



INTERSETORIALIDADE E SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: REVISÃO INTEGRATIVA

INTERSECTORIALITY AND HEALTH IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY: INTEGRATIVE REVIEW

INTERSECTORIALIDAD Y SALUD EN LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA: REVISIÓN INTEGRADORA

Lígia Nara Martins Santos¹, Edina Araújo Rodrigues Oliveira², Flávia Dayana Ribeiro da Silveira³, Susane de Fátima Ferreira de Castro⁴, José Ivo dos Santos Pedrosa⁵, Lidya Tolstenko Nogueira⁶

RESUMO

Objetivo: discutir a articulação entre intersectorialidade e saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família. **Método:** revisão integrativa a partir da seguinte questão de pesquisa: Como a intersectorialidade e a saúde se articulam no âmbito da Estratégia Saúde da Família? com busca nas bases de dados LILACS e na biblioteca virtual SciELO no período de 1994 a 2012. Após a leitura dos resumos e resultados, foram selecionados 11 artigos e construídas duas categorias analíticas: 1) Persistência do modelo biomédico e articulação entre intersectorialidade; e 2) Saúde no âmbito individual. **Resultados:** constatou-se confusão conceitual e operacional sobre a intersectorialidade na saúde, conduzindo a um trabalho isolado de vários setores, motivado por iniciativas individuais, de caráter doméstico e informal, permeado por uma atenção ainda fragmentada, de cunho predominantemente assistencial curativista. **Conclusão:** evidenciaram-se poucos avanços em matéria de intersectorialidade na saúde, refletindo-se na baixa resolubilidade das questões de vida e saúde da população. **Descritores:** Ação Intersectorial; Saúde; Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

Objective: to discuss the links between intersectoriality and health in the context of the Family Health Strategy. **Method:** integrative review from the following research question: How intersectoriality and health are linked in the framework of the Family Health Strategy? with search in LILACS database and SciELO virtual library from 1994 to 2012. After reading the summaries and results, we selected 11 articles and constructed two analytical categories: 1) Persistence of the biomedical model and link between intersectoriality; and 2) Health in the individual scope. **Results:** we confirmed conceptual and operational confusion regarding intersectoriality in health, leading to a work isolated from various sectors, motivated by individual initiatives of domestic and informal characteristics, permeated by a still fragmented assistance, predominantly curativistic. **Conclusion:** little progress was observed in health intersectoriality, reflecting on the low resolution of the issues of life and health of the population. **Keywords:** Intersectoral Action; Health; Family Health Program.

RESUMEN

Objetivo: discutir la relación entre intersectorialidad y salud en el contexto de la Estrategia Salud de la Familia. **Método:** revisión integradora a partir de la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo la intersectorialidad y la salud se articulan en el ámbito de la Estrategia Salud de la Familia? con búsqueda en las bases de datos LILACS y la biblioteca virtual SciELO en el período de 1994 a 2012. Después de leer los resúmenes y los resultados fueron seleccionados 11 artículos y construidas dos categorías analíticas: 1) Persistencia del modelo biomédico y articulación entre intersectorialidad; y 2) Salud en el ámbito individual. **Resultados:** fue observada confusión conceptual y operacional en la intersectorialidad en salud, llevando a una trabajo aislado de diversos sectores, motivado por iniciativas individuales, de carácter doméstico e informal, impregnado por una atención aún fragmentada, predominante curativista. **Conclusión:** se observaron pocos avances en materia de intersectorialidad en salud, reflexionándose sobre la baja resolución de las cuestiones de vida y salud de la población. **Descriptores:** Acción intersectorial; Salud; Programa Salud de la Familia.

¹Enfermeira, Mestranda em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí/PPGENF/UFPI. Teresina (PI), Brasil. E-mail: ligianaras@gmail.com; ²Enfermeira, Mestranda em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí/PPGENF/UFPI. Teresina (PI), Brasil. E-mail: edinarasam@yahoo.com.br; ³Enfermeira, Mestranda em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí/PPGENF/UFPI. E-mail: flaviadayana@gmail.com; ⁴Enfermeira, Doutoranda em Políticas Públicas, Universidade Federal do Piauí/UFPI. Docente do Curso de Enfermagem, Faculdade de Saúde, Ciências Humanas e Tecnológicas do Piauí. Teresina (PI), Brasil. E-mail: susaneffcastro@hotmail.com; ⁵Médico, Coordenador do Núcleo de Estudos em Saúde Pública, Universidade Federal do Piauí, Professor Doutor em Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí/PPGENF/UFPI. Teresina (PI), Brasil. E-mail: jivopedrosa@gmail.com; ⁶Enfermeira, Professora Doutora em Enfermagem, Curso de Enfermagem/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí/PPGENF/UFPI. Teresina (PI), Brasil. E-mail: lidyatn@gmail.com

INTRODUÇÃO

A intersectorialidade veio a surgir como uma ferramenta de trabalho no setor saúde, decorrente de muitos avanços observados nas últimas décadas, com destaque para a definição de saúde da Constituição Federal de 1988 como direito de todos e dever do Estado e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Este baseia-se nos princípios de acesso universal, integralidade da assistência e equidade e deve abranger serviços para a promoção da saúde, proteção e recuperação de agravos.¹

A Lei 8080 de 19 de setembro de 1990 é uma das bases legais do SUS e associa o conceito de saúde a fatores determinantes e condicionantes. Com isso, o conceito de saúde interligou-se com o de qualidade de vida, entendida como a capacidade de uma vida que atenda aos padrões mínimos da dignidade humana. Assim, evidencia-se a necessidade de um sistema de assistência que supere os limites existentes no setor saúde, o que propõe a articulação de ações sistemáticas e intersectoriais no intuito de abranger fatores de ordem social, econômica e cultural que influenciem direta ou indiretamente as condições de saúde da população.²

Tem-se na intersectorialidade uma estratégia de superação desses limites, visto que remete a articulação, vinculações, ações complementares, relações horizontais entre parceiros e interdependência de serviços. Permite o estabelecimento de espaços compartilhados de decisões entre instituições e setores do governo na produção da saúde, formulação, implementação e acompanhamento de políticas públicas que possam ter impacto positivo sobre a saúde da população. Desse modo, o indivíduo é considerado em sua totalidade, de forma a abranger as necessidades individuais e coletivas, demonstrando que ações resolutivas na área da saúde requerem parcerias com outros setores no intuito de garantir a integralidade das ações.³

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é vista como forma de implementação da intersectorialidade já que é orientada a partir da definição de territórios, conceituados como sendo a área de abrangência vinculada a uma equipe, o que proporciona maior proximidade e vínculo entre o profissional e o usuário do sistema. Seu enfoque é voltado a ações preventivas, porém não se descuida do fator curativo na busca da resolubilidade dos problemas, privilegiando aspectos voltados a intersectorialidade. Neste contexto, espera-se que a ESF tenha maior sensibilidade na

identificação e agregação de parcerias que vão além do sistema de saúde. Pretende-se que nesse ambiente as ações intersectoriais apresentem um caráter mais efetivo e resolutivo.⁴

A intersectorialidade constitui uma possibilidade de encaminhar a resolução dos problemas da população, situada em determinado território, de maneira integrada com a articulação de diversos setores. Tem o propósito de somar forças, potencialidades e recursos para a solução de um problema comum. Torna o sistema de saúde mais efetivo com políticas de saúde voltadas para a integração de todos os níveis de complexidade e pela intersectorialidade das ações e dos serviços prestados.⁴⁻⁵

Considerando a importância das ações intersectoriais para a assistência à saúde no âmbito da ESF, esse estudo objetiva discutir como intersectorialidade e saúde se articulam neste contexto, com o propósito de visualizar o desenho dessa relação no cotidiano dos serviços de atenção básica à saúde.

MÉTODO

Trata-se de um estudo na modalidade de revisão integrativa que se propõe a analisar diversos aspectos de um tema, contribuindo para uma pesquisa futura mais estruturada. Nesse sentido, foi elaborada a seguinte questão de pesquisa: Como a intersectorialidade e a saúde se articulam no âmbito da ESF para atender/reorientar os modelos de atenção à saúde de modo a alcançar mudanças significativas nas condições de vida da população?

Para a coleta de dados foi elaborado um instrumento contendo: título do artigo; nome do periódico; ano de publicação; e principais resultados. Com isso, foi realizada uma busca nas bases de dados LILACS e SciELO, no período de abril a maio de 2012, considerando as publicações nacionais e o recorte temporal de 1994 a 2012. A escolha destes critérios de inclusão justifica-se em função do objetivo estabelecido na pesquisa, i.e., o de estudar o contexto da ESF no que tange à relação entre intersectorialidade e saúde e, consequentemente, a realidade brasileira a partir de 1994, ano de surgimento da referida estratégia.

Utilizando-se as palavras chave *intersectorialidade*, *saúde* e *ESF* foram encontrados 124 artigos e, após a leitura criteriosa dos resumos e resultados, foram selecionados 11 que contemplavam os objetivos aqui propostos. A análise dos artigos foi realizada pelos autores do estudo no que tange à qualidade das informações.

Simultaneamente a esta análise, foi elaborado um formulário estruturado contendo os seguintes tópicos: título do artigo; nome do periódico; ano de publicação; metodologia; resultados; e conclusões, que serviu de base para a construção das seguintes categorias de análise: 1) Presença do modelo biomédico e articulação entre intersectorialidade; e 2) Saúde no âmbito individual. Foram incluídos na interpretação dos resultados todos os artigos selecionados articulando-os com as categorias de análise.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

◆ Presença do modelo biomédico

A prática do modelo biologicista na atenção básica é uma realidade na qual a saúde é compreendida como ausência de doença, sendo papel dos profissionais de saúde tratá-la, sem compreender a sua causa e sem entender o indivíduo numa visão holística, gerando um processo de medicalização na forma de atuação destes profissionais de saúde.

Permanece presente no SUS a formação do processo de medicalização social dentro do atendimento ao usuário prestado pelos profissionais de saúde. Ressalta-se que a biomedicina praticada nas unidades de saúde está direcionada a que seja dada importância suprema às formas e fórmulas de prevenções já prontas para todo e qualquer tipo de agravo. Recorre-se a receitas prontas, sem abrir espaço para questionamentos pelos usuários sobre as adequadas medidas preventivas, bem como o estilo de vida pré-determinado nos atendimentos.⁶

As práticas assistenciais dos profissionais de saúde são orientadas pelo modelo biologicista e, conseqüentemente, a medicalização se faz atuante. No entanto, se a compreensão do processo saúde-doença estiver sob o prisma da produção social da saúde, surgirá o entendimento de que esse processo sofre influências de múltiplos fatores, não somente o da saúde.⁷

Seguindo o paradigma da produção social da saúde, os profissionais de saúde devem incorporar as práticas de cuidado assistencial ao indivíduo, através de parcerias sólidas, permeando o planejamento e execução de ações advindas de outros setores da sociedade. Entretanto, para viabilizar a intersectorialidade na saúde, é necessário rever esta assistência e investir na formação acadêmica dos profissionais atuantes na ESF, base primária da execução do SUS, como uma maneira de assegurar a consolidação destes novos métodos de trabalho em saúde.⁸

A construção da formação deste profissional precisa aproximar-se de um perfil mais humanista, crítico e reflexivo, sensibilizado a cuidar com afeto e compreensão, valorizando as concepções culturais e éticas e promovendo uma cidadania social. Para tanto, é indiscutível a inserção nas matrizes curriculares de disciplinas da área de Ciências Sociais. A formação deve estar voltada para a situação de saúde regional, evidenciando as crenças e costumes, com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, articulando a educação superior e Saúde, de acordo com as Leis de Diretrizes Básicas da Educação.⁹

Em estudo desenvolvido pelo Ministério da Saúde, em 2006, sobre a aderência dos cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia às Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), evidenciou-se que, na maioria dos casos, as DCN, mesmo referenciadas nos projetos pedagógicos, ainda não estavam inseridas de fato ou refletidas na implementação dos cursos. Passados cinco anos da legalização e exigência de incorporação das DCN pelas universidades/faculdades, apenas o curso de Enfermagem apresentava-se como uma profissão mais próxima do modelo adequado de gestão ao cuidado em saúde.¹⁰

A falta de adequação do atual modelo pedagógico pode contribuir para que a definição de intersectorialidade na visão de um número considerável de profissionais, ainda que seja equivocada. Um estudo que explorou as ações intersectoriais de equipes e a percepção dos gestores sobre essas ações revelou que os conceitos de intersectorialidade e interdisciplinaridade se confundem com grande frequência nas falas dos profissionais.¹¹

A interdisciplinaridade compõe-se de diversas disciplinas acadêmicas, com intensa troca entre especialistas, cujos efeitos ninguém pode prever e os resultados potenciais não surgem isoladamente.¹² Todavia, a intersectorialidade sucede de articulação, vinculações e ações complementares entre parceiros remetendo à interdependência de serviços para garantir a integralidade das ações.³ A falta de consenso entre os setores saúde, educação e assistência social, juntamente com a dúvida acerca do papel a ser cumprido pelos diferentes profissionais e a incerteza sobre em que consiste o trabalho intersectorial, demonstram entraves que se opõem à operacionalização da intersectorialidade.⁷

Em relação à atuação dos profissionais da ESF nas práticas dessas ações intersectoriais

em saúde, na busca de um cuidado integral ao indivíduo, pode-se destacar as situações de violência doméstica contra crianças. Em estas situações se observam profissionais mais atentos às consequências físicas do que as consequências que a violência traz às crianças e, frequentemente, desprezam o valor da proteção e denúncia, bem como a importância do encaminhamento para o Conselho Tutelar.¹³

Uma pesquisa realizada nas ESF de Belo Horizonte ressalta através dos depoimentos dos sujeitos que o profissional que mais desempenha o papel de articulador intersectorial na comunidade é o enfermeiro, embora suas ações estejam limitadas pelo excesso de atividades dentro da equipe de saúde da família.⁷

Percebe-se a necessidade de inserir nesse processo de intersectorialidade todos os profissionais de saúde que desempenham ações de assistência a saúde no SUS, fazendo-os refletir sobre a importância de buscar e planejar parcerias para alcançar o sucesso da produção social da saúde.

♦ Articulação intersectorialidade e saúde no âmbito individual

O conceito ampliado de saúde, construído com o SUS, para além da ausência de doenças, chamou atenção para questões historicamente invisíveis nos cenários dos serviços de saúde no Brasil. Ganham visibilidade os vários determinantes da saúde e o entendimento de que a ausência desta extrapola o trabalho realizado pelos serviços de saúde, exigindo a configuração de novos arranjos capazes de responder as mais diversificadas demandas da população, por meio da relação com todas as forças políticas que caminhem na garantia da saúde como um direito de cidadania.

Esses arranjos incluem trabalho em equipe centrado no usuário, como ser ativo no levantamento de suas necessidades, no reconhecimento das limitações dos serviços de saúde em atendê-las na sua totalidade e no desenvolvimento de articulações com outros setores como estratégia capaz de solucionar ou amenizar os numerosos problemas que chegam até os profissionais de saúde.

Em contrapartida, o cenário atual da ESF revela profissionais presos a uma visão biologicista da saúde, fragmentando sua assistência ao pautá-la na cura de doenças, na utilização isolada de saberes e no trabalho desvinculado de toda uma rede de atenção à saúde, desconsiderando a intersectorialidade como ferramenta potencial para um cuidado integral à comunidade. Além disto, evidencia-se a ausência de um entendimento claro dos

significados de uma ação intersectorial, fomentando uma confusão conceitual e, conseqüentemente, uma confusão operacional no cotidiano dos serviços de saúde.

A complexidade do trabalho na saúde requer responsabilização perante determinadas situações, o que exige a busca de parcerias com outros setores para a resolutividade dos variados problemas dos usuários. Tem-se com isso uma explicitação da liderança que o setor saúde apresenta em relação aos demais setores sociais. No entanto, a busca das articulações permanece no âmbito individual e não no institucional, como é previsto em uma política intersectorial.¹⁴

A relação estabelecida entre a ESF e os outros setores e serviços é norteada por experiências pontuais, esporádicas e desprovidas de planejamento sistemático.⁸ Na verdade, uma tarefa individual dos profissionais, perante os problemas que vão surgindo e dependem do empenho de cada um, caracterizando a intersectorialidade como um recurso particularizado da equipe e não como um recurso institucional.¹⁴

Dentro desta discussão, o ambiente escolar destaca-se como um cenário de escolha para os serviços de saúde, configurando a articulação entre ESF e escola uma experiência intersectorial comum e citada com frequência. Embora exista a possibilidade de alcance a um grande número de pessoas, essa relação é marcada por ações informais, pensadas e definidas por um único setor, gerando resultados positivos apenas temporários.

A ação intersectorial traz como imperativo a construção de objetos de intervenção comum entre diferentes setores com vistas à consecução de planejamento integrado para o enfrentamento dos problemas prioritários identificados.¹⁵ Entretanto, destaca-se que, no tocante à materialização da intersectorialidade na saúde, não há utilização do planejamento como instrumento de trabalho, tampouco há o monitoramento e a avaliação de um plano operacional, conduzindo a um processo frágil, fragmentado e sem articulação, profundamente permeado pela informalidade.⁵

Essa informalidade é percebida quando converge nos serviços de saúde a idéia de que a busca por soluções dos problemas está, na grande maioria das vezes, pautada por necessidades individualizadas. A prática intersectorial requer uma ampla negociação, alcançando uma dimensão transsectorial a partir das possibilidades de criar novos olhares e instaurar novos valores, considerando o

respeito às diferenças e a incorporação das contribuições de cada política social na compreensão e na superação dos problemas sociais.¹⁴

A falta de percepção da dimensão coletiva das necessidades postas nos serviços de saúde contribui para atitudes pontuais. Estas não alcançam a complexidade e a amplitude da problemática que permeia a saúde, algo possível com a participação de múltiplos setores e atores, compartilhando responsabilidades e ações.

Outras lacunas ganham visibilidade quando se analisa a relação entre intersectorialidade e saúde. Dentre elas, destaca-se a dificuldade de conciliar os tempos institucionais dos vários setores, o comprometimento e envolvimento setorial, a sensibilidade das ações, além da inexistência de protocolos que norteiam o desenvolvimento de ações intersectoriais.¹¹ Isto evidencia que a articulação da saúde com outros setores da política social não tem sido a perspectiva adotada pelos gestores nos três níveis de governo responsáveis pela execução da política de saúde.¹⁵

O resultado dessa ausência de apoio é a insatisfação por parte dos profissionais de saúde, que na rotina diária do seu trabalho não vislumbram conseguir responder às demandas da comunidade de forma a resolvê-las. Longe de desenvolver uma assistência integral, perpetuam um fazer em saúde fragmentador do sujeito, desfavorecedor da criação e manutenção de vínculos entre usuários e serviços de saúde e, principalmente, que não contempla a garantia da saúde como um direito.

Na prática, o trabalho intersectorial requer maior grau de institucionalização, clareza, definição de responsabilidade e regularidade.¹⁶ A atuação intersectorial é mais abrangente quando responde a uma política municipal e a uma modalidade integrada de atuação governamental diferente de projetos específicos ou emergenciais.¹⁷

Dessa forma, verifica-se que a intersectorialidade é mais bem experimentada quando há apoio político dos gestores e política pública específica de atuação governamental, reconhecendo que a boa gestão local é um recurso importante e necessário para o desenvolvimento de ações intersectoriais.^{5,11} No entanto, a gestão em saúde, de uma maneira geral, é atravessada por um problema significativo que diz respeito à ocupação dos cargos de confiança, utilizado como moeda de garantia de governabilidade e, sobretudo, como barganha entre acordos partidários. A redução dos cargos de confiança e sua substituição por quadros técnicos e

administrativos de carreira podem contribuir para uma gestão mais qualificada no SUS.⁴

Um dos pilares da ESF é a construção de um vínculo com a comunidade, o que de certa forma implica maior responsabilidade dos profissionais no que concerne à saúde da população. Assim, para reorganização da atenção básica com vistas a proporcionar qualidade de vida para a população, é muito importante que as equipes se sintam amparadas e estimuladas pela gestão municipal, esta atuante de forma competente técnica e politicamente.⁴

A ausência desse amparo tem gerado no cenário da ESF atitudes focalizadas, que não respondem a necessidades mais amplas colocadas para os profissionais da saúde, requerendo a atuação de múltiplos atores, mediante a organização de trabalho em rede, no qual as responsabilidades são compartilhadas em ações conjuntas. Na realidade, é premente o desenvolvimento de políticas que tornem viáveis medidas intersectoriais que promovam a saúde e o bem-estar das pessoas que são, acima de tudo, cidadãos, aos quais os direitos vêm sendo negados.¹⁸

Dentro desse contexto, a intersectorialidade é entendida como uma concepção ampliada de planejamento, execução e controle da prestação de serviços, com objetivo de garantir acesso igual aos desiguais, pressupondo alterar todas as formas de articulação nos diversos pontos de organização governamental e de interesses. Ao se instituir esses processos, as necessidades dos grupos passam a ser articuladas na busca de soluções intersectoriais, fato que remonta a entender a população como sujeito e não como objeto de intervenção. Extrapolam-se a visão da carência, do suprimento das necessidades mais individualizadas, para ampliação dos direitos dos cidadãos a uma vida com melhor qualidade.¹⁴

No lastro dessa discussão, ressalta-se a importância de uma integração plena da comunidade no levantamento crítico das suas necessidades e problemas, garantindo uma interpretação dialética e transdisciplinar da realidade. Entende-se que a abordagem intersectorial da saúde permite não apenas a discussão dos problemas que afetam a comunidade como também possibilitam a construção coletiva de estratégias de intervenção.¹⁹

A participação da sociedade civil configura-se como ingrediente essencial nesse processo, para que as equipes de saúde possam desenvolver ferramentas de trabalho com a participação ativa dos pacientes, das famílias

e os segmentos organizados da comunidade, de modo a incluí-los como atores sociais no controle dos problemas de saúde e, especialmente, na melhoria de condições de vida da população.¹⁸

A construção e a viabilidade política de um projeto intersetorial passa por um novo olhar e um novo agir sobre a realidade, sob a lógica de problemas prioritários, definidos democraticamente, cuja redução ou controle necessita de conhecimentos, habilidades e compromissos de vários setores, cujos sujeitos precisam encontrar novas formas de relação com os outros.¹⁹ Por isso, surge a necessidade de fortalecer a integralidade e a intersetorialidade nas ações e serviços de saúde.²⁰

As dificuldades enfrentadas pela população não podem ser ditadas e enfrentadas por um único setor, entendimento que deve ser incorporado pelos gestores e instituições. As questões de saúde precisam ultrapassar os muros das unidades básicas de saúde e os profissionais ampliarem sua visão para além do seu objeto específico de atuação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde e a intersetorialidade se articulam no âmbito do contexto da ESF a partir da atuação incipiente de profissionais não preparados para esta relação, ancorados em uma formação voltada para o modelo biomédico, não contemplando a produção social da saúde e produzindo ações de cunho assistencial-curativista.

A lacuna cognitiva conduz a lacunas operacionais, fazendo da intersetorialidade na saúde experiências pontuais, informais, dependentes da ação individual dos trabalhadores de saúde e não representando uma estratégia institucional para assistência às necessidades de saúde da população. São ações fragmentadas, carentes de apoio e incentivo político, assim como desprovidas de sistematização, planejamento, acompanhamento e avaliação.

Destaca-se como caminho promissor a construção de uma cultura institucional de intersetorialidade, pautada na capacidade científica, competência técnica e política dos gestores e profissionais de saúde. Além disto, é premente uma maior articulação dos setores para um compromisso com o desenvolvimento da autonomia da comunidade a fim de superar a tímida participação dos atores envolvidos na garantia da saúde como um direito.

REFERÊNCIAS

1. Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990 (BR). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 1990 Sept 20 [cited 2012 June 15]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.
2. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caminhos do direito à saúde no Brasil. Brasília (DF): MS; 2007.
3. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios. 3rd ed. Brasília (DF): MS; 2009.
4. Leite RFB, Veloso TMG. Limites e Avanços do Programa Saúde da Família de Campina Grande: um estudo a partir de representações sociais. Saude soc Online [Internet]. 2009 Mar [cited 2012 May 14]; 18(1):50-62. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n1/06.pdf>
5. Lima EC, Vilasbôas ALQ. Inter-sector social mobilization for dengue control in Bahia State, Brazil. Cad saúde pública online [Internet]. 2011 [cited 2012 May 14]; 27(8):1507-19. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n8/06.pdf>
6. Tesser CD. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. Interface comun saúde educ. 2006; 10(19):61-76.
7. Silva KL, Rodrigues ATR. Ações intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. Rev bras enferm online [Internet]. 2010 [cited 2012 May 14]; 63(5):762-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n5/11.pdf>
8. Chiesa AM. A promoção da saúde como eixo estruturante do trabalho de enfermagem no Programa de Saúde da Família. Nursing. 2003; 64(6):40-6.
9. Ministério da Educação (BR), Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Parecer CNE/CES nº. 1133, de 07 de agosto de 2001. [Internet]. 2001 [cited 2012 jun 15] Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Ministério da Educação; 2001. Available from: <http://www.mec.gov.br/Sesu/diretriz.shtm#legislação>

10. Haddad AE. A enfermagem e a Política Nacional de Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS. Rev esc enferm USP [Internet]. 2011 [cited 2012 May 14];45(esp 2):1803-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000800029&lng=en&nrm=iso.

ISSN 0080-6234.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000800029>.

11. Moretti AC, Teixeira FF, Suss FMB, Lawder JAC; Lima LSM, Bueno RE, et al. Intersectorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PN). Ciênc saúde coletiva Online [Internet]. 2010 June [cited 2012 May 14];15(supl.1): 1827-34. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/095.pdf>

12. Namen FM, Galan Jr J. Reflexões sobre a educação de profissionais da área de saúde. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2011 [cited 2012 May 14];16(Supl. 1):1611-9. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700097&lng=en&nrm=iso.

ISSN 1413-8123.

<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700097>.

13. Ramos MLC, Silva AL. Estudo sobre a violência doméstica contra a criança em unidades básicas de saúde do município de São Paulo - Brasil. Saúde soc online [Internet]. 2011 [cited 2012 May 14]; 20(1): 136-46. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n1/16.pdf>

14. Paula KA, Palha PF, Protti, ST. Intersectorialidade: uma vivencia prática ou um desafio a ser conquistado? O discurso do Sujeito Coletivo dos enfermeiros nos núcleos de Saúde da Família do Distrito Oeste - Ribeirão Preto. Interface comun saúde educ online [Internet]. 2004 [cited 2012 May 14]; 8(15): 331-48. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v8n15/a11v8n15.pdf>

15. Monnerat GL, Souza RG. Da seguridade Social à intersectorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. Rev katálysis [Internet]. 2011 Jan/June [cited 2012 May 14];14(1):41-9. <http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/katálysis/article/view/19306>

16. Heimann LS, Ibanhes LC, Boaretto RC, Castro IEN, Telesi Jr E, Cortizo CT, et al. Atenção primária em saúde: um estudo

multidimensional sobre os desafios e potencialidades na Região Metropolitana de São Paulo (SP, Brasil). Ciênc saúde coletiva online [Internet]. 2011 June [cited 2012 May 14]; 16(6):2877-87. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/25.pdf>

17. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR, et al. Family health: limits and possibilities for an integral primary care approach to health care in Brazil. Ciênc saúde coletiva online [Internet]. 2009 May/June [cited 2012 May 14];14(3):783-94. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/14.pdf>

18. Sá LD, Gomes ALC, Nogueira JÁ, Villa TCS, Souza KMJS, Palha PF. Intersectorality and bonding in tuberculosis control in Family Health. Rev latinoam enferm online [Internet]. 2012 Mar/Apr [cited 2012 May 14]; 19(2):387-95. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_22.pdf

19. Wimmer GF, Figueiredo GO. Ação coletiva para qualidade de vida: autonomia, transdisciplinaridade e intersectorialidade. Ciênc saúde coletiva online [Internet]. 2006 [cited 2012 May 14]; 11(1):145-54. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n1/29458.pdf>

20. Sá LD, Oliveira AAV, Souza KMJ, Palha PF, Nogueira JÁ, Villa TCS. Abandono do tratamento e elenco de serviços no cuidado ao doente de tuberculose. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2010 July/Sept [cited 2012 Set 19];4(3):1515-22. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1216/pdf_150

Submissão: 03/11/2012

Aceito: 30/05/2013

Publicado: 15/07/2013

Correspondência

Lígia Nara Martins Santos
Rua Floriza Abreu, Quadra 16, Casa 34
Conjunto Santa Sofia
Bairro Mocambinho
CEP: 64011-010 – Teresina (PI), Brasil