

A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA COMO MEDIADOR NO PROCESSO DE FORTALECIMENTO DA INTERSETORIALIDADE PARA FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS¹

Cínthya Oliveira Floriano²

RESUMO: A gravidade da pobreza e a desigualdade social presente no Brasil, além de ser um estigma no desenvolvimento do País, expõe as pessoas e os grupos populacionais mais vulneráveis às restrições econômicas, que por sua vez, restringem a elementos básicos de sobrevivência como água, alimento, educação, moradia, entre outros. Assim, torna-se necessário a articulação para formulação de políticas públicas eficazes e de longo prazo que estejam de acordo com as reais necessidades da população. A estratégia saúde da família foi introduzido com o propósito de reestruturar o SUS e dentro desta perspectiva, se apóia em um contato direto com a população proporcionando a descoberta de problemas reais e/ou potenciais, que deverão ser articulados e resolvidos de forma intersetorial. Após o embasamento teórico sobre desigualdade social, intersetorialidade e estratégia saúde da família, este artigo discute o papel da estratégia saúde da família no fortalecimento da intersetorialidade para formulação de políticas públicas eficazes.

Palavras – chave: Desigualdade social; Estratégia saúde da família; Políticas públicas.

ABSTRACT: The amount of poverty and social disparity at Brazil, besides being the country's development stigmata, exposes our people and populational groups more vulnerable to economic restrictions, with by itself, restricts to basic elements of survival, like water, food, education, among many others. Thus, it becomes necessary to articulate towards formulation of efficacious and long lasting public policies , in agreement with the porpouses of restructuring SUS (brazilian public health system), and at this perspective, stands on a close contact with people, giving rise to discoveries of real and/or potencial problems, that shall be articulated and solved at an intersetorial fashion. After theoretical support regarding social disparity, intersectoriality and Programa Saúde da Família – PSF (Brazil's family health program), this paper discusses the role of ESF in strengthening the intersectoriality towards the formulation of proper public policies.

Key–word: Social disparity; Family health strategy; Public policies.

INTRODUÇÃO

O presente artigo tem por finalidade contribuir para o debate sobre a contribuição da ESF no fortalecimento da intersetorialidade para formulação de políticas públicas eficazes. Desta forma, é uma reflexão sobre a desigualdade social no Brasil e da responsabilidade e incentivo da Estratégia Saúde da Família em estimular a ação intersetorial para a resolução de problemas descobertos durante o acompanhamento das famílias.

A chamada área social constitui-se hoje no terreno mais conflitivo e exposto da nossa sociedade, na medida em que é particularmente sensível às condições econômicas de restrição financeira impostas pelas políticas de ajuste neoliberal. Esta desigualdade social gerada pela restrição na distribuição de renda conduz à pobreza, que por sua vez, esta relacionada também a restrição à educação, moradia, serviços de saúde, acesso ao emprego, abastecimento de água, entre outros elementos básicos que esta população é incapaz de gerar para garantir uma vida digna (SOARES, 2000).

A gravidade do quadro de pobreza e miséria, no Brasil, obriga-nos a refletir acerca das políticas públicas existentes e a organização dos serviços ofertados à população.

A estrutura governamental, seja na esfera federal, estadual ou municipal, é setorializada e tende a tratar o cidadão e os problemas existentes de forma fragmentada, ou seja, conduzem a ações desarticuladas desconsiderando as condições e necessidades individuais. As políticas são desenvolvidas em curto prazo para cumprimento de metas, e não consideram as vulnerabilidades e oportunidades dos grupos populacionais e da família.

Torna-se muito difícil, com esse modelo de operação fragmentado, promover condições de inclusão social que não passem por itens isolados, mas por um conjunto de direitos relacionados entre si. O alcance de uma condição isolada, além de mais difícil, não promove a inclusão dos indivíduos e, freqüentemente, perde até o seu próprio impacto. (JUNQUEIRA, 1997).

Contrapõe-se a esta desarticulação, a intersetorialidade, que trata-se de uma rede de compromisso, na qual organizações e pessoas desenvolvem programas e realizam ações integradas em torno de uma questão social que surgem a partir dos problemas reais da população.

Desta forma, a ESF surge como uma proposta de reestruturação do Sistema Único de Saúde, trazendo a perspectiva de aproximação entre profissional e família, identificando problemas e traçando metas e ações integradas para a resolução dos problemas encontrados. Neste contexto, porém, existem outros fatores que interferem diretamente na saúde, como a educação, alimentação, moradia, entre outros e, portanto o programa necessita de auxílio de outros saberes e outros setores. Sendo assim a estratégia promove a participação e articulação de setores e saberes para a resolução de problemas da população, proporcionando a integração para formulação de políticas públicas eficazes.

REFERENCIAL TEÓRICO

Mesmo com uma crescente mobilidade social em boa parte do século, a desigualdade tem sido um estigma do padrão do desenvolvimento do País. A consequência emblemática negativa produzida pela desigualdade social é a pobreza, a qual, por sua vez, existe quando um segmento da população é incapaz de gerar renda suficiente para obter elementos básicos que lhe garanta uma qualidade de vida digna (água, saúde, educação, alimentação, moradia entre outros). (PERES, 2007).

O termo exclusão social tem sentido temporal e espacial: um grupo social está excluído segundo determinado espaço geográfico ou em relação à estrutura e conjuntura econômica e social do país a que pertence. No Brasil, esse termo está relacionado principalmente à situação de pobreza, uma vez que as pessoas nessa condição constituem grupos em exclusão social, porque se encontram em risco pessoal e social, ou seja, excluídas das políticas sociais básicas (trabalho, educação, saúde, habitação, alimentação). (GOMES; PEREIRA, 2005)

No Brasil, a gravidade do quadro de pobreza e miséria aparece como preocupação desde a primeira política de saúde pública, o movimento sanitarista¹, que estava relacionado, entre outros interesses econômicos, ao combate de várias doenças endêmicas e epidemias que assolavam o país e despertava a necessidade de diminuir a aglomeração das pessoas em precárias condições de vida e a proliferação de doença infecto contagiosas.

Este quadro de pobreza nos obriga a refletir sobre suas influências no social e, principalmente, na área de atuação junto da família, na qual as políticas públicas ainda se ressentem de uma ação mais expressiva. (GOMES; PEREIRA, 2005).

Soares (2000) corrobora afirmando que estamos diante de uma situação social e de saúde onde a superposição de antigos e novos problemas configura um quadro de uma enorme perversidade e complexidade. A este quadro se agrega ainda, uma situação de vulnerabilidade e desresponsabilização do governo federal das suas atribuições no terreno social.

Os segmentos mais pobres da população consomem a maior parte de sua energia e de seu tempo buscando condições de sobreviver, usando, às vezes, para isso, até o trabalho de suas crianças, prejudicando a formação escolar, o desenvolvimento físico, a saúde e as condições psicológicas delas (MARSIGLIA; SILVEIRA; CARNEIRO JUNIOR, 2005).

Levando-se em consideração a legislação, onde os mandatos governamentais ocorrem a cada quatro anos, a maioria das políticas focaliza os interesses em curto prazo, dificultando a formulação de políticas públicas eficazes.

O aparato governamental também é objeto de loteamento político-partidário e de grupos de interesse. Todas as estruturas, em todos os níveis de governo e a cada governo, a cada nova gestão, são novamente loteadas para os partidos e para os grupos de apoio. Desse modo, cada uma dessas fatias – que já é campo de uma dada corporação e de um grupo de interesses que extrapola a corporação setorial – passa por um novo loteamento político-partidário. Todos os setores, como Educação, Obras, Saúde etc., são campos de interesse de fornecedores, de produtores, de corporações e de grupos político-partidários (INOJOSA, 2001).

Tal situação ocasiona fragmentação de setores, onde os interesses e metas são cumpridos isoladamente, sem organização e consistência, deixando de lado o contexto, ou seja, não há sistematização e integralidade de ações que reflitam em condições dignas de vida para indivíduos, e permitam efetividade de políticas públicas ao longo do tempo.

Esses fatores, que decorrem de escolhas político-ideológicas, fizeram com que a estrutura governamental, que deveria ser cooperativa, no sentido de melhorar a qualidade de vida das pessoas, seja de fato competitiva, não permitindo a articulação e efetividade de ações (INOJOSA, 2001).

Os piores índices de saúde encontram-se entre os grupos populacionais mais vulneráveis localizados na base da pirâmide social. Essas disparidades podem ser verificadas nas condições de vida e saúde entre diferentes grupos sociais e entre distintas áreas geográficas do mesmo país. As políticas econômicas e sociais correspondem uma segmentação de áreas de intervenção, bastante independentes, configurando uma organização de trabalho à qual corresponde uma estrutura

¹ Movimento de saúde pública do início do século XX que resultou na 1ª Reforma Sanitária Brasileira

organizacional verticalizada e setorializada. As estruturas setorializadas tendem a tratar o cidadão e os problemas de forma fragmentada, com serviços executados solitariamente, conduzindo a uma atuação desarticulada, perdendo de vista a integralidade do indivíduo e a inter-relação dos problemas (JUNQUEIRA, 1997).

Atualmente, a saúde se ocupa da questão da AIDS, da prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST), a educação cuida do ensino fundamental, do ensino médio, a assistência fica dando bolsa, cesta básica, e esses itens acabam atingindo as pessoas e as famílias de uma forma meio desconjuntada. Não é necessariamente a mesma família que recebe essas coisas de maneira integrada e/ou continuada. Portanto, essa atuação não permite superar a exclusão social nem promove efetivamente o desenvolvimento social. O aparato governamental, essa pirâmide fatiada, nem sempre olha para os grupos populacionais, para os conjuntos de pessoas, atento para as vulnerabilidades e oportunidades que os identificam. O aparato governamental provém itens isolados “para todos”, valendo-se de uma leitura míope do conceito de universalização, pois não pode dar a mesma coisa para diferentes grupos (INOJOSA, 2001).

Todavia, contrapõe-se a esta desarticulação, a intersetorialidade, que trata-se de uma rede de compromisso, na qual instituições, organizações e pessoas desenvolvem programas e realizam ações integradas em torno de uma questão social que surge a partir dos problemas reais da população.

Destaca-se que intersetorialidade trata-se de troca de saberes e conhecimentos empíricos, articulação, sinergia e integração de ações que visam um efeito comum. Para Inojosa, (2001), intersetorialidade ou transetorialidade é a articulação de saberes e experiências com vistas ao planejamento, para a realização e a avaliação de políticas, programas e projetos, com o objetivo de alcançar resultados sinérgicos em situações complexas.

A articulação da descentralização e intersetorialidade permite o estabelecimento de redes regionais de ação social, orientadas por planos específicos e integrados para cada grupo populacional, numa dada região, visando atender às suas peculiaridades. Essas redes não só podem integrar os diversos equipamentos públicos existentes em um dado espaço geográfico, como incluir outros parceiros autônomos da sociedade civil, organizações não-governamentais, conselhos e espaços de interlocução, de modo a potencializar os resultados para um dado grupo populacional (JUNQUEIRA, 1997).

Historicamente, a atenção à saúde no Brasil tem recebido investimentos no que se refere à formulação, implementação e concretização de políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde, no entanto, com resultados pouco perceptivos, sobretudo por não promover mudanças significativas na estruturação da assistência e não atingir os segmentos mais vulneráveis. Com a inserção do PACTO pela saúde² em 2006, observa-se um grande esforço para construção de um modelo de saúde que priorize ações de melhoria de qualidade de vida de sujeitos e coletivos.

Todavia, a busca da melhoria da qualidade de vida da população exige ações integradas e articuladas, pois políticas setoriais isoladas não apresentam resolutividade para os problemas existentes.

Faz-se necessário ressaltar a urgência da mudança de paradigma em relação à implementação de programas sociais mais conseqüentes e que visualizem a família como alvo, não descontextualizando seus membros. Não dá para falar em políticas públicas eficazes sem se dar destaque à família como potencializadora destas ações (GOMES; PEREIRA, 2005).

² Pacto assumido por gestores de acordo com a Portaria/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006 que se trata da consolidação do SUS. Os compromissos e responsabilidades são divididos entre as esferas nacional, estadual e municipal, levando em consideração as especificidades regionais

Neste contexto, a Estratégia Saúde da Família (ESF), pode ser compreendida como fundamental para reestruturação da atenção básica e potencializador de trabalhos e programas que visualizam a família como alvo, sem desmembrá-la, tanto no que se refere ao cuidado, quanto para a organização de ações para formulação de políticas públicas intersetoriais eficazes.

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A Estratégia Saúde da Família (ESF) teve início em 1994, como uma extensão do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) de 1991, como uma estratégia política para promover a organização das ações de atenção básica à saúde nos sistemas municipais de saúde e se fundamenta em uma nova ética social e cultural, com vistas à promoção da saúde e da qualidade de vida dos indivíduos, famílias e comunidades.

Para Souza (2000), a Estratégia Saúde da Família propõe uma nova dinâmica para estruturação dos serviços de saúde, bem como para sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis de complexidade assistencial. A Estratégia vem resgatar o compromisso proposto na constituição de 1988³, e neste cenário de velhos e novos problemas, prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva à população, na unidade de saúde e no domicílio, sempre de acordo com as suas reais necessidades, identificando os fatores de risco aos quais ela está exposta e neles interferindo de forma apropriada.

Portanto, esta proposta, constituiu-se em uma alternativa para reorganizar a prática à atenção à saúde em novas bases, substituindo o modelo tradicional, e enfrentar os problemas de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e exige a organização de serviços descentralizados, ágeis, democráticos em sua gestão, com novos tipos de ações, capazes de atender as demandas da rápida transformação da estrutura etária da população, a complexa evolução dos problemas de saúde e as características regionais. (SANTOS *et al.*, 2000, p. 52).

Em sentido amplo, a ESF trata-se de um desafio de natureza estrutural, pois esta estratégia tem o objetivo de deshospitalizar e educar, transpondo de um cenário que apresentava a doença como foco para um cenário direcionado a prevenção, tendo o aspecto de agilizar a descentralização de serviços, tendo o propósito de enfrentar e resolver os problemas identificados de forma articulada, voltando-se prioritariamente para os grupos sociais mais vulneráveis.

De acordo com Fortuna *et al.* (2005), cabe a equipe da Estratégia Saúde da Família, desenvolver ações de promoção à saúde, prevenção de doenças e prestação de cuidados específicos à família, elaboração do diagnóstico da área de atuação, articulação de ações intersetoriais, promoção da mobilização e organização dos moradores e o desenvolvimento de cidadania, aspectos estes ainda não incorporados à prática cotidiana.

A estratégia saúde da família tem como foco a criação de vínculos e de compromissos entre equipe e a população, dentro de uma área geograficamente delimitada. A equipe, tem composição interdisciplinar e é responsável pela atenção integral continuada a saúde de uma população entre 2.400 a 4.000 pessoas residentes em um território de abrangência. A equipe é composta no mínimo por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e em média seis agentes de saúde.

³ Somente foram consolidados na Lei Orgânica de Saúde de 1990 n. 8.080, onde foi definido o modelo operacional do SUS.

O trabalho inicia-se pelo mapeamento do território e cadastramento da população adstrita, seguido pelo diagnóstico de saúde da comunidade, planejamento e priorização das ações que necessitam ser desenvolvidas. Neste contexto, as equipes devem estabelecer vínculos com a comunidade para que possa ser realizado o acompanhamento ao longo do tempo dos processos saúde-doença que os acometem ou poderão os acometer (BRASIL, 2006).

Dentre as atividades realizadas, a equipe desenvolve ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde dos indivíduos e família, por meio de visitas domiciliares, acompanhamento de grupos específicos e atendimento na unidade de saúde da área adstrita.

De acordo com Santos *et al.* (2000, p.52), é no cotidiano, no concreto do espaço da família, que os profissionais do sistema, em interação com estas, buscam a construção da saúde, priorizando proteção, a promoção do auto cuidado, a troca solidária, buscando, dessa forma, sair do modelo biomédico, dependente e centrado na doença.

A estratégia saúde da família propicia maior proximidade com as famílias, oportunizando acompanhar seus modos de vida, as relações existentes e identificar os processos protetores ou de desgaste para a saúde e a doença. Dessa forma, a Estratégia permite que questões como dificuldades financeiras e sociais que as famílias apresentam, riscos sociais de adoecer e morrer e potencialidades para enfrentá-los, valores, crenças, diferenças culturais ou educacionais, sejam desvendadas, facilitando a interferência por atores apropriados.

A Estratégia foge da concepção usual dos programas tradicionais porque tem o propósito de enfrentar e resolver os problemas identificados, com vistas a mudanças radicais no sistema, de forma articulada e perene. No entanto, para que ocorra efetivamente esta resolução de problemas é preciso superar a fragmentação dos setores, já que coisas separadas ou itens isolados não dão conta de promover qualidade de vida, de fomentar o desenvolvimento, de superar a exclusão social. É necessário encarar o indivíduo e família como as totalidades que são, trabalhando de forma articulada, sem fatiar conhecimentos, saberes e ações (INOJOSA, 2001).

Embora haja consenso entre diversos autores sobre a eficiência e a qualidade dos serviços prestados na atenção básica em diferentes municípios nos quais a estratégia foi implantada é importante destacar que esta depende de vários segmentos para efetividade de suas ações. Entre muitos exemplos, citemos o saneamento básico, que não se trata de um problema específico de saúde, porém apresenta reflexos expressivos sobre a saúde da população e requer articulação intersetorial para resolução dos problemas.

Outros fatores que interferem diretamente e expressivamente na saúde e requerem articulação intersetorial, são as condições sócio econômicas, que estão diretamente relacionadas à alimentação, moradia, educação, entre outros.

Resumindo, não adianta a equipe da ESF diagnosticar desnutrição em uma criança e realizar consulta médica, de enfermagem e atendimento nutricional, e a família da mesma não ter condições de oferecer uma dieta apropriada para sanar suas necessidades.

Portanto, a ESF por ter acesso direto a informações da família, descobre ou “desvenda” problemas de diversas áreas, no entanto depende de vários setores ou segmentos para resolvê-los.

Neste contexto, considerando que a saúde é uma resultante de vários fatores, a ESF necessita da articulação intersetorial para solucionar ou atenuar os problemas encontrados na população, e desta forma, aproxima os setores com o intuito de reorganizar a gestão, que normalmente sem a integração se apresentaria descontínua. Este modelo estimula e sugere o empenho na manutenção da operacionalização do sistema por vários setores e atores, e com isso a população é beneficiada, pois o atendimento extrapola os limites das instituições e possibilita articulação para formulação de políticas públicas.

Com certeza toda esta mobilização envolve negociação, reconhecimento de limitações, trabalho em equipe, reconhecimento e valorização de outros saberes, que são aspectos fundamentais para a efetivação de políticas públicas direcionadas e adequadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Reflexões a partir do referencial bibliográfico confirmam que a qualidade de vida das pessoas não pode ser promovida isoladamente e de forma fragmentada. Portanto, faz-se necessário ressaltar a urgência da implementação de programas sociais que destaquem a família como alvo, não descontextualizando seus membros e suas necessidades. Para tal, é importante que haja uma nova lógica no aparato governamental, decisão política, interesse e dedicação dos atores envolvidos.

A ESF, que atualmente é considerado uma estratégia de mudança de modelo de assistência a saúde, tem como foco a criação de vínculos e de compromissos entre as equipes de trabalho e a população, dentro de uma área geograficamente delimitada. No entanto, as diretrizes do programa precisam ser cumpridas rigorosamente sendo necessária a articulação intersetorial para efetivação das ações.

A intenção deste estudo era discutir os pressupostos da ESF e fazer uma breve reflexão sobre a necessidade de envolvimento e interesse, tanto por parte dos gestores, como por parte de todos os setores e atores, para que o objetivo maior, neste caso, a saúde da família, seja alcançado. Destaca-se que a sinergia aqui citada, torna-se imprescindível para que as medidas adotadas sejam concretas e promovam mudanças nas condições que expõem a população aos riscos de ficarem doentes e morrerem e para a formulação de políticas públicas eficazes.

Neste sentido, destaca-se a importância desta articulação intersetorial para o planejamento de ações que modifiquem, por exemplo, o quadro de distribuição de auxílios e políticas compensatórias dos governos federal e municipal; isto é, que formulem políticas de enfrentamentos, visando detectar as potencialidades existentes na comunidade e que tenham na família a célula vital para instigar essas ações, que, via de regra, irão contribuir para o desenvolvimento sustentável.

Portanto, toda essa discussão torna-se significativa, apenas em municípios em que a ESF é operacionalizada e cumprida de acordo com a matriz teórica, e apresenta a característica de identificar problemas e incentivar a resolução dos mesmos de forma intersetorial.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde**: Normas e manuais Técnicos, 2006, Serie A.

FORTUNA, C. M. *et al.* O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Revista Latino-am de Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 262-268, mar./abr. 2005.

GOMES, M.A; PEREIRA, M. L. D. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. **Ciência e saúde coletiva**, v. 10, n. 2, p. 357-363, 2005.

INOJOSA, R. M. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade. **Cadernos FUNDAP**. n. 22, p. 102-110, 2001.

JUNQUEIRA, L.A. Novas Formas de Gestão na Saúde: Descentralização e intersetorialidade. **Saúde e Sociedade**, v. 6, n. 2, p. 31-46, 1997.

MARSIGLIA, Regina M. G.; SILVEIRA, Cássio; CARNEIRO JUNIOR, Nivaldo. Políticas sociais: desigualdade, universalidade e focalização na saúde no Brasil. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 14, n. 2, ago. 2005.

PERES, E.M. O programa saúde da família no enfrentamento das desigualdades sociais. **Revista Aquichan**, v. 7, n. 1, 2007.

SANTOS, B. R. L. *et al.* Formando o enfermeiro para o cuidado à saúde da família: um olhar sobre o ensino de graduação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. esp., p. 17-24, dez. 2000

SOARES, L. T. As atuais políticas de saúde: os riscos do desmonte neoliberal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. esp., p. 17-24, dez. 2000.

SOUZA, M. F. A; Enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. esp., p. 25-30, dez. 2000.

¹Artigo apresentado na disciplina Estado, sociedade e políticas de desenvolvimento do Programa de Mestrado em Desenvolvimento Regional da Universidade do Contestado de Canoinhas – SC, ministrada pelo Professor Dr. Walter Marcos Knaesel Birkner.

² Enfermeira, Mestranda da Turma III do Programa de Mestrado em Desenvolvimento Regional da Universidade do Contestado de Canoinhas – SC. Semestre I.