



Online Brazilian Journal of Nursing

E-ISSN: 1676-4285

objn@enf.uff.br

Universidade Federal Fluminense
Brasil

Organização dos serviços de saúde na perspectiva da Intersetorialidade: limites e possibilidades da prática integralizadora

Online Brazilian Journal of Nursing, vol. 4, núm. 3, 2005, pp. 87-92

Universidade Federal Fluminense

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361453970012>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

**OBJN**
Online Brazilian Journal of Nursing

**PORTUGUÊS**

Universidade Federal Fluminense


Artigos de Revisão

ESCOLA DE ENFERMAGEM
AURORA DE AFONSO COSTA

Organização dos serviços de saúde na perspectiva da Intersetorialidade: limites e possibilidades da prática integralizadora

RESUMO

O texto aborda, a partir da compreensão do conceito de saúde e dos cenários das práticas da mesma, algumas reflexões sobre a organização, programação e estruturação dos serviços na perspectiva que envolva os desafios da prática intersetorial. Saúde é aqui compreendida no seu conceito ampliado de qualidade de vida. Há consenso de que o atual modelo assistencial, além de excludente, apresenta baixo impacto sobre os problemas de saúde e qualidade de vida dos cidadãos. Para tanto, procuramos nos amparar em autores que ampliem a visão estratégica de organização de serviços possibilitando assim, discorrer sobre o objeto do estudo. A intersetorialidade, portanto, como estratégia organizacional, busca superar a fragmentação das políticas públicas ao considerar o ser humano na sua totalidade e na sua complexidade.

Descritores: Organização e Administração; Gestão de Qualidade; Serviços de Saúde.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Ao iniciarmos nossa reflexão pareceu-nos imprescindível repensar sobre o modelo assistencial, para em seguida, alcançar os fundamentos da intersectorialidade como estratégia de organização dos serviços de saúde. Temos consciência de que muito, e de vários modos, já se escreveu sobre o tema, porém acreditamos poder contribuir para uma aproximação e compreensão da intersectorialidade como proposta de gestão em saúde. Sensíveis à atualidade do tema, procuramos problematizar nosso objeto em torno do seguinte questionamento: *O que dizem os estudiosos sobre temática e o que consideram como limitação para a estrutura e organização dos serviços que tem como estratégia a intersectorialidade?* O texto, portanto, objetiva, a partir da compreensão do conceito e dos cenários das práticas em saúde, algumas reflexões sobre a organização, programação e estruturação dos serviços na perspectiva que envolva os desafios da prática intersectorial.

Durante a 11ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) foi difundida, entre outras ações, a melhoria das condições de saúde e a efetividade de políticas sociais intersectoriais capazes de reverter os atuais indicadores de saúde, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida da população. Nesta perspectiva, a integralidade da atenção deve ser capaz de cuidar da qualidade da saúde e não apenas de tratar doenças. No entanto, os atuais modelos de saúde são de caráter assistencialista e não conseguem atender e resolver as necessidades da população. O sistema de saúde continua fragmentado e a intersectorialidade é precária¹.

Com efeito, os problemas de saúde devem ser enfrentados por meio de ações intersectoriais, visto que extrapolam a responsabilidade exclusiva do setor saúde². Contudo, as "ações dirigidas à saúde continuam restritas ao setor saúde,

numa concepção biologicista e organicista, marcada pelo modelo medicalizante e, portanto, de pouca eficácia"^{3:71}.

De outra feita, é necessário compreender que, qualidade de vida passa pela interação de várias dimensões do bem-estar físico, psíquico e social, e demanda visão integrada dos problemas sociais. Nesse sentido, as políticas setoriais isoladamente são incapazes de realizar e de considerar o cidadão na sua totalidade e nas suas necessidades individuais e coletivas⁴.

As atuais políticas públicas básicas como educação, saúde e assistência social são setoriais e desarticuladas respondendo a uma gestão com características centralizadoras e hierárquicas onde prevalecem práticas que não geram a promoção humana⁵. Os profissionais de saúde demonstram a influência da visão mecanicista no ato de cuidar, concentrando sua atenção na máquina corporal negligenciando os aspectos psicológicos, sociais, ambientais e existenciais⁶ que permeiam o processo saúde-doença. Esta forma de gestão gera fragmentação da atenção, paralelismo de ações, centralização de decisões, de informações e de recursos, além da rigidez quanto às normas, divergências quanto aos objetivos e papel de cada área, fortalecimento de hierarquias e poderes políticos/decisórios e fragilização do usuário⁷. De outra feita, é necessário compreender que, qualidade de vida passa pela interação de várias dimensões do bem-estar físico, psíquico e social, e demanda visão integrada dos problemas sociais. Nesse sentido, as políticas setoriais isoladamente são incapazes de realizar e de considerar o cidadão na sua totalidade e nas suas necessidades individuais e coletivas⁸. Cumpre assinalar que a concepção mecanicista somada a valores patrimonialistas e clientelistas, conforma um aparelho excludente, tanto do ponto de vista da participação nas decisões quanto na contribuição para a redistribuição de riquezas.

Assume relevância a afirmação de que a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, não contempla apenas a doença, mas o direito do cidadão a uma vida digna e com qualidade. Envolve, portanto, a saúde, a educação, o trabalho, a habitação, além de outras dimensões sociais, não isoladas, tratadas de maneira integrada, isto é, intersetorialmente. Por estas premissas as necessidades dos cidadãos não são satisfeitas apenas pela intervenção de uma política e sugere a interação entre as diversas ações setoriais como educação, trabalho, habitação e alimentação como possibilidade para superar a fragmentação dos serviços⁹.

Há consenso, portanto, que o atual modelo assistencial apresenta baixo impacto sobre os problemas de saúde e sobre a qualidade de vida dos cidadãos. Por outro lado, a concepção ampliada de saúde, exige dos serviços, das instituições de saúde e dos profissionais a assumirem novas possibilidades e responsabilidades no que diz respeito à produção da saúde. A intersectorialidade surge como uma nova proposta de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas voltadas para a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida¹⁰. Também é verdade que nenhuma organização dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida. Torna-se, portanto, indispensável desenvolver mecanismos de cooperação e de gestão que responda às necessidades de saúde tanto individuais como coletivamente¹⁰.

A concepção ampliada de saúde exige dos serviços, das instituições de saúde e dos profissionais a assumirem novas possibilidades e responsabilidades no que diz respeito à produção da saúde o que faz enfatizar a necessidade de se repensar as políticas públicas a partir do princípio da intersectorialidade⁵. Por conseguinte, os problemas de saúde não podem ser entendidos isoladamente, exigem compreensão sistêmica,

valoriza o pensamento intuitivo e não linear, assim como, os valores de cooperação e parceria. Abandona o exercício hierárquico e elege o exercício em rede, onde se privilegiam padrões de relacionamento entre atores em determinada situação social¹¹.

Partilha-se, neste texto, da opinião de que o atual modelo de saúde assentado em velhos paradigmas tem se mostrado inadequado. A organização especializada precisa ser recuperada por novas modalidades de práxis científica apontando a intersectorialidade como estratégia viável de transformação da realidade de saúde.

O modelo de gestão baseado na intersectorialidade

É preciso reconhecer que a tarefa do setor saúde não está mais dirigida somente para a construção de um sistema de boa qualidade com acesso universal e com integralidade, capaz de atuar na promoção, proteção e recuperação, mas amplia-se na direção de um papel articulador e integrador com outros setores, também determinantes da vida e da saúde¹¹.

Cumprasse assinalar neste particular, que a lógica intersectorial de organização e atuação em saúde, deve referir-se basicamente à população, considerando as suas formas e condições peculiares de organização. Assim as prioridades não serão setoriais, mas definidas a partir de problemas da população, cujo equacionamento envolve ações integradas de vários setores¹⁰.

A intersectorialidade apresenta-se como um dos eixos estruturantes das políticas públicas de saúde além de estar em intrínseca consonância com a amplitude do objeto saúde. Tem como preceito a reestruturação e reunião de vários saberes e setores no sentido de um olhar mais adequado e menos falho a respeito de um determinado objeto, proporcionando uma melhor resposta aos possíveis problemas encontrados no dia-a-dia¹².

Organização dos serviços de saúde na perspectiva da Interssetorialidade: limites e possibilidades da prática integralizadora. Online braz j nurs [internet]. 2005 [cited month day year]; 4 (3): 87-92. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/2792>

A intersectorialidade é vista “como uma articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeito sinérgico em situações complexas visando ao desenvolvimento social”^{9:14}. Constitui assim, uma concepção que deve informar uma nova maneira de planejar, executar e controlar a prestação de serviços para garantir acesso igual dos desiguais¹². Neste sentido, gestores, administradores, profissionais e a população passam a ser considerados sujeitos capazes de perceber seus problemas de maneira integrada e de identificar soluções adequadas à realidade social. A população passa a assumir papel ativo e a ser sujeito e não objeto de intervenção. Assim muda-se a lógica da política social, “sai da visão da carência, da solução de necessidades para a de direitos a uma vida digna e com qualidade”^{12:43}.

A importância de uma ação intersectorial é justamente a de proporcionar e efetuar uma ação mais abrangente pela participação de setores que se complementem para alcance de resultados. E por outro, desfragmentar o conhecimento e a práxis que segregam os saberes compartimentalizados das ciências¹³.

É através do paradigma da intersectorialidade que poderemos ter uma visão completa dos processos que ocorrem no mundo real e das suas conexões entre vários e diferentes níveis do contexto⁸. Ainda segundo os autores, a contribuição do paradigma da intersectorialidade é valiosa na solução de problemas que parecem insolúveis, existente neste mesmo mundo das pessoas e das instituições. No entanto, “as soluções dos problemas têm sido paternalistas e paliativas, mesmo quando o enfrentamento das questões pede soluções compartilhadas”^{7:120}.

Algumas limitações do novo modelo de gestão

A intersectorialidade mostrou-se um espaço de exercício de poderes e de interesses por

vezes, conflitantes, e no âmbito do SUS, algumas dificuldades como a incipiente produção de experiências e reflexões sobre práticas intersectoriais¹⁴. As dificuldades para a intersectorialidade, enumeradas pelos autores, estão distribuídas em três categorias: as relacionadas ao tipo de gestão, à ausência de cultura da intersectorialidade e as relacionadas aos recursos humanos.

No que diz respeito ao processo de gestão, as dificuldades são, principalmente, as formas de financiamento, considerando que as rubricas dos orçamentos são setorializadas e feitas por meio de convênio, o que gera atraso na liberação dos recursos⁵. De outro modo, persiste uma fragmentação estrutural dos diversos setores, entre os quais a saúde, a educação e assistência social, que priorizam interesses particulares acima de interesses construídos coletivamente, o que retrata a falta de cultura da intersectorialidade na organização dos serviços de saúde e gestão. As pressões por consumo de assistência médica por parte da população e a necessidade de faturamento por produtividade tem concentrado os esforços na organização do modelo médico-assistencial caracterizado pelo atendimento eventual, curativo, do tipo pronto-atendimento⁸.

As relacionadas aos recursos humanos, dizem respeito entre outras condições, à sobrecarga de responsabilidades dentro da política setorial, que os impedem de olhar além do objeto específico de atuação⁶. Não há dúvidas de que se não for assumida uma concepção ampliada de saúde e de qualidade de vida torna-se inviável a proposta da intersectorialidade. Esta condição diz respeito à formação e perfil dos profissionais, que no momento, ainda se encontra afastada do modelo que garanta competências e habilidades profissionais e técnicas necessárias e exigidas por essa nova forma de atuar. É necessário que as universidades sob um olhar mais abrangente, integrador e transdisciplinar

contribua na geração de “gentes sociais”, competentes para a prestação e regulação de serviços em saúde⁸.

A ousadia de mudar vai precisar das alianças de todos os que desejam incrementar a qualidade de vida do cidadão dentro e fora da administração dos serviços de saúde. Portanto, sem mudar concepções, valores e práticas, não será possível transformar o processo de trabalho setorial e fragmentado, como tem sido a prática das organizações públicas, para uma prática organizacional moldada pela intersectorialidade⁹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No processo de trabalho em saúde se exigem práticas inovadoras para as demandas presentes nos cenários das organizações assistenciais. Esta condição, aliada aos alarmantes indicadores de qualidade de vida da população, requer dos serviços e dos profissionais da saúde, intervenções mais ágeis e mais efetivas das políticas de saúde.

Diante das dificuldades na implementação de políticas de saúde mais efetivas, questiona-se: Como propor meios ou modos de organização do trabalho em cenários de múltiplos interesses, de múltiplas perspectivas e da expectativa de investimento resolutivo quando os recursos são parcos e a pobreza soma-se a necessidades de toda ordem? Como caminhar seguindo nossos próprios interesses diante da necessidade de somar com outros interesses para fortalecer nossos potenciais ou competências resolutivas e integralizadoras? Como somar esforços e manter elos de parcerias valorizando nossas fortalezas e reconhecendo nossas fragilidades? Como ampliar a visão plural dos atores sociais para promover a inclusão com acolhimento e disponibilidade para compartilhar espaços e saberes?

Acredita-se, que a intersectorialidade, afir-

mada como estratégia de organização dos serviços de saúde e mediada pela valorização do ser humano e como espaço para a participação cidadã, pode se tornar realidade em nosso país. Percebe-se que, como proposta concebida como estratégia de reorganização das políticas, a intersectorialidade mostra-se pouco evidente nas intervenções em saúde. A intersectorialidade que busca superar a fragmentação das políticas ao considerar o ser humano na sua totalidade e na sua complexidade é uma possibilidade que está a caminho. Pelo olhar dos sistemas complexos já se vislumbra processos relacionais, interacionais e associativos no trabalho em saúde. São movimentos de trocas, trabalhos colaborativos, decisões compartilhadas, aproximações não convencionais, convívios entre diferentes, dentre outros. Trata-se de um exercício contínuo de compartilhamento de saber, de construção de novos conceitos e de novas formas de agir em saúde. A intersectorialidade é uma proposta nova, e como tudo que é novo, é incompleto, é incerto. No entanto, é necessário conviver com as incertezas... E aprender a somar esforços em prol de uma prática que tende a se concretizar.

REFERÊNCIAS

1. Conferência Nacional de Saúde 2001. Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde. Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social, Brasília – DF, 15 a 19 de dezembro de 2000. Ministério da Saúde, Brasília.
2. Aerts D, Alves GG, La Salvia MW, Abegg C. Promoção de saúde: a convergência entre as propostas da vigilância da saúde e da escola cidadã. Cad. Saúde Publ., Rio de Janeiro 20 (4): 1020-1028, jul./ago., 2004.
3. Sucupira AC. Repensando a atenção à saúde da criança e do adolescente na perspectiva intersectorial. Rev. Saúde Públ. Rio de Janeiro 32 (2): 61-78, mar./abr. 1998.

4. Junqueira LAP. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. *Rev. Saúde e Sociedade* 6 (2): 31-46, 1997.
5. Bourguignon JA. Concepção de rede intersectorial. Disponível em: www.lupg.br/nupes/intersector.htm.
6. Inojosa RM. Intersetorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional. *Rev. Saúde Públ.* 32 (2): 35-48, mar./abr. 1998.
7. Simões SMF. From uncertainty to accuracy: reflections about nursing care under the perspective of Heidegger's theory. *Online Brazilian Journal of Nursing (OBJN-ISSN 176-4285)* v.1, n.2, 2002 [Online]. Available at: www.uff.br/nepae/objn-103simoes.htm
8. Junqueira RGPA. A intersetorialidade do ponto de vista da educação ambiental: um estudo de caso. *Rev. Adm. Públ.* Rio de Janeiro 32 (2): 79-91, mar. Abr, 1998.
9. Junqueira LAP, Inojosa RM, Komatsu S. Descentralização e intersetorialidade na gestão pública municipal do Brasil: a experiência de Fortaleza. In: XI Concurso de Ensayos del CLAD "El tránsito de la cultura burocrática al modelo de la gerencia publica: perespectivas, posibilidades y limitaciones", Caracas, 1997.
10. Junqueira LAP. Descentralização e intersetorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal. *Rev. Adm. Públ.* 32 (2): 11-22, mar. /abr. 1998.
11. Moysés SJ, Moysés ST, Kempel MC. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: experiência de Curitiba. *Rev. Ciência e Saúde Coletiva*, 9 (3): 627-641, 2004.
12. Junqueira LAP. Intersetorialidade, transectorialidade e redes sociais na saúde. *Rev. Adm. Públ.* 34 (6): 35-45, nov./dez. 2000.
13. Paula KA, Palha PF, Protti ST. Intersetorialidade: uma vivência prática ou um desafio a ser conquistado? *Interface Comunic. Saúde Educ.* v. 8, n. 15, p. 331-48, mar./ago. 2004.
14. Milnitsky-Sapiro C, Zanetti ICBB, Ponte CIRV, Buchabqui JÁ, Pacheco MRP, Palma MS. UNISAUDE: 1ª Oficina de sistematização e reflexão: pensando a interdisciplinaridade e a intersetorialidade. In: *Anais do IV SEMPE – Seminário de metodologia para Projetos de Extensão*, São Carlos, 29-31 ago 2001.