESF); Direitos humanos (2 ESF); CELMA responsabilidade social; IBAMA; Espírita; comércio local; indústria local; Pastoral da Criança; Grupos de auto ajuda (ALANOM E AA e participação popular); outros PSF(s).

¹⁵ A Fiscalização Sanitária, no município de Petrópolis-RJ, está separada da Vigilância Sanitária.

Tabela 14 - Número e percentual de ESF, segundo formas de iniciativas para desencadear a ação de outros setores. Petrópolis-RJ, 2005.

Formas de desencadear a ação de outros setores N= 34	Sim		Não		Ignorado/NR	
	N	%	N	%	N	%
Encaminhamento por ofícios ao setor/órgão	32	94,1	2	5,9	-	-
Solicitação por telefone ao setor/órgão	32	94,1	1	2,9	1	2,9
Discutindo o problema com a supervisão, ficando a cargo desta tomar as providências	29	85,3	5	14,7	-	-
Marcando reuniões com o setor/órgão envolvido	22	64,7	11	32,4	1	2,9
Ida informal da ESF ou de um de seus membros ao setor responsável	21	61,8	11	32,4	2	5,9
Discutindo o problema com a supervisão e a comunidade, ficando a cargo da primeira tomar as providências	14	41,2	20	58,8	-	-
Discutindo o problema com as lideranças locais e estas encaminham o problema ao setor/órgão	14	41,2	20	58,8	-	-
ESF leva o problema ao vereador	4	11,8	29	85,3	1	2,9
ESF chama os meio de comunicação	3	8,8	31	91,2	-	-
Outra forma 1	3	8,8	26	76,5	5	14,7
Outra forma 2	-	-	28	82,4	6	17,6
Ausência de iniciativa da ESF	-	-	30	88,2	4	11,8

Outros: Meios próprios ou ajuda não governamental; comércio local; grupo AA.

Tabela 15 - Número e percentual de ESF, segundo a forma mais freqüente de iniciativa para desencadear ações de outros setores. Petrópolis-RJ, 2005.

Formas de iniciativas da ESF	N	%
Discutindo o problema com a supervisão, ficando a cargo desta tomar as providências	15	44,1
Encaminhamento por ofícios ao setor/órgão	8	23,5
Solicitação por telefone ao setor/órgão	7	20,6
ESF leva o problema ao vereador	1	2,9
Discutindo o problema com a supervisão e a comunidade, ficando a cargo da primeira tomar as providências	1	2,9
Discutindo o problema com as lideranças locais e estas encaminham o problema ao setor/órgão	1	2,9
Outra forma	1	2,9
TOTAL	34	100,0

Outra forma: meios próprios ou ajuda não governamental.

Tabela 16 - Frequência de setores/órgãos contatados pelas ESF desde a implantação do PSF e nos últimos 6 meses. Petrópolis-RJ, 2005.

Setor N=34	Desde a implantação da ESF				Nos últimos 6 meses de atuação da ESF			
	Nunca fez contato		Fez algum contato		Não fez contato		Fez algum contato	
	N	%	N	%	N	%	N	%
SETRAC	-	-	34	100,0	3	8,8	31	91,2
Vigilância Sanitária	-	-	34	100,0	4	11,8	30	88,2
Defesa Civil	1	2,9	33	97,1	7	20,6	27	79,4
COMDEP	4	11,8	30	88,2	8	23,5	24	70,6
Conselho Tutelar	6	17,6	28	82,4	8	23,5	26	76,5
Instituições religiosas.	6	17,6	27	79,4	12	35,3	21	61,8
Secretaria de Obras	8	23,5	26	76,5	16	47,1	17	50,0
Secretaria de Educação/Escolas	9	26,5	25	73,5	15	44,1	19	55,9
Companhia de Água e Esgoto	11	32,4	23	67,6	15	44,1	18	52,9
ONGs	11	32,4	22	64,7	14	41,2	19	55,9
Secretaria Meio Ambiente	17	50,0	17	50,0	22	64,7	12	35,3
C.P.TRANS	17	50,0	16	47,1	24	70,6	10	29,4
Conselho do Idoso	18	52,9	16	47,1	23	67,6	11	32,4
Fiscalização Sanitária	23	67,6	11	32,4	25	73,5	9	26,5
Juizado da Infância e Adolescência	22	64,7	11	32,4	24	70,6	10	29,4
Secretaria de Fazenda (Código de Posturas)	24	70,6	8	23,5	28	82,4	5	14,7
Outros 1	22	64,7	10	29,4	24	70,6	10	29,4
Outros 2	30	88,2	4	11,8	31	91,2	3	8,8

Tabela classificada pela quarta coluna

Para alguns setores o somatório é menor que 100% pois 1 a 2 ESF não responderam ou não souberam informar se os contatos foram realizados

Instituições Religiosas: Igreja Católica (8 ESF); Igreja Católica e Evangélica (5 ESF); Pastoral da Saúde Pastoral da Criança (7 ESF); todas as igrejas locais (2 ESF); Igreja evangélica; Alan Kardec; não especificou (2ESF).

ONG(s): API AIDS (4ESF); Amigos Assistenciais (3ESF); Crianças Criativas (3ESF); Fundação Vale Vivo e Rota 22; TERÊ VIVA; LIONS RENASCERE; ONG suíça; Companhia dos Animais; Recicla Três Rios; Instituto Ambiental e Associação Vale do Bonfim; ROTARY; SEOP; Projeto Florescer; Fé e Alegria; SFB.

Outros: Associação de Moradores (2 ESF); Comércio Local (2ESF); Secretaria de Habitação (2ESF); Emaús Material Reciclável; CELMA; Empresas de Água São Lourenço; SESC; Sociedade dos Amigos do Vale Boa Esperança; Companhia de Luz; não especificou (2ESF).

Tabela 17 - Número e percentual de ESF que informaram a quantidade de contatos realizados por setor, total de contatos, média simples e média contatante de contatos realizados nos últimos seis meses. Petrópolis-RJ, 2005.

Setor	Contatos				
	N ESF	% ESF	Soma	Média simples	Média contatante
SETRAC	30	88,2	361	11	12
Defesa Civil	24	70,6	218	6	9
Instituições religiosas.	21	61,8	183	5	9
Vigilância Sanitária	29	85,3	153	5	5
ONGs	19	55,9	100	3	5
Conselho Tutelar	24	70,6	113	3	5
COMDEP	23	67,6	83	2	4
Fiscalização Sanitária	9	26,5	34	1	4
Secretaria de Educação/Escolas	19	55,9	52	2	3
Companhia de Água e Esgoto	17	50,0	59	2	3
Secretaria de Obras	17	50,0	56	2	3
C.P.TRANS	10	29,4	27	1	3
Juizado da Infância e Adolescência	10	29,4	21	1	2
Conselho do Idoso	11	32,4	22	1	2
Secretaria Meio Ambiente	11	32,4	20	1	2
Secretaria de Fazenda (Código de Posturas)	5	14,7	11	0	2
Outros 1	10	29,4	40	1	4
Outros 2	2	5,9	4	0	2
Média por setor (exclui "outros")	17	51,3	95	3	5
Correlação			0,13	0,13	0,17

Tabela classificada pela sexta coluna

Média simples = número de contatos sobre o número total de ESF

Média contatante = número de contatos sobre o número de ESF que referiram número de contatos com os órgãos/setores.

Total geral de contatos das ESF com os setores/órgãos nos últimos seis meses = 1557 contatos

Tabela 18 - Número e percentual de ESF, segundo problemas que desencadearam iniciativas de ações intersetoriais para sua resolução. Petrópolis-RJ, 2005.

Tipo de problemas N=34	Sim		Não		Ignorado/NR	
	N	%	N	%	N	%
Moradias inadequadas e/ou em área de risco	32	94,1	2	5,9	-	-
Presença de roedores	32	94,1	2	5,9	-	-
A/IN de coleta de lixo	30	88,2	4	11,8	-	-
Desnutrição e/ou alimentação inadequada	28	82,4	6	17,6	-	-
Violência e/ou maus tratos em crianças e/ou adolescentes	27	79,4	6	17,6	1	2,9
Presença de animais vadios	26	76,5	7	20,6	1	2,9
A/I de rede de esgoto	22	64,7	12	35,3	-	-
A/I de cursos profissionalizantes	22	64,7	12	35,3	-	-
Taxas de desemprego elevadas	20	58,8	14	41,2	-	-
A/I de abastecimento público de água	18	52,9	16	47,1	-	-
A/IN de pavimentação de ruas	18	52,9	16	47,1	-	-
A/I de programas de renda mínima	17	50,0	16	47,1	1	2,9
Consumo de drogas lícitas e/ou ilícitas	17	50,0	16	47,1	1	2,9
A/I de creche	14	41,2	19	55,9	1	2,9
Violência contra a mulher	14	41,2	19	55,9	1	2,9
A/I de áreas de lazer	13	38,2	19	55,9	2	5,9
A/I de escolas de 2º grau	12	35,3	21	61,8	1	2,9
A/I de iluminação pública	12	35,3	21	61,8	1	2,9
A/I/IN de meios de transporte	11	32,4	21	61,8	2	5,9
A/I de escolas de 1º grau	6	17,6	27	79,4	1	2,9
A/I de comércio local	3	8,8	30	88,2	1	2,9
Outro 1	11	32,4	19	55,9	4	11,8
Outro 2	4	11,8	25	73,5	5	14,7
Outro 3	1	2,9	28	82,4	5	14,7

Outros: Maus tratos a idosos (3ESF); prostituição infantil (2 ESF) crianças sem matrícula na escola por falta de iniciativa da mãe; contaminação ambiental com material reciclável; baixo peso; rompimento de água e esgoto devido a fortes chuvas; extrema pobreza e incapacidade para o sustento mínimo; queixas da população contra o cesta cheia; acesso para a escola; posto interditado; gravidez na adolescência; demolição casas de risco; habitação.

Tabela classificada pela segunda coluna

OBS: A/I = Ausência ou insuficiência

A/IN. = Ausência ou inadequação

A/I/IN. = Ausência ou insuficiência ou inadequação

Tabela 19 - Número e percentual de ESF segundo recebimento de respostas positivas e negativas de outros setores/órgãos/secretarias, quanto às ações solicitadas pelas ESF e total de ESF que fizeram ou não contato com os mesmos, nos últimos seis meses. Petrópolis- RJ, 2005.

Órgãos e Secretarias N=34	Sim		Não		Não respondeu		Total de ESF que fizeram contato		Total de ESF que não fizeram contato		Não sabe informar/ NR	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	Instituições religiosas.	19	90,5	1	4,8	1	4,8	21	61,8	12	35,3	1
Secretaria de Educação/Escolas	17	89,5	-	-	2	10,5	19	55,9	15	44,1	-	-
ONGs	17	89,5	-	-	2	10,5	19	55,9	14	41,2	1	2,9
Fiscalização Sanitária	8	88,9	1	11,1	-	-	9	26,5	25	73,5	-	-
SETRAC	27	87,1	4	12,9	-	-	31	91,2	3	8,8	-	-
Vigilância Sanitária	22	73,3	8	26,7	-	-	30	88,2	4	11,8	-	-
Conselho Tutelar	18	69,2	7	26,9	1	3,8	26	76,5	8	23,5	-	-
Defesa Civil	16	59,3	9	33,3	2	7,4	27	79,4	7	20,6	-	-
Companhia de Água e Esgoto	10	55,6	8	44,4	-	-	18	52,9	15	44,1	1	2,9
Conselho do Idoso	6	54,5	4	36,4	1	9,1	11	32,4	23	67,6	-	-
Juizado da Infância e Adolescência	6	50,0	2	16,7	2	16,7	12	35,3	22	64,7	-	-
Secretaria de Obras	8	47,1	8	47,1	1	5,6	17	61,8	16	38,2	1	2,9
COMDEP	11	45,8	12	50,0	1	4,2	24	70,6	8	23,5	2	5,9
Secretaria Meio Ambiente	5	41,7	6	50,0	1	8,3	12	35,3	22	64,7	-	-
C.P.TRANS	4	40,0	4	40,0	2	20,0	10	29,4	24	70,6	-	-
Secretaria de Fazenda (Código de Posturas)	1	20,0	4	80,0	-	-	5	14,7	28	82,4	1	2,9
Outros 1	8	80,0	1	10,0	1	10,0	10	29,4	24	70,6	-	-
Outros 2	2	66,7	1	33,3	-	-	3	8,8	31	91,2	-	-

ONG(s): Amigos Assistenciais (2ESF); API AIDS (2ESF); Companhia dos Animais; Recicla Três Rios; Associação do Vale do Bonfim; ROTARY; Centro interativo da Mata Atlântica; Fé e Alegria; Crianças Criativas; Aldeia da Criança; Vale Vivo e Rota 22; TERÊ VIVA; LIONS RENASCER; ONG suíça; não especificou (3ESF).

Instituições religiosas: Igreja católica e evangélica (5 ESF); igreja católica (10ESF); todas as igrejas locais (2ESF); Pastoral da Criança (3ESF); não especificou (1ESF).

Outros: comércio local (2 ESF); Emaús; CELMA projeto de responsabilidade social; Alan Kardec; associação de moradores; empresas; SESC; Sociedade dos Amigos do Vale Boa Esperança; Pastoral da Criança; Habitação; não especificou (2ESF).

Tabela classificada pela segunda coluna

Tabela 20 - Número e percentual de ESF que receberam alguma resposta positiva às suas solicitações, segundo a forma que foi realizada a solicitação aos outros setores. Petrópolis-RJ, 2005.

Forma de solicitação N=34	Sim		Não		Ignorado/NR	
	N	%	N	%	N	%
Solicitação por telefone ao setor/órgão responsável	33	97,1	1	2,9	-	-
Encaminhamento por ofícios ao setor/órgão	30	88,2	3	8,8	1	2,9
Discutindo o problema com a supervisão e esta tomou as providências necessárias	22	64,7	12	35,3	-	-
Ida informal da ESF ou algum de seus membros ao setor responsável	20	58,8	12	35,3	2	5,9
Realização de reuniões com o setor/órgão envolvido	17	50,0	16	47,1	1	2,9
Discutiu o problema com as representações locais da comunidade e estas encaminharam solicitação ao setor/órgão responsável	12	35,3	21	61,8	1	2,9
Discutindo o problema com a supervisão e a comunidade, ficando a cargo da primeira tomar as providências	6	17,6	26	76,5	2	5,9
Através do vereador	5	14,7	28	82,4	1	2,9
Através dos meio de comunicação	3	8,8	30	88,2	1	2,9
Outra forma 1	4	11,8	26	76,5	4	11,8
Outra forma 2	1	2,9	28	82,4	5	14,7

Outros: comércio local; confecção de memorandos; outros setores oferecem ajuda à comunidade; ofício para a coordenação do PSF e Igreja.

Tabela classificada pela segunda coluna

Tabela 21 - Número e percentual de ESF, segundo formas de acompanhamento das solicitações a outros órgãos/setores/secretarias. Petrópolis-RJ, 2005.

Formas de acompanhamento das solicitações N=32	Sim		Não		Ignorado	
	N	%	N	%	N	%
Através de questionamentos à supervisão	30	93,8	2	6,3	-	-
Através de questionamento direto ao órgão responsável	26	81,3	5	15,6	1	3,1
Através de questionamentos às representações comunitárias	10	31,3	21	65,6	1	3,1
Outra forma 1	4	12,5	22	68,8	6	68,8
Outra forma 2	-	-	25	78,1	7	21,9

Outros: através de respostas isoladas de membros da comunidade; por meio de visitas às micro áreas; por telefone; acompanhamento pessoal para cada caso.

Tabela classificada pela segunda coluna

Tabela 22 - Número e percentual de ESF, segundo sua opinião de qual dos seus membros tem o “papel” mais importante na busca de ações intersetoriais. Petrópolis-RJ, 2005.

Membros N=34	N	%
Todos os membros	27	79,4
Enfermeiro	5	14,7
ACS	1	2,9
Não respondeu	1	2,9

Tabela 23 - Número e percentual de ESF, segundo respostas dadas por outros setores aos problemas a eles encaminhados. Petrópolis-RJ, 2005.

Órgãos e Secretarias	Na maioria das vezes		Realizados às vezes		Nunca realizados		NR/ NSI		Total de ESF que já realizaram algum contato		Nunca tentou acesso/NR/NSI	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Secretaria de Educação/Escolas	18	72,0	6	24,0	1	4,0	-	-	25	73,5	9	26,5
Instituições religiosas.	17	70,8	3	12,5	1	4,2	3	12,5	24	70,6	10	29,4
ONGs	13	56,5	4	17,4	-	-	6	26,1	23	67,6	11	32,4
Juizado da Infância e Adolescência	6	50,0	2	16,7	2	16,7	2	16,7	12	35,3	22	64,7
Conselho do Idoso	8	50,0	5	31,3	2	12,5	1	6,3	16	47,1	18	52,9
Fiscalização Sanitária	5	45,5	4	36,4	2	18,2	-	-	11	32,4	23	67,6
Vigilância Sanitária	15	44,1	12	35,3	6	17,6	1	2,9	34	100,0	-	-
Defesa Civil	14	42,4	13	39,4	5	15,2	1	3,0	33	97,1	1	2,9
Conselho Tutelar	11	39,3	10	35,7	5	17,9	2	7,1	28	82,4	6	17,6
SETRAC	12	35,3	21	61,8	1	2,9	-	-	34	100,0	-	-
COMDEP	9	30,0	17	56,7	4	13,3	-	-	30	88,2	4	11,8
C.P.TRANS	4	23,5	8	47,1	3	17,6	2	11,8	17	50,0	17	50,0
Companhia de Água e Esgoto	5	21,7	12	57,2	5	21,7	1	4,3	22	64,7	12	35,3
Secretaria de Obras	4	15,4	14	53,8	8	30,8	-	-	26	76,5	8	23,5
Secretaria Meio Ambiente	2	11,8	10	58,8	5	29,4	-	-	17	50,0	17	50,0
Secretaria de Fazenda (Código de Posturas)	1	10,0	3	30,0	4	40,0	2	20,0	8	23,5	26	76,5
Outros 1	9	56,3	1	6,3	1	6,3	5	31,3	16	47,1	18	52,9
Outros 2	2	50,0	-	-	-	-	2	50,0	4	11,8	30	88,2

N/R= Não respondeu

NSI= Não sabe informar

Tabela classificada pela terceira coluna

Obs: O nº de contatos das Instituições religiosas, outros 1 e outros 2, não são os mesmos que os da Tabela 16, pois na tabela 16 os “outros” 1 e 2 foram remanejados para Instituições Religiosas onde era o caso.

Instituições Religiosas: Igreja Católica (8 ESF); : Igreja Católica e Evangélica (6 ESF); Pastoral da Criança e da Saúde (4ESF); Igreja Evangélica; Pão da Vida todas as igrejas locais; não especificaram (4 ESF).

ONG(s): API AIDS (3 ESF); Aldeia da Criança e Amigos Assistenciais (3 ESF); Vale Vivo e Rota 22; Crianças Criativas; TERÊ VIVA; LIONS RENASCER; Companhia dos Animais; Recicla Três Rios; Instituto Ambiental e Associação Vale do Bonfim; Projeto Florescer; Centro Interativo da Mata Atlântica; Fé e Alegria; SFB; não especificaram (6 ESF).

Outros : Associação de Moradores (2 ESF); Emaús; CELMA; Alan Kardec; Policiamento comunitário; SESC; Evangélica; Secretaria de Habitação; Sociedade dos Amigos do Vale Boa Esperança; Comércio Local (2 ESF); Igreja; Pastoral da Criança; não especificaram (7 ESF).

Tabela 24 - Número e percentual de ESF, segundo sua opinião quanto a melhorias na qualidade de vida das pessoas/comunidades, no que se refere a ações intersetoriais, desde a implantação do PSF. Petrópolis-RJ, 2005.

Opinião da ESF	N	%
Poucas melhorias	19	55,9
Muitas melhorias	11	32,4
Nenhuma melhoria	4	11,8
Total	34	100,0

Tabela 25 - Número e percentual de ESF que em sua opinião houve melhorias, segundo sua consideração se isto se deve às suas solicitações. Petrópolis-RJ, 2005.

Consideração da ESF	N	%
Sim	24	80,0
Não	4	13,3
Não sabe responder	2	6,7
Total	30	100,0

Tabela 26 - Frequência de ESF e médias de contatos realizados com setores nos últimos 6 meses; frequência de ESF segundo retorno positivo “na maioria das vezes”; taxa de retorno dos setores; governabilidade das ESF; e setores pertencentes à estrutura governamental da Prefeitura. Petrópolis-RJ, 2005.

Órgão/Setor	Contatos					Retorno				
	*1 N ESF	*2 % ESF	Total de contatos	Média simples	Média contatan te	*3 N_ ESF	*4 % ESF	Taxa de retorno	*5 Governa bilidade	*6 Setor PMP
Secretaria de Educação/Escolas	19	55,9	52	2	3	18	72,0	94,7	1	0
Instituições religiosas.	21	61,8	183	5	9	17	70,8	81,0	1	0
Conselho do Idoso	11	32,4	22	1	2	8	50,0	72,7	0	0
ONGs	19	55,9	100	3	5	13	56,5	68,4	1	0
Juizado da Infância e Adolescência	10	29,4	21	1	2	6	50,0	60,0	0	0
Defesa Civil	24	70,6	218	6	9	14	42,4	58,3	0	1
Fiscalização Sanitária	9	26,5	34	1	4	5	45,5	55,6	0	1
Vigilância Sanitária	29	85,3	153	5	5	15	44,1	51,7	0	1
Conselho Tutelar	24	70,6	113	3	5	11	39,3	45,8	0	0
SETRAC	30	88,2	361	11	12	12	35,3	40,0	0	1
C.P.TRANS	10	29,4	27	1	3	4	23,5	40,0	0	1
COMDEP	23	67,6	83	2	4	9	30,0	39,1	0	1
Companhia de Água e Esgoto	17	50,0	59	2	3	5	21,7	29,4	0	1
Secretaria de Obras	17	50,0	56	2	3	4	15,4	23,5	0	1
Secretaria de Fazenda (Código de Posturas)	5	14,7	11	0	2	1	10,0	20,0	0	1
Secretaria Meio Ambiente	11	32,4	20	1	2	2	11,8	18,2	0	1
Outros 1	10	29,4	40	1	4	9	56,3	90,0	1	0
Outros 2	2	5,9	4	0	2	2	50,0	100,0	1	0
Média por setor (exclui "outros")	17	51,3	95	3	5	9	38,6	51,6	0	
Correlação			0,13	0,13	0,17					

Média simples = número de contatos sobre o número total de ESF

Média contatante = número de contatos sobre o número de ESF que referiram contatos

*1 N ESF que identificaram o número de contatos;

*2 Percentual de ESF que identificaram o número de contatos;

*3 Número de ESF que referiram resposta positiva do referido setor na “maioria das vezes”;

*4 Percentual de ESF que referiram resposta positiva do referido setor na “maioria das vezes”;

*5 Governabilidade igual a da ESF: 1=sim; 0=não. Considerou-se o item “outros” como tendo a mesma governabilidade que as ESF

*6 Setor pertencente à estrutura organizacional da Prefeitura Municipal de Petrópolis (PMP): 1=sim; 0=não

Instituições Religiosas: Igreja Católica (8 ESF); : Igreja Católica e Evangélica (6 ESF); Pastoral da Criança e da Saúde (4ESF); Igreja Evangélica; Pão da Vida todas as igrejas locais; não especificaram (4 ESF).

ONG(s): API AIDS (3 ESF); Aldeia da Criança e Amigos Assistenciais (3 ESF); Vale Vivo e Rota 22; Crianças Criativas; TERÊ VIVA; LIONS RENASCER; Companhia dos Animais; Recicla Três Rios; Instituto Ambiental e Associação Vale do Bonfim; Projeto Florescer; Centro Interativo da Mata Atlântica; Fé e Alegria; SFB; não especificaram (6 ESF).

Outros : Associação de Moradores (2 ESF); Emaús; CELMA; Alan Kardec; Policiamento comunitário; SESC; Evangélica; Secretaria de Habitação; Sociedade dos Amigos do Vale Boa Esperança; Comércio Local (2 ESF); Igreja; Pastoral da Criança; não especificaram (7 ESF).

Tabela classificada pela coluna taxa de retorno

Tabela 27 - Número e percentual de ESF, segundo frequência de participação de seus integrantes em reuniões do COMSAUDE. Petrópolis-RJ, 2005.

Frequência de participação	Integrante 1		Integrante 2		Integrante 3		Integrante 4		Integrante 5	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Raras vezes	2	14,3	6	50,0	6	100,0	2	66,7	1	100,0
1 a 2 vezes/ano	6	42,9	4	33,3	-	-	-	-	-	-
Mais de 3 vezes /ano	5	35,7	1	8,3	-	-	1	33,3	-	-
Não respondeu	1	7,1	1	8,3	-	-	-	-	-	-
Total	14	100,0	12	100,0	6	100,0	3	100,0	1	100,0

Tabela 28 - Número e percentual de ESF, segundo condições de participação de seus integrantes em reuniões do COMSAUDE. Petrópolis-RJ, 2005.

Condições de participação	Integrante 1		Integrante 2		Integrante 3		Integrante 4		Integrante 5	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Como representante dos profissionais de saúde	6	42,9	4	33,3	2	33,3	2	66,7	-	-
Como representante dos usuários	1	7,1	1	8,3	-	-	-	-	-	-
Como representante da SMS	2	14,3	-	-	1	16,7	1	33,3	-	-
Como cidadão (ouvinte)	4	28,6	6	50,0	3	50,0	-	-	1	100,0
Outros	1	7,1	1	8,3	-	-	-	-	-	-
Total	14	100,0	12	100,0	6	100,0	3	100,0	1	100,0

Tabela 29 - Relação entre características da atuação intersetorial das ESF e período de implantação das equipes. Petrópolis-RJ, 2005

Indicadores		Período de implantação			P_valor de Fisher	OR	IC de 95% do OR	
		98/00	01/04	Total			Lim Inf	Lim Sup
ESF Discute diagnóstico no último semestre	Não (n=10)	70,0	30,0	100,0	0,045	7,0	1,3	37,9
	Sim (n=20)	25,0	75,0	100,0	-	-	-	-
Participação da comunidade na identificação dos problemas	Sim (n=22)	45,5	54,5	100,0	0,717	1,7	0,4	7,2
	Não (n=12)	33,3	66,7	100,0	-	-	-	-
Participação da comunidade no encaminhamento dos problemas	Sim (n=13)	30,8	69,2	100,0	0,477	0,5	0,2	2,1
	Não (n=21)	47,6	52,4	100,0	-	-	-	-
Desencadear ação através da supervisão	Não (n=18)	38,9	61,1	100,0	1,000	0,8	0,2	3,2
	Sim (n=16)	43,8	56,3	100,0	-	-	-	-

Tabela 30 - Indicadores de intensidade intersetorial segundo os condicionantes de atuação intersetorial considerados na pesquisa. Petrópolis-RJ, 2005.

Indicadores	Condicionantes	N	Média	Erro Padrão	P_valor(*)
Período de implantação					
Nº de setores contatados desde a implantação	98/00	14	12	0,74	0,150
	01/04	20	10	0,92	
Nº de contatos nos últimos 6 meses	98/00	14	43	8,97	0,766
	01/04	20	48	10,58	
ESF discute diagnóstico no último semestre					
Nº de setores contatados desde a implantação	Sim	20	11	0,94	0,741
	Não	10	10	1,02	
Nº de contatos nos últimos 6 meses	Sim	20	45	10,08	0,725
	Não	10	42	11,72	
Participação da comunidade na identificação dos problemas					
Nº de setores contatados desde a implantação	Sim	22	12	0,80	0,153
	Não	12	10	1,00	
Nº de contatos nos últimos 6 meses	Sim	22	49	9,98	0,928
	Não	12	41	9,10	
Participação da comunidade no encaminhamento dos problemas					
Nº de setores contatados desde a implantação	Sim	13	11	1,10	0,776
	Não	21	11	0,79	
Nº de contatos nos últimos 6 meses	Sim	13	40	6,54	0,723
	Não	21	49	10,92	
Desencadear ação através da Supervisão					
Nº de setores contatados desde a implantação	Sim	15	11	0,96	0,457
	Não	19	11	0,86	
Nº de contatos nos últimos 6 meses	Sim	15	40	8,26	0,617
	Não	19	51	11,43	

Hipóteses testadas pelo teste não paramétrico de Mann-Whitney

Tabela 31 – Proporção média de setores que retornam contato, na maioria das vezes, dentre os contatados, erro padrão e P_valor, segundo condicionantes de atuação intersetorial. Petrópolis - RJ, 2005

(*)	Condicionantes	N	Média	Erro Padrão	P_valor
Período de implantação					
	98/00	14	43,92	7,11	0,410
	¼	20	37,56	5,27	
ESF discute diagnóstico no último semestre					
	Sim	20	45,23	6,14	0,098
	Não	10	27,67	5,14	
Participação da comunidade na identificação dos problemas					
	Sim	22	42,10	6,13	0,745
	Não	12	36,66	4,34	
Participação da comunidade no encaminhamento dos problemas					
	Sim	13	41,14	7,77	0,750
	Não	21	39,59	5,04	
Desencadear ação através da supervisão					
	Não	18	47,94	6,79	0,065
	Sim	16	31,45	3,91	

Hipóteses testadas pelo teste não paramétrico de Mann-Whitney

IX.2 - Questionário com as Equipes de Saúde da Família

QUESTIONÁRIO COM AS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

Este questionário faz parte da pesquisa para dissertação de mestrado que está sendo desenvolvida por Suzana Rezende Papoula, aluna do Curso de Mestrado em Saúde Pública, subárea de Políticas Públicas e Saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ, orientada por Ligia Giovanella, intitulada *Atuação Intersetorial das Equipes de Saúde da Família em Petrópolis (RJ): Limites e potencialidades*.

Sua resposta é muito importante para o desenvolvimento da pesquisa que tem por objetivo conhecer e analisar como estão sendo realizadas as ações intersetoriais pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) em nosso município.

O questionário deverá ser respondido em conjunto por toda a ESF (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde) e será mantido sigilo sobre as respostas dadas. O termo de consentimento livre e esclarecido encontra-se em anexo. Por gentileza, assinar uma das cópias e devolvê-la junto com o questionário.

Agradeço a colaboração de todos e solicito que todas as questões sejam respondidas.

Código de identificação do questionário _____ Ano de Implantação da ESF _____
Data do preenchimento do questionário ____/____/_____

1ª PARTE - IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS DA COMUNIDADE PELA ESF

1 – A ESF realizou diagnóstico de saúde da comunidade sob sua responsabilidade?

1. () Sim (siga questão 2)
2. () Não (passe para a questão 6)

2 – Caso a resposta da **questão 1** tenha sido “**sim**”, quais os instrumentos utilizados pela ESF para a realização deste diagnóstico de saúde?

2.1	SIAB	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
2.2	Visita domiciliar	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
2.3	Visita às micro áreas	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
2.4	Reuniões comunitárias	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
2.5	Informações das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS)	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
2.6	Informações da comunidade	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
2.7	Sistema de Informação de Mortalidade (SIM)	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
2.8	Sistema de Informação de Morbidade (SINAM)	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
2.9	Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC)	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
2.10	Outro 1 (especifique) _____	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
2.11	Outro 2 (especifique) _____	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado

3 – Caso a resposta da **questão 1** tenha sido “**sim**”, como foi registrado o diagnóstico realizado?

3.1	Através de relatório	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
3.2	Através de mapas	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
3.3	O diagnóstico não foi registrado	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
3.4	Outro 1 (especifique) _____ _____	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
3.5	Outros 2 (especifique) _____ _____	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado

4 – Caso a resposta da **questão 1** tenha sido “**sim**”, quando foi realizado o diagnóstico? Assinale **apenas uma** opção.

1. () Apenas na época da implantação do PSF
2. () Na época da implantação do PSF, tendo sido alguma vez renovado
3. () É renovado anualmente
4. () Outros (especifique) _____

5 – Caso a resposta da **questão 1** tenha sido “**sim**”, quando foi a última vez que o diagnóstico foi **discutido**? Assinale **apenas uma** opção.

1. () nos últimos 3 meses
2. () nos últimos 4 a 6 meses
3. () nos últimos 7 a 12 meses
4. () há mais de 12 meses
9. () Ignorado

6 – Como são identificados os problemas comunitários que dependem de ações intersetoriais para sua resolução?

6.1	Através do SIAB	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
6.2	Através de visitas às micro áreas	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
6.3	Através de informações trazidas pelas ACS	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
6.4	Através de informações de outros profissionais membros da ESF	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
6.5	Através de reuniões comunitárias	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
6.6	Através de informações trazidas pela comunidade	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
6.7	Diagnóstico da comunidade	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
6.8	Outro 1 (especifique) _____ _____	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
6.9	Outro 2 (especifique) _____ _____	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado

7 – Quais os **principais** problemas da comunidade, identificados pelas ESF em sua área de abrangência, que dependem de ações intersetoriais para sua resolução?

7.1	Ausência ou insuficiência de rede de esgoto	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
7.2	Ausência ou insuficiência de abastecimento público de água	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
7.3	Ausência ou inadequação de coleta do lixo	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
7.4	Moradias inadequadas e/ou em área de risco	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
7.5	Ausência ou insuficiência de escolas de 1º grau	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
7.6	Ausência ou insuficiência de escolas de 2º grau	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
7.7	Ausência ou insuficiência de creche	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
7.8	Ausência ou insuficiência de áreas de lazer	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
7.9	Ausência ou insuficiência ou inadequação de meios de transporte	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
7.10	Ausência ou insuficiência de iluminação pública	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
7.11	Ausência ou inadequação de pavimentação de ruas	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
7.12	Taxas de desemprego elevadas	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
7.13	Ausência ou insuficiência de programas de renda mínima	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
7.14	Ausência ou insuficiência de comércio local	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
7.15	Ausência ou insuficiência de cursos profissionalizantes	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
7.16	Presença de roedores	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
7.17	Presença de animais vadios	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
7.18	Desnutrição e/ou alimentação inadequada	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
7.19	Consumo de drogas lícitas e/ou ilícitas	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
7.20	Ausência ou pouca mobilização comunitária	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
7.21	Ausência ou insuficiência de representação comunitária	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
7.22	Outro 1 (especifique) _____ _____	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
7.23	Outro 2 (especifique) _____ _____	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado

8 – Dos problemas identificados na **questão 7**, quais os **três** problemas que a ESF considera mais críticos ? Liste e identifique com o número correspondente ao problema.

1. _____
2. _____
3. _____

9 – A ESF seleciona problemas para realizar intervenção?

1. () sim (siga a questão 10)
2. () não (passe para a questão 11)

10 – Caso a resposta da **questão 9** tenha sido “**sim**”, como se decide quais os principais problemas da comunidade serão enfrentados?

10.1	Discussões entre os membros da ESF	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
10.2	Discussões da ESF com a Supervisão	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
10.3	Discussões da ESF com a Supervisão e utilização de alguma metodologia para a hierarquização dos problemas	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
10.4	Discussão com a comunidade	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
10.5	Outro 1(especifique) _____	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
10.6	Outro 2 (especifique) _____	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado

2ª PARTE – PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA

11 – A comunidade participou da identificação destes problemas?

1. () Sim (siga a questão 12)
2. () Não (passe para a questão 13)

12 – Caso a resposta da questão **11** tenha sido “**sim**”, de que forma a comunidade participou da identificação dos problemas?

12.1	Reuniões convocadas pelas ESF	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
12.2	Representantes comunitários levando o problema à ESF	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
12.3	Representantes comunitários visitando as micro áreas junto com as ESF	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
12.4	Mobilização comunitária feita pela ESF	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
12.5	Reuniões convocadas pelas associações de moradores	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
12.6	Outro 1(especifique) _____	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
12.7	Outro 2(especifique) _____	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado

13 – Caso a resposta da **questão 11** tenha sido “**não**”, qual(is) o(s) motivo(s) da comunidade não ter participado?

13.1	Inexistência de representação comunitária na área	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
13.2	Dificuldade da ESF de envolver a comunidade	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
13.3	Insuficiência de iniciativas da ESF para convocar a comunidade	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
13.4	Ausência da participação da comunidade a reuniões, embora tenha sido convidada	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
13.5	Outro motivo 1(especifique) _____	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
13.6	Outro motivo 2(especifique) _____	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado

14 – A comunidade participa dos encaminhamentos dos problemas identificados?

1. () Sim (siga a questão 15)
2. () Não (passe para a questão 16)

15 – Caso a resposta da **questão 14** tenha sido “**sim**”, de que forma a comunidade participa destes encaminhamentos?

15.1	Enviando correspondências aos Órgãos competentes	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
15.2	Marcando reuniões com os Órgãos competentes	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
15.3	Endossando os ofícios juntamente com as ESF	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
15.4	Outro 1(especifique) _____	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
15.5	Outro 2(especifique) _____	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado

16 – Caso a resposta da **questão 14** tenha sido “**não**”, por quê?

16.1	Inexistência de representação comunitária na área	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
16.2	Dificuldade da ESF de envolver a comunidade	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
16.3	Insuficiência de iniciativas da ESF para chamar a comunidade e juntas encaminharem os problemas	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
16.4	Ausência da participação da comunidade no encaminhamento dos problemas, embora tenha sido convidada	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
16.5	Outro 1(especifique) _____	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
16.6	Outro 1(especifique) _____	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado

3ª PARTE – INICIATIVAS DAS ESF PARA DESENCADear AÇÕES DE OUTROS SETORES

17 – Os problemas identificados, **na maioria das vezes**, dependem de intervenção conjunta/parceria com qual(is) setor(es)?

17.1	Secretaria de Educação	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
17.2	Secretaria de Meio Ambiente	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
17.3	Secretaria de Ação Social e Trabalho (SETRAC)	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
17.4	Secretaria Obras	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
17.5	Secretaria de Fazenda (Código de Posturas)	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
17.6	Companhia de Água e Esgoto (Águas do Imperador)	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
17.7	Companhia de Desenvolvimento Petropolitano (COMDEP)	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
17.8	Companhia Petropolitana de Trânsito (C.P.TRANS)	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
17.9	Vigilância Sanitária	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
17.10	Fiscalização Sanitária*	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
17.11	Defesa Civil	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
17.12	Conselho Tutelar	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
17.13	Juizado da Infância e Adolescência	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
17.14	Conselho do Idoso	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
17.15	ONGs. (especifique) _____ _____	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
17.16	Instituições Religiosas (especifique) _____ _____	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
17.17	Outro 1(especifique) _____ _____	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
17.18	Outro 2 (especifique) _____ _____	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado

* A Fiscalização Sanitária no município de Petrópolis, encontra-se separada da Vigilância Sanitária.

18 – Qual(is) a(s) iniciativas da ESF para desencadear a ação de outros setores para resolução dos problemas da comunidade?

18.1	Encaminhamento por ofícios ao(s) setor(es)/órgão(s) responsáveis	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
18.2	Discutindo o problema com a supervisão, ficando a cargo desta as providências necessárias	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
18.3	Discutindo o problema com a supervisão e a comunidade, ficando a cargo da primeira tomar as providências necessárias	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
18.4	Marcando reuniões com o setor/órgão envolvido	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
18.5	Discutindo o problema com as representações locais da comunidade e estas encaminham ao setor/órgão responsável	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
18.6	ESF chama os meios de comunicação	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
18.7	ESF leva o problema ao vereador responsável	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
18.8	Ida informal da ESF ou algum de seus membros ao setor responsável	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
18.9	Solicitação por telefone ao setor/órgão responsável	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
18.10	Outra forma 1 _____	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
18.11	Outra forma 2 _____	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
18.12	Ausência de iniciativa da ESF	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado

19 – Dentre as respostas dadas pela ESF na **questão 18**, qual a forma mais freqüente de iniciativa para desencadear ações de outros setores. Liste **apenas uma** resposta, com seu número correspondente.

1. _____

20 – Com quais setores/órgãos a ESF já entrou alguma vez em contato **desde a implantação do PSF**, e **nos últimos 6 meses**, para solucionar os problemas identificados? **Estime a quantidade de contatos** com outros setores realizados nos últimos 6 meses.

Atenção: para cada órgão assinalar uma das opções para “desde a implantação...”, uma das opções para “nos últimos seis meses...”, e, na última coluna indicar número estimado (0, 1, 2 etc).

Setor	Desde a implantação da ESF			Nos últimos 6 meses de atuação da ESF			
	Nunca fez contato	Fez algum contato	Não sabe informar	Não fez contato	Fez algum contato	Não sabe informar	Nº estimado de contatos nos últimos 6 meses
1	Secretaria de Educação						
2	Secretaria Meio Ambiente						
3	SETRAC						
4	Secretaria de Obras						
5	Secretaria de Fazenda (Código de Posturas)						
6	Companhia de Água e Esgoto						
7	COMDEP						
8	C.P.TRANS						
9	Vigilância Sanitária						
10	Fiscalização Sanitária						
11	Defesa Civil						
12	Conselho Tutelar						
13	Juizado da Infância e Adolescência						
14	Conselho do Idoso						
15	ONGs Qual? _____ _____						
16	Instituições religiosas. Qual? _____ _____						
17	Outro (especifique) _____ _____						

21 – Estas iniciativas da ESF buscaram enfrentar que tipos de problemas da comunidade?

21.1	Ausência ou insuficiência de rede de esgoto	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
21.2	Ausência ou insuficiência de abastecimento público de água	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
21.3	Ausência ou inadequação de coleta do lixo	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
21.4	Moradias inadequadas e/ou em área de risco	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
21.5	Ausência ou insuficiência de escolas de 1º grau	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
21.6	Ausência ou insuficiência de escolas de 2º grau	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
21.7	Ausência ou insuficiência creche	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
21.8	Ausência ou insuficiência de áreas de lazer	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
21.9	Ausência, insuficiência ou inadequação de meios de transporte	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
21.10	Ausência ou insuficiência de iluminação pública	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
21.11	Ausência ou inadequação de pavimentação de ruas	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
21.12	Taxas de desemprego elevadas	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
21.13	Ausência ou insuficiência de programas de renda mínima	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
21.14	Ausência ou insuficiência de comércio local	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
21.15	Ausência ou insuficiência de cursos profissionalizantes	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
21.16	Presença de roedores	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
21.17	Presença de animais vadios	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
21.18	Desnutrição e/ou alimentação inadequada	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
21.19	Consumo de drogas lícitas e/ou ilícitas	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
21.20	Violência contra a mulher	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
21.21	Violência e/ou maus tratos com crianças e/ou adolescentes	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
21.22	Outro 1 (especifique) _____	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
21.23	Outro 2 (especifique) _____	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
21.24	Outro 3 (especifique) _____	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado

Caso necessário utilizar verso da folha

22 – A ESF já recebeu respostas positivas de outros setores às solicitações para solucionar os problemas identificados, isto é, a ação solicitada foi ou está sendo realizada? Considerar os **últimos 6 meses**.

Atenção: assinale **não se aplica** caso a ESF não tenha feito qualquer solicitação ao órgão

Setor		Ação Realizada		
		Sim	Não	Não se aplica
22.1	Secretaria de Educação	1.()	2.()	3.()
22.2	Secretaria de Meio Ambiente	1.()	2.()	3.()
22.3	SETRAC	1.()	2.()	3.()
22.4	Secretaria de Obras	1.()	2.()	3.()
22.5	Secretaria de Fazenda (Código de Posturas)	1.()	2.()	3.()
22.6	Companhia de Água e Esgoto	1.()	2.()	3.()
22.7	COMDEP	1.()	2.()	3.()
22.8	C.P.TRANS	1.()	2.()	3.()
22.9	Vigilância Sanitária	1.()	2.()	3.()
22.10	Fiscalização Sanitária	1.()	2.()	3.()
22.11	Defesa Civil	1.()	2.()	3.()
22.12	Conselho Tutelar	1.()	2.()	3.()
22.13	Juizado da infância e adolescência	1.()	2.()	3.()
22.14	Conselho do Idoso	1.()	2.()	3.()
22.15	ONGs - Qual? _____ _____	1.()	2.()	3.()
22.16	Instituições religiosas - Qual? _____ _____	1.()	2.()	3.()
22.17	Outro 1(especifique)_____	1.()	2.()	3.()
22.18	Outro 2 (especifique)_____	1.()	2.()	3.()

Caso necessário utilizar verso da folha

23 – Caso na **questão 22**, a ESF tenha recebido **alguma resposta positiva**, de que forma foi realizada a solicitação de atuação dos outros setores?

23.1	Encaminhamento por ofícios ao(s) setor(es)/órgão(s) responsáveis	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
23.2	Discutiu o problema com a supervisão e esta tomou as providências necessárias	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
23.3	Discutiu o problema com a supervisão e a comunidade e a supervisão tomou as providências necessárias	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
23.4	Realização de reuniões com o setor/órgão envolvido	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
23.5	Discutiu o problema com as representações locais da comunidade e estas encaminharam solicitação ao setor/órgão responsável	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
23.6	Através dos meios de comunicação	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
23.7	Através do vereador	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
23.8	Ida informal da ESF ou algum de seus membros ao setor responsável	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
23.9	Solicitação por telefone ao setor/órgão responsável	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
23.10	Outra forma (especifique) _____ _____	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
23.11	Outra forma (especifique) _____ _____	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado

24 – A ESF acompanha o andamento das solicitações?

1. () Sim (siga a questão 25)
2. () Não (passe para a questão 26)

25 – Caso a resposta da **questão 24** tenha sido “**sim**”, de que forma a ESF acompanha o andamento das solicitações?

25.1	Através de questionamento à supervisão	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
25.2	Através de questionamento direto ao órgão responsável	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
25.3	Através de questionamento às representações comunitárias	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
25.4	Outros (especifique) _____ _____	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
25.5	Outros (especifique) _____ _____	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado

26 – Caso a resposta da questão 24 tenha sido “**não**”, a ESF considera que isto se deve a que? Assinale **uma ou mais opções**.

26.1	Acaba esquecendo de perguntar à supervisão	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
26.2	Sabe que não vai ou será difícil ter resposta	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
26.3	Ausência de acesso ao(s) órgão(s) responsável(is)	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
26.4	Outros _____ _____ _____	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado
26.5	Outros _____ _____ _____	1.() Sim	2.() Não	9.() Ignorado

27 – Na opinião da ESF, qual dos seus membros tem um “**papel**” mais importante na busca de ações intersetoriais para a resolução dos problemas encontrados? Assinale **apenas uma** opção.

1. () Médico
2. () Enfermeiro
3. () Dentista (caso houver na ESF)
4. () Auxiliar de Enfermagem
5. () Agente Comunitário de Saúde
6. () Todos os membros têm o mesmo “papel”

4ª PARTE – PARTICIPAÇÃO DA ESF NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE (COMSAÚDE)

28 – Algum membro da ESF já participou de reuniões do CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE?

1. () Sim (siga a questão 29)
2. () Não (passe para a questão 32)

29 – Caso a resposta da **questão 28** tenha sido “**sim**”, quantos integrantes já participaram de reuniões do CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE? Especifique o **número** de integrantes:
_____ **participantes**.

30 – Caso a resposta da questão **28** tenha sido “**sim**”, com que frequência os integrantes participaram? Considerar os últimos 12 meses. (Marque com um X)

	Nº de vezes que participou	Integrante 1	Integrante 2	Integrante 3	Integrante 4	Integrante 5
30.1	Raras vezes					
30.2	1-2 vezes/ano					
30.3	Mais de 3 vezes ao ano					

*Caso haja mais participantes anote ao lado

31 – Caso a resposta da **questão 28** tenha sido “**sim**”, em qual condição participou de reuniões do CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE? Assinale **uma ou mais** opções. (Marque com um X)

	Condição em que participou	Integrante 1	Integrante 2	Integrante 3	Integrante 4	Integrante 5
31.1	Como representante dos profissionais de saúde					
31.2	Como representante dos usuários					
31.3	Como representante da Secretaria Municipal de Saúde					
31.4	Como cidadão (ouvinte)					
31.5	Outros (especifique)					
31.6	Outros (especifique)					

32 – A ESF alguma vez encaminhou algum problema de sua área de atuação, que necessite de atuação intersetorial, ao CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE?

1. () Sim (siga a questão 33)
2. () Não (passe para a questão 34)

33 – Caso a resposta da **questão 32** tenha sido “**sim**”, a ESF pode descrever esta iniciativa (problema encaminhado, se entrou na pauta da reunião do CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE, se obteve alguma resposta à solicitação, outras descrições que a ESF considerar importantes)? Se necessário use o verso da folha.

34 – Caso a resposta da **questão 32** tenha sido **“não”**, por que a ESF nunca encaminhou problemas de sua área de atuação, que necessite de atuação intersetorial, ao CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE?

5ª PARTE – PERCEPÇÕES DA ESF SOBRE A INTERSETORIALIDADE

35 – Como a ESF considera a resposta dos setores, quanto aos problemas a eles encaminhados? Marque com um “X”.

	Setor	Realizados na maioria das vezes	Realizados às vezes	Nunca realizado	Nunca tentou acesso
35.1	Educação	1. ()	2. ()	3. ()	4. ()
35.2	Meio Ambiente	1. ()	2. ()	3. ()	4. ()
35.3	SETRAC	1. ()	2. ()	3. ()	4. ()
35.4	Secretaria de Obras	1. ()	2. ()	3. ()	4. ()
35.5	Secretaria de Fazenda (Código de Posturas)	1. ()	2. ()	3. ()	4. ()
35.6	Companhia de Água e Esgoto	1. ()	2. ()	3. ()	4. ()
35.7	COMDEP	1. ()	2. ()	3. ()	4. ()
35.8	C.P.TRANS	1. ()	2. ()	3. ()	4. ()
35.9	Vigilância Sanitária	1. ()	2. ()	3. ()	4. ()
35.10	Fiscalização Sanitária	1. ()	2. ()	3. ()	4. ()
35.11	Defesa Civil	1. ()	2. ()	3. ()	4. ()
35.12	Conselho Tutelar	1. ()	2. ()	3. ()	4. ()
35.13	Juizado da Infância e Adolescência	1. ()	2. ()	3. ()	4. ()
35.14	Conselho Idoso	1. ()	2. ()	3. ()	4. ()
35.15	ONGs - Qual? _____	1. ()	2. ()	3. ()	4. ()
35.16	Instituições religiosas - Qual? _____	1. ()	2. ()	3. ()	4. ()
35.17	Outro 1 (especifique) _____	1. ()	2. ()	3. ()	4. ()
35.18	Outro 2 (especifique) _____	1. ()	2. ()	3. ()	4. ()

36 – Caso a resposta da **questão 35** tenha sido em um ou mais setores: **“realizados às vezes”** ou **“nunca realizados”**, a ESF considera que isto se deve a que?

37 – Desde a implantação do PSF em sua área de atuação, quanto a melhorias na qualidade de vida das pessoas/comunidade, **no que se refere a ações intersetoriais**, na opinião da ESF ocorreram:

1. () muitas melhorias
2. () poucas melhorias
3. () nenhuma melhoria
9. () Ignorado

38 – Caso a resposta da **questão 37** tenha sido **“muitas melhorias”** ou **“poucas melhorias”** a ESF considera que isto se deve às suas solicitações?

1. () sim - Justifique _____

2. () não - Justifique _____

3. () não sabe

39 – Caso a resposta da **questão 37** tenha sido **“nenhuma melhoria”**, a ESF considera que isto se deve a que?

40 – Caso na **questão 37** tenha havido **pelo menos uma melhoria** a ESF poderia citá-la(s), juntamente com o setor(es) envolvido(s)?

41 – Na opinião da ESF, qual a melhor forma de encaminhar os problemas aos órgãos responsáveis?

42– O que a ESF entende como “intersetorialidade”?

43 – Qual a percepção da ESF, sobre seu atual processo de trabalho, no que se refere a intersetorialidade?

44 – Quais as principais dificuldades enfrentadas pela ESF para o desenvolvimento de ações intersetoriais?

48 – Na opinião da ESF, qual(is) a(s) ação(es) necessária(s) dos outros órgãos/ setores municipais, para apoiar e possibilitar a ESF desenvolver ações, em sua área de abrangência, que estimulem mudanças de estilos de vida quanto à/ao:

	Problemas	Ação(es) necessária(s) dos setores
1	Alimentação e nutrição	
2	Tabagismo e o abuso do álcool	
3	Sedentarismo	

49 – Observações livres da ESF sobre as perguntas ou temas do questionário

Muito obrigada!

IX.3 - Roteiro para o preenchimento do questionário

ROTEIRO PARA O PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

- O questionário contém 18 páginas com 49 perguntas. Certifique-se se o seu contém todas estas páginas;
- Junto ao questionário existem duas cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que caso a ESF concorde em responder o questionário deverá assiná-los, cada membro em seu local especificado, ficar com uma cópia e devolver a outra junto com os questionários dentro do envelope.
- Cada ESF está recebendo dentro do envelope 4 questionários, porém **somente** o que contém o **número de código** deverá ser preenchido. Os outros são somente para acompanhamento da ESF, no momento de respondê-lo;
- O questionário **deverá ser respondido por toda a ESF**, após consenso desta sobre a questão abordada;
- A ESF deverá guardar seu número de código, para que caso haja apresentação de resultados por ESF, a mesma possa se identificar, pois os dados não serão divulgados de forma que possibilite a identificação das ESF(s);
- Como se trata de uma pesquisa de mestrado é importante que as respostas das ESF sejam fidedignas. A ESF não será identificada.

Muito obrigada!