



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



RAEMA NEVES COTRIM CARVALHO

**GESTÃO EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE DELMIRO GOUVEIA-AL:
um olhar para a intersetorialidade**

Maceió - AL
2023

RAEMA NEVES COTRIM CARVALHO

**GESTÃO EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE DELMIRO GOUVEIA-AL:
um olhar para a intersetorialidade**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas – UFAL, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Laís de Miranda Crispim Costa

Co-orientadora: Prof. Dra. Keila Cristina Pereira do Nascimento Oliveira

Maceió - AL
2023

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecária: Taciana Sousa dos Santos – CRB-4 – 2062

C331g Carvalho, Raema Neves Cotrim.

Gestão em saúde no município de Delmiro Gouveia – AL : um olhar para a intersectorialidade / Raema Neves Cotrim Carvalho. – 2023.

57 f. : il.

Orientadora: Laís de Miranda Crispim Costa.

Coorientadora: Keila Cristina Pereira do Nascimento Oliveira.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Maceió, 2023.

Bibliografia: f. 42-47.

Apêndices: f. 48-50.

Anexos: f. 51-57.

1. Intersetorialidade – Delmiro Gouveia (AL). 2. Doenças crônicas não transmissíveis. 3. Gestão em saúde. I. Título.

CDU: 614 (813.5)

Folha de Aprovação

AUTOR: RAEMA NEVES COTRIM CARVALHO

**GESTÃO EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE DELMIRO GOUVEIA-AL:
um olhar para a intersectorialidade**

Dissertação submetida ao corpo docente do
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da
Universidade Federal de Alagoas e aprovada em
18 de dezembro de 2023.

Documento assinado digitalmente
 LAIS DE MIRANDA CRISPIM COSTA
Data: 15/02/2024 17:25:15-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

(Dr.^a Laís de Miranda Crispim Costa, UFAL/EENF) (Orientadora)

Documento assinado digitalmente
 KEILA CRISTINA PEREIRA DO NASCIMENTO OLIV
Data: 15/02/2024 17:11:12-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

(Dr.^a Keila Cristina Pereira do Nascimento Oliveira, UFAL/EENF) (Co-orientador)

Banca Examinadora:

Documento assinado digitalmente
 CINIRA MAGALI FORTUNA
Data: 15/02/2024 15:43:13-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

(Dr.^a Cinira Magali Fortuna, USP) (Examinador Externo)

Documento assinado digitalmente
 REGINA MARIA DOS SANTOS
Data: 15/02/2024 16:35:40-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

(Dr.^a Regina Maria dos Santos, UFAL/EENF) (Examinador Interno)

DEDICATÓRIA

Dedico a construção desta pesquisa aos meus amados filhos João e André. Vocês são a minha preciosa herança, minha dose diária de inspiração para sonhar, acreditar e realizar. Amo vocês.

AGRADECIMENTOS

Neste momento meu coração é só gratidão por todo o caminho percorrido e pela finalização de um ciclo. Agradeço a Eterno Deus, pois por Ele e para Ele são todas as coisas e sem Ele nada podemos fazer.

Ao meu esposo. Sem você a concretização deste projeto não seria possível. Obrigada pelo incentivo, amor, carinho e companheirismo incondicional. Te amo!

Aos meus amores, João e André, pelo amor e carinho que recarregam minhas energias todos os dias. A minha mãe por todo amor e cuidado.

Aos amigos que estiveram por perto durante essa caminhada, especialmente aos meus queridos amigos Rejane e Celso.

A profa. Dra. Laís Costa, minha orientadora. Gratidão por todo o comprometimento e cuidado dedicado neste processo. Você é uma inspiração! Obrigada por tantos ensinamentos que levarei para a vida.

A profa. Dra. Keila Cristina Oliveira, minha co-orientadora e coordenadora do projeto PPSUS. Uma mulher de coração gigante. Com sua generosidade está sempre a semear bênçãos a todos que estão a sua volta. Obrigada por tanto...sou muito grata pela oportunidade de ter convivido e aprendido contigo neste processo tão intenso que foi o PPSUS. A Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Alagoas (FAPEAL) pela oportunidade de atuar como bolsista no projeto PPSUS.

Gratidão a todos os pesquisadores envolvidos no projeto PPSUS (docentes e discentes da UFAL e UniRios), especialmente a Profa. Roberta Zaninelli e a Profa. Danielly dos Anjos, a Prefeitura Municipal de Delmiro Gouveia/AL e todos os setores envolvidos no projeto, destaco em especial a equipe da Secretaria Municipal de Saúde.

A Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, representada pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – PPGENF/UFAL. As professoras da banca examinadora, Dra. Regina Santos e Dra. Cinira Fortuna. Obrigada pelas preciosas contribuições feitas na banca de qualificação.

Ao todos os membros do Grupo de Pesquisa Dona Isabel Macintyre - GEDIM e ao Grupo de Pesquisa Vulnerabilidades de Doenças Negligenciadas – GPVDN/UFAL. Ao Centro Universitário do Rio São Francisco – UniRios; ao Magnífico Reitor Jacson Gomes; a Coordenadora do Curso de Enfermagem Daniely Gama e aos colegas de trabalho. Obrigada a todos que de alguma forma estiveram presentes nesta jornada...Gratidão sempre!

*“Tudo tem o seu tempo determinado, e há
tempo para todo o propósito debaixo do céu”
(Eclesiastes 3:1)*

CARVALHO, Raema Neves Cotrim. GESTÃO EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE DELMIRO GOUVEIA-AL: **um olhar para a Intersetorialidade**. 2023. 57f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Maceió – AL.

RESUMO

A intersectorialidade se apresenta como um instrumento para articulação visando o planejamento e a operacionalização de políticas, programas e projetos, criando uma dinâmica que possibilita o fortalecimento das políticas públicas. No sentido de traçar estratégias direcionadas pela intersectorialidade o município de Delmiro Gouveia/AL buscou parceria com a Universidade Federal de Alagoas – UFAL para o enfrentamento das DCNTs. Este estudo tem como objetivo analisar a intersectorialidade no município de Delmiro Gouveia e o planejamento das ações intersectoriais à luz do paradigma da complexidade. Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo que utiliza a Teoria da Complexidade de Edgar Morin como referencial teórico para subsidiar a análise e discussão dos resultados. A produção das informações ocorreu no período de agosto a outubro de 2021 utilizando a técnica roda de conversa – RC: 1ª RC – Diagnóstico Situacional; 2ª RC – Planejamento Estratégico Situacional e 3ª RC – Discussão para construção de projetos intersectoriais. Para organização e interpretação dos achados, foi utilizado o método da análise de temática. Após da análise das 3 RCs com 19 participantes no total foi possível identificar 19 núcleos de sentido, os quais, a partir da aplicação do referencial teórico proposto, deram origem a 2 categorias temáticas, intituladas como: O todo nas partes e as partes no todo: compreendendo essa espiral no contexto do SUS e Dialogando com os atores sociais: perspectivas para a intersectorialidade no município de Delmiro Gouveia. A primeira categoria debate a intersectorialidade no município de Delmiro Gouveia sob a ótica da teoria da complexidade destacando os avanços e fragilidades para a condução das ações intersectoriais. A segunda categoria busca elencar os pontos sensíveis da rede, identificando a raiz dos problemas e apontando perspectivas de implantação de um planejamento intersectorial. Desta forma, foi possível apreender inicialmente uma dificuldade de articulação da gestão em saúde como mediadora e os demais atores sociais no entendimento dos problemas e na busca pela resolutividade coletivamente, demonstrando uma visão alicerçada no paradigma da simplificação. A medida que a discussão entre pesquisadores, gestores, trabalhadores e conselheiros da saúde foram aprofundadas as raízes dos problemas foram sendo identificadas e a caminhos para a construção das soluções também apresentados, destacando o quão complexo são as necessidades e demandas de uma população a partir das reflexões sob o prisma do paradigma da complexidade. As RCs abriram um espaço para aprofundamento das discussões disparando projetos intersectoriais no município que visam a promoção de saúde e o fortalecimento da atenção básica em Delmiro Gouveia.

Descritores: Gestão. Saúde. Intersetorialidade.

CARVALHO, Raema Neves Cotrim. HEALTH MANAGEMENT IN THE CITY OF DELMIRO GOUVEIA-AL: a look at Intersectorality. 2023. 57f. Dissertation (Master in Nursing) – Federal University of Alagoas (UFAL), Maceió – AL.

ABSTRACT

A intersectoriality presents itself as an instrument for articulation aiming at the planning and operationalization of policies, programs, and projects, creating a dynamic that allows the strengthening of public policies. In order to outline strategies directed by intersectoriality, the city of Delmiro Gouveia/AL sought a partnership with the Federal University of Alagoas – UFAL to address NCDs. This study aims to analyze intersectoriality in the city of Delmiro Gouveia and the planning of intersectoral actions in the light of the complexity paradigm. It is a qualitative, descriptive study that uses Edgar Morin's Theory of Complexity as a theoretical framework to support the analysis and discussion of results. Information was collected from August to October 2021 using the conversation wheel technique – CW: 1st CW – Situational Diagnosis; 2nd CW – Situational Strategic Planning, and 3rd CW – Discussion for the construction of intersectoral projects. For the organization and interpretation of findings, the thematic analysis method was used. After analyzing the 3 CWs with a total of 19 participants, it was possible to identify 19 nuclei of meaning, which, based on the proposed theoretical framework, gave rise to 2 thematic categories entitled: The whole in the parts and the parts in the whole: understanding this spiral in the context of SUS and Dialoguing with social actors: perspectives for intersectionality in the city of Delmiro Gouveia. The first category discusses intersectionality in the city of Delmiro Gouveia from the perspective of complexity theory, highlighting advances and weaknesses for the conduct of intersectoral actions. The second category seeks to list the sensitive points of the network, identifying the root of the problems and pointing out perspectives for the implementation of an intersectoral plan. In this way, it was possible to initially apprehend a difficulty in the articulation of health management as a mediator and other social actors in understanding problems and seeking collective resolution, demonstrating a vision based on the paradigm of simplification. As the discussion among researchers, managers, workers, and health counselors deepened, the roots of the problems were identified, and paths for the construction of solutions were also presented, highlighting how complex the needs and demands of a population are from reflections under the prism of the complexity paradigm. The CWs opened up a space for deepening discussions, triggering intersectoral projects in the municipality aimed at promoting health and strengthening primary care in Delmiro Gouveia.

Keywords: Management. Health. Intersectoriality.

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

APS - Atenção Primária a Saúde

CRAS - Centro de Referência de Assistência Social

CONAB - Companhia Nacional de Abastecimento -

DSS - Determinantes sociais de saúde

DM - Diabetes Melittus

DCTN - Doenças crônicas não-transmissíveis

ESF - Estratégia de Saúde da Família

FAPEAL - Fundo de Amparo à Pesquisa de Alagoas

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

IBGE - Instituto Brasileira de Geografia e Estatística

OPAS - Organização Panamericana de Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

PES - Planejamento estratégico situacional

PAA - Programa de Aquisição de Alimentos

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PPSUS - Programa Pesquisa para o SUS

PSF - Programa de Saúde da Família

PNH - Política Nacional de Humanização

PNEPS - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

RAS - Redes de Atenção à Saúde

RC - Roda de Conversa

SUS - Sistema Único de Saúde

UFAL - Universidade Federal de Alagoas

UBS - Unidade Básica de Saúde

USF - Unidade Saúde da Família

SUMÁRIO

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS	11
2. REVISÃO DE LITERATURA	14
2.1 Gestão em Saúde e o Planejamento Estratégico Situacional numa Perspectiva Intersetorial.....	14
2.2 Promoção da saúde para a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis – DCNTs: reflexões a luz do paradigma da complexidade	17
3. PERCURSO METODOLÓGICO.....	21
4. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	27
4.1 Conhecendo os participantes do estudo.....	27
4.2 O todo nas partes e as partes no todo: compreendendo essa espiral no contexto do SUS.....	28
4.3 Dialogando com os atores sociais: perspectivas para a intersetorialidade no município de Delmiro Gouveia	34
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	40
REFERÊNCIAS	42
APÊNDICES	48
ANEXOS	51

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Este estudo tem como objeto as ações intersetoriais no município de Delmiro Gouveia/AL. O interesse em questão se deu por ser a pesquisadora bolsista da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Alagoas (FAPEAL) no Programa Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde com o projeto “Ações intersetoriais para a promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: Estudo de intervenção para prevenção e controle dos fatores de risco relacionados às doenças cardiovasculares em Delmiro Gouveia/AL”.

A intersetorialidade pode ser conceituada como a articulação de saberes e experiências visando o planejamento e a operacionalização de políticas, programas e projetos buscando alcançar resultados integrados para situações complexas (Inojosa, 2001).

O conceito ampliado de saúde gera demandas que ultrapassam a capacidade do modelo biologicista, resultando na reflexão acerca do sujeito e dos determinantes sociais que influenciam no processo de saúde e doença. Desta forma, para construir um planejamento em saúde, profissionais e instituições devem assumir a função de facilitadores da comunicação entre os diversos setores e interesses que atravessam a produção de saúde (Moysés; Moysés e Krempel, 2004).

A complexificação do cuidado em saúde exige um arcabouço teórico para o planejamento em saúde, deste modo, “o pensamento complexo” de Edgar Morin evidencia a necessidade de um olhar do todo e das partes que o compõem, pois ambos co-existem e se complementam, levando a uma reflexão crítica das rotas e justificativas adotadas, apontado para movimentos de articulação, interação e transformação (Morin, 2000; Cabral, Viana e Gontijo, 2020).

Visando compreender o todo e suas partes, o município de Delmiro Gouveia, por meio dos Conselheiros de Saúde buscou parceria com a Universidade Federal de Alagoas (UFAL). Essa iniciativa foi disparada por um relatório do Conselho Municipal de Saúde (2019), que revelou em Delmiro Gouveia um número de 8.944 hipertensos (14,25%), 2.936 diabéticos (3,82%) e uma taxa de 39,11% de óbitos por distúrbios metabólicos e cardiovasculares, denotando uma fragilidade nas ações de promoção em saúde para pessoas que apresentam fatores de risco relacionados às doenças cardiovasculares (DELMIRO GOUVEIA, 2019; IBGE 2021).

Atualmente as doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) constituem um desafio para a gestão em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, sendo necessário

esforços sinérgicos para a construção de um planejamento estratégico. As DCNT foram responsáveis, aproximadamente, por 57% das mortes no Brasil no ano de 2017, na faixa de 30 a 69 anos, e são consideradas um dos maiores problemas globais de saúde pública da atualidade, com destaque para a Hipertensão Arterial Sistêmica – HAS e o Diabetes Mellitus – DM. Estima-se que no Brasil 34 milhões de pessoas tenham HAS e 9 milhões foram diagnosticadas com DM (BRASIL, 2020; BRASIL 2020).

Entre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS e DM merece ênfase a alimentação inadequada e o sedentarismo. O estilo de vida é responsável por 54% do risco de morte por cardiopatia, 50% pelo risco de morte por acidente vascular cerebral, 37% pelo risco de morte por câncer e no total por 51% do risco de morte de um indivíduo. As DCNT geram mortes prematuras, perda de qualidade de vida, além de resultar em impactos econômicos negativos para as famílias, os indivíduos e a sociedade, pois os pacientes necessitarão de uma assistência médica de maior complexidade, gerando custos crescentes e onerando o SUS (Brasil, 2012).

Diante desta realidade representantes do conselho municipal de saúde, da universidade, dos trabalhadores da saúde e da gestão municipal se uniram em busca de caminhos para o enfrentamento destes problemas, e com a junção destes esforços o município foi contemplado com um projeto no bojo do Edital de Programa Pesquisa para o SUS (PPSUS). A partir daí foram iniciadas discussões com a finalidade de compreender os problemas, buscando caminhos de intervenção.

Assim, essa dissertação é um dos frutos do projeto PPSUS em Delmiro Gouveia e sua construção está relacionada a necessidade de discutir a atuação da gestão municipal de saúde em assumir a função de mediadora das ações intersetoriais, agregando os sujeitos sociais ao processo de planejamento de ações em saúde e possibilidades para consolidação da intersetorialidade no município.

Neste âmbito, a APS deve se apresentar como a principal porta de entrada do usuário no SUS, priorizando a promoção de saúde e prevenção de agravos, sem negligenciar o diagnóstico precoce, tratamento e acompanhamento dos usuários. A redução e controle dos indicadores de hipertensão e diabetes no município de Delmiro Gouveia se constitui um desafio, necessitando de uma diversidade de enfoques para o delineamento do plano de ação, o que evidencia a relevância do planejamento estratégico situacional como um instrumento para a construção de ações intersetoriais e enfrentamento do problema. Portanto, pergunta-se: Como se dá o planejamento e implementação das ações intersetoriais no município de Delmiro Gouveia/AI?

Desta forma, este trabalho tem como objetivos, analisar o planejamento das ações intersetoriais e a implementação da intersectorialidade no município de Delmiro Gouveia/Al à luz do paradigma da complexidade.

O desenvolvimento deste estudo disparou o debate acerca do planejamento intersectorial no município, levando a construção de pontes entre gestão, serviços de saúde, usuários e universidade, fomentando o aprofundamento da discussão também entre a comunidade acadêmica, visto que existe um número pouco expressivo de produções científicas nacionais com a temática gestão da saúde sob a ótica da intersectorialidade.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Gestão em Saúde e o Planejamento Estratégico Situacional numa Perspectiva Intersetorial

Intersetorialidade em saúde é uma coordenação entre setores visando propiciar mudanças de cultura organizacional, viabilizando a ampliação do escopo de ações e reorganização dos sistemas locais de saúde, convergência de interesses entre profissionais e construção de alianças, com a finalidade de responder as demandas da população (Potvin, 2012; Malta, et al., 2014).

De acordo com Romagnoli e Silva (2019), a intersetorialidade compreende que há uma articulação entre plano de organização e plano de consistência e estes não se excluem. O plano de organização está dentro de uma lógica binária, dicotômica e dissociativa, de forma que este tipo de segmento organiza, estratifica, produz segmentos e dá forma a heterogeneidade da vida, igualando os encaminhamentos, o que se espera de cada setor. Por outro lado, o plano de consistência é o que nos impulsiona para fora dos segmentos, trazendo a possibilidade de agenciar e construir outros sentidos. É nesse plano que os agenciamentos se engendram e que a diferença é sustentada. A prática intersetorial oscila todo o tempo entre estes dois planos, que a modelam, mas também permitem escapar da modelização na busca por caminhos e soluções.

O debate atual sobre promoção da saúde destaca um conceito ampliado como ponto de partida para a construção do planejamento das ações com vistas a intersetorialidade. Ao longo do tempo a dinâmica do trabalho na área da saúde passou por um processo de complexificação devido ao desenvolvimento técnico científico, além de transformações sociais e mudanças nas condições de vida e de saúde da população, gerando a necessidade de um planejamento específico das ações na área da saúde (Prado, et al., 2022).

O modelo biologicista não atende às necessidades da população, pois reproduz concepções e práticas que não levam em consideração as mudanças demográficas, epidemiológicas, políticas e culturais das sociedades contemporâneas, sendo necessário a construção de propostas intersetoriais, onde a gestão em saúde se apresenta como mediadora do processo de planejamento (Minayo, et al., 2000).

A discussão sobre promoção da saúde está diretamente atrelada a concepções teórico-conceituais, político ideológicas desenvolvidas ao longo da história que em um primeiro momento é marcada pelos discursos do início do século XIX até meados do século XX,

relacionada a uma concepção higienista; já na metade do século XX prevalece o foco sobre o estilo e hábitos de vida e a responsabilização individual, que prepara um ambiente favorável para um terceiro momento marcado pela realização das Conferências Internacionais de Promoção à Saúde, que discutem uma nova concepção sobre o tema, associando a promoção da saúde a uma visão socioambientalista sob a ótica do desenvolvimento sustentável e pressupondo um movimento de corresponsabilização entre Estado e sociedade civil (Raimundo; Silva, 2020).

Morin (2002) discutindo acerca do princípio sistêmico ou organizacional que liga o conhecimento das partes ao conhecimento do todo, considera impossível conhecer as partes sem conhecer o todo, tanto quanto conhecer o todo sem conhecer, particularmente, as partes. No princípio da autonomia/dependência (auto-organização) a ótica do paradigma da complexidade afirma que os seres vivos são seres auto organizadores, que não param de se autoproduzir e, por isso mesmo, despendem energia para manter sua autonomia. Vale especificamente para seres humanos, que desenvolvem sua autonomia na dependência de sua cultura e para as sociedades que se desenvolvem na dependência de seu meio geológico. Um aspecto chave da auto-eco-organização viva é que ela se regenera permanentemente a partir da morte de suas células.

Não é possível dissociar a saúde dos demais aspectos relacionados a vida das pessoas, organização social e do meio ambiente. O desenvolvimento sustentável na esfera econômica, social e ambiental atravessa a promoção da saúde, direcionando a gestão pública e privada para a construção das cidades a partir do ideário da sustentabilidade, tendo foco de ação na elaboração de soluções, pois não é possível atingir a sustentabilidade global sem uma transformação no modelo de pensar, gerir e planejar os espaços urbanos (Abdala et al, 2014).

Diante do desafio da sustentabilidade e promoção da saúde a intersetorialidade se mostra necessária na consolidação das políticas públicas. Para Romagnoli e Silva (2019) a intersetorialidade é uma estratégia essencial para a sustentação das políticas públicas, tentando superar a definição das políticas e sua gestão segmentada, uma vez que estas demonstram ineficácia e já não respondem adequadamente aos desafios atuais, produzindo efeitos diretos sobre a atenção dos usuários. Analisando a intersetorialidade, Monnerat e Souza (2011) apontam para a necessidade de um enfrentamento intersetorial, por meio da construção de uma rede de seguridade social e pontes entre as instituições governamentais e não governamentais.

A intersetorialidade advém também da proposta de descentralização da organização do sistema de saúde como diretriz do SUS, propondo o compartilhamento de poder entre os entes

federativos, principalmente no nível municipal, permitindo que gestores municipais trabalhem de forma coordenada e adjunta a outros setores (Pereira; Teixeira, 2013).

A Política Nacional de Promoção da Saúde propõe que as intervenções em saúde sejam ampliadas, tomando como objeto os problemas, necessidades, determinantes e condicionantes de saúde. Desta forma, a organização da atenção e do cuidado deve criar condições para a participação de vários atores sociais, por meio da construção de parcerias (BRASIL, 2010a)

Entre as metodologias para planejamento na saúde destaca-se o enfoque situacional descrito por Matus (1989), tomando como ponto de partida a noção de situação, entendida como um conjunto de problemas identificados, e o planejamento construído na perspectiva de todos os indivíduos envolvidos, com a participação ativa dos múltiplos atores sociais.

O desenvolvimento do planejamento em saúde na América Latina foi marcado por dois momentos, o primeiro protagonizado pela lógica normativa com o método CENDES capitaneado pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e o segundo representado pelo planejamento estratégico (Chorny; Kuschnir; Taveira, 2008).

O planejamento estratégico situacional (PES) enfatiza o conceito de situação e contempla um conjunto de métodos a serem utilizados nos diversos momentos do processo de planejamento, quais sejam, o “explicativo”, o “normativo”, o “estratégico” e o “tático-operacional”. O primeiro implica a análise da situação inicial, o segundo contempla a elaboração da situação-objetivo, o momento estratégico supõe a definição das operações a serem realizadas, contemplando a análise de viabilidade de cada uma das operações propostas. O momento tático-operacional, por sua vez, corresponde à execução das ações com a gerência, monitoramento e avaliação das operações que compõem o plano. Na perspectiva do enfoque estratégico-situacional, a atuação planejada sobre qualquer recorte da realidade deverá estar embasada num esforço de entendimento entre os diversos sujeitos envolvidos (Teixeira, 2010).

Mário Testa (1987) descarta a utilização do planejamento normativo para a saúde considerando a complexidade das questões relacionadas à gestão em saúde no contexto do SUS, evidenciando a necessidade de práticas dialógicas e democráticas neste campo.

Para Fujinami, Collussi e Ortiga (2020) o planejamento no SUS é um requisito legal que responsabiliza os gestores em todas as esferas de governo, todavia a construção do planejamento ainda enfrenta dificuldades, pois ainda prevalece uma lógica normativa. Além disso, os instrumentos de planejamento do SUS, em muitos casos são construídos apenas para

o cumprimento de funções burocráticas relacionadas ao repasse de recursos financeiros, não discutindo a realidade da população.

Este quadro está atrelado a formação dos trabalhadores da saúde e gestores que ainda mantêm aspectos do planejamento normativo em suas grades curriculares e ementas. O método CENDES/OPAS, representou hegemonicamente, o modelo institucional de racionalidade burocrática no sistema público de saúde brasileiro. Diante das lacunas apresentadas pelo planejamento normativo representado no contexto da OPAS surge na década de 1980 uma corrente que discute o planejamento estratégico situacional como uma nova perspectiva para os gestores públicos (BRASIL, 2016).

O planejamento das ações em saúde envolvendo os atores sociais conjuga esforços de diversos setores buscando a racionalização dos recursos existentes e a transformação da realidade onde os indivíduos estão inseridos através das atividades desenvolvidas para que ocorra uma maior efetividade e impacto sobre os problemas e necessidades sociais. O planejamento e operacionalização das ações intersetoriais exigem dos gestores a construção de um espaço de compartilhamento, articulação de interesses, saberes e práticas das diversas organizações envolvidas e a escolha de um enfoque teórico metodológico para direcionar a formulação de políticas públicas e de planejamento de ações intersetoriais que se apresentam como uma estratégia de reorganização das respostas aos problemas, necessidades sociais dos diversos grupos populacionais. Desta forma, intersetorialidade na gestão em saúde se configura como um processo desafiador a ser consolidado; sua construção é resultado de uma diversidade de iniciativas e parte é um processo transformador no modo de planejar, realizar e avaliar as ações (Teixeira; Paim, 2000).

Mario Testa (1987) afirma que mais importante do que a técnica de planejamento é a realização dos processos de forma consciente, citando o pensamento estratégico, que se relaciona com comportamentos organizacionais para manejo das situações, visando a superação das adversidades. Ademais, a estratégia não pode ser entendida simplesmente como uma forma de alcançar a meta, e sim como uma maneira de se posicionar nas situações que envolvem o alcance dela.

2.2 Promoção da saúde para a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis – DCNTs: reflexões a luz do paradigma da complexidade

As DCNTs compreendem majoritariamente a doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas e diabetes, sendo responsáveis por 63% dos óbitos no mundo,

cuja as mais prevalentes são HAS e DM. Com o envelhecimento da população e o aumento da expectativa de vida no Brasil as DCNT passaram a predominar nas estatísticas de óbitos. O desenvolvimento destas patologias está relacionado às mudanças profundas no modo de vida das pessoas, e as complicações ocasionadas por estas comorbidades acarretam grandes danos à saúde do paciente gerando gastos ao setor de saúde (BRASIL, 2019a; Lopes, et al., 2020).

O relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS) (2018) revela que um em cada três adultos com idade entre 25 anos ou mais possui HAS. Estimativas recentes indicaram que 11,9 milhões de pessoas entre 20 e 79 anos de idade tinham DM no Brasil, o que tornou o país o quarto em número de casos da doença no mundo. O aumento de indivíduos com DCNT reflete os efeitos negativos da urbanização rápida e da globalização, que levam as pessoas a adotarem estilo de vida sedentária, alimentação com alto teor calórico e alimentos ultra processados, além do uso do tabaco e do álcool (OMS, 2014).

No Brasil as principais causas de óbitos de pessoas com idade maior que 20 anos, em 2018, foram as DCNT do aparelho circulatório, neoplasias e do aparelho respiratório. Das doenças circulatórias que ocupam o primeiro lugar como causa de óbito prevaleceram o Infarto Agudo do Miocárdio, o Acidente Vascular Cerebral e a Insuficiência Cardíaca (Brasil, 2021).

A HAS e DM são condições multifatoriais, com piores indicadores entre a população mais vulnerável socialmente, visto que os indivíduos com menor renda têm acesso limitado aos serviços de saúde e às práticas de promoção à saúde e prevenção das doenças. Ademais, no contexto das doenças crônicas ainda existe uma forte tendência a atuação apenas no cunho biológico, desconsiderando os múltiplos fatores relacionados a estas co-morbidades (Barreto, 2017; Rocha; David, 2015).

O enfrentamento desta problemática vai além da interpretação dos dados estatísticos, passando pela compreensão do contexto que originaram estes dados. Morin (2002) afirma que a dialógica está constantemente em ação nos mundos físico, biológico e humano. Este princípio permite assumir racionalmente a inseparabilidade de noções contraditórias para conceber um mesmo fenômeno complexo.

Os gastos excessivos com assistência médica, diagnóstico e tratamento de doenças que não apresenta os efeitos esperados na saúde das pessoas vem fomentando a discussão acerca da promoção da saúde no âmbito da gestão pública, debate este que vem como uma reação a intensa medicalização da saúde, propondo uma visão de saúde ampliada (Starfield et al, 2006; Buss; Carvalho, 2009).

O impacto ocasionado pela HAS e DM poderia ser evitado com a compreensão dos múltiplos fatores relacionados a doença e a magnitude do problema. As ações direcionadas para as DCNT para serem efetivas devem envolver uma equipe multiprofissional, exigindo protagonismo dos indivíduos, suas famílias e comunidade, desta forma constituem um grande desafio para as equipes de saúde, especialmente para a atenção básica. A vigilância em saúde das DCNT reúne um conjunto de ações que possibilita conhecer a distribuição, a magnitude e a tendência dessas doenças. Uma das ações mais importantes da vigilância em saúde é o monitoramento da prevalência dos fatores de risco para DCNT, especialmente de natureza modificável, como: dieta, sedentarismo, tabagismo, alcoolismo e/ou abuso de outras drogas, visando traçar estratégias para a implementar ações preventivas (Malta, 2006; BRASIL, 2014).

Para o enfrentamento dos desafios apresentados pelo sistema de saúde brasileiro foi criado em 1991 o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), sendo uma das primeiras estratégias de reorganização do modelo assistencial, preparando o cenário para o surgimento do Programa de Saúde da Família – PSF com o enfoque na família para a promoção de saúde e não apenas no tratamento e reabilitação de doenças (BRASIL 2009; Buss; Carvalho, 2009).

Atualmente o PSF é denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF), pois a nomenclatura programa aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização e a ESF é uma estratégia perene de reorganização da atenção primária, constituindo uma importante ferramenta para a promoção da saúde da população. No que se refere ao fortalecimento das ações de promoção da saúde no cuidado integral de DCNT fica evidente o papel que a Atenção Básica e, sobretudo da ESF, na elaboração do plano de saúde local baseado no diagnóstico de saúde da população e executando ações de vigilância em saúde, atuando no controle de doenças crônicas (Viana; Dal Poz, 1998; BRASIL, 2008; BRASIL 2009).

O fortalecimento da AB passa pela formação profissionais baseada na reflexão e no trabalho coletivo para planejar e executar, compreendendo que as relações sociais são complexas. Morin (2011), destaca que o modelo cartesiano foi necessário para o desenvolvimento do conhecimento em um determinado momento da história, mas à medida que a humanidade vai se desenvolvendo a fragmentação dos saberes escolares torna-se um obstáculo para a apreensão da realidade em sua complexidade.

As realidades são cada vez mais polidisciplinares, transversais e multidimensionais, desta forma a predominância do paradigma da simplificação leva a uma situação onde os

conjuntos complexos, as interações e retroações entre a parte e o todo, as entidades multidimensionais e problemas essenciais se tornam invisíveis, conduzindo a especialização em se fechar em si mesma, impedindo de ver o global, que ela fragmenta em parcelas, sem permitir sua integração considerando apenas um aspecto ou uma parte (Morin, 2014).

A HAS e DM se apresentam de forma associadas ou não, com os mesmos fatores de risco, e são consideradas de forte impacto para a morbimortalidade por doenças crônicas. As complicações em decorrência destas doenças geram limitações, incapacidades, internações e óbitos, sobrecarregando o SUS, por isso é importante o acompanhamento dos pacientes com hipertensão e/ou diabetes e ações efetivas para prevenir o surgimento destes agravos na ESF. Desta forma, a busca por soluções a curto, médio e longo prazo passa pela compreensão da realidade complexa em que usuários, trabalhadores e gestores estão envolvidos. A partir destas reflexões o PES das ações intersetoriais pode constituir uma potente ferramenta para o planejamento e enfrentamento das demandas e necessidades dos usuários no âmbito do SUS (Scheffel, *et al.*, 2004; Teixeira, 2010; Muzy, *et al.*, 2021).

Diante deste contexto a ação intersetorial apresenta-se como um caminho viável para o PES, propondo a integração de diversos setores na busca de ideias para problemas globais de desenvolvimento ou ter uma premissa de natureza técnica, onde há a integração entre os setores para que a diferença entre eles possa ser usada na resolução de problemas (Rantala; Bortz; Armada, 2014).

3. PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo que utiliza a Teoria da Complexidade de Edgar Morin como referencial teórico para subsidiar a análise e discussão dos resultados. Os operadores conceituais dessa teoria apontam movimentos de articulação, interação e transformação, os quais ajudam a refletir sobre os diversos fenômenos que envolvem a intersetorialidade na gestão em saúde.

A pesquisa qualitativa se preocupa com o nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, ela trabalha com o universo de significados, de motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes (Minayo, 2014). Já a abordagem descritiva tem a finalidade de observar, descrever e documentar os aspectos da situação (Polit; Beck; Hungler, 2004).

Este estudo compõe um dos projetos vinculados ao Programa Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde, através do projeto: “Ações intersetoriais para Promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: estudo de intervenção para prevenção e controle dos fatores de risco relacionados às doenças cardiovasculares em Delmiro Gouveia – Alagoas”.

3.2 Cenário

Delmiro Gouveia é um município localizado no Alto Sertão alagoano. De acordo com o Instituto Brasileira de Geografia e Estatística (IBGE) tem uma população de 52.501 habitantes (IBGE, 2021), contando com 11 secretarias municipais (administração, agricultura, assistência social, educação, finanças, governo, infraestrutura, planejamento, meio ambiente, saúde e turismo). De acordo com o Plano Plurianual (2022-2025) o município tem 69,11% de cobertura da Estratégia de Saúde da Família, contando com 05 equipes atuando na zona rural e 12 equipes na zona urbana. Todas as equipes já utilizam o prontuário eletrônico. A equipe técnica da secretaria de saúde conta com 02 enfermeiras que atuam na coordenação da AB, 01 técnica em nutrição (apoiadora da AB), 01 enfermeira (coordenadora da educação permanente em saúde) e 01 enfermeira (vigilância epidemiológica), além do setor de endemias e setor de regulação para organização da AB (exames e consultas).

Na rede de atenção à saúde – RAS o município tem uma equipe EMULTI (antigo Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF) e 01 academia da saúde. A estrutura operacional tem como suporte os sistemas de apoio (serviços diagnósticos/terapêuticos, como: patologia clínica, serviços diagnósticos de imagem e assistência farmacêutica). Os pontos de atenção secundários e terciários dentro da rede são: SESP, Centro de Testagem e

Aconselhamento – CTA, Rede de Atenção Psicossocial – RAPS (01 ambulatório de saúde mental – Núcleo Repensar, Centro de Atenção Psicossocial – CAPS I), Centro de Saúde da Mulher, Centro de Especialidade em Reabilitação I, Centro de Especialidades em Reabilitação II – voltado para usuários neurodiversos, Centro de Especialidades Odontológicas – CEO, Rede de Atenção a Urgências e Emergências – RAU (Serviços de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192, Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h e Hospital Regional do Alto Sertão – HRAS).

3.3 Participantes

Os participantes da pesquisa foram gestores municipais de Delmiro Gouveia - AL, pertencente à 10ª Região de Saúde, representantes dos trabalhadores da saúde e representantes do Conselho Municipal de Saúde, totalizando 19 participantes.

3.4 Critérios de inclusão

Gestores municipais, trabalhadores da saúde e representantes do Conselho Municipal de Saúde que atuam no cargo há pelo menos 6 meses.

3.5 Critério de exclusão

Foram excluídos os participantes que estavam de licença médica ou afastados por outras razões das atividades laborais no período da coleta de dados.

3.6 Aproximação dos participantes

O processo de aproximação dos sujeitos se deu por meio de um convite formal com envio de ofício via e-mail institucional. Para a execução dessa etapa, em local, data e hora previamente agendados, a coordenadora geral da pesquisa do PPSUS e co-orientadora deste estudo convidou os gestores e técnicos da gestão municipal e representantes do Conselho Municipal de Saúde para apresentação do projeto, esclarecimento sobre os objetivos, finalidade, riscos/benefícios do estudo. Após esclarecidas todas as dúvidas, cada participante foi convidado a participar voluntariamente do estudo assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias. O participante pode optar por desistir da participação em qualquer fase da pesquisa, sem que lhe ocorresse nenhum ônus de acordo com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

3.7 Técnica e instrumentos para a produção de dados

A produção das informações ocorreu no período de agosto a outubro de 2021, por meio da metodologia de roda de conversa (RC). De acordo com Mélló e colaboradores (2007) a RC é um recurso que possibilita uma maior troca de informações, possibilitando a fluidez de discursos e de negociações. Inicia-se com a exposição de um tema proposto pelo pesquisador a um grupo (selecionado de acordo com os objetivos da pesquisa) e, a partir disso, é gerada a discussão e os participantes argumentam e contra-argumentam entre si, posicionando-se e ouvindo o posicionamento do outro.

Assim, foram realizadas 03 RCs com assuntos previamente planejados por meio de um roteiro (em anexo) para discussão em grupo, elaborado pela(s) pesquisadora(s) do Projeto PPSUS. Participaram das RCs gestores, representantes do Conselho Municipal de Saúde e representantes dos trabalhadores da saúde. A RC, como proposta desenvolvida nesta pesquisa, propõe um diálogo nascido das interações entre participantes e pesquisadores, como um instrumento de produção de dados da pesquisa qualitativa, em uma caminhada coletiva, a partir de um processo nascido de histórias de vidas diferentes, visando propiciar a autoformação com autonomia e autoria.

As RCs foram conduzidas por meio das etapas do PES. Baseando-se nas inferências de Faria, Campos e Santos (2017) foram definidos critérios para elaboração do diagnóstico situacional por meio do Planejamento Estratégico Situacional. Deste modo, realizou-se a estimativa rápida dos problemas observados e definição do problema prioritário, dos nós críticos e das ações, durante os encontros das RCs.

1ª RC - Diagnóstico situacional

Discussão sobre os aspectos gerais do município: neste tópico foram discutidas as características do Município quanto à localização, população, aspectos gerais (economia, cultura, educação, regionalização nome, localização no estado, tamanho, população, dados relevantes), reflexão sobre a organização do sistema de saúde municipal; Unidade Básica de Saúde - UBS/ Unidade Saúde da Família - USF/ Estratégia Saúde da Família - ESF: discussão sobre a gestão do processo do trabalho; Estimativa rápida: discussão sobre os problemas de saúde .

2ª RC - Planejamento estratégico situacional

Identificação dos problemas de saúde: primeiro passo do PES. Aplicação da estimativa rápida. Lista de problemas no território e na comunidade: descrever quais são e como foram selecionados (primeiro passo do PES); Priorização dos problemas: a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo do PES); Descrição do problema selecionado (terceiro

passo do PES); Explicação do problema selecionado (quarto passo do PES); Seleção dos nós críticos (quinto passo do PES); elaboração de uma lista de problemas ou situações (nós críticos) que geram o problema prioritário, e cuja resolução terá grande impacto também na resolução do problema prioritário. Desenho das operações sobre nó crítico – esse é o momento de descrição das operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo).

3ª RC - Discussão para construção dos projetos intersetoriais

Planejamento da implementação das ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde quanto à prevenção e controle dos fatores de riscos para as doenças cardiovasculares, para tanto foi realizado o mapeamento dos cenários intersetoriais no município de Delmiro Gouveia. Com base no diagnóstico situacional realizado na primeira e segunda RC foi feita a organização de cronograma de reuniões com representantes da universidade e gestão para a elaboração do planejamento e implementação das ações intersetoriais.

Cabe mencionar que todas as RCs foram gravadas com dispositivo digital de áudio, para apreender melhor as informações desejadas, e posteriormente transcritas na íntegra para serem analisadas. O gravador somente foi utilizado após a autorização dos participantes.

3.7 Aspectos éticos e medidas de proteção à confidencialidade

A confidencialidade do estudo foi preservada e não haverá divulgação pública de resultados que permitam a identificação dos sujeitos participantes da pesquisa. O projeto guarda-chuva intitulado “*Ações intersetoriais para Promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: estudo de intervenção para prevenção e controle dos fatores de risco relacionados às doenças cardiovasculares em Delmiro Gouveia – Alagoas*”, de onde originou a presente pesquisa, foi submetido e aprovado pelo comitê de ética na Plataforma Brasil (CAAE: 40198820.0.0000.5013), em consonância com as recomendações éticas das Resoluções nº 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde sobre a realização de pesquisa envolvendo seres humanos.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE foi assinado por todos os participantes que aceitaram participar. O participante pode optar por desistir da participação em qualquer fase da pesquisa, sem que lhe ocorresse nenhum ônus de acordo a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

3.8 Análise das informações

Para organização e interpretação dos achados, foi utilizado o método da Análise de Temática. Para Minayo (2014) o objetivo da análise temática consiste em encontrar os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência tenham algum significado para o objeto de estudo. Segundo a autora, a análise temática operacionaliza-se em três etapas. A primeira é a pré-análise, onde será realizada a ordenação dos dados através da transcrição e leitura exaustiva dos relatos; a segunda etapa é a exploração do material que visa alcançar o núcleo de compreensão para definição de categorias de análise; e a terceira etapa consiste no tratamento dos resultados obtidos e interpretação à luz do referencial teórico.

O Paradigma da Complexidade de Edgar Morin foi utilizado como referencial teórico para análise e discussão das informações apreendidas. Na perspectiva ampliada de contemplar fenômenos multidimensionais nasceu o paradigma da complexidade. Segundo Edgar Morin (2015) este pensamento se contrapõe a fragmentação do conhecimento em disciplinas cada vez mais específicas, propondo o conceito de transdisciplinaridade como proposta para integrar os estudos de um objeto em sua totalidade. Para Morin, o todo é mais do que a soma das partes, pois há momentos em que o todo é importante e outros em que somente parte do todo será necessária. Ele afirma que vivemos em uma realidade multidimensional, simultaneamente, econômica, psicológica, mitológica e sociológica, todavia estas dimensões são estudadas separadamente, e não umas em relação com as outras.

O paradigma de simplificação desenvolveu-se sob a ótica cartesiana com os princípios de disjunção, redução e abstração e permitiu o desenvolvimento científico contribuindo para avanços importantes, porém a hiperespecialização fragmentou o tecido complexo das realidades. Desse modo, produziu uma visão simplificada e isolada do universo, se mostrando insuficiente diante dos desafios do século XX, tornando-se limitado pois separou as distintas áreas do conhecimento (Morin, 2015).

O pensamento simplificador não consegue conceber a conjunção do uno e do múltiplo, simultaneamente, desta forma é possível conceber o conceito de “inteligência cega” que destrói os conjuntos e as totalidades, isola todos os seus objetos do meio ambiente. A complexidade se apresenta com constituintes heterogêneos inseparavelmente associadas, por isso o conhecimento necessita ordenar os fenômenos, afastando da desordem e do incerto, e trazendo elementos da ordem e da certeza. Contrariamente, se tais operações necessárias a inteligibilidade eliminam os outros aspectos do “*complexus*”, podem incorrer em cegueira, “inteligência cega” (Morin, 2015).

O pensamento complexo, por sua vez reconhece os fenômenos multidimensionais, microdimensional (o ser individual) e macrodimensional (o conjunto da humanidade planetária) que permeiam a teia de relações entre indivíduo, sociedade e ambiente, organizado em três princípios operadores fundamentais, a saber: dialógico, recursivo e hologramático.

O operador dialógico permite manter a dualidade no seio da unidade; este princípio traz o entendimento dos fenômenos como simultaneamente antagônicos, concorrentes e complementares, propondo que a parte está no todo, assim como o todo pode ser identificado na parte. A ideia de recursividade é a ruptura da estrutura linear causa/efeito, trazendo a reflexão sobre a ideia do espiral, pois os efeitos de um processo são também co-produtores desse processo. O terceiro princípio é o operador hologramático, este possibilita compreender a ideia que o todo está nas partes assim como as partes estão no todo. A lógica hologramática está ligada aos princípios da dialógica e recursividade.

A teoria da complexidade apresenta sete princípios, complementares e interdependentes, são eles: **o princípio sistêmico ou organizacional** que liga o conhecimento das partes ao conhecimento do todo, particularmente, as partes, afirmando que o todo é menos que a soma das partes, cujas qualidades são inibidas pela organização do conjunto; **o princípio holográfico** que põe em evidência este aparente paradoxo das organizações complexas, em que não apenas a parte está no todo, como o todo está inscrito na parte; **o princípio do circuito retroativo** que permite o conhecimento dos processos auto reguladores. Este princípio rompe com o princípio da causalidade linear; **o princípio do circuito recursivo** que ultrapassa a noção de regulação com as de autoprodução e auto-organização. É um circuito gerador em que os produtos e os efeitos são produtores e causadores daquilo que o produz; **o princípio da autonomia/dependência (auto-organização)** onde os seres vivos são seres auto organizadores, que não param de se autoproduzir e, por isso mesmo, dependem energia para manter sua autonomia; **o princípio dialógico** que une dois princípios ou noções que deviam excluir-se reciprocamente, mas são indissociáveis em uma mesma realidade; **o princípio da reintrodução do conhecimento em todo conhecimento** que opera a restauração do sujeito e revela o problema cognitivo central: da percepção à teoria científica, todo conhecimento é uma reconstrução/tradução feita por uma mente/cérebro, em uma cultura e épocas determinada (Morin, 2002).

3.10 Destinação dos materiais e dados coletados

Após a realização da pesquisa as informações coletadas serão arquivadas por cinco anos pela pesquisadora e posteriormente descartadas. Os resultados da pesquisa serão publicados em artigos de periódicos relevantes para a comunidade acadêmica da área.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Após da análise das 03 RCs transcritas na íntegra, referentes aos 19 participantes deste estudo, inicialmente foi possível identificar 19 núcleos de sentido, os quais, a partir da aplicação do referencial teórico proposto, deram origem a 2 categorias temáticas, que serão expostas e discutidas após a apresentação dos participantes.

4.1 Conhecendo os participantes do estudo

Os 19 participantes atuam como gestores municipais, conselheiros de saúde e trabalhadores de saúde no município de Delmiro Gouveia/AL. Cada um dos participantes recebeu uma numeração, a fim de preservar o anonimato.

Participantes	Setor que está vinculado	Quantidade de RC que participou
P1	Secretaria de Saúde	1 ^a ; 2 ^a e 3 ^a
P2	Conselho de Saúde	1 ^a e 2 ^a
P3	Secretaria de Saúde	1 ^a e 2 ^a
P4	Secretaria de Esporte, Lazer e Cultura	1 ^a
P5	Secretaria de Saúde	1 ^a e 2 ^a
P6	Conselho de Saúde	2 ^a
P7	Secretaria de Assistência Social	2 ^a e 3 ^a
P8	Secretaria de Administração	2 ^a
P9	Secretaria de Agricultura	2 ^a
P10	Secretaria de Finanças	2 ^a
P11	Secretaria de Assistência Social	2 ^a
P12	Secretaria de Educação	2 ^a
P13	Secretaria de Meio Ambiente	2 ^a
P14	Secretaria de Planejamento	2 ^a
P15	Trabalhadores da Saúde	1 ^a e 2 ^a
P16	Secretaria de Esporte, Lazer e Cultura	3 ^a

P17	Secretaria de Meio Ambiente	3 ^a
P18	Secretaria de Agricultura	3 ^a
P19	Secretaria de Educação	3 ^a

4.2 O todo nas partes e as partes no todo: compreendendo essa espiral no contexto do SUS

Essa categoria debate a intersetorialidade sob a ótica da teoria da complexidade no município de Delmiro Gouveia/AL destacando os avanços e fragilidades para a condução das ações intersetoriais.

A intersetorialidade proporciona esforços sinérgicos de vários atores sociais e é fundamental no setor saúde para o planejamento e implementação das ações de promoção à saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação consolidando as políticas públicas (Akerman, et al., 2014).

Por meio das ações intersetoriais é possível reconhecer o todo nas partes e as partes no todo de acordo com o paradigma da complexidade. Fiedler-Ferrara (2010) traz que, de uma maneira geral, em termos de complexidade busca-se percorrer o difícil caminho da simplicidade (reducionismo) e causalidade estrita, até uma melhor representação do real, já o pensamento complexo preocupa-se em refletir onde interagem muitos fatores, analisando o todo e as partes, considerando impossível conhecer as partes sem conhecer o todo.

O princípio sistêmico ou organizacional que compõe a teoria da complexidade pressupõe um pensamento que une, liga o conhecimento das partes ao conhecimento do todo, ou seja, a ideia sistêmica é oposta à ideia reducionista, pois destaca o todo como mais do que a soma das partes. Para Morin o todo está para além da soma das partes, cujas qualidades são inibidas pela organização do conjunto (Morin, 2002).

Analisando a forma como está organizada a gestão e o desenvolvimento das ações intersetoriais no município de Delmiro Gouveia observa-se a predominância de uma visão simplificada marcada pela dificuldade de construção de um planejamento estratégico intersetorial, que é relacionada diretamente a falta de iniciativa dos gestores e trabalhadores para pensar de maneira intersertorial. As falas expressas nas RCs revelam que a gestão tem dificuldade de utilizar ações integradas como forma de trabalho, contribuindo para nutrir uma visão fragmentada.

Acho que eu cá aqui de paraquedas. Acho o projeto grandioso [PROJETO PPSUS], mas fora o debate em que a gente está aqui eu gostaria de saber onde e como meu setor poderá contribuir para a pesquisa mais detalhadamente, então eu gostaria de saber até para eu passar para os coordenadores algo bem sólido para ajudar vocês. Desculpa minha ignorância, mas eu preciso saber onde eu estou. (P11 – RC2)

De acordo com Monnerat e Souza (2011), os modos de gestão da saúde coletiva não podem ser concebidos como projetos fáceis ou simples de resolver. Neste contexto, a compreensão da intersetorialidade como estratégia de enfrentamento dos problemas e fortalecimento da AP ainda é rasa. A visão dos gestores está alicerçada no paradigma da simplificação não inserindo nos processos de gestão e trabalho a conjunção do uno e do múltiplo, simultaneamente (Morin, 2015).

Quando se considera a complexidade das necessidades sociais evidencia-se a relevância das ações intersetoriais para a gestão, ampliando as ações e reorganizando os sistemas locais de saúde, a convergência de interesses e a construção de alianças, com a finalidade de responder de maneira mais eficaz e eficiente às necessidades da população (Potvin, 2012; Akerman et al, 2014).

Eu adoro intersetorialidade, o que eu mais preciso é que esse governo ande de mão dada com a gente. (P11 - RC2).

Embora exista o reconhecimento da importância da intersetorialidade e a urgência em adotar uma colaboração interorganizacional, no cotidiano não há um potente movimento para estabelecer relações intersetoriais entre secretarias municipais e outros atores sociais, mantendo um planejamento e ações restritos a uma secretaria específica, desconsiderando a potência dos esforços coletivos para solução de problemas. Morin (2015), discute no pensamento complexo a ideia da recursividade, onde na busca por caminhos e soluções deve-se considerar que os efeitos de um processo também são co-produtores deste processo.

A dificuldade da gestão em conduzir o planejamento estratégico situacional – PES com vistas a intersetorialidade gera dificuldade na comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários do SUS, desta forma, se constrói um cenário onde as equipes de saúde não conseguem traduzir em propostas suas necessidades para que sejam incentivadas e apoiadas na esfera da gestão.

Os gestores por sua vez não mantêm um canal de comunicação com as equipes

multiprofissionais da AP, que tem dificuldades em oferecer ao usuário acesso a serviços que deveriam ser garantidos na ESF, e as demandas acabam reverberando em outros setores da gestão que não trabalham em um planejamento conjunto com a saúde. Desta forma, o modelo biologicista é retroalimentado por um modelo gerencial marcado por relações hierarquizadas entre planejamento e execução, causando a fragmentação do cuidado coletivo e individual e consequentemente o enfraquecimento da AP e do SUS como um todo, como expressam as falas abaixo:

E assim nós pegamos a fase bem difícil, que foi a pandemia, assim a responsabilidade vai muito de quem está na ponta, por que eu escuto muito, Eita! O gestor não faz investimento em práticas corporais, mas às vezes não se tem um projeto, para que chegue lá e a pessoa brigue. (P12– RC2)

In locu, nas equipes, com todo mundo, a gente não consegue ir, por que a gente hoje trabalha só resolvendo um monte de situação, apagando o fogo, só apagando fogo, resolvendo as situações, e a gente não consegue mais está lá, por que se a gente estiver lá as coisas desabam aqui, então a gente está tentando achar o meio termo, equilibrar, organizar tudo para voltar para a ponta de novo, como deveria ter sido, então é difícil para quem está na ponta ver o que a gente está passando, como a gente está tentando resolver as coisas, eu não sei...é um problema[...] E no meio disso tudo a sensação que eu tenho é que nós estamos em um liquidificador, a gente não consegue parar. (P1 – RC2)

Estava fluindo muito bem quando a gente começou as visitas, mensalmente a gente conseguia visitar todas as equipes [...] Emitir os relatórios de indicadores, de produtividade e discutir ainda toda a equipe, mas de 4 meses para cá a gente descontinuou essas atividades, devido outras ações que a gente teve que abraçar, não eram nossas diretamente, mas eram nossas indiretamente refletiam na assistência prestada ao usuário. A gente precisou abraçar para evoluir. (P3 – RC2).

Vou levantar outro problema aí importantíssimo também, a eficiência do trabalho dos agentes comunitários de saúde, por que eu conheço vários depoimentos de pessoas que precisavam desse acompanhamento para marcar a consulta e os agentes não passam [...] Eu atendo, dos meus 10 atendimentos, 6 são saúde, por que o povo vai para a regulação e não consegue marcar, corre para onde? Assistência social. Meu programa criança feliz [...] todo o meu acompanhamento de criança feliz é o que? Saúde, fui no posto não tinha vacina. (P11 – RC2)

O SUS é complexo, compondo uma rede interdependente e interligada como um holograma, se contrapondo desde sua gênese a uma formação linear e hierárquica. A ideia que o apoio às equipes que estão na linha de frente da ESF pode comprometer o tempo para a resolução das demandas da “gestão” evidencia uma visão distorcida das atribuições do gestor.

Pereira e Teixeira (2013) discorrem sobre condições antagônicas na gestão do SUS, pois ao mesmo tempo que se tem propostas para construir um modelo de atenção e gestão baseado na cogestão e humanização, em paralelo existe um o esforço na direção contrária para melhorar o modelo tradicional que está posto. De acordo com Paim (2012) o SUS é construído pelo trabalho coletivo, para isso é necessário que haja relações transversalizadas fundamentadas nos princípios da democracia, autonomia, negociação cotidiana e compartilhamento de saberes e práticas, desta forma é possível compreender que a coexistência destes modelos interfere negativamente nas ações de promoção de saúde, pois o modelo biologicista gera entraves para a gestão compartilhada.

O modelo biologicista e a racionalidade gerencial hegemônica influenciada pelo paradigma da simplificação dificulta a implementação das políticas públicas e não coaduna com a proposta intersetorial que visa produzir a interprofissionalidade e integralidade do cuidado. A assistência pautada na doença em detrimento da promoção de saúde, rotatividade de profissionais, equipes de ESF incompletas, podem ser elencados como alguns dos problemas que impedem o desenvolvimento do cuidado integral à saúde. Os depoimentos demonstram como o foco na doença é um instrumento de descaracterização da ESF, interferindo em todos os níveis de assistência das Redes de Atenção à Saúde – RAS.

Aí entra de novo na questão da necessidade do profissional que seja da unidade, e não que só vá fazer ambulatório, ele precisa conhecer, é difícil quando a gente encontra um médico que no dia seguinte ele pergunta para o agente de saúde ou para enfermeira como é que está fulano de tal, é muito difícil ter esse profissional, por isso que é importante se ter um profissional da unidade, que acompanhe todos os dias, o médico que sabe quem são os pacientes. (P15 – RC2)

Nós passamos aqui período sem remédio [...], às vezes esse paciente ele nem passa pelo enfermeiro, porque ele pega só a renovação da receita no posto. São coisas assim que a gente precisa alinhar [...] Vai seguindo sem avaliação, às vezes tem paciente que passa um ano, que não passa no médico. Então, quando o paciente chega a descompensar totalmente que vai para internação, que às vezes culmina num óbito. (P2 – RC1)

A maioria simplesmente faz um ambulatório daqueles bem “tocado”, bem superficial e pronto, ele [MÉDICO] está ali para fazer o ambulatório, e é um ambulatório de qualquer jeito [...] A gente tem uma rotatividade enorme de profissional. [...] agora quando a gente assumiu, todos os enfermeiros foram trocados, com exceção de três, todos novos, e a maioria sem experiência [...] É uma série de

problemas de médicos que não estão fazendo saúde da família, não estão fazendo a assistência de base (P1 – RC1).

O profissional de saúde que estiver inserido na ESF deve ter competências que vão além do conhecimento técnico do processo saúde-doença, sendo necessário a reflexão sobre os aspectos sociais, inter-relacionais, conhecimento da cultura do território, capacidade de articular intervenções e auxiliar no fortalecimento do protagonismo dos usuários dos serviços (Brasil, 2010a).

O município de Delmiro Gouveia conta com uma ampla cobertura da ESF, mas tem dificuldade em priorizar a promoção de saúde, tendo o modelo biologicista enraizado desde o planejamento das ações até a assistência. Os depoimentos evidenciam como a inobservância de perfil dos profissionais compromete a ESF, pois não basta a implantação oficial de equipes de ESF no município, se faz necessária uma mudança de percepção, e essa transformação não diz respeito apenas aos trabalhadores da saúde, envolve desde a gestão até os usuários do SUS. Lopes e Corbo (2010) afirmam que para pensar em serviços de saúde que incorporem a diretriz da integralidade é necessário reestruturar os processos de trabalho centrados no médico e desvinculados de ações de vigilância e educação em saúde.

O paciente tem em mente que só vai à unidade básica de saúde para pegar receita, e pegar medicamento, e não para acompanhamento das suas condições de saúde, então, culturalmente, é isso. “Só vou se tiver médico, vou nada para o enfermeiro, que o enfermeiro vai fazer o que por mim? (P3 – RC1).

Justamente não dá para trazer muito esse povo, porque toda atenção básica é construída no vínculo, até esse paciente estabelecer o vínculo, essa confiança com o profissional, se o profissional disser, oh! Você tem que fazer assim, e ele fazer realmente de acordo com a prescrição do profissional, isso demora muito até chegar esse ponto, até chegar esse vínculo com a família. (P15 – RC1)

Tem que sentir falta. Eita! Fulano de tal não veio, vou lá buscar [...]. Existe a demanda sim, a necessidade sim, mas enquanto gestão a gente também tem resistência. Quantas consultas são marcadas diariamente e as pessoas nem vão buscar, se vão buscar ficam com o papelzinho e não vão (P11 – RC2)

As mulheres ainda vão fazer planejamento familiar, pré-natal, ainda levam os filhos e terminam passando em consulta e aí quando passa em consulta verifica a pressão acontece de conseguir detectar mais facilmente, mas o homem... (P1 – RC2).

A fragilidade de ações voltadas para a promoção de saúde no município gera uma APS fragmentada e que não consegue suprir as necessidades dos indivíduos. Diante deste cenário a ESF perde significado original para usuários, fortalecendo a mentalidade biomédica e busca desenfreada por respostas para demandas imediatas. Devido a aspectos sociais, como analfabetismo e vulnerabilidade social estes indivíduos não compreendem o funcionamento da RAS, o que leva à peregrinação por serviços de saúde na busca por consultas, exames e medicações. Nesse sentido os vínculos entre usuários e ESF necessitam ser fortalecidos, para que a equipe multiprofissional seja vista na prática como “porta de entrada” para o SUS.

Morin (2002) afirma que os efeitos de um processo são também co-produtores deste, trazendo a ideia da ruptura da estrutura linear causa/efeito. Desta forma, não é possível atribuir o vínculo fragilizado com a comunidade a apenas um aspecto, toda a cultura biomédica entranhada na mentalidade da população e na formação dos profissionais, rotatividade de trabalhadores, dificuldades na implementação e execução de políticas como Política Nacional de Humanização – PNH, Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – PNEPS podem ser elencados com co-produtores deste processo.

A história das políticas de saúde no Brasil é marcada por estratégias de cuidado em saúde impulsionados predominantemente por uma lógica de fragmentação, com foco na dimensão biológica, ações curativistas, intervenção medicamentosa e destaque para a atenção hospitalar (Silva e Ramminger, 2014). A desconstrução deste modelo só passou a ser discutida no cenário brasileiro a partir do ideário da Reforma Sanitária tendo como pano de fundo a redemocratização do país, destacando os marcos históricos da 8ª Conferência de Saúde, a promulgação da Constituição Federal (1988) que garante a saúde como um direito todos e a criação do Sistema Único de Saúde – SUS.

A desconstrução da lógica biologicista dentro do SUS ainda é um processo em curso, que traz consigo inúmeros desafios para gestores, trabalhadores da saúde e usuários. Analisando o modelo de gestão em saúde adotado no município de Delmiro Gouveia/Alagoas evidencia-se um cenário predominantemente hospitalocêntrico com entraves para a realização de planejamento em saúde com vistas à promoção de saúde da população.

4.2 Dialogando com os atores sociais: perspectivas para a intersectorialidade no município de Delmiro Gouveia

Essa categoria busca elencar os pontos sensíveis da rede, identificando a raiz dos problemas para apontar perspectivas de implantação de um planejamento intersectorial, o que contribui para o aprimoramento da gestão e para o fortalecimento da intersectorialidade no âmbito da APS e conseqüentemente de toda a RAS.

O SUS está alicerçado nos princípios universalidade, equidade e integralidade e nas diretrizes da descentralização, hierarquização, regionalização e participação social, desta forma para que as políticas públicas sejam consolidadas fortalecendo o sistema de saúde é necessário a desconstrução da visão fragmentada processo saúde – doença e a adoção do planejamento em saúde a partir conceito ampliado, aproximando a comunidade dos serviços de saúde, levando em consideração a heterogeneidade epidemiológica e social, que implica na existência de uma grande teia de interesse e conflitos (Brasil, 2016; Lacerda, Botelho; Colussi, 2016).

Uma gestão baseada na promoção da saúde forma o alicerce para o fortalecimento do SUS, mas no cotidiano dos serviços de saúde a gestão fragmentada ainda está presente, mantendo uma postura normativa desde o planejamento até a assistência prestada ao usuário. Para Lacerda, Botelho e Colussi (2016) o planejamento normativo assume alguns pressupostos como: separação entre o sujeito e o objeto de atuação, a existência de uma verdade única expressa pelo diagnóstico realizado pelo sujeito, redução da sociedade a comportamentos previsíveis, negação de outros sujeitos e resistências, a exclusão da dimensão política e perspectiva fechada para o projeto a ser executado.

Em contrapartida, o PES está voltado para a resolução de problemas atuais ou potenciais. Problema é entendido como algo identificável no cenário social e que motiva diferentes atores na busca de soluções. Assim, o planejamento é compreendido como uma ferramenta que permite viabilizar mudanças, favorecendo o controle e empoderamento dos atores sociais (Ciampone; Melleiro, 2010).

Essa concepção está alinhada com o pensamento complexo que, de acordo com Fiedler-Ferrara (2010), combina princípios de regulação e de desequilíbrio, onde podem ser identificados níveis de organização e dinâmicas não-lineares marcadas por retroações entre os níveis. O todo não pode ser inteiramente explicado separando os elementos que o compõem e interpretando as suas propriedades na ausência das interações que unem os elementos e esses níveis.

Durante o processo de escuta dos gestores municipais delmirenses foi desvelado como há necessidade de reflexões mais profundas sobre o todo e como as ações ainda estão voltadas para resolução de problemas específicos sendo desenvolvido um planejamento que encontra-se profundamente conectado à ótica normativa e pautado sob o paradigma da simplificação. Destaca-se neste contexto um projeto que consistia na entrega dos medicamentos aos pacientes em domicílio. Essa ação foi planejada pela assistência farmacêutica municipal em um planejamento setorizado sem ampliação da discussão para os demais gestores e trabalhadores envolvidos no processo de cuidado do hipertensos e diabéticos cadastrados na ESF, desta forma pontos negativos como a fragilização dos vínculos entre equipe multiprofissional e o paciente e descontinuidade do cuidado integral foram desconsiderados na construção do projeto.

Tem o projeto MEDcasa. Cadastramento dos pacientes hipertensos e diabéticos para garantir a medicação a cada três meses para esses pacientes, então, serão entregues dentro da residência, a domicilio essas medicações desses pacientes (P3 - RC1)

E já está acontecendo, não está com a gente, está com a assistência farmacêutica essa entrega. Aí, eu tenho uma outra preocupação, que é uma coisa minha, não é, como será isso? Ele vai no médico, renovar a receita de três em três meses, e aí a gente vai conseguir menos ainda esse vínculo, porque para o agente comunitário, trazer esse paciente agora, é que a gente vai rebolar. (P1 - RC1)

Os problemas essenciais nunca são parceláveis, e os problemas globais são cada vez mais essenciais. Além disso, todos os problemas específicos só podem ser posicionados e pensados corretamente em seus contextos e o próprio contexto desses problemas deve ser posicionado no contexto do todo (Morin, 2002).

A idealização do projeto MEDcasa transparece a dificuldade de uma equipe em buscar as soluções de problemas essenciais compreendendo o contexto do todo, mantendo uma preocupação em atender demandas imediatas dos usuários em detrimento das necessidades de saúde da comunidade favorecendo um ambiente onde o planejamento acontece sob uma perspectiva departamentalizada.

De acordo com Morin (2002) a recursividade é um processo onde os produtos e os efeitos são ao mesmo tempo causas e produtores do que os produzem. Quando contemplamos um cenário do cotidiano do sistema de saúde construído pela lógica biologicista, e em contrapartida políticas públicas com um viés de promoção à saúde, buscando responder às necessidades da população que estes ciclos são produtos e produtores de si mesmos.

Romangoli e Silva (2019) destacam que embora a intersetorialidade possua a capacidade de potencializar as políticas públicas ela se depara com a ausência de conhecimento político e técnico de gestores e trabalhadores para adotar suas ações.

A mesma gestão que sofre com a fragmentação aponta dificuldades com a falta de médicos na APS e desmotivação dos trabalhadores da saúde, retroalimenta este quadro quando oferece condições de trabalho diferenciadas (carga horária, remuneração, dentre outros) para as equipes multiprofissionais da APS, destacando que este ciclo se evidencia na APS, mas começa desde a formação dos trabalhadores da saúde, passando pela maneira como é gerida a saúde em nas esferas hierarquicamente superiores ao município.

A gente ver é uma série de problemas de médicos que não estão fazendo saúde da família, não estão fazendo a assistência de base. (P1 - RC1)

É muito complicado o médico ficar. O salário é maravilhoso perto do salário da enfermagem, da nutricionista, os mortais acham um salário digno, eles acham que Delmiro paga péssimo, e realmente paga pior que os outros municípios, então a gente não consegue. Aí como é que a gente consegue atingir indicador numa situação caótica que a gente vive? (P1 - RC3).

Esmeraldo e colaboradores (2017) destacam em seu estudo que embora seja adotado a ESF como prioridade nos municípios, corroborando com a visão do Ministério da Saúde para a consolidação do SUS, *in loco* as dificuldades ainda permeiam as práticas, contrariando a operacionalização do ESF, tais como: modelos e pensamentos diferentes, falta de apoio da gestão, população ainda dominada pelo curativismo. Desta forma, não se trata apenas de implantar novas equipes, mas de levá-las a práticas efetivamente voltadas para o ESF.

O paradigma da simplificação representado aqui pelo modelo biologicista direciona o planejamento em saúde no município. Não é possível negar a existência de uma preocupação pontual por parte da gestão no cumprimento das diretrizes e propostas descritas nas políticas públicas de saúde, que é suprimida pelo modelo hegemônico que já está posto, deixando claro que os modelos co-existem e disputam entre as concepções e práticas, prevalecendo o modelo biologicista.

A alta rotatividade de profissionais, destacando que a precarização dos vínculos, bem como do processo de recrutamento e seleção, a dificuldade de contratação de profissionais médicos não apenas para cumprir agenda de consultas, mas as atividades de promoção e

prevenção à saúde são desafios enfrentados pelos gestores municipais para que a APS seja fortalecida.

As equipes estão organizadas para cumprir as tarefas sem a abertura de espaço para a reflexão sobre o papel do gestor, do trabalhador da saúde e do conselheiro municipal de saúde na comunidade, levando a esforços direcionados ao indivíduo, tais como, consultas, exames, prescrição de medicamentos e poucas ações em prol da coletividade.

A gente tem um problema com regulação no município, tanto especialidade, como exames, é uma coisa que a gente está tentando resolver, sanar, fez um movimento tentando organizar o setor, tentando reorganizar a marcação para ver se a gente consegue avançar é uma queixa de todos. (P1 - RC2).

A marcação de exames e consultas é considerada por gestores, trabalhadores e conselheiros de saúde como um dos principais problemas a ser enfrentado na APS, corroborando a ideia de que as ações gestão em saúde são de curto prazo e estão fundamentadas em mitigar as consequências do modelo tecno assistencial biomédico. Não existe a prática do PES, sendo que a primeira experiência com este método foi proporcionada pela execução do projeto PPSUS no município. E uma parcela da população está imersa em um quadro de vulnerabilidade social, aumento de internações hospitalares, agudização das condições crônicas, falta de estímulo à formação, precarização do trabalho, escassez de recursos para implementar tecnologias inovadoras e os poucos recursos financeiros, desarticulando o papel da APS como ordenadora na RAS (Esmeraldo, et al, 2017).

Os gestores e trabalhadores pensam em ações promissoras para a promoção da saúde na coletividade, mas a visão hierarquizada da gestão com lacunas no planejamento intersetorial impedem que as atividades sejam viabilizadas beneficiando a população.

Minha secretária diz assim, pega esses idosos, faz uma horta aí atrás, só que assim a gente até pode, mas a quem você vai pedir uma terra? Porque tem que ficar com o esterco, mas aí você tem que ter uma orientação, a muda, onde é que você vai arrumar a muda? Você precisa ter um norte para poder colocar o projeto em prática. (P7 – RC3)

A condução da gestão em saúde no município é prejudicada pela predominância do modelo curativista enraizado na percepção dos usuários e nas práticas dos trabalhadores da saúde. Dentro deste contexto é importante como as significativas mudanças aprovadas em

2017 na Política Nacional da Atenção Básica – PNAB e a instituição do em 2019 do Programa Previnde Brasil afetaram a APS no município (BRASIL, 2017).

O Programa Previnde Brasil substituiu os critérios utilizados no Piso da Atenção Básica (fixo e variável) para o financiamento da APS no SUS pelo número de pessoas registrada por equipes de ESF e Atenção Primária cadastradas no Ministério da Saúde, ponderada por critérios de vulnerabilidade socioeconômica, perfil demográfico e localização geográfica, pagamento por desempenho a partir dos resultados alcançados pelas equipes sobre os indicadores e metas definidos pelo Ministério da Saúde e incentivos financeiros para ações e programas prioritários (BRASIL, 2019b).

As mudanças substanciais ocorridas especialmente na questão do financiamento da APS impactaram de negativamente o cotidiano das equipes na atenção básica, construindo uma prática nas unidades focada nas metas propostas pelo Ministério. Este quadro produziu no município um fortalecimento do paradigma da simplificação dificultando a construção de um cenário favorável ao desenvolvimento da intersetorialidade

Diante destes desafios o projeto PPSUS trabalhou com a gestão municipal, trabalhadores e demais atores sociais com o intuito de fomentar o planejamento intersetorial no município. Após as discussões entre universidade, gestão, trabalhadores e conselheiros de saúde foram apreendidos pontos cruciais que direcionaram o desenvolvimento do PES e a implantação de projetos intersetoriais a nível municipal.

Dentre os projetos desenvolvidos pela ação do PPSUS em Delmiro Gouveia destaca-se o projeto Educação que agregou esforços da gestão, trabalhadores da saúde e Universidade para reativar a educação permanente em saúde para trabalhadores disparando a implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no município. Também é importante ressaltar o projeto “Semeando Cuidado”, que tem o objetivo de implantar hortas comunitárias em espaços públicos como escolas, unidades de saúde, Centro de Referência de Assistência Social - CRAS por meio de esforços coletivos da gestão municipal (saúde, agricultura, educação, assistência social e meio ambiente) e a Universidade.

O processo de imersão proporcionado pelo PPSUS apoiou a gestão na reativação das Academias da Saúde, além de proporcionar parcerias entre a secretaria de agricultura e a Companhia Nacional de Abastecimento - CONAB no sentido de fortalecer a agricultura familiar por meio do Programa Alimenta Brasil (antigo Programa de Aquisição de Alimentos - PAA).

E aí, o que que a gente está fazendo? A gente está indo nas áreas e está educando as pessoas em relação a isso. Do programa do PAA e PNAE, e tudo, porque eles não têm conhecimento, para eles conseguirem competir. (P18- RC3)

As ações do PPSUS em Delmiro Gouveia foram voltadas essencialmente para a compreensão das raízes dos problemas evidenciados pela gestão em saúde no município, levando o setor saúde a mediar o planejamento de ações intersetoriais que visam mitigar a vulnerabilidade social no município, incentivar o desenvolvimento da educação em saúde e educação permanente para os trabalhadores, fortalecendo a APS.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do referencial teórico do “Paradigma da Complexidade” de Edgar Morin este estudo analisou o planejamento e implementação das ações intersetoriais no município de Delmiro Gouveia/AL. Após a discussão entre gestores, trabalhadores e conselheiros de saúde um diagnóstico situacional foi construído e ficou evidenciado como a dificuldade em planejar e implementar as ações intersetoriais no município impacta na promoção da saúde para a população delmireense.

De acordo com Morin (2014) as realidades são cada vez mais polidisciplinares, transversais e multidimensionais e a inadequação entre o conhecimento fragmentado em disciplinas e o enfrentamento dos problemas a partir do paradigma da simplificação levam a uma situação onde os conjuntos complexos, as interações e retroações entre a parte e o todo, as entidades multidimensionais e problemas essenciais se tornam invisíveis, desta forma a especialização se fecha em si mesma impedindo de ver o global, que ela fragmenta em parcelas, sem permitir sua integração considerando apenas um aspecto ou uma parte.

As falas expressas na produção das informações desta pesquisa evidenciaram a necessidade de identificação e aprofundamento do debate de “nós críticos” levantados no diagnóstico situacional e uma dificuldade entre os atores sociais para a condução do planejamento integrando os diversos setores, revelando um conhecimento raso dos participantes sobre a potência das ações coletivas e uma dificuldade para traçar caminhos em direção a um planejamento intersetorial.

O Projeto PPSUS foi uma iniciativa pioneira no município, o cenário da intersetorialidade em Delmiro Gouveia foi construído com a mediação de representantes da Universidade. A partir do debate coletivo foi dado o primeiro passo para a construção de uma visão intersetorial para o enfrentamento de problemas complexos.

A predominância do paradigma da simplificação entre os atores sociais se configurou como o principal obstáculo para o debate dos problemas no coletivo e construção de parcerias na busca da resolutividade, demonstrando que embora exista o reconhecimento da importância da intersetorialidade e a urgência da colaboração interorganizacional, no cotidiano não há um movimento para estabelecer relações entre secretarias e outros atores sociais, prejudicando, conseqüentemente, a construção de um planejamento intersetorial.

O coletivo de esforços entre conselheiros municipais de saúde, gestores municipais, trabalhadores da saúde e representantes da Universidade elencou os “nós críticos”, debatendo sobre as raízes dos problemas e buscando caminhos rumo a implantação de um planejamento

intersetorial, o que contribuiu para o aprimoramento da gestão e para o fortalecimento da intersetorialidade no âmbito da APS e conseqüentemente de toda a RAS.

O amadurecimento da visão do “paradigma da complexidade” de que não há como separar a parte do todo e o todo das partes levou os participantes a uma reflexão sobre as potencialidades e limitações da RAS no seu município.

O debate entre os atores sociais proporcionou uma reflexão sobre variados problemas, com destaque para o quadro de vulnerabilidade social alimentado, dentre outros aspectos, pelo analfabetismo, desemprego e insegurança nutricional. As ações intersetoriais disparadas pela discussão coletiva foram pensadas com vistas a mitigação desse quadro de vulnerabilidade e melhoria do vínculo entre usuários e ESF, potencializando das ações de promoção da saúde.

A partir do diagnóstico situacional foi construído o projeto “Educação”, que teve como objetivo reorganizar a Política Nacional de Educação Permanente para trabalhadores da saúde no município e promover uma capacitação para os profissionais da AB; o projeto “Semeando o Cuidado – Hortas Comunitárias” em parceria entre a secretaria de agricultura e a CONAB, no sentido de fortalecer a agricultura familiar por meio do PAA; além do apoio a reativação das academias da saúde que haviam sido desativadas devido a pandemia.

Embora seja registrado um avanço no sentido do planejamento e implementação de ações intersetoriais no município, deve-se registrar a limitação deste estudo para analisar a continuidade e desdobramentos destes projetos intersetoriais, devido ao encerramento do edital PPSUS no município. Desta forma a coordenação do projeto PPSUS propôs a criação de uma coordenação na equipe técnica da Secretaria de Saúde específica para avaliação das ações executadas e implementação de ações intersetoriais. Destaca-se também como fragilidade a dificuldade de alguns participantes em expor sua opinião durante as discussões, comportamento que pode estar relacionado com a instabilidade dos vínculos de trabalho.

Essa pesquisa fomentou a discussão acerca da intersetorialidade, disparando por meio do projeto PPSUS ações intersetoriais e contribuiu para o fortalecimento da Atenção Primária em Saúde no município. Os resultados deste trabalho serão socializados com a comunidade acadêmica e sociedade em geral por meio da publicação dos principais resultados em periódicos relevantes bem como apresentação para o município.

REFERÊNCIAS

ABDALA, L. N. et al. Como as cidades inteligentes contribuem para o desenvolvimento de cidades sustentáveis?: Uma revisão sistemática de literatura. **International Journal of Knowledge Engineering and Management (IJKEM)**, v. 3, n. 5, p. 98-120, 2014. Disponível em: https://via.ufsc.br/wp-content/uploads/2016/06/Cidades-Inteligentes_Lucas.pdf.

AKERMAN, M. et al. Intersetorialidade? IntersetorialidadeS! **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.11, p.4291-4300, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/LnRqYzQZ63Hr5G4Hb7WPQLD/?lang=en>.

BARRETO, M. L. Desigualdades em saúde: uma perspectiva global. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 7, p. 2097-108, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017227.02742017>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf

_____. Ministério da Saúde. **Estatísticas vitais: mortalidade**. DATASUS, 2021. Disponível: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?hiperdia/cnv/hdal.def>. Acesso em: 31 jan. 2022.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de planejamento no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016. (Série Articulação Interfederativa, v. 4). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Estabelece a Revisão das Diretrizes para a Organização da Atenção Básica no Âmbito do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2019b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2019_vigilancia_fatores_risco.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do Nasf: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. (Série A. Normas e

Manuais Técnicos). Cadernos de Atenção Básica, nº 27, Brasília, 2010b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool - Brasil / Ministério da Saúde**, 2010a Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 84 p.: il. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_acs.pdf

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil**. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, Guia de Vigilância Epidemiológica, Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência** – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_recomendacoes_cuidado_doencas_cronicas.pdf

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3ª. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf

_____. Panorama da vigilância de doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2018. V.50, n.40, p.1-9. Boletim Epidemiológico | Secretaria de Vigilância em Saúde | **Ministério da Saúde**, 2019a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/boletim-epidemiologico-vol-50-no40-dez-2019>

BARRETO, M. L. Desigualdades em saúde: uma perspectiva global. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 7, p. 2097-108, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017227.02742017>.

BUSS, P. M.; CARVALHO, A. I. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 6, p. 2305-16, 2009.

CABRAL, M. de F. C. T.; VIANA, A. L.; GONTIJO, D. T. Utilização do paradigma da complexidade no campo da saúde: revisão de escopo. **Escola Anna Nery**, v. 24, 2020.

CHORNY, A. H.; KUSCHNIR, R.; TAVEIRA, M. Planejamento e programação em saúde. **Rio de Janeiro: FIOCRUZ**, 2008. Disponível em: http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/_uploads/documentos-pessoais/documento-pessoal_12465.pdf.

CIAMPONE, M. H. T.; MELLEIRO, Marta Maria. O planejamento e o processo decisório como instrumentos do processo de trabalho gerencial. **Gerenciamento em enfermagem**, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

DELMIRO GOUVEIA. Secretaria municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão**. Delmiro Gouveia (AL): SMS/CES, 2019.

DELMIRO GOUVEIA. Secretaria Municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde. **Plano de Saúde 2022-2025**. Delmiro Gouveia (AL): SMS/CES, 2022.

ESMERALDO, G. R. de O. V. et al. Tensão entre modelo biomédico e estratégia saúde da família: percepções dos trabalhadores de saúde. **Revista de APS**, v. 20, n. 1, p. 98-106, 2017.

FARIA, H. P.; CAMPOS, F. C. C.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2017. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/modulo-planejamento-avaliacao-saude.pdf>.

FIEDLER-FERRARA, Nelson. O pensar complexo: construção de um novo paradigma. **Virus**, n. 3, 2010.

FUGINAMI, C. N.; COLUSSI, C.F.; ORTIGA, A. M. B.. Análise dos instrumentos de gestão elaborados pelas Secretarias Municipais de Saúde de Santa Catarina no período de 2014 a 2017. **Saúde em Debate**, v. 44, n. 126, p. 857-70, 2020.

INOJOSA, R. M. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersectorialidade. **Cadernos Fundap**, v. 22, p. 102-110, 2001. Disponível em: https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/sinergia_politicas_servicos_publicos.pdf.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Cidades e estados**. IBGE, 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/al/delmiro-gouveia.html>. Acesso em: 16 nov. 2021.

LACERDA, J. T.; BOTELHO, L. J.; COLUSSI, C. F. Especialização Multiprofissional na **Atenção Básica**. Florianópolis. Universidade Federal de Santa Catarina, 2016. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/una-7447>. Acesso em:

LOPES, W. M. de A. et al. Atuação do nutricionista na prevenção e controle da hipertensão arterial sistêmica e do diabetes mellitus. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 1, p. 308-24, 2020. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/6179/5494>

LOPES, A; CORBO, M. A reorganização da atenção básica no Brasil. In: PONTE, C; FALLEIROS, I. Na corda bamba da sombrinha: **a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010, p. 256-276.

MALTA, D. C. et al. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e serviços de saúde**,

v. 15, n. 3, p. 47-65, 2006. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742006000300006&script=sci_arttext

_____. Doenças crônicas não transmissíveis e o suporte das ações intersetoriais no seu enfrentamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n.11, p. 4341-50, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2014.v19n11/4341-4350/pt/>

MATUS, C. Fundamentos da planificação situacional. In: **Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico**. São Paulo: Cortez, p.105-176, 1989.

MÉLLO, R. P. et al. Construcionismo, práticas discursivas e possibilidades de pesquisa em psicologia social. **Psicologia & sociedade**, v. 19, n.3, p. 26-32, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/MQMyqKPsdBWf5WTFfM6FFPJ/>

MINAYO, M. C.de S.; HARTZ, Z. M. de A.; BUSS, P. M.. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & saúde coletiva**, v. 5, n.1, p. 7-18, 2000.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec; 14ª Ed; 2014. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1344574>. Acesso em:

MONNERAT, G. L.; SOUZA, R. G. de. Da Seguridade Social à intersetorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. **Revista Katálisis**, v. 14, n.1, p. 41-9, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/CfXpmXYLxHNyTnbKfw5HfDH/>

MOYSÉS, S. J.; MOYSÉS, S. T.; KREMPEL, M. C.. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 627-41, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/v9n3/a10v09n3.pdf>

MORIN, E.. **A cabeça bem-feita: repensar a forma, reformar o pensamento**. 22a. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2015.

_____. **Ciência com Consciência**. Trad. Maria D. Alexandre e Maria Alice Sampaio Doria. Ed. Revista e modificada pelo autor. 16a. Edição. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2014.

_____. **Da cultura análise à política cultural**. Tradução de Edgar de Assis Carvalho, 2002.

_____. **O Paradigma Perdido: a natureza humana**. 6. ed. Lisboa: Publicações Europa-América; 2000.

_____. **Introdução ao pensamento complexo**. 4ª ed. Porto Alegre (RS): Sulina; 2011.

_____. **Por una reforma del pensamiento**. 2015.

MORIN, Edgar. **Ciência com Consciência**. Trad. Maria D. Alexandre e Maria Alice Sampaio Doria. Ed. Revista e modificada pelo autor. 16a. Edição. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2014.

MUZY, J. et al. Prevalência de diabetes mellitus e suas complicações e caracterização das lacunas na atenção à saúde a partir da triangulação de pesquisas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, p. e00076120, 2021.

OMS – Relatório sobre a situação global da Organização Mundial da Saúde-OMS sobre doenças não transmissíveis 2014. Genebra: OMS; 2014. [acessado 2021, 16 nov].

OMS – Organização Mundial da Saúde. Estimativas de saúde global 2016: mortes por causa, idade, sexo, por país e por região, 2000–2016. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2018. [acessado 2021, 16 nov].

PAIM, J. S. **A reforma sanitária brasileira e o CEBES**. Rio de Janeiro (RJ): CEBES; 2012. Disponível em:
<https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/6419/1/PAIM%20JS.%20Texto%20CEBES.pdf>.
 Acesso em:

PEREIRA, K. Y. de L.; TEIXEIRA, S. M. Redes e intersetorialidade nas políticas sociais: reflexões sobre sua concepção na política de assistência social. **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, v. 12, n. 1, p. 114-27, 2013.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.

POTVIN, L. Ação intersetorial pela saúde: são necessárias mais pesquisas! **Revista Internacional de Saúde Pública**, v. 57, p. 5-6, 2012. Disponível em:
<https://link.springer.com/article/10.1007/s00038-011-0330-0>. Acesso em:

PRADO, N. M. de B. L et al. Revisitando definições e naturezas da intersetorialidade: um ensaio teórico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 593-602, 2022. Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/1413-81232022272.47042020>. Acesso em:

RAIMUNDO, J. S.; SILVA, R. B. da. Reflexões acerca do predomínio do modelo biomédico, no contexto da Atenção Primária em Saúde, no Brasil. **Revista Mosaico**, v. 11, n. 2, p. 109-16, 2020. Disponível em:
<http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RM/article/view/2184>

RANTALA, R.; BORTZ, M.; ARMADA, F.. Ação intersetorial: governos locais promovendo a saúde. **Promoção da saúde internacional**, v. 29, n. supl_1, pág. i92-i102, 2014.

ROMAGNOLI, R. C.; SILVA, B. C. O cotidiano da intersetorialidade e as relações entre as equipes. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 19, n. 1, p. 107-126, 2019. Disponível:
<https://www.redalyc.org/journal/4518/451859860007/451859860007.pdf>. Acesso em:

ROCHA, P. R. da; DAVID, H. M. S. L.. Determinação ou Determinantes? Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 49, n. 1, p. 129-35, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n1/pt_0080-6234-reeusp-49-01-0129.pdf

SILVA, C. O. da; RAMMINGER, T.. O trabalho como operador de saúde. **Ciência & saúde coletiva**, v. 19, p. 4751-8, 2014.

STARFIELD, B. et al. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: **UNESCO**, 2006. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000130805>

_____. Prevalência de complicações micro e macrovasculares e de seus fatores de risco em pacientes com diabetes melito do tipo 2 em atendimento ambulatorial. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 50, p. 263-7, 2004.

TESTA, M. Estratégia, coerência e poder nas propostas de saúde: segunda parte. **Quadrado médico. soc.(Ros.)**, p. 3-28, 1987.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. **Revista de administração pública**, v. 34, n. 6, p. 63-80, 2000. Disponível: <https://periodicos.fgv.br/rap/article/view/6348>. Acesso em:

TEIXEIRA, C. F. **Planejamento em saúde**: conceitos, métodos e experiências. Salvador: EDUFBA, 2010. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/6719/1/Teixeira%2C%20Carmen.%20Livro%20Planejamento%20em%20saude.pdf>. Acesso em:

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R.. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. Physis: **Revista de Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 11-48, 1998.

Apêndices

Instrumento de Coleta – Roda de Conversa 1



CHAMADA FAPEAL 06/2020 – PPSUS
 Programa Pesquisa para o SUS: Gestão compartilhada em Saúde Decit-
 SCTIE-MS/CNPq/ FAPEAL/ SESAU-AL

Projeto PPSUS - EFP_00023552

ROTEIRO PARA RODA DE CONVERSA COM GESTORES E INFORMANTES CHAVES

Data: 24/08/2021

Preparação do ambiente: colocar as cadeiras em forma de círculo, ou semi círculo

Introdução: Pesquisadores e participantes se apresentam .

Recrutamento dos participantes: Profa. Keila irá apresentar os objetivos, metodologia e necessidade de gravação da conversa, resultados esperados da pesquisa para o SUS e os benefícios deste projeto para o município. Abordará os riscos e autonomia dos participantes. Apresentará o Termo de consentimento Livre e Esclarecido para ser assinado pelos presentes que aceitarem participar do estudo.

Roda de conversa:

- **Discussão sobre os aspectos gerais do município:** neste tópico serão discutidas as características do Município quanto à localização, população, aspectos gerais (economia, cultura, educação, regionalização nome, localização no estado, tamanho, população, dados relevantes);
- **Reflexão sobre o sistema municipal de saúde:** Discussão em rodas de conversa sobre: Organização do sistema de saúde municipal: recursos, particularidades, estrutura da atenção primária, n. de equipes e número de unidades básicas. Referência e contrarreferência

Pergunta 1: Fale-nos sobre as seguintes características de Delmiro Gouveia e como estas interferem nas condições de vida e saúde da população hipertensa, diabética e obesa:	
Caraterísticas do Município	Impacto nas condições de vida do Hipertenso, diabético e obeso
Localização	
População	
Economia	
Cultura	
Educação	
Esporte/lazer	
Hábitos alimentares	
Regionalização	
Outros dados relevantes	



CHAMADA FAPEAL 06/2020 – PPSUS
Programa Pesquisa para o SUS: Gestão compartilhada em Saúde Decit-
SCTIE-MS/CNPq/ FAPEAL/ SESAU-AL

Projeto PPSUS - EFP_00023552

- Dados sobre a situação de saúde de pessoas com Diabetes, Hipertensão e o risco cardiovascular
 POPULAÇÃO DELMIRENSE: Ativos - 59059 ; Inativos: 3688 → Total: 62.747
 - DIABETES 2.936 ; HIPERTENSOS; 8.944; OBESO: 4.668
 RISCO CARDIOVASCULAR- AVC: 536; INFARTO: 227; INTERNAÇÃO (12 MESES): 646
 DOENÇA DO CORAÇÃO: 1139; INSUFICIENCIA CARDÍACA: 163; PROBLEMA NOS RINS:
 899; INSUFICIÊNCIA RENAL: 119; OUTRA:370

Pergunta 2: Diante dos dados apresentados sobre a situação de saúde das pessoas com hipertensão, diabetes e doenças cardiovasculares, responder:

- **Quais os principais problemas e nós críticos desta população?**
- **Quais ações que a gestão municipal, conselheiros e cidadãos poderiam pensar de forma conjunta para melhorar a saúde dessa população?**

Pergunta 3: Em relação ao Sistema de Saúde municipal, e considerando a organização do sistema de saúde municipal, abordar sobre os seguintes aspectos:

Recursos

Estrutura da Atenção Primária

Numero de equipes

Numero de Unidades Básicas

Referência e Contra referência

Dificuldades e facilidades

Instrumento de Coleta – Rodas de Conversa 2 e 3



CHAMADA FAPEAL 06/2020 PPSUS
 Programa Pesquisa para o SUS: Gestão compartilhada em Saúde
 Decit-SCTIE-MS/CNPq/ FAPEAL/ SESAU-AL

ROTEIRO PARA RODA DE CONVERSA COM GESTORES E INFORMANTES CHAVES

- 1) **Preparação do ambiente:** Enquanto os pesquisadores aguardam os profissionais de saúde e informantes chave entrarem na sala virtual, podem interagir entre si e com as pessoas que forem entrando na sala, “quebrando o gelo”
- 2) **Introdução:** Pesquisadores e participantes se apresentam.
- 3) **Solicitação/ permissão para gravação da Roda de Conversa:** Pesquisador(a) solicita permissão para gravação
- 4) **Roda de conversa:**

Assuntos a serem abordados na roda de conversa: PES/Estimativa rápida. Discussão sobre os problemas de saúde do território e da comunidade.

Pergunta 1: A partir da etapa explicativa do planejamento estratégico situacional e do método de estimativa rápida diga-nos, qual ou quais os principais problemas identificados em seu processo de trabalho e que impactam nas condições de vida e saúde das pessoas hipertensas, diabéticas e obesas – com risco para doenças cardiovasculares? E quais as causas e consequências desses problemas?



Anexos

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 6.040.434

da temática, realizada com auxílio do Software Nvivo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar as ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde quanto a prevenção e controle dos fatores de riscos para as doenças cardiovasculares no município de Delmiro Gouveia

Objetivo Secundário:

- Mapear os cenários intersetoriais no Município de Delmiro Gouveia;- Elaborar um diagnóstico situacional e planejamento estratégico para implementação das ações intersetoriais;- Implementar as ações intersetoriais no Município de Delmiro Gouveia;- identificar as possibilidades para o avanço das propostas de ações intersetoriais na ESF para prevenção e controle dos fatores de risco para doenças cardiovasculares, através do compartilhamento de experiências, bem como da identificação de fatores facilitadores e restritivos à operacionalização da intersectorialidade em saúde. -

Identificar as características sociodemográficas e epidemiológicas da população adscrita, cadastradas nas Unidades de Saúde, com obesidade, hipertensão e diabetes e que apresentem relação com as doenças cardiovasculares; -

Analisar as condições de vida e saúde das pessoas com obesidade, hipertensão e diabetes e a relação com as doenças cardiovasculares; -

Compreender a dinâmica de desenvolvimento das práticas de atenção ao usuário pela equipe de saúde da família;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

- Riscos: Pode ocorrer o risco reviver lembranças ruins e emoções relacionadas ao estresse do processo de trabalho e de adoecimento, causando desconforto emocional. -

Minimização dos riscos da pesquisa: Caso ocorra os riscos previstos, será disponibilizada uma assistência do pesquisador e do orientador da pesquisa. Se necessário, providenciado encaminhamento para atendimento com profissional psicólogo da UBS da localidade,

Benefícios:

-Benefícios: identificação das práticas intersetoriais voltadas para a prevenção e controle da saúde da população com hipertensão, diabetes e obesidade do município de Delmiro Gouveia – AL - Estratégias para alcance dos benefícios: execução da pesquisa : efetivação das práticas

intersectoriais, Publicações de livros, manuais e artigos em periódicos relevantes com os resultados

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº1444,térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 57.072-900

UF: AL

Município: MACEIO

Telefone: (82)3214-1041

E-mail: cep@ufal.br

Continuação do Parecer: 6.040.434

da pesquisa, apresentação dos resultados para o município

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Justificar alteração (es) mencionadas:

Trata-se de um projeto guarda-chuva, cuja proposta metodológica inclui pesquisa- intervenção, culminando em novos desdobramentos que apontam para pesquisas a serem desenvolvidas. Como essa pesquisa está vinculada ao PPSUS e PIBIC, diante da riqueza do campo e do objeto de pesquisa, comunico que darei continuidade a essa pesquisa no município tanto para submissão do PIBIC (vinculado a este PPSUS), quanto para renovação do PPSUS, dando continuidade a essa pesquisa. Esse é o motivo para solicitação de prorrogação do prazo da pesquisa por mais dois anos.

Outros fatores relacionados aos acréscimos dos objetivos específicos estão relacionados ao fato deste estudo possibilitar a produção de Trabalhos de Conclusões de Cursos (TCC), dissertação de mestrado, Tese de doutorado, Pós-doutoramento. Em relação aos novos integrantes, desde P á g i n a 3 | 3 2021, após a submissão do projeto na plataforma Brasil, novos integrantes ingressaram ao grupo e já estão inseridos no sistema da Fapeal. Contudo, deixei para fazer as alterações de uma só vez, nessa emenda. A intenção é deixar totalmente atualizado este projeto de pesquisa junto a este CEP, e poder dar continuidade a esta importante pesquisa para o SUS em Alagoas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Outros Danilo_.pdf

Outros Marcos_.pdf

Outros Micneias_.pdf

Outros Celia_.pdf

Cronograma CRONOGRAMA.docx

Outros Keila_Carta_Anuencia_Institui_PPSUS_2020.pdf

Outros Sarah_.pdf

Outros Marianna_Victoria_.pdf

Outros Viviane_Santana_.pdf

Outros Danielly_.pdf

Outros a_INSTRUMENTO_COLETA_RODA_DE_CONVERSA_1a_ETAPA.docx

Outros Kelly_.pdf

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de

Ausência

REVISADO_PPSUS_TCLE_.pdf

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº1444, térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL

Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900

UF: AL **Município:** MACEIO

Telefone: (82)3214-1041

E-mail: cep@ufal.br

Continuação do Parecer: 6.040.434

Folha de Rosto Keila_Folha_Rosto_PPSUS_2020.pdf
 Outros Lucas_.pdf
 Outros Ruth_Trindade_.pdf
 Outros Lenira_.pdf
 Outros Emenda_Keila.pdf
 Outros Fernanda_.pdf
 Outros Roberta_Feitosa_.pdf
 Outros ROTEIRO_ENTREVISTA_REPRESENTANTE_SOCIEDADE_CIVIL.pdf
 Outros Roberto_Oscar_.pdf
 Outros Janaina_.pdf
 Outros ROTEIRO_ENTREVISTA_1_TRABALHADOR_SAUDE.docx
 Declaração de Instituição e Infraestrutura ANUENCIA_SMS.pdf
 Declaração de Pesquisadores com assinatura digitalizada Declara_cumprimento_normas_publiciza.pdf
 Outros Geovanio_.pdf
 Outros Jean_Toscano_.pdf
 Projeto Detalhado / Brochura Investigador PROJETO_PPSUS_ACOES_INTERSETORIAIS_2021_2023.pdf
 Outros Resposta_CEP_Pesquisa_PPSUS.pdf
 Outros ROTEIRO_ENTREVISTA_USUARIO_SUS.docx
 Outros a_Formulario_Coleta_dados_ABORDAGEM_QUANTITATIVA.pdf
 Outros Lais_.pdf
 Comprovante de Recepção PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_1662251.pdf
 Declaração de Instituição e Infraestrutura termo_de_compromisso_SMS_DELMIRO_GOUVEIA.pdf
 Outros Ahirna_.pdf
 Outros Keila_Carta_Anuencia_Chefia_PPSUS_.pdf
 Orçamento ORCAMENTO_PPSUS.docx
 Outros Roberta_Zaninelli_.pdf
 Outros Eliza_.pdf
 Data de Submissão do Projeto: 22/03/2023 Nome do Arquivo:PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1949117

Recomendações:

Não Há

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº1444,térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** cep@ufal.br

Continuação do Parecer: 6.040.434

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Emenda aprovada

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembre-se que, segundo a Res. CNS 466/12 e sua complementar 510/2016:

O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber cópia do TCLE, na íntegra, assinado e rubricado pelo (a) pesquisador (a) e pelo (a) participante, a não ser em estudo com autorização de declínio;

V.Sª. deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade por este CEP, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata;

O CEP deve ser imediatamente informado de todos os fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É responsabilidade do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas a evento adverso ocorrido e enviar notificação a este CEP e, em casos pertinentes, à ANVISA;

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial;

Seus relatórios parciais e final devem ser apresentados a este CEP, inicialmente após o prazo determinado no seu cronograma e ao término do estudo. A falta de envio de, pelo menos, o relatório final da pesquisa implicará em não recebimento de um próximo protocolo de pesquisa de vossa autoria.

O cronograma previsto para a pesquisa será executado caso o projeto seja APROVADO pelo Sistema CEP/CONEP, conforme Carta Circular nº. 061/2012/CONEP/CNS/GB/MS (Brasília-DF, 04 de maio de 2012). KEILA CRISTINA PEREIRA DO NASCIMENTO OLIVEIRA

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_194911	22/03/2023		Aceito

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº1444, térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** cep@ufal.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 6.040.434

Básicas do Projeto	_E1.pdf	17:29:13		Aceito
Outros	Emenda_Keila.pdf	22/03/2023 17:19:43	KEILA CRISTINA PEREIRA DO NASCIMENTO OLIVEIRA	Aceito
Outros	Marianna_Victoria_.pdf	16/04/2021 18:37:40	KEILA CRISTINA PEREIRA DO NASCIMENTO OLIVEIRA	Aceito
Outros	Roberto_Oscar_.pdf	16/04/2021 18:37:09	KEILA CRISTINA PEREIRA DO NASCIMENTO OLIVEIRA	Aceito
Outros	Celia_.pdf	16/04/2021 18:36:35	KEILA CRISTINA PEREIRA DO NASCIMENTO OLIVEIRA	Aceito
Outros	Danielly_.pdf	16/04/2021 18:36:00	KEILA CRISTINA PEREIRA DO NASCIMENTO OLIVEIRA	Aceito
Outros	Janaina_.pdf	16/04/2021 18:34:38	KEILA CRISTINA PEREIRA DO NASCIMENTO OLIVEIRA	Aceito
Outros	Lais_.pdf	16/04/2021 18:33:58	KEILA CRISTINA PEREIRA DO NASCIMENTO OLIVEIRA	Aceito
Outros	Lenira_.pdf	16/04/2021 18:33:40	KEILA CRISTINA PEREIRA DO NASCIMENTO OLIVEIRA	Aceito
Outros	Ruth_Trindade_.pdf	16/04/2021 18:32:41	KEILA CRISTINA PEREIRA DO NASCIMENTO OLIVEIRA	Aceito
Outros	Ahirna_.pdf	16/04/2021 18:31:40	KEILA CRISTINA PEREIRA DO NASCIMENTO OLIVEIRA	Aceito
Outros	Eliza_.pdf	16/04/2021 18:31:02	KEILA CRISTINA PEREIRA DO NASCIMENTO OLIVEIRA	Aceito
Outros	Geovanio_.pdf	16/04/2021 18:30:36	KEILA CRISTINA PEREIRA DO	Aceito

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº1444, térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** cep@ufal.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 6.040.434

Outros	Geovanio_.pdf	16/04/2021 18:30:36	NASCIMENTO OLIVEIRA	Aceito
Outros	Sarah_.pdf	16/04/2021 18:28:40	KEILA CRISTINA PEREIRA DO NASCIMENTO OLIVEIRA	Aceito
Outros	Roberta_Zaninelli_.pdf	16/04/2021 18:22:41	KEILA CRISTINA PEREIRA DO NASCIMENTO OLIVEIRA	Aceito
Outros	Resposta_CEP_Pesquisa_PPSUS.pdf	16/04/2021 18:02:39	KEILA CRISTINA PEREIRA DO NASCIMENTO OLIVEIRA	Aceito
Outros	a_Formulario_Coleta_dados_ABORDAG EM_QUANTITATIVA.pdf	16/04/2021 17:58:31	KEILA CRISTINA PEREIRA DO NASCIMENTO OLIVEIRA	Aceito
Outros	ROTEIRO_ENTREVISTA_REPRESENT ANTE_SOCIEDADE_CIVIL.pdf	16/04/2021 17:57:49	KEILA CRISTINA PEREIRA DO NASCIMENTO OLIVEIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	com_assinatura_digitalizada_Declara_c umprimento_normas_publiciza.pdf	16/04/2021 17:56:10	KEILA CRISTINA PEREIRA DO NASCIMENTO OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	REVISADO_PPSUS_TCLE_.pdf	16/04/2021 17:54:19	KEILA CRISTINA PEREIRA DO NASCIMENTO OLIVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_PPSUS_ACOES_INTERSE TORIAIS_2021_2023.pdf	16/04/2021 17:53:59	KEILA CRISTINA PEREIRA DO NASCIMENTO OLIVEIRA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	17/11/2020 20:25:22	KEILA CRISTINA PEREIRA DO NASCIMENTO OLIVEIRA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_PPSUS.docx	17/11/2020 20:25:08	KEILA CRISTINA PEREIRA DO NASCIMENTO OLIVEIRA	Aceito
Outros	ROTEIRO_ENTREVISTA_USUARIO_S US.docx	17/11/2020 18:49:23	KEILA CRISTINA PEREIRA DO NASCIMENTO OLIVEIRA	Aceito
Outros	ROTEIRO_ENTREVISTA_1_TRABALH	17/11/2020	KEILA CRISTINA	Aceito

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº1444, térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** cep@ufal.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 6.040.434

Outros	DOR_SAUDE.docx	18:48:35	PEREIRA DO NASCIMENTO OLIVEIRA	Aceito
Outros	a_INSTRUMENTO_COLETA_RODA_D E_CONVERSA_1a_ETAPA.docx	17/11/2020 18:48:05	KEILA CRISTINA PEREIRA DO NASCIMENTO OLIVEIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ANUENCIA_SMS.pdf	16/11/2020 14:09:57	KEILA CRISTINA PEREIRA DO NASCIMENTO OLIVEIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termo_de_compromisso_SMS_DELMIR O_GOUVEIA.pdf	16/11/2020 14:06:57	KEILA CRISTINA PEREIRA DO NASCIMENTO OLIVEIRA	Aceito
Outros	Keila_Carta_Anuencia_Institui_PPSUS_2020.pdf	16/11/2020 14:05:04	KEILA CRISTINA PEREIRA DO NASCIMENTO OLIVEIRA	Aceito
Outros	Keila_Carta_Anuencia_Chefia_PPSUS_.pdf	16/11/2020 14:02:43	KEILA CRISTINA PEREIRA DO NASCIMENTO OLIVEIRA	Aceito
Folha de Rosto	Keila_Folha_Rosto_PPSUS_2020.pdf	16/11/2020 13:55:31	KEILA CRISTINA PEREIRA DO NASCIMENTO OLIVEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MACEIO, 04 de Maio de 2023

Assinado por:

**Thaysa Barbosa Cavalcante Brandão
(Coordenador(a))**

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº1444, térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** cep@ufal.br