

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ – UFPI
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS – CSHNB
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

JACKSON DE MOURA MARTINS

POLÍTICA INTERSETORIAL COM ENFOQUE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

PICOS

2013


JACKSON DE MOURA MARTINS

POLÍTICA INTERSETORIAL COM ENFOQUE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Monografia apresentada ao Curso Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em: 20/10/13

BANCA EXAMINADORA:



Profª. Ms. Maria Alzete de Lima (Orientadora)
Universidade Federal do Piauí – UFPI
Presidente



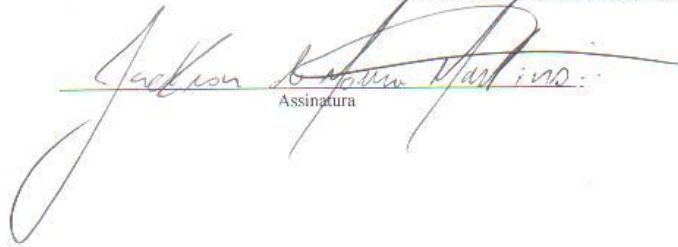
Profª. Ms. Francisca Tereza de Galiza (1º Membro Efetivo)
Universidade Federal do Piauí – UFPI



Profª. Ms. Gilvan Ferreira Felipe (2º Membro Efetivo)
Universidade Federal do Piauí – UFPI

Eu, **Jackson de Moura Martins**, abaixo identificado(a) como autor(a), autorizo a biblioteca da Universidade Federal do Piauí a divulgar, gratuitamente, sem ressarcimento de direitos autorais, o texto integral da publicação abaixo discriminada, de minha autoria, em seu site, em formato PDF, para fins de leitura e/ou impressão, a partir da data de hoje.

Picos-PI 24 de outubro de 2013.


Assinatura

FICHA CATALOGRÁFICA
Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí
Biblioteca José Albano de Macêdo

M386p Martins, Jackson de Moura.
Política intersetorial com enfoque na atenção primária /
Jackson de Moura Martins. – 2013.
CD-ROM : il; 4 ¾ pol. (35 p.)
Monografia(Bacharelado em Enfermagem) – Universidade
Federal do Piauí, Picos, 2013.

Orientador(A): Profa.Msc. Maria Alzete de Lima

1. Atenção Primária. 2. Enfermagem. 3.Intersetorialidade.
I. Título

CDD 610.734

RESUMO

O processo saúde/doença não depende apenas das necessidades de saúde, ou do serviço de saúde, e sim de uma complexidade de fatores que coexistem entre as interações intersetoriais. Pode-se exemplificar como variáveis constituintes na gênese dos agravos à saúde, as de ordem biológica, psicológica, social, econômica, cultural, entre outras. Deste modo, discussões mais amplificadas sobre os demais determinantes do processo saúde/doença associam-se à promoção, emancipação e autonomia em relação ao sujeito do cuidado, através das políticas de saúde. Entender como o modelo atual de atenção primária, focado na corrente protecionista e baseada em modelos de prevenção na esfera de saúde coletiva, atua frente às diversidades naturais do país é desafiador. E neste sentido, a pergunta que se circunda é saber como a elaboração de políticas voltadas para a saúde é formulada e como a população alvo será beneficiada com as mesmas. Sabendo que às vezes essas ações não retornam de forma compensatória em relação a real situação de suprimento das necessidades de saúde da população. Objetivo do estudo é conhecer as principais problemáticas, relatadas na literatura, nos serviços de saúde brasileiro, no contexto da atenção primária, levando em consideração políticas de saúde e ações intersetoriais. Trata-se de um estudo de revisão narrativa, adaptado do método de pesquisas de revisão integrativa, através da construção e combinação de análise constituída a partir das etapas, a fim de obter uma melhor compreensão sobre o tema baseado em estudos anteriores. Fizeram parte da amostra 20 artigos, selecionados conforme os critérios previamente estabelecidos. Nos estudos com publicações em 2009 observamos que os seguintes assuntos abordados são sobre implementação da Estratégia de Saúde da Família, além de discutir algumas possibilidades nas bases organizacionais do SUS, integração da rede assistencial e atuação intersetorial. Percebe-se que políticas voltadas para esse modelo de assistência vêm sendo desenvolvidas com intenções de amplificar a qualidade da assistência, porém existe evidência da escassez de recursos financeiros, que por sua vez influenciam de maneira negativa na qualidade e na abrangência da assistência, geralmente essa falta de infraestrutura está relacionado ao certo modelo de gestão dos recursos que não são totalmente aplicados de forma correta.

Palavras-chaves: Atenção primária, Enfermagem, Intersetorialidade.

ABSTRACT

The health / disease process depends not only on the needs of health, or the health service, but of a complexity of factors that exist between the intersectoral interactions. Can be exemplified as constituent variables in the genesis of health hazards, the biological, psychological, social, economic, cultural, among others. Thus, most discussions amplified over other determinants of the health/disease are associated with promotion, empowerment and autonomy in relation to the subject of care through health policies. Understanding how the current model of primary care, focused on current protectionist-based prevention models in the sphere of public health, acts opposite to the natural diversity of the country is challenging. In this sense, the question that surrounds is how policy-oriented health is formulated and how the target population will benefit from the same. Knowing that sometimes these actions do not return in a compensatory fashion in relation to actual supply situation of the health needs of the population. Aim of the study is to know the main problem, reported in the literature, in the Brazilian health service, in the context of primary care, taking into account health policies and intersectoral action. This is a study of narrative review, adapted from the method recommended by Mendes, Silveira and Galvão (2008), through the construction and combination of analysis made from the steps in order to get a better understanding on the subject based on studies above. The sample consisted of 20 articles, selected according to established criteria. In studies with publications in 2009 noted that the following issues are addressed on the implementation of the Family Health Strategy, and discuss some possibilities in organizational bases of SUS health care network integration and intersectoral action. Realize that policies aimed at this model of care are being developed with the intent to amplify the quality of care , but there is evidence of lack of financial resources, which in turn negatively influence the quality and comprehensiveness of care, usually this lack of infrastructure is related to certain model of resource management that are not fully applied correctly .

Keywords: Primary care, Nursing, Intersectoriality.

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Figura 1 – Síntese dos estudos da revisão narrativa, segundo ano de publicação. Picos/PI, 2013.....	22
Figura 2 – Aspectos conceituais, princípios e características do SUS, 11ª CNS/MS, 2001 adaptado de Campos (2003).....	23
Figura 3 – Pirâmide etária projetada para os anos de 1980 (IBGE, 2013). Picos/PI, 2013.....	25
Figura 4 – Fluxograma demonstrando a influencia da gestão em saúde e os efeitos que podem ocasionar de acordo com suas competências.....	26
Figura 5 – Pirâmide etária projetada para os anos de 2010 (IBGE, 2013). Picos/PI, 2013.....	27
Quadro 1 – Síntese dos estudos sobre políticas intersetoriais. Picos/PI, 2013.....	20

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 OBJETIVOS.....	8
2.1 Geral.....	8
2.2 Específicos.....	8
3 METODOLOGIA.....	11
3.1 Tipo de estudo.....	11
3.2 Referencial teórico.....	11
3.3 Período de coleta de dados.....	12
3.4 Procedimento de coleta de dados.....	12
3.4.1 Etapa 1.....	14
3.4.2 Etapa 2.....	14
3.4.3 Etapa 3.....	16
3.4.4 Etapa 4.....	16
3.4.5 Etapa 5.....	16
3.4.6 Etapa 6.....	17
3.5 Organização e análise dos dados.....	17
3.6 Apresentação dos resultados.....	17
3.7 Instrumento de coleta de dados.....	17
3.8 Questão de Pesquisa.....	17
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	19
4.1 Caracterização geral dos estudos.....	19
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	27
REFERÊNCIAS.....	30
APÊNDICES.....	33
APÊNDICE A.....	34

1 INTRODUÇÃO

A situação atual de qualquer país não depende somente dos fatores que amplificam o pensar em saúde como uma parte isolada. É importantes salientar que a saúde faz parte de um conjunto de setores inter-relacionados, que por sua vez, interagem conjuntamente os determinantes de saúde.

É notório perceber que o processo saúde/doença não depende apenas das necessidades de saúde, ou do serviço de saúde, e sim de uma complexidade de fatores que coexistem entre as interações intersetoriais. Pode-se exemplificar como variáveis constituintes na gênese dos agravos à saúde, as de ordem biológica, psicológica, social, econômica, cultural, entre outras (SILVA, 2012).

Deste modo, discussões mais amplificadas sobre os demais determinantes do processo saúde/doença associam-se à promoção, emancipação e autonomia em relação ao sujeito do cuidado, através das políticas de saúde, relaciona-se sempre com os agentes intersetoriais.

Verifica-se, entretanto, que questões relacionadas com a saúde pública não podem ser dissociadas dos aspectos históricos, que merecem ser levados em consideração. Esses foram muito importantes nas formulações de políticas, com destaque para o modelo atual de assistência construído a partir de novos ciclos de reivindicações sociais que marcaram a década de 90. Iniciando um cenário no qual constituía um novo pacto voltado primordialmente a redução da pobreza, livre circulação de força de trabalho, modelo de políticas públicas articuladas em interesses locais e globais no contexto de expansão e reconfiguração e universalização dos direitos (SODRÉ, 2011).

Observou-se que o epicentro das necessidades em saúde é a conscientização de que o binômio saúde/doença faz parte de graus evolutivos que tem remodelamento de acordo com a situação atual da população, paralelamente a isso a disposição de variações surge de acordo com o segmento inter-relação dos conjuntos que determinam a perspectivas de modelos de qualidade de vida e inserção social (EGRY et al., 2009).

Analisando de acordo com a visão ampliada sobre definição de pontos estratégicos para o alcance do desenvolvimento do país, destacam-se os setores de base como, por exemplo, educação e saúde que sempre são alvos de debates e objetos de estudo, no qual, ambos são ligados às demais instancias sociais e econômicas (SILVA, 2012).

Partindo do pressuposto que as necessidades humanas em saúde são determinadas a partir de um olhar ampliado sobre definição de saúde, destaca-se a promoção da saúde, que entre outros aspectos, preceitua o processo de aprendizagem. Este se articula às demais propostas políticas públicas para atuar no melhoramento da qualidade de vida, incluindo-se maior participação no controle desse processo, incorporando valores como participação, solidariedade, democracia, equidade, cidadania, parceria e desenvolvimento de uma junção de atores que compõe o cenário de estratégias voltadas para o desenvolvimento da saúde: sujeito, família e sociedade (MACHADO et al., 2009).

No contexto brasileiro, a proposta de um sistema integrado de saúde, gratuito e universal, o sistema único de saúde (SUS), reforçou a necessidade de reconfiguração socioeconômica do país, que por sua vez resultou em novas estratégias de saúde pública voltada preferencialmente para os setores da população mais afetada. Um modelo de saúde com princípios de igualdades coincidiu com a herança histórica de uma sociedade apontada pelas diferenças e pela segmentação no próprio palco de atenção a saúde (MENICUCCI, 2009).

Como destaque, na nova configuração das propostas de saúde, a importância da promoção da saúde como meio de articular o atual sistema de saúde brasileiro. De forma que o pensar em saúde como determinante na qualidade de vida do indivíduo e coletividade seja pensado como responsabilidade do segmento da promoção e preservação da saúde, reportando-se não só a saúde pública (EGRY et al., 2009)

Aplica-se essa corrente aos vários setores de gestão, no qual, propõe-se que os mesmos formulem políticas voltadas para os interesses principais das questões que envolvem a sociedade em relação à saúde. Neste sentido, a promoção da saúde não foi pensada como responsabilidade restrita do setor saúde, mas como uma integração entre diversas esferas do governo, os quais articulam políticas e ações que culminem com a melhoria das condições de vida da população e da oferta de serviços essenciais aos seres humanos (MACHADO et al., 2009).

Nesta perspectiva, o objetivo será reportado ao sujeito e a coletividade sobre uma visão integral do processo saúde/doença. Destaca-se que com o desenvolver das políticas de promoção também surgem a necessidade de educação em saúde, no qual, almeja-se que o profissional seja devidamente capacitado na concepção de enxergar as ações em saúde no modelo da assistência aos aspectos básicos essenciais à assistência, aplicado diretamente à realidade de cada região,

levando em consideração a população, meio ambiente, educação, cultura e poder aquisitivo (MACHADO et al., 2009).

Um modelo que reporta a este tema é a proposta da Estratégia de Saúde da Família (ESF) que foi implantada no Brasil em 1994, sob a concepção de aproximar o serviço de saúde a população. Várias são as ações que determinam a implantação correta sobre o olhar inovador desse modelo que aos poucos ganha espaço dentro das ramificações relacionadas ao modelo de saúde brasileiro (EGRY et al., 2009).

Entender como o modelo atual de atenção primária, focado na corrente protecionista e baseada em modelos de prevenção na esfera de saúde coletiva, atua frente às diversidades naturais do país é desafiador. E neste sentido, a pergunta que se circunda é saber como a elaboração de políticas voltadas para a saúde é formulada e como a população alvo será beneficiada com as mesmas. Sabendo que às vezes essas ações não retornam de forma compensatória em relação a real situação de suprimento das necessidades de saúde da população.

É notório que a estratégia de saúde da família vem ganhando espaço no contexto de promoção e emancipação da saúde da população brasileira, vale lembrar, entretanto, que os desafios sempre existiram e com esses é que as políticas relacionadas à proteção e prevenção de saúde da sociedade em geral são elaboradas para tentar driblar os desafios encontrados pelas equipes responsáveis por esse modelo assistencial da atenção primária (MOIMAZ et al., 2008)

Em várias situações no Brasil torna-se necessário um maior empenho dessas políticas e também uma maior participação através de uma ação conjunta entre os profissionais de saúde e os gestores em geral, levando em consideração também a configuração social e econômica da população brasileira e o espaço geomorfológico do território do país para melhor delimitar um modelo de política baseada na real necessidade de um grupo social (EGRY et al., 2009).

Sendo assim, este estudo objetiva conhecer as principais problemáticas encontradas pelo serviço de saúde brasileiro, no contexto da atenção primária, levando em consideração políticas de saúde e ações intersetoriais.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral:

- ✓ Conhecer as principais problemáticas, relatadas na literatura, nos serviços de saúde brasileiro, no contexto da atenção primária, levando em consideração políticas de saúde e ações intersetoriais.

2.2 Específicos:

- ✓ Levantar aspectos relevantes aos principais agravos à saúde e como são formuladas as políticas para o combate dos mesmos;
- ✓ Descobrir como o sistema de saúde brasileiro se configura diante das divergências sociais;
- ✓ Identificar como as ações intersetoriais formulam políticas de saúde.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipos de estudo

Estudo de revisão narrativa da literatura, no qual, adaptou-se o método recomendado por Mendes, Silveira e Galvão (2008), através da construção e combinação de análise constituída a partir das etapas, a fim de obter uma melhor compreensão sobre o tema baseado em estudos anteriores. Segundo os autores, este método tem a finalidade de reunir e sistematizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado.

3.2 Referencial teórico

Egry (2009) propõe um referencial teórico sobre as questões que envolvem a saúde pública com enfoque na atenção básica especialmente na promoção da saúde e nas demais estratégias que definem o cenário de saúde brasileiro. Decidiu-se adotar tal referência para nortear como deve ser o planejamento da atenção primária, levando em consideração que não se restringem as suscetibilidades individuais, mas sempre voltando para o lado da coletividade, caracterizando desenvolvimento de ações que envolvam uma melhor resposta social.

De acordo com a problemática sobre as questões e formulações das políticas de saúde que envolve diretamente o modelo de atenção primária no sentido do núcleo das necessidades em saúde, utilizando uma concepção contemporânea em saúde no Sistema Único de Saúde, no qual é considerada como uma estima de demanda de serviços e ações, organizadas por pressões sociais (EGRY et al., 2009).

O Brasil atravessa atualmente um processo transitório em todos os setores sociais, incluindo a assistência em saúde. No entanto, existem ainda muitos percalços que, às vezes, não são incluídos no processo de formulação de algumas ações em saúde pública.

Ainda que as reformas se realizem em função de um fim de aceleração do processo econômico, dificultando ainda mais o acesso da população a saúde, outros aspectos envolvem também o crescimento do capitalismo decorrente também da expansão tecnológica, a força de trabalho e a variação constante de novos consumidores que demandam forças cruciais ao processo de mudança (SILVA, 2012).

Nesse aspecto, a contribuição para a análise das estratégias que amplificam a correlação entre os diversos setores, esferas de governo e atores através de uma colaboração intersetorial, incluem a mobilização e valorização de conjuntos sociais presentes em cenários específicos.

A atenção primária, primordialmente volta à extensão de cobertura, focando em partes maiores de risco social. A implantação a partir de 1994 como um programa paralelo, porém limitado às classes sociais mais baixas, aos poucos adquiriu centralidade nos planos do governo, observa-se o convertimento em estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde (GIL, 2009).

Em 2006, a Política Nacional de Atenção Básica, o paralelo entre setores e diferentes esferas de gestão. Inter gestão tripartite ampliou as ações de atenção primária e reafirmou a saúde da família com estratégia prioritária e modelo substitutivo para a organização deste modelo de assistência. Em outras palavras o ponto de contato e principal porta de entrada de uma rede de serviços e acesso universal, no qual tende a efetivar a integralidade em todas as formas e nas diversas dimensões sociais (GIOVANELA et al., 2009).

É neste sentido, que o presente estudo pretende centrar-se na busca na literatura por respostas, ou questionamentos, que possibilitem conhecer ou despertar reflexões a cerca das problemáticas no setor saúde e as políticas intersetoriais implementadas (SILVA, 2012).

Apoia-se, ainda, como referenciais adaptações do método da pesquisa integrativa na literatura como forma de nortear a revisão narrativa desta pesquisa.

3.3 Período de coleta de dados

Foi realizado em junho de 2013. O referente estudo utilizou as bases de dados do Scielo (Scientific Electronic Library Online) e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde).

3.4 Procedimentos para coleta de dados

De acordo com Mendes, Silveira e Galvão (2008), a revisão integrativa se divide em seis etapas nas quais devem ser seguidas para a realização do estudo. A primeira etapa consiste em

identificar o tema do estudo e a seleção da hipótese ou a questão de pesquisa para a elaboração do estudo.

A segunda etapa consiste em busca de estabelecimentos de critérios para a inclusão e exclusão de estudos, amostragem e/ou busca na literatura. A terceira segue em definições de informações a serem extraídas dos estudos selecionados, categorizando a organização dos estudos.

A quarta etapa da revisão integrativa avalia os estudos incluídos, a quinta etapa interpreta os resultados dos estudos selecionados, chegando a sexta etapa que apresenta a revisão e síntese do conhecimento.

ETAPAS DA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

01

Estabelecimento da Hipótese ou Questão da Pesquisa

- . Escolha e definição do tema;
- . Objetivos;
- . Identificar problema chave;
- . Tema relacionado a prática clínica.

02

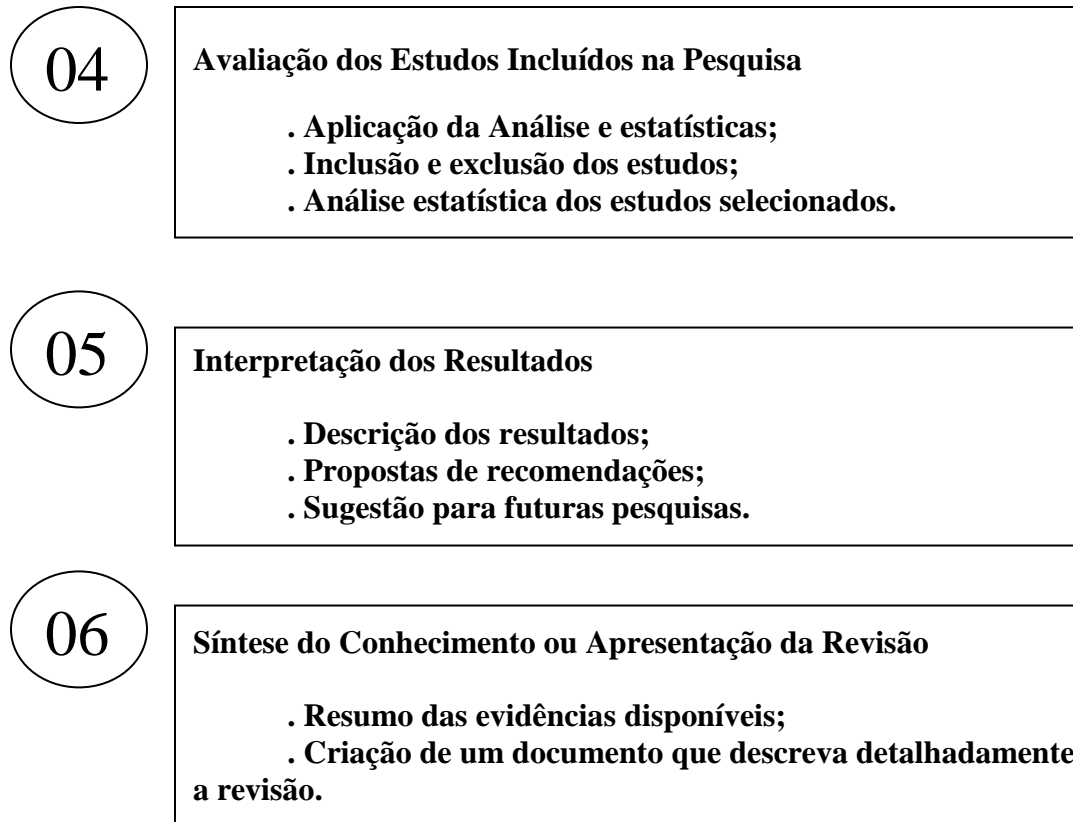
Amostragem ou Busca na Literatura

- . Estabelecimento do critério de inclusão e exclusão;
- . Uso de base de dados;
- . Seleção dos estudos.

03

Categorização dos Estudos

- . Extração das informações;
- . Organizar e sintetizar as informações;
- . Formação dos bancos de dados.



Figuras 1 – Componentes da revisão narrativa da literatura adaptado de Mendes, Silva e Galvão (2008).

3.4.1 Etapa 1

De acordo com o processo de construção da revisão narrativa se inicia com a definição de um problema e a formulação de hipótese que apresente uma relevância para a enfermagem e a saúde. A revisão requer esforço e tempo considerável do revisor. No qual deverá escolher um tema que desperte o interesse do pesquisador tornar esses processos.

A primeira é onde irá nortear o revisor para a condução da pesquisa. A construção deve incluir definições já delimitadas pelo pesquisador. O assunto a ser estudado deve ser definido de maneira objetiva e específica, sendo que a definição inicial inclui a análise direcionada e completa. Uma vez que o tema é delimitado pelo revisor os descritores ou palavras chaves são facilmente identificados para execução do estudo. A questão que norteia a revisão integrativa pode ser objetivada delimitando uma intervenção específica, ou abrangentes analisando diversas intervenções (ARMSTRONG; BORTZ, 2001).

3.4.2 Etapa 2

Esta etapa está diretamente ligada a anterior, a abrangência do assunto a ser estudado determina o procedimento da amostragem. O pesquisador deverá pensar sobre este determinado ponto, pois a quantidade relativa de assuntos do processo de construção da revisão integrativa pode inviabilizar as etapas seguintes.

Após a delimitação do tema a formulação da questão de pesquisa inicia-se nas buscas nas bases de dados para a definição e identificação dos estudos que serão incluídos no estudo. A internet é uma das ferramentas de grande importância nessa busca, pois as bases de dados possuem uma porta de acesso eletrônico.

Depois das seleções dos estudos para a avaliação crítica é de fundamental importância a fim de obter a validade do estudo. Um indicador para definir a confiabilidade e amplitude, pode generalizar na validade da revisão (GANONG, 1987; WHITTEMORE, 2005).

Os critérios de inclusão e exclusão de artigos devem ser conduzidos de maneira analítica e criteriosa. O revisor deve deixar claros os critérios de inclusão e exclusão dos artigos. A melhor maneira seria incluir todos os estudos e pesquisas padrões de possíveis influências metodológicas nos resultados. A busca e a seleção dos artigos incluídos na revisão devem ser preferencialmente por dois revisores de forma independente (POLIT; BECH, 2006).

Fizeram parte do estudo, artigos de temáticas voltadas para a saúde pública com enfoque na atenção primária a saúde, levando em consideração sociedade, contextos históricos, determinantes de saúde, processo saúde/doença e formulação de políticas públicas em saúde de acordo com o Sistema Único de Saúde. Foram incluídos no estudo 20 artigos.

Foram excluídos do estudo, artigos com conteúdo temático fora do contexto principal do conteúdo abordado no presente estudo, conforme recomendação de Mendes, Silveira, Galvão (2008) e Machado (2007), lembrando que os referenciais clássicos serão usados e com uma margem de tempo de publicação superior a 10 anos, devido a questões retrospectivas do tema abordado.

A exclusão procedeu pelo critério apontado no estudo, no qual, estabeleceu que os artigos que envolviam problemáticas voltadas para áreas de pesquisa fora do contexto da atenção

primária e o tema abordado no decorrer do estudo. Utilizaram-se as palavras – chaves: saúde – pública, intersetorialidade, atenção primária e políticas públicas.

3.4.3 Etapa 3

A terceira etapa consiste em uma função na definição das informações colhidas dos estudos selecionados utilizando um instrumento para reunir e sintetizar as informações necessárias. A quantidade de evidências nos estudos deve ser analisado na maneira de determinar a confiança no uso dos resultados. O objetivo será a organização das informações de maneira concisa. Geralmente as informações abrangem as amostragens dos referidos estudos, a metodologia e os objetivos dos mesmos (GANONG, 1987). Para tanto, se construiu instrumento (APÊNDICE A).

3.4.4 Etapa 4

Esta etapa equivale à análise de dados da pesquisa convencional, onde empregará ferramentas apropriadas para garantir a validação da revisão integrativa. Os estudos selecionados devem ser realizados de forma crítica, procurando obter as informações necessárias para a análise de resultados conflitantes ou diferentes. Em outras abordagens apresentam vantagens e desvantagens, escolhendo o mais adequado para as explicações das variáveis encontradas, devendo o revisor realizar essa análise de forma imparcial. Na literatura aponta a questão a ser utilizada para as críticas dos estudos selecionados, onde a base para a questão será importante como eram as pesquisas já realizadas (BEYEA; NICOLL, 1998).

3.4.5 Etapa 5

Esta etapa é correspondente à fase de discussão dos principais resultados na pesquisa convencional. O pesquisador fundamentado nos resultados da avaliação crítica dos estudos incluídos realiza a comparação com o conhecimento teórico, a identificação de conclusões e

implicações resultantes da revisão integrativa. A identificação de espaços permite que o revisor aponte sugestões pertinentes para futuras pesquisas direcionadas para a melhoria da assistência à saúde. (GANONG, 1987)

3.4.6 Etapa 6

Na revisão devem-se incluir informações suficientes que permitam ao leitor avaliar a pertinência dos procedimentos empregados na elaboração da revisão, os aspectos relativos ao tópico abordado e o detalhamento dos estudos incluídos. Em geral, a maior dificuldade para delimitar as conclusões obtidas da revisão é o quanto nem todas as características e os resultados dos estudos foram relatados nas fases anteriores pelo revisor. Esta etapa consiste na elaboração do documento que deve contemplar a descrição das etapas percorridas pelo revisor e os principais resultados evidenciados da análise dos artigos incluídos. É um trabalho de extrema importância já que produz impacto devido ao acúmulo do conhecimento existente sobre a temática pesquisada. (ROMAN; FRIEDLANDER, 1998).

3.5 Organização e análise dos dados

Os artigos serão analisados de forma que os mesmos descrevam ações intersetoriais que influenciam na construção de políticas públicas voltadas para saúde. A análise será crítica e de forma imparcial, onde, será selecionado os estudos que contiverem informações necessárias para a realização do estudo de revisão integrativa. À medida que as informações forem coletadas, estas, serão aplicadas e sintetizadas em conhecimento da questão de pesquisa.

3.6 Apresentação dos resultados

A apresentação de resultados foi de maneira que se faça um paralelo entre a vivência prática e o conhecimento teórico correlacionando-os, de forma que as informações do estudo sejam analisadas e comparando-as com as evidências encontradas.

3.7 Instrumentos de coleta de dados

Foi elaborado um instrumento de coleta de dados para a síntese, análise e interpretação e seleção dos estudos obtidos a partir da pesquisa nos Bancos de Dados (SCIELO), APÊNDICE A.

3.8 Questão de pesquisa

Menicucci (2009) coloca que na década de 90 as questões envolvidas no interior dos movimentos sociais suscitaram muitos debates, com foco das discussões, voltadas principalmente, aos setores mais atingidos da sociedade, dentre eles: exclusão social, saúde e pobreza. Fatores que a globalização trazia de negativo para a saúde da população formaram uma discussão denominada de Saúde Global.

Definiu-se que na revisão narrativa é possível utilizar subsídios que permitem reflexão para a elaboração ou utilizações de literaturas no cenário do contexto de saúde pública e na enfermagem (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO. 2009). Quais são as principais problemáticas encontradas pelo serviço de saúde brasileiro, no contexto da atenção primária, levando em consideração políticas públicas e ações intersetoriais?

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Caracterização geral dos estudos

Os 20 artigos analisados no presente estudo, todos relacionados a políticas públicas de saúde e relacionados à questão da integralidade no SUS, implica diretamente na questão de políticas intersetoriais que foram analisados no período entre os anos de 1993 a 2012. Inicialmente, realizou-se uma análise descritiva acerca da caracterização gerais destes estudos: ano de publicação, periódico no qual foi publicado, base de dados, tipo de estudo.

Quadro 1: Síntese dos estudos sobre políticas intersetoriais. Picos/PI, 2013.

Número do Estudo	Base de Dados	Ano de Publicação	Periódicos	Tipo de Estudo	Título do Estudo
01	SCIELO	2009	Rev Esc Enferm USP	Descritivo e Exploratório	Instrumentos de avaliação de necessidades em saúde aplicáveis na Estratégia de Saúde da Família
02	SCIELO	2009	Ciência & Saúde Coletiva	Estudo de caso	Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil
03	SCIELO	2007	Ciência & Saúde Coletiva	Descritivo	Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual.
04	SCIELO	2009	Cad. Saúde pública	Descritivo e Exploratório	O Sistema Único de Saúde, 20anos: balanço e perspectivas.
05	SCIELO	2011	Ciência & Saúde Coletiva	Descritivo	A agenda global dos movimentos sociais
06	SCIELO	2008	Ciência & Saúde Coletiva	Descritivo	Cooperação internacional em saúde: o serviço especial de saúde pública e seu programa de enfermagem
07	SCIELO	2000	Rev Saúde Pública	Descritivo	Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde.
08	SCIELO	1994	Cad. Saúde Pública	Descritivo	Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas
09	SCIELO	2005	Rev Latino – americana Enfermagem	Descritivo	A nova saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação
10	SCIELO	1998	Ver Saúde Pública	Descritivo	Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas?
11	SCIELO	2008	Rev Bras Enferm	Descritivo	As contribuições do Serviço Especial de Saúde Pública para formação profissional da Enfermagem no Brasil

					(1942 – 1960)
12	SCIELO	2009	Ciência & Saúde Coletiva	Descritivo	A regulação no setor público de saúde no Brasil: os (des) caminhos da assistência médico – hospitalar
13	SCIELO	2008	Ciência & Saúde Coletiva	Descritivo	Saúde da Família: o desafio de uma atenção coletiva
14	SCIELO	2003	Ciência & Saúde Coletiva	Descritivo	O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família
15	SCIELO	2011	Cad. Saúde Pública	Descrito e Exploratório	Trends in the investigation of social determinants of health: selected themes and methods
16	SCIELO	2011	Cad. Saúde Pública	Descritivo	Public policy and the social determinants of health: the challenge of the production and use of scientific evidence
17	SCIELO	2006	Cad. Saúde Pública	Descritivo	Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro
18	SCIELO	2007	Rev Latino – Am Enfermagem	Relatos de Experiências	Uma proposta de construção da base operacional do processo de trabalho educativo em saúde coletiva
19	SCIELO	2012	Ciência & Saúde Pública	Descritivo e Exploratório	Avaliação da atenção básica pela perspectivas dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos Brasileiros
20	SCIELO	1993	Cad. Saúde Pública	Descritivo	Saúde Pública, Rede Básica e o sistema de Saúde brasileiro.

Em relação ao período em que os estudos foram publicados, analisou-se que em 2009 a publicação científica foi em maior quantitativo acerca do tema especificado no presente estudo, em relação aos outros anos de publicação percebe-se que a produção na literatura foi em menor quantidade.

Nos estudos com publicações em 2009 observamos que os seguintes assuntos abordados são sobre implementação da Estratégia de Saúde da Família, além de discutir algumas possibilidades nas bases organizacionais do SUS, integração da rede assistencial e atuação intersetorial. (GIOVANELLA et al., 2009).

São analisados instrumentos de assistência criada pelo SUS, no qual, percebe-se certa mudança nas organizações responsáveis e regulação do Sistema de Saúde. O exemplo pode citar a revolução sanitária até aos dias atuais. Representando uma possibilidade descritiva preliminar

sobre o tema abordado. Observa-se também a utilização de recursos públicos para financiamentos aplicados no setor saúde (FARIAS et al., 2009)

Utilizando um balanço dos avanços do SUS, avaliando seu surgimento até a sua efetiva consolidação, refletindo sobre essa circunstancia alguns indicadores de saúde, inovações tecnológicas, efeitos de algumas políticas prévias voltadas para saúde encontramos alguns aspectos que ratificam o processo de implantação do sistema de saúde, acesso a integralidade da assistência e gestão do sistema. O maior desafio para a construção institucional do sistema é a garantia de maior efetividade e sustentabilidade. Uma caracterização que podemos relatar é a dualidade privado/público que foi construído desde o decorrer das décadas (MENICUCCI, 2009).

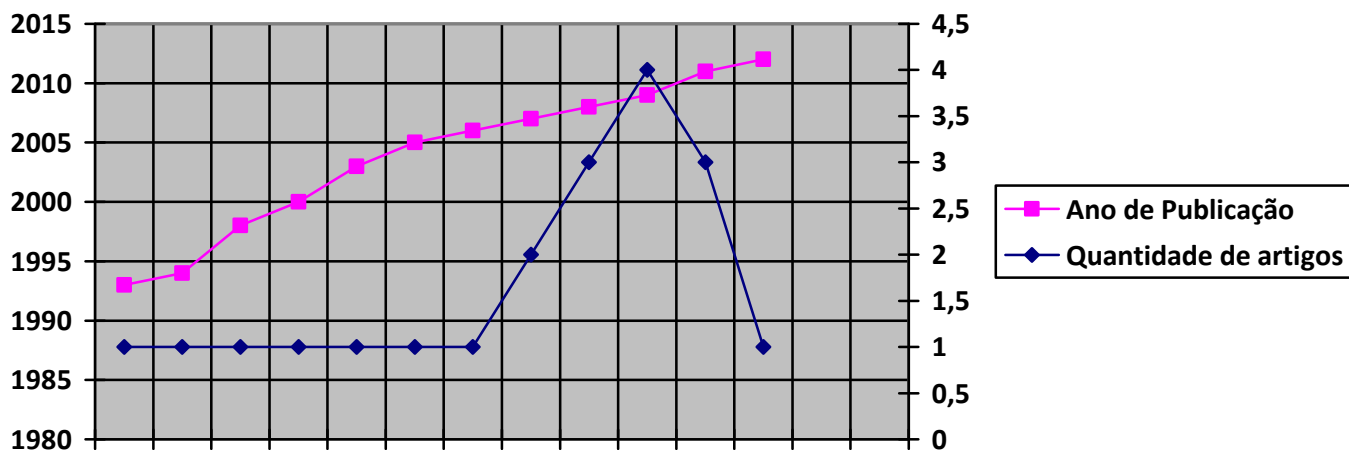


Figura 1: Síntese dos estudos da revisão narrativa, segundo ano de publicação. Picos/PI, 2013.

De acordo com a produção científica abordada no presente estudo, percebe-se que a temática referida no estudo é pouco discutida no campo científico. De acordo com a ideia de intersectorialidade, define-se que para propostas no setor primário deve-se considerar questão não só de saúde pública como as maneira de resolução de determinantes que vem a causar certas problemáticas no campo de atuação no nível de atenção primária.

Formula-se questionamento em que a pergunta emergente é se as variadas interpretações sobre a atenção primária, como programa usado para atender as necessidades de saúde básica,

serve para elucidar as necessidades evidenciadas no âmbito da reforma sanitária e desenvolvimento do SUS (GIL, 2006).

A ideia de que os determinantes tem papel fundamental sobre o estilo de vida humano, entendendo que a saúde não depende apenas do fator biológico, e sim uma visão global nos aspectos que influenciam diretamente o comportamento homeostático humano, citados como exemplo fatores biológicos, psicológicos, sociais, onde podemos citar ainda, estilo de vida, relacionado a trabalho, convivência familiar, lazer, enfim, determinantes que de uma alguma maneira tem influencia direta no modo de vida.

Características do SUS, 11ª CNS/MS (2011). Picos/PI, 2013.

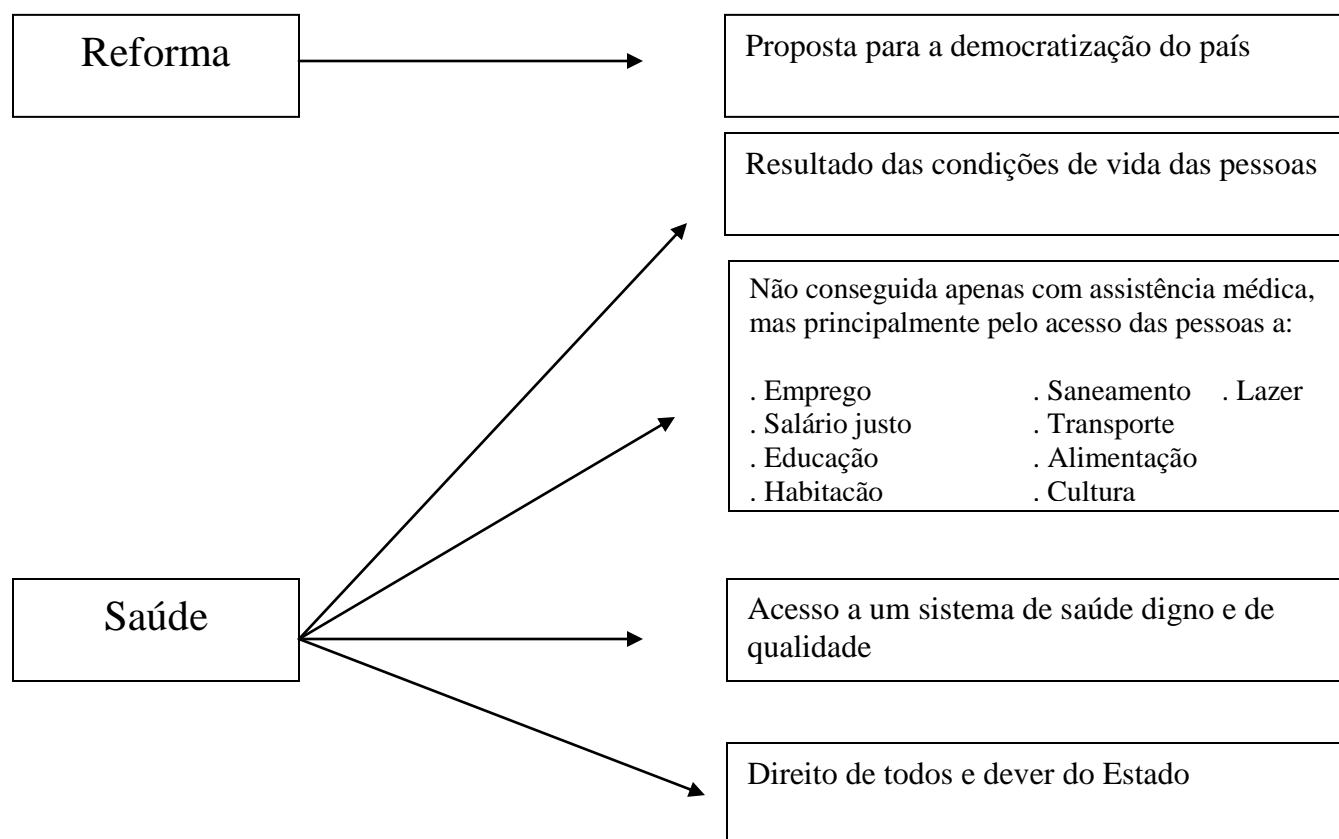


Figura 2 – Aspectos conceituais, princípios e características do SUS, 11ª CNS/MS, 2001 adaptado de Campos (2003).

Nessa perspectiva, a saúde pública pode ser considerada como um campo do conhecimento de natureza interdisciplinar desde o planejamento de ações entre saúde e ciências sociais, contemplando a natureza das políticas de saúde e práticas de objeto as necessidades de saúde social, esta área do saber fundamenta práticas transdisciplinar, multiprofissional, interinstitucional e transetorial (PAIN 1998).

Analisando a pirâmide etária absoluta do Brasil, podemos ver que a projeção desde os anos de 1980 até 2010 há uma mudança no estilo de vida da população, podemos observar que na base da pirâmide dos anos 80 é mais alargada, estabelecendo que houvesse maior número da população infantil. Fazendo um paralelo com políticas relacionadas à questão de saúde e intersectorialidade de assistência e gestão em vários setores, chega-se a necessidade de ampliação dos setores da economia, saúde e educação.

Podemos observar que os investimentos deveriam ser aplicados diretamente em saúde e educação, pois a população mais necessitada à época era a população infantil, no qual a aplicação de recursos foi amplamente difundida em outros programas governamentais relacionados à infraestrutura. Podemos elucidar nesse momento uma passagem histórica no Brasil que foi a ditadura militar (de 1964 a 1985), no qual o país era governado através de Atos Institucionais que aumentava progressivamente a repressão, regime esse que se sustentava através do capital internacional, grande capital nacional, tecnoburocracia civil e militar, mascarando uma época de grande repressão política e ideológica, representado também pelo “milagre econômico”, com grande baixa na economia nacional, aumento da inflação, diminuição do poder de compra da população e ainda concentrava investimentos e diminuía gastos com políticas sociais (SCOREL, 2008).

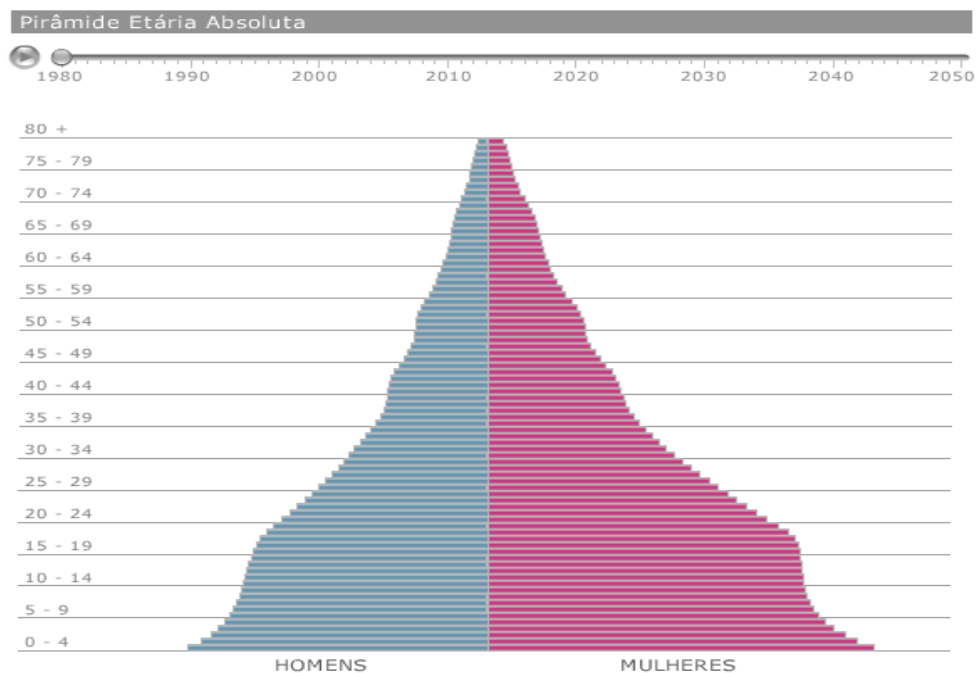


Figura 3: Pirâmide etária projetada para os anos de 1980 (IBGE, 2013). Picos-PI, 2013.

Fonte: IBGE

No final dos anos 80 com criação do SUS a população brasileira recebe um modelo de assistência que nunca houve em anos anteriores, assistência de maneira integral em todos os níveis, desde a baixa complexidade até a alta complexidade da assistência, lembrando que o modelo de gestão brasileiro não condiz com a política de saúde do SUS, relacionando com um histórico que, todavia apresentou dificuldades tanto nas formulações de políticas pública relacionadas aos setores sociais.

Citando o relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), definiu-se que saúde está relacionada em um sentido mais amplo no qual definiu condições de moradia, alimentação educação, meio-ambiente, renda emprego, lazer, acessibilidade, posse de terra, transporte e acesso de maneira integral aos serviços de saúde seja qual for o grau de complexidade do serviço, usando essa noção de saúde foi elaborado o texto da Constituição Federal/1988 como a formulação das leis orgânicas da saúde, nº 8.080/90 e nº 8. 142/90, reafirmando o novo conceito de saúde pública, no qual foi priorizado o desenvolvimento humano (CARVALHO, 2008).

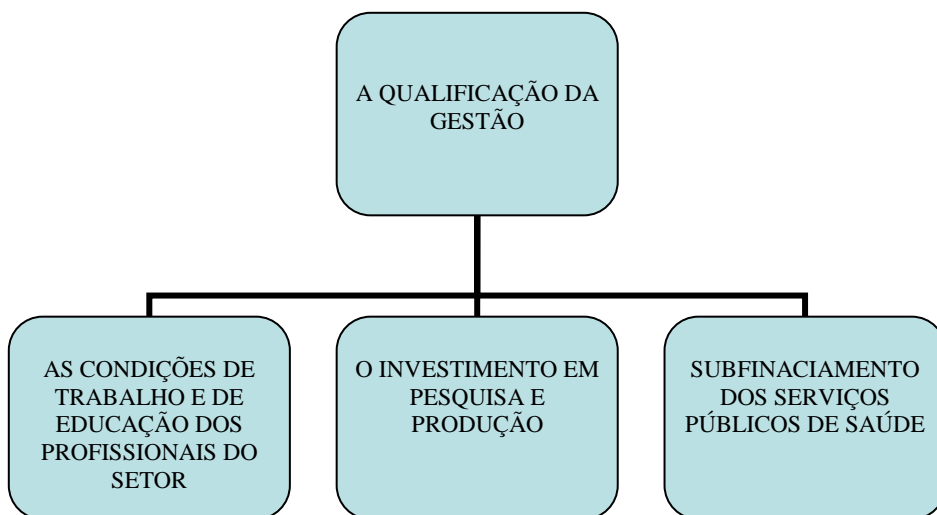


Figura 4: Fluxograma demonstrando a influencia da gestão em saúde e os efeitos que podem ocasionar de acordo com suas com competências.

No fluxograma acima podemos ressaltar que o modelo da gestão em saúde tem influencia direta nas condições de trabalho, no setor saúde, o destino dos investimentos voltados para formulação de novos programas de saúde, lembrando também que se utiliza para essa formulação uma pesquisa minuciosa para dar prioridades e desenvolvimento de políticas que requer maior atenção, financiamento do serviço de saúde e como esse financiamento será aplicado. Um exemplo seria o Pacto pela saúde instituído em 2006 que resultou em um processo entre gestores das três esferas de governo, envolvendo o compromisso de operacionalização do SUS, nas perspectivas de diminuir ou superar os problemas técnicos, administrativos e políticos, na sua definição o Pacto é composto de 3 partes: Pacto pela Vida, que estabeleceu um compromisso com os gestores do SUS sobre as prioridades em saúde da população brasileira, O Pacto em Defesa do SUS, que reafirma as diretrizes para desenvolvimento do SUS e o Pacto de Gestão no qual define-se a descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, regulação, participação social, educação em saúde e controle social (BRASIL, 2006).

Analisando o gráfico da população brasileira numa projeção para 2010 (Figura 5), há um aumento da população economicamente ativa, no qual se percebe um aumento da economia brasileira. Trazendo para o campo da saúde percebe-se que nas ultimas décadas houve avanço da tecnologia médica, diminuição da mortalidade infantil, novas formulações de políticas voltadas

para saúde, enfim, com todo esse aumento positivo em vários setores, podemos observar ainda certa falha no planejamento de políticas públicas relacionadas à saúde, certas questões ainda não chegaram a uma plenitude de abrangência. No entanto é necessário considerar que enquanto alguns países discutiam um sistema de proteção a crise econômica e algumas alternativas de reforma nos setores sociais, com uma clara ideia de abertura e modificação estrutural em seus modelos de assistência não só a saúde mas em todos os setores sociais no qual os demais países iniciavam um processo de construção e sistemas de proteção e de saúde (VIANA E BAPTISTA, 2007).



Figura 5: Pirâmide etária projetada para os anos de 2010 (IBGE, 2013). Picos/PI, 2013.

Fonte: IBGE

Analisando os artigos relacionados a questões de integralidade da assistência, políticas intersetoriais, utilizando os gráficos da população absoluta brasileira. Verifica-se que algumas políticas voltadas para a questão de saúde não abrangem de maneira geral os usuários do sistema

de saúde, ao perceber que no campo da estratégia de saúde da família, onde o contato com o estilo de vida do usuário é maior.

Percebe-se que políticas voltadas para esse modelo de assistência vêm sendo desenvolvidas com intenções de amplificar a qualidade da assistência, porém existe evidência da escassez de recursos financeiros, que por sua vez influenciam de maneira negativa na qualidade e na abrangência da assistência, geralmente essa falta de infraestrutura está relacionado ao certo modelo de gestão dos recursos que não são totalmente aplicados de forma correta. No entanto, o Ministério da saúde esbarrou em certas dificuldades de gestão de financiamento, onde veio surtir efeito na descentralização da forma como afirmava a reforma sanitária, dificultando ainda a política de recursos humanos, sobrecarregando estados e municípios na prestação de serviços (SILVA, 2012).

Em se tratando de política relacionada ao setor saúde, a estratégia de saúde da família tem maior significância em virtude do maior contato com a população e com isso pode observar de perto as reais necessidades. A intenção de uma política Intersetorial seria apoiar e desenvolver políticas que desse apoio à equipe profissional, avaliando e direcionando a assistência de acordo com o nível de assistência (CAMPOS, 2003).

O conhecimento de alguns problemas cruciais, relatados na literatura, nos serviços de saúde brasileiro, contextualizando a atenção primária, levando em consideração a políticas e ações intersetoriais, nota-se que o desafio de propor a intersetorialidade é de que é um processo em todas as esferas de governo, seja ela de poder federal, estadual ou municipal, lembrando que a proposta é tratada apenas como atribuição do gestor federal do SUS, a intersetorialidade deve partir primordialmente do setor saúde, focando algumas prioridades pré-estabelecidas em nível nacional (SILVA, 2012).

Levantando aspectos relevantes aos principais agravos a saúde é que se formulam as políticas para combate dos mesmos, apresentando uma maior ênfase nas evidências que a maioria são produzidas a partir de dados epidemiológicos, estabelecendo que os estudos devem ser capazes de produzir certa evidência para haver melhor efetividade.

Sabendo que o Sistema de Saúde Brasileiro se configura de maneira à resolver problemas relacionados com a saúde, diante da divergência encontrada no espaço brasileiro, leva-se em conta a construção de políticas que diferencialmente surgem atores em torno da estratégia de promoção no qual fosse implementada. Citamos, por exemplo, à gestão do sistema de saúde como meio de observar e intervir nas questões onde a saúde exige prioridade, isso em diferentes focos de discussão, constituída de forma concreta onde população e gestão identifiquem prioridades a serem discutidas e problemas a serem resolvidos (CAMPOS, 2003).

Ao identificar as ações que formulam políticas percebemos que a maneira que observa-se uma proposta essencialmente intersetorial, articulada dentro do setor saúde sabe-se que não é estabelecida com certa facilidade, de modo que, a discussão é muito mais restrita somente ao setor saúde, por isso define-se que sim há um potencial de intersetorialidade, revelado em um aspecto frágil uma elaboração de política pública.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como percebemos, há um grande debate que envolve vários temas, relacionados a políticas públicas, políticas de saúde, integralidade da assistência, saúde coletiva, atenção primária e a ideia de intersetorialidade. Na arena política a discussão amplia-se ainda mais nas diretrizes e competências relacionadas ao setor de saúde. Toda essa discussão repercute no modelo nacional adotado, relacionado à assistência primária em saúde. A priori este é o aspecto-chave deste estudo, embora o tema se proponha a compreender o uso da promoção e orientação voltada para a saúde pública do Brasil.

O entendimento desta questão está amplamente ligado a outras questões que não somente envolve saúde em si, mas de maneira geral vários setores que possam a promover um conceito ampliado em saúde, entendemos que é preciso avançar em algumas etapas para formulação de políticas usadas em nosso país, para que a abrangência e cobertura sejam de maneira integral não só na atenção primária, mas em todos os níveis de assistência.

Houve uma prevalência de estudos no período compreendido entre 2009 a 2011. De forma ascendente percebeu-se crescimento do interesse por este assunto a partir de 1987, fato contrastado com o surgimento da política do SUS. A necessidade pela busca de soluções intersetoriais se confirma pela alta demanda do setor público.

A trajetória histórica, tanto na arena internacional, como na arena nacional, o conceito de promoção na saúde pública nos ajuda a compreender os diferentes entendimentos de promoção no campo da assistência primária, sabendo que o conceito primordial reflete uma garantia de acessibilidade em uma dimensão coletiva, de ações que não só abrangem o individual, mas toda a coletividade.

REFERÊNCIAS

ARMSTRONG, D.; BORTZ, P. An integrative review of pressure relief in surgical patients. **AORN J**, v. 73, n. 3, p. 645 – 674, 2001.

BEYEA, S.C.; NICOLL, L.H. Writing an integrative review. **AORN J**. v. 67, n. 4, p. 877 – 880, 1998.

Brasil. Ministério da Saúde. Pacto pela Saúde. Portaria Nº 399/GM de 22 de Fevereiro de 2006. Brasília, 2006

CAMPOS, CEA. Integrality (comprehensiveness): from the viewpoint of health care and the recente proposals regarding basic assistance in Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.8, n. 2, p 569 – 584, 2003.

Carvalho AI. Princípios e prática da promoção de saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v.24, n.1, 2008.

EGRY, E.Y. et al. Reviewing health needs assessment approaches in the family health strategy. **Rev Esc Enferm USP**, v. 43, n. Esp 2, p. 1181 – 1186, 2009.

Escorel S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 – 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: Giovanella L (org). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 385 – 434; 2008.

FARIAS, SF. et al. Regulation in the public health sector in Brazil: the (mis) directions of hospital care provision. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.16, n. (Supl. 1), p 1043 – 1053, 2011

GANONG, L.H.; Integrative reviews of nursing research. **Res Nurs Health**, v. 10, n. 1, p. 1 – 11, 1987.

GIL, CRR.; Primary health care, basic health care, and Family health program: synergies and singularities in the Brazilian context. *Cad. Saúde Pública*, v.22, n.6, p 1171 – 1181, 2006

GIOVANELLA, L. et al. Family health: limits and possibilities for an integral primary care approach to health care in Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n. 3, p. 783 – 794, 2009.

Instituto deIBGE. Acesso em....
http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/piramide/piramide.shtm

MACHADO, M.F.S. et al. Integrality, health Professional education, health education and SUS proposals – a conceptual review. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p.335 – 342, 2007.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.CP.; GALVÃO, C.M. Integrative Literature review: A Research Method to Incorporate evidence in health and Nursing. **Texto Contexto Enferm**, v.17, n. 4, p. 758 – 764, 2008.

MENICUCCI, T.M.G. The Unified National Health System, 20 years: assessment and perspectives. **Cad. Saúde Pública**, v.25, n. 7, p.1620 – 1625, jul, 2009.

MOIMAZ, SAS. et al. Family Health: the challenge of a collective attention. **Ciência & Saúde Coletiva**, v 16, n. (Sulp. 1), p 965 – 972, 2011

POLIT, D.F.; BECH, C.T.; Using research in evidence – based nursing practice. In: Polit DF, Beck CT, editors. **Essentials of nursing research Methods, appraisal and utilization Philadelphia (USA). Lippincott Williams & Wilkins**, p. 457 – 494, 2006.

ROMAN, A.R.; FRIEDLANDER, M.R. Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem. **Cogitare Enferm**. v. 3, n. 2, p. 109 – 112, 1998.

SILVA, P.F.A. Os sentidos & disputas na construção da Política Nacional de Promoção da Saúde. 2012. 131f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2012.

SODRÉ, F. Global agenda of the social movement. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 1781 – 1791, 2011.

VIANA, A.L.D.; BAPTISTA, T.W.F. **Análise de políticas de Saúde**. In: Giovanella L. (Org.) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 2007

WHITTEMORE, R.; Combinig evidence in nursing research: methods and implications. **Nurs Res**, v. 54, n. 1, p. 56 – 62, 2005

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento para seleção de artigos

Número do Estudo	Base de Dados	Ano de Publicação	Periódicos	Tipo de Estudo	Título do Estudo
01					
02					
03					
04					
05					