

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ALINE MITIE BOTH BUDAL

CONCEPÇÕES E ELEMENTOS QUE INFLUENCIAM A INTERSETORIALIDADE
SOB O OLHAR DE GESTORES LOCAIS EM UM TERRITÓRIO

CURITIBA

2018

ALINE MITIE BOTH BUDAL

CONCEPÇÕES E ELEMENTOS QUE INFLUENCIAM A INTERSETORIALIDADE
SOB O OLHAR DE GESTORES LOCAIS EM UM TERRITÓRIO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva. Linha de Pesquisa: Políticas e Serviços de Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Marilene da Cruz Magalhães Buffon

Co-orientadora: Prof.^a Dr.^a Verônica de Azevedo Mazza

CURITIBA

2018

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELO SISTEMA DE BIBLIOTECAS/UFPR -
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, BIBLIOTECÁRIA: RAQUEL PINHEIRO COSTA
JORDÃO CRB9/991 COM OS DADOS FORNECIDOS PELA AUTORA

B927 Budal, Aline Mitie Both

Concepções e elementos que influenciam a intersectorialidade
sob o olhar de gestores locais em um território / Aline Mitie Both
Budal. – Curitiba, 2018

118f. : il.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Marilene da Cruz Magalhães Buffon

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Verônica de Azevedo Mazza

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva. Setor de Ciências da Saúde.

Universidade Federal do Paraná.

1. Colaboração intersectorial. 2. Integralidade em saúde.
3. Promoção da saúde. I. Buffon, Marilene da Cruz Magalhães
II. Mazza, Verônica de Azevedo. III. Programa de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva. Setor de Ciências da Saúde. Universidade
Federal do Paraná. IV. Título.

NLMC: WA 84



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO SAÚDE COLETIVA

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em SAÚDE COLETIVA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **ALINE MITIE BOTH BUDAL** intitulada: **Concepções e elementos que influenciam a intersetorialidade sob o olhar de gestores locais em um território**, após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

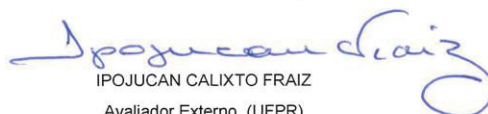
A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 11 de Setembro de 2018.


MARILENE DA CRUZ MAGALHÃES BUFFON
Presidente da Banca Examinadora (UFPR)


DENISE SIQUEIRA DE CARVALHO
Avaliador Interno (UFPR)


EDUARDO PIZZATTO
Avaliador Externo (UFPR)


IPOJUCAN CALIXTO FRAIZ
Avaliador Externo (UFPR)

Dedico este trabalho à minha família, meus pais Silvio e Léa, minha irmã Amanda, meu marido Joel, e ao nosso querido Felipe. Estes não mediram esforços para que eu alcançasse a realização deste trabalho. Considero este título uma conquista de todos nós.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, a Deus, por ser o alicerce em todos os momentos desta jornada, cuidando dos meus passos e da minha família.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná, professores e equipe, pelo conhecimento proporcionado e apoio durante a realização do mestrado.

À minha orientadora, Professora Dr^a. Marilene da Cruz Magalhães Buffon e coorientadora, Professora Dr^a. Verônica de Azevedo Mazza, por compartilharem comigo suas bagagens de conhecimento e dedicarem parte do tempo a esta conquista tão especial para mim. Suas contribuições intelectuais, na concepção, nas sugestões e nas revisões críticas foram fundamentais para a construção deste trabalho e certamente nunca serão esquecidas.

À Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Municipal de Educação e à Fundação de Assistência Social de Curitiba pelo apoio oferecido para a realização do trabalho.

Aos gestores das unidades de saúde, escolas e dos centros de assistência social do Distrito Sanitário do Bairro Novo, pela compreensão e apoio durante as atividades da pesquisa.

Aos colegas, que ao meu lado, integraram a segunda turma do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná, pela recepção e companheirismo, desde o início de nossa jornada.

Aos meus familiares e amigos, pelo incentivo e apoio durante as atividades.

A todas as pessoas que contribuíram, direta ou indiretamente, para o desenvolvimento do trabalho.

RESUMO

A saúde é percebida não apenas como ausência de doença, mas também como processo, a partir de seus determinantes e condicionantes. Para atender as necessidades em saúde dos indivíduos em sua integralidade, faz-se necessário a criação de parcerias e ações coordenadas entre diferentes setores sociais. Assim, a intersetorialidade tem papel fundamental para a promoção da saúde e cuidado integral. Este estudo tem como objetivo identificar quais as concepções e elementos que influenciam a intersetorialidade sob o olhar dos gestores locais dos diversos equipamentos sociais de um território. Trata-se de uma pesquisa qualitativa de caráter descritivo, realizada no Distrito do Bairro Novo, Curitiba. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista semiestruturada dirigida aos gestores de Unidades de Saúde, Centro de Referência de Assistência Social e escolas do Distrito Sanitário do Bairro Novo com perguntas norteadoras. A análise dos dados foi por meio da análise de conteúdo de Bardin e a representação gráfica das categorias temática foi desenvolvida a partir do software MaxQDA®. No total foram entrevistados 20 gestores locais, 12 do setor da saúde, 4 do setor da assistência social e 4 do setor da educação. Na análise das falas emergiram as seguintes categorias temáticas: Conceitos (Intersetorialidade, Atenção Primária, e Saúde) e Elementos Necessários Para a Intersetorialidade (Gestão, Recursos, Comunicação e Conhecimento). Apesar das políticas públicas indutoras de formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde e para a Estratégia Saúde da Família, a maioria dos profissionais entrevistados possui uma formação ainda voltada para o modelo biologicista de cuidado, não refletindo os resultados da política indutora, limitando a atuação na perspectiva do conceito ampliado de saúde, e a vivência da intersetorialidade como modo de serviço e cuidado integral. As falas expressam que a construção da intersetorialidade nas políticas sociais ocorre de forma setorializada e sobre a dimensão particular provinda de uma articulação local. A falta da dimensão estrutural torna o discurso intersetorial fragmentado, limitando assim, a sua operacionalização. É preciso uma efetiva política institucional de intersetorialidade, que supere as divisões de poder dominante nas setorizações atuais e vise a formação de profissionais voltados para a integralidade no cuidado.

Palavras-chave: Intersetorialidade, Integralidade, Promoção da Saúde.

ABSTRACT

Health is perceived not only as an absence of disease, but also as a process, based on its determinants and determinants. To meet the health needs of individuals in their entirety, it is necessary to create partnerships and coordinated actions among different social sectors. Thus, intersectoriality plays a fundamental role for the promotion of health and integral care. This study aims to identify the conceptions and elements that influence the intersectoriality under the eyes of the local managers of the diverse social equipments of a territory. This is a qualitative research of descriptive character, carried out in the District of Bairro Novo, Curitiba. The data collection was done through a semi-structured interview directed to the managers of Health Units, Reference Center of Social Assistance and schools of the Sanitary District of the Bairro Novo with guiding questions. Data analysis was performed through the Bardin content analysis. In total, 20 local managers were interviewed, 12 from the health sector, 4 from the social assistance sector and 4 from the education sector. In the analysis of the speeches emerged the following thematic categories: Concepts (Intersectoriality, Health, and Primary Attention) and Elements Needed for Intersectoriality (Management, Resources, Communication and Knowledge). Despite the public policies that lead to the formation of professionals for the Unified Health System and for the Family Health Strategy, the majority of professionals interviewed have a training still focused on the biological care model, not reflecting the results of the inductive policy, limiting the performance from the perspective of the expanded concept of health, and the experience of intersectoriality as a mode of service and integral care. The speeches express that the construction of intersectoriality in social policies occurs in a sectoralized way and on the particular dimension derived from a local articulation. The lack of the structural dimension makes the intersectoral discourse fragmented, limiting its operationalization. It is necessary an effective institutional policy of intersectoriality, that surpasses the divisions of dominant power in the current sectorizations and aims at the formation of professionals focused on the integrality in the care.

Keywords: Intersectoriality, Integrality, Promotion of Health

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - MAPA DE CURITIBA E DO DISTRITO SANITÁRIO DO BAIRRO NOVO.....	36
FIGURA 2 - MAPA DA DISTRIBUIÇÃO DE UNIDADES DE SAÚDE NO DISTRITO SANITÁRIOS DO BAIRRO NOVO	39
FIGURA 3 - CONCEPÇÕES E ELEMENTOS QUE INFLUENCIAM A INTERSETORIALIDADE	46
FIGURA 4 - CONCEITOS: INTERSETORIALIDADE, ATENÇÃO PRIMÁRIA E SAÚDE	46
FIGURA 5 - CONCEPÇÕES DE INTERSETORIALIDADE	47
FIGURA 6 - CONCEPÇÕES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA	55
FIGURA 7 - CONCEPÇÕES DE SAÚDE	58
FIGURA 8 - ELEMENTOS QUE INFLUENCIAM A INTERSETORIALIDADE	61
FIGURA 9 - ELEMENTOS QUE INFLUENCIAM A INTERSETORIALIDADE: RECURSOS.....	62
FIGURA 10 - ELEMENTOS QUE INFLUENCIAM A INTERSETORIALIDADE: GESTÃO	66
FIGURA 11 - ELEMENTOS QUE INFLUENCIAM A INTERSETORIALIDADE: COMUNICAÇÃO	77
FIGURA 12 - ELEMENTOS QUE INFLUENCIAM A INTERSETORIALIDADE: CONHECIMENTO	81

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	44
--	----

LISTA DE ABREVIações

ABEP - Associação brasileira de Empresas de Pesquisas

ACS - Agente comunitário de Saúde

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

Centro POP - Centro de referência especializada para população em situação de rua

CMEI - Centro Municipal de Educação Infantil

CRAS- Centro de Referência de Assistência Social

CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social

DS - Distrito Sanitário

DSS - Determinantes Sociais da Saúde

ESF - Estratégia Saúde da Família

FAS - Fundação de Ação Social

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPPUC - Instituto de pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

ONG - Organização não Governamental

PNPS - Política Nacional de Promoção da Saúde

PSE - Programa Saúde na Escola

PSF - Programa de Saúde da Família

RAS - Redes de Atenção à Saúde

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SMAS - Secretaria Municipal de Assistência Social

SMELJ - Secretaria Municipal de Esporte, lazer e Juventude

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS - Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	16
2.1	OBJETIVO GERAL.....	16
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICO.....	16
3	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	17
3.1	BASES CONCEITUAIS DA INTERSETORIALIDADE	17
3.2	INTERSETORIALIDADE: UM CAMINHO PARA A INTEGRALIDADE NO CUIDADO	22
3.3	INTERSETORIALIDADE: UM CAMINHO PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	24
3.4	A TRAJETÓRIA DA INTERSETORIALIDADE: DA CRIAÇÃO DO SUS À ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	27
3.5	REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	32
4	METODOLOGIA	35
4.1	TIPO DE ESTUDO	35
4.2	LOCAL DA PESQUISA	35
4.2.1	Caracterização do cenário.....	36
4.3	PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	41
4.4	COLETA DE DADOS	42
4.5	PERCURSO METODOLÓGICO.....	43
4.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	44
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	45
5.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	45
5.2	CATEGORIAS TEMÁTICAS.....	46
5.2.1	Concepções.	47
5.2.1.1	Concepções de intersectorialidade	48
5.2.1.2	Concepções de Atenção Primária	55
5.2.1.3	Concepções de saúde.....	58
5.2.2	Elementos que influenciam a intersectorialidade	61
5.2.2.1	Elementos que influenciam a intersectorialidade: Recursos.	63
5.2.2.2	Elementos que influenciam a intersectorialidade: Gestão.....	67
5.2.2.3	Elementos que influenciam a intersectorialidade: Comunicação.....	78

6	CONCLUSÃO	86
	REFERÊNCIAS.....	89
	APÊNDICE 1- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	102
	APÊNDICE 2-TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ..	103
	APÊNDICE 3- QUADRO SÍNTESE DA ANÁLISE DAS FALAS.....	105
	ANEXO 1- PARECER CONSUBSTANCIADO DA UFPR.....	122
	ANEXO 2- PARECER CONSUBSTANCIADO DA SMS DE CURITIBA...	123

1. INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 trouxe uma proposta de mudança do modelo do sistema de saúde vigente, o qual era curativista, centrado na doença e em seus agravos. Nesta normativa se elencou como dever do estado garantir a saúde de qualidade a todo cidadão brasileiro, para tanto, o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro está sustentado em princípios fundamentais de universalidade, equidade e integralidade (BRASIL, 1988).

Este novo conceito ampliado tem em sua base o acesso à alimentação, à moradia, ao saneamento básico, ao meio ambiente, ao trabalho, à renda, à educação, ao transporte, ao lazer e aos bens e serviços essenciais como determinantes e condicionantes para a promoção da saúde.

Para atender este modelo de atenção foi criada, em 1994, a Estratégia Saúde da Família (ESF), esta operacionaliza a atenção primária atuando como porta de entrada do sistema de saúde na vigilância e promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação (BRASIL, 2002).

A ESF tem como um de seus pressupostos básicos a territorialização, visto que se pauta no espaço da vida como uma das expressões das condições de saúde. Assim, as suas ações se complementam com a delimitação do território dos serviços, reconhecimento do ambiente, população, dinâmica social e estabelecimento de relações verticais com centros de referência e horizontais com outros serviços adjacentes (PEREIRA e BARCELLOS, 2006).

Sabe-se que a Estratégia Saúde da Família, propõe uma assistência à saúde que vá além do corpo biológico, e que seja capaz de alcançar os seres humanos em sua complexidade e integralidade (FINKELMAN, 2002). E, para tal, devem-se incluir ações que ultrapassem os muros das unidades de saúde e atinjam o contexto histórico, social, cultural, político e econômico dos indivíduos ou coletivos, no sentido de promover a saúde dos mesmos.

Nesta visão, a saúde é percebida como processo, no qual é concebida a partir de todos seus determinantes sociais, estes por sua vez, se integram e se relacionam em um espaço de vivência. Diante desta complexidade a promoção à saúde aponta que apenas os serviços de saúde isolados não conseguem responder às necessidades que determinam a saúde da população, mas demandam uma ação coordenada entre todos os setores e segmentos da sociedade, visto que têm

responsabilidade no que se refere à promoção à saúde (CARTA DE OTTAWA, 1986; SOUZA, 2008). Por isso a Política Nacional de Promoção da Saúde propõe que as intervenções em saúde sejam ampliadas, tomando como objeto os, determinantes e condicionantes de saúde. Para tal, a organização da atenção e do cuidado deve criar mecanismos de mobilização e participação com os vários movimentos e grupos sociais, por meio da construção de parcerias e da intersetorialidade (BRASIL, 2006).

A fim de se compreender a prática da intersetorialidade no âmbito das políticas públicas faz-se necessário a definição dos conceitos em estudo e sua contextualização.

As políticas públicas têm como finalidade o enfrentamento de questões consideradas públicas, estabelecendo diretrizes na definição de programas, ações e atividades desenvolvidas. Dentre estas, as políticas públicas sociais estão relacionadas às garantias de direitos fundamentais sociais, conforme a Constituição Federal de 1988 (Art. 6º), direitos como: o direito à educação, à saúde, à alimentação, ao trabalho, à moradia, entre outros. Leis específicas regulamentam as políticas para a assistência a esses direitos sociais, as quais são executadas a partir de setores no aparelhamento do Estado (BELLINI et al., 2014).

O termo “setor” pode ser definido como o agrupamento isolado de papéis sociais, que operam de maneira vertical e autônoma, e são submetidos à tentativa de regulação do Estado. O setor apresenta-se relacionado a um domínio de atuação como, segurança, educação ou saúde (MARQUES, 2000; ORNELAS e TEIXEIRA, 2015).

Neste estudo define-se como setores tanto as áreas de atuação governamental como saúde, educação, assistência social e segurança pública, quanto áreas não governamentais como o terceiro setor e a sociedade civil.

A intersetorialidade em saúde, é compreendida como a relação entre o setor saúde com outros setores, relação esta, que se tenha formado para atuar em um tema visando alcançar resultados de saúde de uma maneira mais efetiva, eficiente ou sustentável do que poderia alcançar o setor saúde agindo isoladamente (TEIXEIRA, PAIM 2002).

Bellini, 2014 afirma que, a intersetorialidade nas políticas públicas estabelece maior integração dos diversos setores e saberes nas ações públicas, buscando a superação de práticas fragmentadas e a eficiência para atingir objetivos e resultados mais amplos.

Partindo desse conceito, Wimmer e Figueiredo (2006) afirmam que as micro e macro estratégias intersetoriais construídas em articulação por Estado e Sociedade Civil, contribuem significativamente para efetividade e eficiência das ações de saúde. Portanto, acredita-se que tais articulações e arranjos podem ocorrer através da cooperação entre diferentes setores e segmentos sociais, como educação, saúde, cultura, esporte, lazer, empresas privadas, organizações não- governamentais (ONGs), fundações, entidades religiosas, as três esferas de governo, organizações comunitárias, dentre outros.

Segundo Silva et al. (2014), a importância do trabalho intersetorial é um tema amplamente debatido, porém, se faz necessária maiores investigações a respeito da implantação, sustentabilidade e avaliação de práticas intersetoriais em saúde. Um dos desafios para o crescimento e aperfeiçoamento da intersectorialidade é a escassez de estudos em profundidade sobre o tema (POTVIN, 2012).

Revisão sistemática da literatura, realizada no Canadá com o objetivo de sintetizar as evidências de impacto de ações intersetoriais nos determinantes sociais e na equidade em saúde, concluiu que os estudos não deixam claro qual a relação entre os setores envolvidos, assim como fornecem poucos detalhes sobre os processos, contextos, acertos e desafios do trabalho intersetorial (NDUMBE-EYOH S, 2013).

Diante do exposto, este estudo se justifica pela necessidade de compreender quais elementos que influenciam as relações de cooperação entre os diferentes setores de atuação governamental na busca pela promoção da saúde e pelo cuidado integral ao indivíduo, assim como, de discutir os aspectos conceituais e operacionais da prática da intersectorialidade a partir da visão de gestores locais destes diferentes setores em um território.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Descrever a intersectorialidade na visão de gestores locais em um distrito sanitário do município de Curitiba-PR.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar as concepções acerca da intersectorialidade na visão de gestores locais
- Identificar elementos que influenciam a prática da intersectorialidade

]

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1 BASES CONCEITUAIS DA INTERSETORIALIDADE

A intersectorialidade é caracterizada como a necessidade de integração entre os diversos setores para que seja atingido um objetivo comum nas políticas públicas. Devido a isso, passou a figurar no protagonismo das políticas setoriais, para aumentar a efetividade das ações e a articulação entre governo e sociedade civil. (NASCIMENTO, 2010)

O termo intersectorialidade, segundo Andrade (2004), Monnerat (2009), Pereira (2011), Nascimento (2010), Bronzo (2012), possui vários sentidos. Estes compreendem que um conjunto de setores, ao se aproximarem e interagirem entre si, podem produzir ações e saberes mais integrais e totalizantes. Nessa perspectiva, o termo “setor”, refere-se às políticas sociais e seus processos de gestão. Diante disso, a intersectorialidade, para além da sua conceituação, apresenta direcionamentos para soluções e alternativas factíveis para articulação das políticas sociais, com o objetivo de resultar em impactos positivos para as condições de vida das populações (CAVALCANTI, 2013).

A respeito do termo intersectorialidade, Pereira (2012) aponta que este é frequentemente caracterizado como superação da desarticulação dos diferentes setores relacionados às políticas sociais, porém ressalta que a intersectorialidade também se trata de um processo político, envolvendo jogo de poderes e interesses.

Ottersen et al. (2014) trazem o debate sobre a intersectorialidade como caminho para melhoria dos problemas em saúde. Os autores colocam que a saúde mundial necessita de ações intersectoriais para promoção de níveis sustentáveis de saúde e bem-estar, o que deve incluir também agentes não-governamentais, como a sociedade civil, organizações filantrópicas, mídia, empresas privadas e academia. Para tanto, é necessária a participação de agentes comprometidos com a mudança em movimentos sociais, no setor privado e na política.

Investigações sobre experiências intersectoriais voltadas para a saúde pública têm demonstrado a potencialidade dessas ações na promoção da saúde e no combate às iniquidades na medida em que podem viabilizar a articulação de sujeitos

e processos, efetivando políticas públicas e enfrentando a exclusão social (GARCIA et al., 2014).

A intersetorialidade, como instrumento de gestão, propicia a criação de espaços de decisão compartilhados, envolvendo diferentes instituições e setores do governo. Estes, conjuntamente, atuam na produção da saúde, na formulação, na implementação e no acompanhamento de políticas públicas, visando resultados positivo sobre a saúde da população (MACHADO, 2016).

A Organização Mundial de Saúde traz a abordagem da Saúde em Todas as Políticas como estratégia para aumentar a discussão sobre a intersetorialidade em saúde e os impactos das decisões dos outros setores na saúde das populações. De acordo com Almeida Filho (2000) e Teixeira e Ornelas (2015), a temática da saúde é ampla e capaz de unificar todas as demais, configurando-se, na prática, como conciliadora da soma de saberes relativos a cuidados, carências, necessidades e fatores sociais com as responsabilidades do estado.

Outra definição de intersetorialidade diz respeito a integração de distintos saberes e experiências de diferentes sujeitos e serviços sociais que partilham na tomada de decisões frente a problemas complexos, com ações direcionadas aos interesses coletivos a fim de melhorar a eficiência da gestão política e dos serviços prestados (JUNQUEIRA, 2000; INOJOSA, 2001; NASCIMENTO, 2010; GARCIA, 2014).

A estruturação da intersetorialidade assume como preceito a reunião de distintos saberes e formas de atuação, no sentido de viabilizar um olhar mais amplo sobre a complexidade do objeto, possibilitando a análise dos problemas e das necessidades, no contexto de um dado território (JUNQUEIRA, 2000; GARCIA, 2014).

Assim, desenvolver estratégias e ações intersetoriais requer atuar com diferentes sujeitos e serviços, que a partir de saberes, poderes e vantagens se articulam para resolver problemas complexos (INOJOSA, 2001). Estes, de maneira conjunta, constroem uma nova concepção de planejamento, execução e controle dos serviços prestados, a fim de garantir tratamento equânime às pessoas (GARCIA, 2014).

Segundo Ackerman, (2014), a prática da intersetorialidade constitui a superação da fragmentação do conhecimento e da prática, buscando a unidade e a diversidade para melhor compreensão da realidade (ACKERMAN, 2014).

A intersetorialidade é considerada uma prática valorizada diante da não identificação da efetividade esperada na implementação das políticas setoriais, principalmente em relação ao atendimento das demandas da população e aos recursos disponibilizados para sua execução (NASCIMENTO, 2010; SOUZA et al, 2013).

De acordo com, Bronzo, (2007); Costa, (2010); Nascimento, (2010); Passini, (2011); Bellini, Bumbel e Faler, (2013), a intersetorialidade se configura em uma estratégia com vistas à superação da fragmentação e da fragilidade das políticas sociais, a fim de combater as iniquidades sociais. Dessa forma, a mesma propicia uma visão das necessidades sociais de maneira integral, compreendendo e considerando o indivíduo em sua totalidade. Nesse ínterim, a intersetorialidade é discutida como uma estratégia para obtenção de uma maior articulação entre as políticas sociais, de modo a oportunizar, no campo social, uma importante “ferramenta” para superação da setorialização das demandas sociais.

Tem em sua lógica central a operacionalização de conceitos como a territorialização, vinculação, a responsabilização e a resolutividade com um olhar integral sobre o ambiente em suas dimensões físicas, socioculturais e biopsicossociais, nas quais estão inseridos os indivíduos e suas famílias (JUNQUEIRA, 2000).

Considerada uma nova lógica de gestão, a intersetorialidade tem sido compreendida também, como, instrumento de otimização de saberes; competências e relações sinérgicas, em prol de um objetivo comum, assim como uma prática social compartilhada, a qual, para a realização de ações conjuntas, requer pesquisa, planejamento e avaliação (PEREIRA, 2012; LIMA et al., 2015).

No âmbito da saúde a intersetorialidade se apresenta com vistas a garantir a saúde como um direito, sendo que o SUS deve atuar de forma articulada às políticas públicas de seguridade social, a fim de garantir a saúde em todos os seus determinantes e condicionantes.

O trabalho intersetorial desponta como instrumento relevante para a operacionalização do conceito ampliado de saúde e de ações com base nos

pressupostos teóricos e metodológicos da promoção da saúde. É uma ação chave no trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família.

O trabalho em equipe e a interdisciplinaridade são características do processo de trabalho da ESF que muito contribuíram para a renovação do modelo de atenção à saúde (SILVA e TAVARES, 2016).

Dessa forma a ação intersetorial para a equipe de saúde da família representa um grande desafio na articulação e planejamento do processo de trabalho. O diálogo intersetorial é difícil, pois requer respeitar a visão do outro e sua contribuição para a construção de decisões no enfrentamento dos problemas e situações levantados, sendo uma estratégia importante de reconstrução das práticas de saúde (CNDSS, 2008).

Desenvolver esse tipo de prática é concretizar uma atuação com o olhar ampliado na abordagem do processo saúde-doença-cuidado, implementando ações de promoção da saúde com enfrentamento e mudança sobre os Determinantes Sociais da Saúde (DSS), (CNDSS, 2008).

A partir da visão de determinantes e condicionantes de saúde e considerando que a complexidade dos problemas sociais exige olhares diversificados, a intersetorialidade, além de otimizar recursos, traz possibilidades de resolução para problemas sociais que a população enfrenta, visto que incorpora ideias como equidade, integração e território (JUNQUEIRA, 2004).

A articulação entre os serviços no território pode criar um trabalho em forma de redes de proteção ao usuário, tendo o objetivo de alcançar melhores resultados do que a atuação de cada setor separadamente, com a corresponsabilização desses equipamentos sociais (FERRO et al., 2014). A intersetorialidade supõe considerar o território, os problemas sociais que nele se manifestam, integrar as políticas sociais, partindo da interpretação do ser humano em sua integralidade (JUNQUEIRA, 2004).

Sob esse olhar da intersetorialidade em um território, e considerando os princípios da promoção da saúde que se relacionam ao papel e fortalecimento da comunidade, operacionalizar a intersetorialidade através de planos regionais, dando voz aos atores locais para a própria transformação, pode empoderá-los, aperfeiçoar o acesso aos direitos sociais, principalmente num país diversificado como o Brasil. O desenvolvimento destes planos dá visibilidade às especificidades, vulnerabilidades, contextos sociopolíticos regionais, e incentiva a autonomia individual (MOYSES et al., 2014).

As ações do setor saúde devem englobar as questões socioeconômicas dos indivíduos (CHIESA, 2005), e serem desenvolvidas na perspectiva de superar iniquidades, a fim de potencializar a autonomia dos sujeitos e grupos para influir nos processos produtores de saúde-doença (MAZZA, 2007). Para tanto, as estratégias de promoção da saúde devem integrar diferentes setores da sociedade, com participação ativa da comunidade em sua construção e implementação (ÁVILA, 2009).

A intersectorialidade então é trazida para o centro do debate e sua prática requer ampla negociação, alcançando dimensão transetorial a partir das possibilidades de se criar novos olhares e de instaurarem-se novos valores. Deve-se considerar o respeito às diferenças e à incorporação das contribuições de cada uma das políticas na compreensão e na superação dos problemas sociais (JUNQUEIRA, 2000).

Um contraponto expresso na literatura a respeito da intersectorialidade, indica que da forma como é compreendida em termos práticos, tem-se reduzido a uma “estratégia de interferência em problemáticas complexas” (ALMEIDA FILHO, 2000) de certa forma coibindo a ampliação da discussão acerca de abordagens mais adequadas para a elaboração de políticas públicas focadas em uma maior articulação, em territórios marcados por vulnerabilidades sociais.

Recente revisão de relatos de ações intersectoriais que abordavam problemas de saúde pública no Brasil observou que nenhum dos programas analisados explicita a definição de intersectorialidade na qual estão embasados e não apresentam informações sobre sua continuidade e sustentabilidade (GARCIA et al. 2014).

Em observância ao processo de implementação dos serviços públicos após a Constituição Federal de 1988, no âmbito do eixo distributivo Saúde e Assistência Social, identifica-se a temática da intersectorialidade e da articulação como elementos ainda desafiadores, uma vez que, mesmo sendo elementar aos objetivos da gestão pública, não se materializam ou ganham sua amplitude como pensado e proposto nos marcos regulatório da seguridade social e de cada política em análise (CARMO e GUIZARDI, 2017).

Fica evidente, então, o desafio da implementação da intersectorialidade associada a um trabalho em equipe com corresponsabilidade entre a saúde e os outros setores, possibilitando troca de saberes, planejamento de ações e tomada de

decisões de forma compartilhada. Assim, a intersetorialidade incorpora a ideia de integração, de território, de equidade, de direitos sociais e outros. Esse novo fazer demanda mudanças de valores da cultura para um agir coletivo (TAVARES e SILVA, 2016).

Todos esses estudos concluem pela necessidade de desenvolvimento de um maior número de pesquisas avaliativas sobre a intersetorialidade nas políticas de saúde.

3.2 INTERSETORIALIDADE: UM CAMINHO PARA A INTEGRALIDADE NO CUIDADO

A implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil foi baseada em novos conceitos em relação aos saberes e práticas dos profissionais frente ao processo saúde / doença, sendo um dos seus pilares o princípio da integralidade. Este, não só compreende ações de promoção, prevenção de agravos e recuperação da saúde, mas considerando o contexto histórico, social, político, familiar e ambiental em que se insere, permite a percepção do sujeito como um todo (BRASIL, 2012).

O conceito da integralidade do cuidado à saúde é apresentado no artigo 198 da Constituição Federal como uma diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS), porém sua origem no Brasil se dá no Movimento de Reforma Sanitária, que defendia uma visão ampliada da atenção à saúde, criticando a fragmentação excessiva que tornava reducionista o modelo de saúde vigente, cuja ênfase recaía nas ações curativas, em detrimento das ações de promoção e prevenção (ALBUQUERQUE, 2004).

À luz da Constituição Federal, percebe-se que as ações e os serviços de saúde devem ser combinados e voltados para a prevenção e para a cura, atendendo o indivíduo como um ser humano integral. Os artigos 196, 197 e 198 do texto constitucional referem que a integralidade deverá reger a estruturação e a organização deste conjunto de ações e serviços, com prioridade para as atividades preventivas e sem prejuízo dos serviços assistenciais (BRASIL, 1988).

Defendida no setor da saúde há algumas décadas e definida na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde, a integralidade assume uma certa polissemia de sentidos, sendo vista como a expressão integralizadora e totalizadora

de um conjunto de significados que foi sendo moldado ao longo do tempo. (AKERMAN et al. 2014).

Mattos identifica três sentidos predominantes: a integralidade como traço da boa medicina; como modo de organizar as práticas de saúde e como resposta governamental a problemas de saúde de populações específicas. A integralidade no conjunto dos seus sentidos defende uma visão ampliada e, portanto, integral do cuidado à saúde, partindo das necessidades de saúde dos sujeitos assistidos e considerando seus modos de viver e de enfrentar os problemas de saúde (MATTOS, 2001). Portanto, a integralidade se contrapõe à fragmentação da formulação das políticas, da forma de organização dos serviços e da percepção da saúde, tanto da população quanto dos profissionais de saúde (CURVELLO, 2008).

Já Almeida et al (2001) consideram a integralidade para além da atuação na organização contínua do processo de atendimento nos níveis de complexidade da atenção. Entendem que o processo de trabalho, no âmbito da saúde pública, deve refletir a compreensão de uma prática sanitária integralizadora que requer o envolvimento das diversas áreas do conhecimento e dos serviços, para dar conta do conceito ampliado de saúde. Assim, a integralidade é entendida como um princípio pelo qual as ações relativas à saúde devem ser efetivadas, buscando atuar nos fatores determinantes e condicionantes da saúde, no nível do indivíduo e da coletividade, garantindo que as atividades de promoção, prevenção e recuperação da saúde sejam integradas, numa visão interdisciplinar que incorpore na prática o conceito ampliado de saúde (ALBUQUERQUE, 2004).

Esta prática, com vistas ao cuidado integral do indivíduo, é desenvolvida em um mesmo espaço, e se estrutura com a constituição de saberes e ações que se interpenetram. Nesse sentido, o cuidado à saúde tem-se como um coletivo formado pelo compartilhamento e pela totalidade de práticas e conhecimento dos vários profissionais que dão sustentação à dinâmica do cuidado, gerando uma teia entre usuários e profissionais (PAULI, 2013).

A realidade da saúde brasileira, ainda que direito de todos e dever do estado, ainda se encontra em um contexto de iniquidades e questões urgentes que requerem atenção, não apenas do setor saúde, mas também dos vários profissionais de outros setores, com suas práticas e saberes que se relacionam ao cuidado.

Segundo Pauli (2013), é preciso enfocar o conceito ampliado de saúde observando a necessidade da troca de conhecimento e trabalhar de forma

intersetorial a partir de ações que envolvam uma prática que vise à integralidade das ações em saúde como articulação administrativa e política, de modo a superar fronteiras e fragmentações e estabelecer diálogo permanente entre os profissionais que atuam no cuidado.

Assim, para a integralidade no cuidado, a ação não deve ser exclusiva e privativa de uma única categoria profissional, nem de uma dinâmica hospitalocêntrica, sendo necessária a efetivação de uma relação ética entre os diversos atores sociais e as diversas áreas de conhecimento visando atendimento, cuidado, recuperação e preservação da saúde (MACHADO et al., 2007).

Segundo Monnerat e Souza (2011), tanto o conceito de intersectorialidade, quanto a concepção de Seguridade Social, requerem a integração entre as políticas, visto que ambas devem responder à complexidade das demandas sociais. Além disto, para contemplar as demandas do ser humano com eficiência, é necessário que as políticas sociais reconheçam o indivíduo em sua integralidade, o considerando um organismo, cujos problemas apresentados podem advir de causas que não competem a uma determinada política resolver.

Portanto, pensar políticas sociais isoladamente significa limitar o seu potencial interventivo para a resolução de problemas e demandas sociais, sendo necessário que as políticas respondam ao conjunto de fatores que estão em sua base, atuando sobre elementos estruturais que as perpetuam e as reproduzem (BRONZO, 2012).

3.3 INTERSETORIALIDADE: UM CAMINHO PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE

A Carta de Ottawa (1986), principal marco de referência para a promoção da saúde, apresenta a intersectorialidade como princípio para a superação de abordagens tecnicistas e medicalizantes sobre os problemas de saúde. No Brasil, as ações de promoção da saúde emergiram como desdobramento do esforço de qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS) e do debate sobre as relações entre desigualdades sociais, democracia, desenvolvimento humano e saúde no campo da Saúde Coletiva. (MALTA et al. 2016)

A discussão da promoção da saúde cresceu no Brasil nas últimas duas décadas, fazendo surgir vários projetos institucionais no âmbito do SUS. Em 2006 é

aprovada a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) que reafirma a relevância do setor saúde trazendo como objetivo a promoção da qualidade de vida e a redução de vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2006).

Entre os princípios que norteiam a PNPS, está a intersetorialidade, a qual é tida como um princípio que compreende a articulação de saberes e práticas de sujeitos, grupos e setores públicos, mobilizados para a elaboração de políticas públicas e ações compartilhadas, de modo a assumirem a corresponsabilização sobre a garantia de direitos das famílias à saúde (BRASIL, 2014).

A intersetorialidade é apresentada na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) em três dimensões estabelecidas como pontes: princípios, diretrizes e eixos operacionais. Estas pontes estão interconectadas para os diálogos imprescindíveis no desenvolvimento das ações intersetoriais. Como princípio, configura-se em todas as práticas no campo da promoção da saúde. Como diretriz, explicita a sua finalidade como linha de atuação sobre os determinantes e condicionantes da saúde. E como eixo operacional, representa uma estratégia de concretizar ações de promoção da saúde por meio de articulação e cooperação intersetorial, ou seja, pelo compartilhamento de planos, metas, recursos e objetivos comuns entre os diferentes setores (BRASIL, 2015).

Para tanto, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), publicada primeiramente em 2006 e revisada em 2014, propõe o fortalecimento da articulação de políticas públicas para promover a equidade e a melhoria das condições de saúde e de vida da população. Apresenta, como base, o conceito ampliado de saúde e valores, como solidariedade, democracia, equidade, cidadania e desenvolvimento. Esses valores são agregados à nova concepção de saúde e passam a ser considerados essenciais para a sua prática (BRASIL, 2014). A Portaria nº2.446/2014 apresentou como valores fundamentais para sua efetivação: solidariedade, felicidade, respeito às diversidades, ética, humanização, corresponsabilidade, justiça social e inclusão social (BRASIL, 2014).

A PNPS está ancorada no conceito ampliado de saúde. Ela sinaliza estratégias para a promoção da qualidade de vida e para a redução de vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e

condicionantes sociais, tais como: modos de vida, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais, sendo que para isso é fundamental a atuação intersetorial para minimizar as iniquidades sociais em saúde (BRASIL, 2015).

Existem diversos esforços que vêm sendo realizados no sentido de posicionar a saúde a partir de outro olhar, mais ampliado e mais articulado com a complexidade da realidade. Estes visam se contrapor a concepção de saúde em que ter saúde costuma ser a ausência de uma enfermidade ou doença evoca um conceito reducionista, ou seja, a reprodução do modelo biologicista, monopolizado pela medicina (DALMOLIN, B.B. et al., 2011).

Embora existam discussões sobre a viabilidade da aplicação dessas definições de saúde, um conceito amplo de saúde evoca muito mais do que simplesmente garantir a disponibilidade e o acesso aos serviços de saúde. Enquanto fenômeno ampliado, a saúde depende da articulação que é produzida entre os seus diversos determinantes, tais como as condições de vida, de trabalho, do meio ambiente e da cultura, entre outros (DALMOLIN et al., 2011). Desta forma torna-se imprescindível, considerar a promoção da saúde como o processo resultante de um conjunto de ações intersetoriais (BUSS, 2002).

Paralelamente, o debate que historicamente se constrói em torno da produção social da saúde demonstra a incapacidade do modelo de saúde, exclusivamente biomédico. E nesta perspectiva a promoção da saúde não pode ser forjada apenas pelo setor da saúde, mas em uma articulação com os diferentes setores (BRASIL, 2016).

A Declaração de Adelaide e a Declaração de Helsínquia sobre a Saúde em Todas as Políticas identificaram as políticas públicas saudáveis e a ação intersetorial como elementos fundamentais para a promoção da saúde e para a efetuação da equidade em saúde (OMS, 2014; OMS, 2010).

Dessa forma, a intersetorialidade pode ser entendida como a articulação dos distintos setores para pensar a complexidade do processo saúde-doença, com o compromisso de garantir a saúde como direito humano. Assim, as iniciativas que permitem e potencializam o envolvimento de comunidades e de pessoas devem ser garantidas (FLISCH et al. 2017). Ações como o Programa Saúde na Escola, movimentos e redes de territórios saudáveis, prevenção da violência, justiça social,

são alguns dos desafios a serem enfrentados para o alcance da promoção da saúde (MINAYO e GUALHANO, 2016).

3.4 A TRAJETÓRIA DA INTERSETORIALIDADE: DA CRIAÇÃO DO SUS À ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

O movimento da Reforma Sanitária, iniciado na década de 70, incluindo a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), que ocorreu em 1986, foi um marco da saúde do país, na qual foi lançada a proposta do SUS, delineando seus fundamentos e ratificando o conceito ampliado de saúde para além da ausência de doenças (PAIM, 2011).

No contexto de busca de implantação de um estado de bem-estar social, a Constituição Federal, promulgada poucos anos depois, em 1988, garante em seu artigo 196, a saúde como um direito social e dever do Estado, devendo este se utilizar de políticas públicas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário à ações e serviços de promoção da saúde, proteção e recuperação de agravos (BRASIL, 1988).

A partir da Constituição, então, se deu origem ao processo de criação de um sistema público, universal e descentralizado de saúde, definindo então o Sistema Único de Saúde, SUS. Este foi consolidado tendo como base um longo processo de reflexão e reformulação resultando, em 1990, na aprovação pelo Congresso Nacional da Lei Orgânica da Saúde nº 8080, que detalha o funcionamento deste sistema, institucionalizando o direito de cada cidadão brasileiro à saúde. Esta lei define um novo conceito de saúde, sendo que o acesso à alimentação, moradia, emprego, lazer e educação passam a ser considerados como determinantes e condicionantes da saúde (BRASIL, 1990).

O SUS é organizado administrativamente de forma descentralizada e hierarquizada, sendo que a partir da lei 8142 de 1990, foi incorporado à sua organização o controle social, no qual os usuários participam da gestão do serviço. Além disso, o SUS tem como princípios doutrinários: a universalidade no acesso, a equidade e a integralidade. (BRASIL, 1990)

A realidade mundial de altas taxas de mortalidade materno-infantil e por doenças imunopreveníveis na década de 70 motivou a realização, em 1978, em Alma-Ata, da Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde. Nesta conferência foi proposta a Atenção Primária à Saúde (APS), que corresponde aos

serviços de atenção essenciais à saúde, baseados em tecnologias acessíveis, que atendem o usuário no seu território de vida e trabalho, constituindo assim, o primeiro nível de contato com o sistema de saúde. Posteriormente a APS foi implementada no Brasil a fim de cumprir uma das diretrizes do SUS, a descentralização, de forma que integrasse as ações em saúde por meio da municipalização dos serviços de atenção primária à saúde (BRASIL, 2011).

Segundo Starfield (2002), sendo a APS a porta de entrada do usuário ao Sistema de Saúde, é a partir dela que se determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde, que em busca da promoção, manutenção e melhoria da saúde, são organizados de forma a racionalizar a utilização dos recursos, tanto básicos como especializados. Sendo assim, a APS fornece atenção sobre a pessoa não direcionada para a enfermidade, mas sim para sua integralidade (STARFIELD, 2002).

O avanço significativo do SUS, nos últimos anos, vem apresentando evidências da importância da Atenção Primária à Saúde (APS) nesse processo. Estudos realizados em diversos países, incluindo o Brasil, apontam que APS alcança melhores resultados à saúde das populações (BRASIL, 2007).

No Brasil a APS primeiramente se desenvolveu sob o modelo da Programação em Saúde, organizado na década de 70. A partir da década de 90 foi incorporado a este o modelo assistencial de Vigilância da Saúde operacionalizado em 1991 pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e pelo Programa de Saúde da Família (PSF).

O PSF foi instituído em 1994, pelo Ministério da Saúde, no sentido de reorientar o modelo assistencial em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças. O novo modelo além de incorporar ao conceito de saúde a qualidade de vida, é baseado no trabalho de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde (UBS). Nesse contexto essas equipes por meio de ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, se responsabilizam pelo acompanhamento de uma população adscrita¹, localizada em uma área delimitada, centrando-se na atenção integral à saúde (ANDRADE, et al, 2004).

¹ O termo “adscrita” é utilizado na Política Nacional de Atenção Básica e na Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, e tem como definição pelo dicionário Michaelis: ‘que foi inscrito, gravado; registrado’. Neste estudo este termo se refere a população moradora e registrada em determinado espaço, e que está sob responsabilidade dos equipamentos sociais que atuam neste território.

O PSF posteriormente foi denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF), que a partir da maior aproximação do serviço de saúde à comunidade possibilitava ações de promoção e proteção da saúde em detrimento da atenção centrada em ações curativas (CALIXTO, 2012).

A atenção à saúde, entendida a partir do ambiente físico e social do cidadão está centrada na família, o que possibilita às equipes da ESF uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas (PNAB, 2012). Assim, a ESF tem como fundamento priorizar o desenvolvimento de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família nos diferentes momentos do ciclo de vida, de forma integral e contínua, desenvolvendo o atendimento na Unidade de Saúde, nos domicílios e na própria comunidade, por meio das atividades das equipes de saúde (PNAB, 2012).

A aproximação da APS à população permite o acesso dos usuários às ações de saúde; predomínio da intervenção por equipe multidisciplinar, planejamento de ações pautadas em dados epidemiológicos conferindo prioridade às famílias ou grupos adscritos a um território com maior risco de agravos e também promove estímulo à participação comunitária (ANDRADE, et al, 2004).

A ESF, além de promover a intensificação dos processos de participação comunitária, também propiciou uma maior integração das ações da atenção primária com as de atenção secundárias e terciárias visto que os níveis de atenção, articulados entre si dependem da atenção primária no quesito da distribuição dos serviços de saúde no território dos municípios (ANDRADE et. al. 2005). Portanto, o trabalho da ESF deve ir além dos muros da UBS, para tanto precisa ter conhecimento acerca do território onde atua (BRASIL, 2001).

O território, na perspectiva de cotidiano vivido, é onde ocorre a interação entre as pessoas e os serviços de atenção primária à saúde. Apresenta uma população específica, vivendo em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde definidos, os quais muitas vezes são influenciados por condicionantes e determinantes que se manifestam de dimensões estruturais (MONKEN e BARCELLOS, 2005).

Segundo Milton Santos, (2013) o território de saúde é aquele usado pelos homens, tal qual ele é, isto é, o espaço vivido pelos homens. Em seu conceito sobre território, Santos (2004, p. 22) também o define como “um conjunto indissociável, solidário e também contraditório, de sistemas de objetos e sistemas de ações, não considerados isoladamente, mas como quadro único na qual a história se dá”.

Nessa perspectiva, o território está além das geometrias, visto que é produzido a partir das relações sociais construída, que se realiza como processo, movimento ou fluxo (SANTOS, 1997).

Dessa forma este espaço apresenta não apenas uma delimitação física, mas também, um perfil histórico, demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, que o caracteriza como um território em construção contínua. Nesta conjuntura, a ESF, cujas ações de saúde são implementadas sobre uma base territorial em um espaço previamente delimitado, utiliza-se da territorialização para instrumentalizar a organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde (MONKEN e BARCELLOS, 2005).

Esse arranjo foi importante para buscar alcançar o caráter universal do SUS, com vistas ao acesso da população aos serviços de saúde, e dando importância aos municípios e aos territórios, e à forma como os serviços se distribuem neles (FARIA, 2013). A territorialização permite que a atenção primária atue como porta de entrada para as redes de atenção, e tenha continuidade, coordenação e integração das ações (FARIA, 2013). Para isso, a territorialização ajuda a definir o limite de atuação dos serviços de saúde, estabelecendo uma população adscrita que é o público-alvo dos serviços, mas também garante a essa população o acesso, ou o direito à saúde (FARIA, 2013).

A partir da territorialização, a ESF delimita um local que apresenta atributos, naturais ou desenvolvidos pelo homem, caracterizando o ambiente. Este ambiente, por sua vez influencia o processo saúde-doença da população daquela área. Este se torna o cenário da atuação compartilhada entre equipe, usuários da Unidade de Saúde e grupos da população (TEIXEIRA, 1994; MONERAT e SOUZA, 2011).

Cada Unidade deve atender uma população ou público-alvo, que deve ser adscrita ao território da UBS. Para isto os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) realizam o cadastro da população comprovadamente residente no território. A UBS atua como porta de entrada, como atenção primária, a estes usuários. Portanto, o

território-alvo define os limites de atuação dos serviços de saúde e a população sob a responsabilidade, pelos seus endereços (FARIA, 2013).

Além de ter um território foco para planejar ações e aplicar intervenções de atuação, a equipe de saúde da família deve levar em conta o conhecimento sobre este território, suas áreas de risco, famílias em situação de vulnerabilidade, a fim de estabelecer as prioridades a partir dos problemas de saúde específicos, buscando impacto positivo sobre a saúde da população e suas condições de vida (TETEMANN, 2016).

A territorialização, como um dos pressupostos básicos do trabalho da ESF, atua em três propósitos diferentes e complementares: demarcação de limites das áreas de trabalho dos serviços; reconhecimento do ambiente, população e dinâmica social existente nessas áreas; estabelecimento de relações verticais com centros de referência e horizontais com outros serviços adjacentes (PEREIRA e BARCELLOS, 2006).

Tetemann et al. (2016) destacam problemas ao se considerar a territorialização meramente como um espaço físico a ser delimitado, acabando por reduzir a territorialização a uma forma padronizada, regulada pelos recursos, de oferecer os serviços de saúde, sem priorizar ao acesso universal. Mafra e Chaves, (2004) também apontam o erro de pensar na territorialização como uma prática limitada no tempo, quando na verdade deveria ser parte da rotina da equipe de saúde. Para além deste conceito, o território é também um espaço em que a população e os serviços de saúde interagem em tempos determinados, com problemas de saúde definidos, sendo, portanto, algo em constante construção, não uma extensão geográfica estática (TETEMANN et al., 2016).

Segundo Santos e Rigotto (2010), a territorialização pode assumir o significado de reconhecimento do ambiente, da população e sua dinâmica social, demarcação de limites para a atuação dos serviços, além do estabelecimento de relações com outros serviços. Estas relações são o que irá permitir potencializar ações intersetoriais, uma vez que a atenção primária deve atuar sobre a saúde e sobre o contexto de vida da população no território, o que exige o planejamento de ações intersetoriais, além do setor da saúde e da equipe multiprofissional das Unidades de Saúde (FARIA, 2013).

As práticas de saúde no território avançam para a integração das ações de atenção, promoção e prevenção, de forma que as intervenções sobre os problemas sejam também sobre as condições de vida das populações (MENDES, 1993).

A organização dos serviços da atenção primária baseada na territorialização é o que permite planejar, programar e desenvolver ações intersetoriais e setoriais tendo como foco um território específico atuando como porta de entrada principal para as Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2017).

3.5 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Junto ao conceito ampliado de saúde e à sua afirmação como direito social, o SUS se apresenta em um novo contexto de atenção e gestão, no qual se trata de um sistema de saúde universal, integral, unificado e articulado em redes regionalizadas e descentralizadas. Para tanto, estruturar sistemas em redes tornou-se uma estratégia indispensável, de forma a permitir a criação de múltiplas respostas para a atenção ao processo da saúde-doença, além de ser o caminho mais eficaz para a concretização da integralidade na atenção à saúde da população serviço, sendo esta, princípio instituinte do SUS (MAGALHÃES JUNIOR, 2014).

Os sistemas de atenção à saúde constituem respostas sociais, organizadas de forma deliberada, visando responder às necessidades, demandas e preferências das sociedades. Sendo assim, eles devem ser articulados a partir das necessidades de saúde da população, as quais muitas vezes são expressas em situações demográficas e epidemiológicas singulares (MENDES, 2011).

A situação de saúde brasileira demonstra estar em plena mudança, marcada por uma transição demográfica acelerada e uma tripla carga situacional de doenças, sendo estas: uma agenda não superada de doenças infecciosas e carenciais, uma carga importante de causas externas e uma presença fortemente hegemônica de condições crônicas. Estas condições evidenciam uma situação de saúde que não poderá ser respondida, adequadamente, por um sistema de atenção à saúde totalmente fragmentado, reativo, episódico e voltado, prioritariamente, para o enfrentamento das condições agudas e das agudizações das condições crônicas (MENDES, 2011).

Os sistemas fragmentados de atenção à saúde, fortemente hegemônicos, são aqueles que se organizam por meio de um conjunto de pontos de atenção à

saúde, isolados e incommunicados uns dos outros, e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população. Neles, a atenção primária à saúde não se comunica fluidamente com a atenção secundária à saúde e, esses dois níveis, também não se articulam com a atenção terciária à saúde, nem com os sistemas de apoio, nem com os sistemas logísticos (MENDES, 2011).

Por isso, visando o restabelecimento da coerência entre a situação de saúde e o SUS, surgiram as Redes de Atenção à Saúde (RAS), uma nova forma de organizar o sistema de atenção à saúde em sistemas integrados que permitam responder, com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade, às condições de saúde da população brasileira. As RAS, estabelecidas pela Portaria Nº4.279 de 30 de dezembro de 2010, diferem do sistema fragmentado, pois se utilizam de um conjunto coordenado de pontos de atenção saúde dentre os quais a atenção primária é a coordenadora dos fluxos que prestam uma assistência contínua e integral a uma população definida (MENDES, 2011).

Aprovada em 2017, a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) reforça os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Rede de Atenção à Saúde (RAS) a serem operacionalizados na Atenção Básica. Os princípios são, universalidade, equidade e integralidade, e as diretrizes são, regionalização, hierarquização, territorialização, população adscrita, cuidado centrado na pessoa, resolutividade, longitudinalidade do cuidado, coordenação do cuidado, ordenação da rede e participação da comunidade (BRASIL, 2017; STARFIELD, 2002).

Neste sistema de atenção à saúde, além de responder às condições agudas e aos momentos de agudização das condições crônicas nas unidades de pronto-atendimento ambulatorial e hospitalar, faz-se um seguimento contínuo e proativo dos portadores de condições crônicas, sob a coordenação da equipe da atenção primária à saúde, e com o apoio dos serviços de atenção secundária e terciária da rede de atenção, atuando, equilibradamente, sobre os determinantes sociais da saúde, sobre os fatores de riscos biopsicológicos e, também, sobre as condições de saúde manifestas e suas sequelas (MENDES, 2011).

Sob um olhar individual e coletivo, para se prestar uma atenção integral e voltada para os determinantes sociais de saúde, assim como os riscos biopsicossociais, ressalta-se a importância da intersetorialidade como articulação entre diferentes serviços que corresponsabilizam-se na promoção da saúde como

direito de todo cidadão. Estes serviços denominados equipamentos sociais, são definidos como edificações nos quais atuam profissionais que, como respostas sociais à comunidade, prestam serviços às necessidades sociais e de saúde de uma dada população. Os equipamentos sociais localizados no território são mobilizados para contribuir na promoção da saúde das famílias adscritas ao território (AVELINO, 2010).

Para as RAS responderem às necessidades de saúde da população esta precisa contar com todos os equipamentos sociais disponíveis na sociedade, de forma a utilizar-se dos recursos existentes nos diferentes setores como subsídio para o cuidado às famílias. Podendo então definir como equipamentos sociais, estruturas ou instituições destinadas à prestação de serviços e respostas sociais à comunidade ou de enquadramento a determinadas respostas que são prestadas junto a essa comunidade (AVELINO, 2010).

De acordo com Junqueira e Inojosa (1997), a complexidade do setor saúde não permite uma abordagem dos problemas que se realize de forma fragmentada por estruturas setorializadas. Para enfrentar de forma eficiente os problemas de saúde em que vive a população, somente ações coletivas, intersetoriais, transdisciplinares e que proporcionem o desenvolvimento de autonomia nos sujeitos podem apresentar resultados satisfatórios.

A lei Orgânica de Saúde 8080/90 ressalta ações de assistência, vigilância, prevenção e promoção de saúde, as quais são potencializadas por ações intersetoriais, porém, para isso, faz-se necessárias deliberações que envolvam a criação de espaços comunicativos, capacidade de negociação e manejo de conflitos a fim de que se possa alcançar as ações intersetoriais de forma mais eficaz. (CAMPOS, 2000).

Desta forma, a intersetorialidade é a articulação de saberes e experiências com vistas ao planejamento, para a realização e a avaliação de políticas, programas e projetos, com o objetivo de alcançar resultados sinérgicos em situações complexas. Trata-se, portanto, de buscar alcançar resultados integrados visando a um efeito sinérgico (INOJOSA, 2001).

Segundo o Ministério da Saúde, a intersetorialidade remete também ao conceito de rede, cuja prática requer articulação, vinculações, ações complementares, relações horizontais entre parceiros e interdependência de serviços para garantir a integralidade das ações (BRASIL, 2009). Contudo, os

recursos da RAS somente convergirão em subsídios para o cuidado à família, se os equipamentos sociais forem reconhecidos e utilizados pela população adscrita ao território e pela equipe multiprofissional de saúde (ERDMANN, SOUSA, 2009).

4. METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa. Foi selecionada a abordagem qualitativa, pois esta permite a investigação da realidade a partir da perspectiva dos participantes, de forma a subsidiar a reflexão e a interpretação dos achados pelo pesquisador.

O caráter é descritivo porque o estudo busca aprofundar o conhecimento relativo ao objetivo geral, assim como estabelecer relações entre as categorias de análise e o reconhecimento de seus possíveis desdobramentos. De acordo com Gil (2008), as pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a retratar as características de determinada população ou fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre variáveis, o que condiz com os objetivos propostos neste estudo.

4.2 LOCAL DE PESQUISA

A pesquisa foi realizada no município de Curitiba, no estado do Paraná. Curitiba foi escolhida por ser um dos primeiros municípios a aderirem ao Sistema de Gestão Plena de Atenção à Saúde no estado. Dentro deste município, então, optou-se pelo Distrito Sanitário do Bairro Novo (DSBN) como cenário do estudo, visto que as 12 Unidades de Saúde de seu território são organizadas no modelo de Estratégia Saúde da Família, modalidade esta, que norteia o objetivo deste estudo.

O estudo ocorreu nas 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 4 Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), e 4 escolas pertencentes ao território do Distrito Sanitário do Bairro Novo (DSBN).

4.2.1 Caracterização do cenário

Curitiba, capital do estado do Paraná, conta com uma população de cerca de 1.750.000 habitantes (Censo 2010). O processo de municipalização do sistema de saúde teve início em 1992, e em 1996 o município implantou o Programa Saúde da Família (PSF), em 1998 aderiu à Gestão Plena dos Serviços Municipais (CURITIBA, 2016).

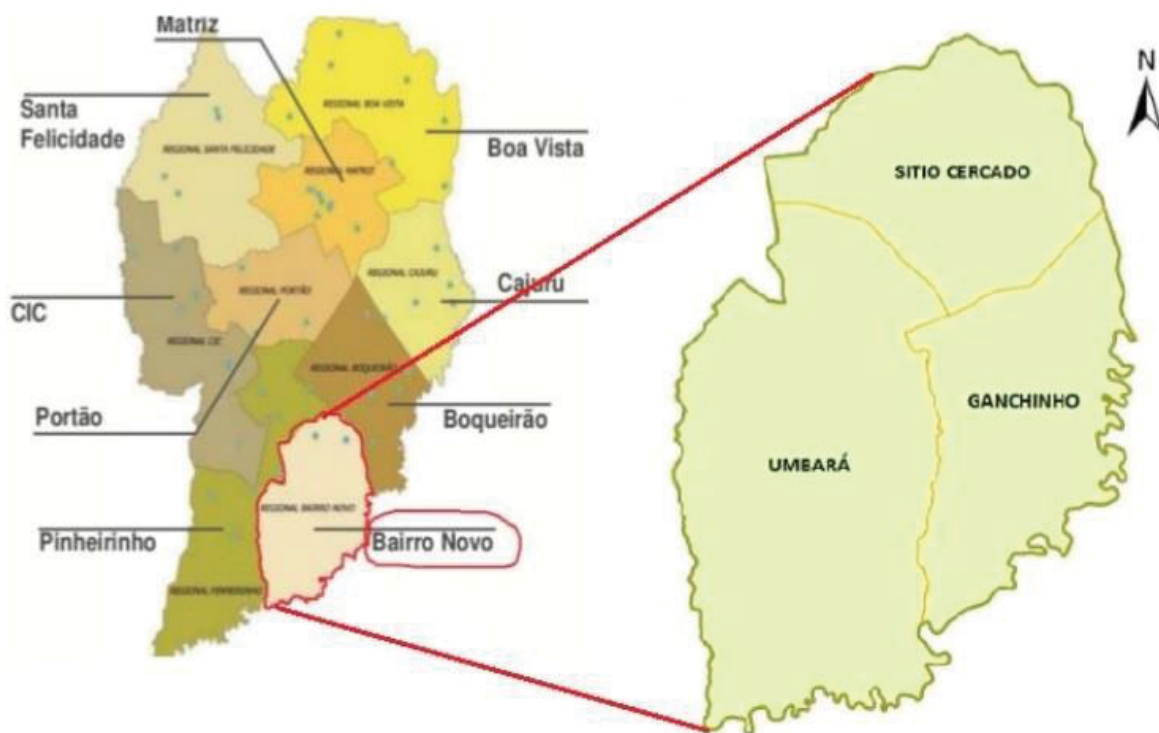
O serviço municipal dispõe de uma rede própria com dez Distritos Sanitários (DS), agregando 109 unidades de saúde, das quais 45 funcionam na modalidade de ESF, 10 com especialidades e cinco com atendimento 24 horas, um hospital geral e maternidade e um laboratório municipal. Os Programas desenvolvidos são agrupados por temas: Saúde da Mulher, Saúde da Criança: Nascer em Curitiba, Pacto pela Vida, Crescendo com Saúde, Rede de Proteção; Saúde do Adolescente, Saúde do Adulto; Saúde Mental; Saúde Bucal; Imunização e Vigilância Epidemiológica (CURITIBA, 2016).

Para o recorte do estudo foi escolhido o DS do Bairro Novo como cenário da pesquisa, essa escolha deve-se pelo fato deste distrito sanitário ter implantado em todas as unidades a ESF, consequentemente, todas as unidades podem contar com o Sistema de Informação da Atenção Básica e o prontuário eletrônico, além de maior articulação com os equipamentos sociais que estão adscritos ao seu território (CURITIBA, 2016).

As doze unidades de saúde que compõem o DSBN, têm como gestor local de cada unidade, um profissional da saúde como coordenação.

O DSBN foi criado em 1997 com o decreto nº812. Localiza-se ao sul da cidade e faz divisa com os distritos do Pinheirinho e Boqueirão e com os municípios da Região Metropolitana, São José dos Pinhais e Fazenda Rio Grande. Sua área total é de 4.500,83 ha, o que significa 10,35% do território de Curitiba. O Distrito do Bairro Novo é composto por três bairros: Ganchinho, Sítio Cercado e Umbará, apresentado pela Figura 1. Dentre eles, o Umbará é o maior em extensão com 2.224,95 hectares, correspondendo a aproximadamente 50% da área territorial total do distrito (IPPUC, 2013).

FIGURA 1. MAPA DE CURITIBA E DO DISTRITO DO BAIRRO NOVO



FONTE: Adaptada de IPPUC (2013)

O Bairro Novo é o distrito menos populoso de Curitiba, com 145.433 habitantes, correspondendo a 8,30% do total do município. No entanto, no período de 2000 a 2010 apresentou o maior crescimento entre os distritos (16,97%). Sua densidade populacional é de 32,31 hab./ha e o bairro Sítio Cercado possui a maior densidade populacional, com 103,15 hab./ha, ficando entre os três bairros com maior densidade populacional de Curitiba, abaixo apenas dos bairros Centro e Água Verde (IPPUC, 2013).

A pirâmide etária do DSBN, apresenta uma base mais estreita, mostrando que há mais população adulta do que de crianças e jovens. Apesar disso, a população mais jovem é composta por 36.034 crianças (0 a 14 anos) e 40.818 jovens (entre 15 a 29 anos). A população idosa (acima de 64 anos) é de 5.946 habitantes. Apesar de representar apenas 4,08%, essa faixa etária aumentou 51% em números absolutos (IPPUC, 2013).

Em relação a sua economia, o DSBN possui 7.116 estabelecimentos formais exercendo atividades econômicas. Essa quantidade corresponde a 3,73% do total de Curitiba. As atividades econômicas são separadas em três setores: comércio, serviço e indústria, sendo o setor comercial a atividade preponderante com concentração de 51,93% dos estabelecimentos do distrito (IPPUC, 2013).

Em 2010, o rendimento médio nos domicílios particulares permanentes no DSNB foi de R\$ 2.012,65, o menor valor entre as regionais, este valor está 46,7% abaixo do rendimento médio obtido pelo município de Curitiba no mesmo ano, que foi de R\$ 3.774,19 (IPPUC, 2013). Este rendimento inferior se expressa no fato de que 497 domicílios se encontram em situação de extrema pobreza, valor referente a 8,45% do total dos domicílios em extrema pobreza do município, envolvendo uma população de 1.503 habitantes (IPPUC, 2013).

Comparativamente a distribuição das faixas de renda de Curitiba, o distrito apresenta predominância de concentração populacional nas faixas com menor poder aquisitivo, cerca de 95% da população estão nas faixas de renda de até três salários mínimos (IPPUC, 2013).

Em relação a habitação, o DSBN possui ocupações irregulares nos três bairros que a compõe. Ao todo são 35 áreas de ocupação, o Sítio Cercado tem o maior número delas, com 19 áreas de ocupação, o Umbará com 13 e o Ganchinho com três áreas. A análise da população que vive nessas ocupações mostra que 6.122 habitantes estão no bairro Ganchinho, 14.387 habitantes estão no Sítio Cercado e 3.354 moradores vivem em ocupações irregulares no Umbará. A proporção de pessoas vivendo em áreas de ocupação irregular representa 16,4% da população total da regional assim, 23.863 pessoas (IPPUC, 2013).

Com 98,98% de domicílios ligados à rede de água o DSBN apresenta um resultado superior à média da cidade que é de 87,40%. No que se refere à rede de esgoto pode-se verificar que o distrito apresenta um resultado inferior à média da cidade. O baixo percentual de domicílios atendidos no distrito é derivado da situação do bairro Umbará que tem apenas 49,09% de domicílios atendidos pela rede de esgoto, um dos cinco piores resultados registrados em toda a cidade. Neste bairro, dos 50,95% domicílios que não possuem rede de esgoto, 34,37% possuem fossa séptica e 16,53% se utilizam de outros meios de lançamento de seus efluentes (IPPUC, 2013).

A coleta de lixo na regional abrange mais de 99% dos domicílios em todos os bairros. O DSBN apresenta um percentual de atendimento por este serviço maior que a média da cidade. Dos 5.522 domicílios particulares permanentes apenas 36 (0,65%) não são atendidos por serviço de coleta de lixo (IPPUC, 2013).

Em relação aos aspectos educacionais, o Distrito do Bairro Novo tem uma população entre 0 e 5 anos de 13.191 crianças. Dessas, 5.008 crianças, correspondente a 38,0%, estão atendidas em creches públicas municipais e em escolas municipais que oferecem pré-escola. O bairro Ganchinho possui três creches municipais que atendem 527 crianças e uma escola com 26 alunos em pré II; o bairro Sítio Cercado possui 19 creches municipais e 15 escolas que oferecem Pré II e que atendem 3.924 crianças e o Bairro Umbará duas creches e duas escolas que atendem Pré II, com capacidade para 497 crianças (IPPUC, 2013).

A população com idade entre 6 e 10 anos no distrito é de 12.038 crianças. O município atende 87,6% dessas crianças em escolas públicas municipais. O bairro com maior percentual de crianças em escola pública é o Sítio Cercado onde estão 101,3% das crianças e o menor, Ganchinho, com 20,9%. No caso do bairro Sítio Cercado o número de crianças atendidas supera o número total de crianças do próprio bairro, pois atende também crianças residentes em outros bairros (IPPUC, 2013).

Já a população com idade entre 11 e 14 anos, estudantes dos anos finais do Ensino Fundamental, 6º ano até a 8ª série, somam 10.805 jovens, mas somente 10,6% são atendidas por escolas municipais. Todas as escolas estão localizadas no bairro Sítio Cercado, o que eleva esse percentual no bairro para 13,7% (IPPUC, 2013).

Quanto a presença de organizações sociais, o DSBN possui 89 organizações cadastradas na Fundação de Ação Social (FAS): no Sítio Cercado existem 70, no Umbará existem 13 e no Ganchinho quatro. Estas organizações representam diferentes segmentos da sociedade e vão desde clubes de mães até associações de moradores e sociedades beneficentes. É importante a identificação destas organizações tendo em vista a valorização e participação do cidadão na gestão democrática da cidade (IPPUC, 2013).

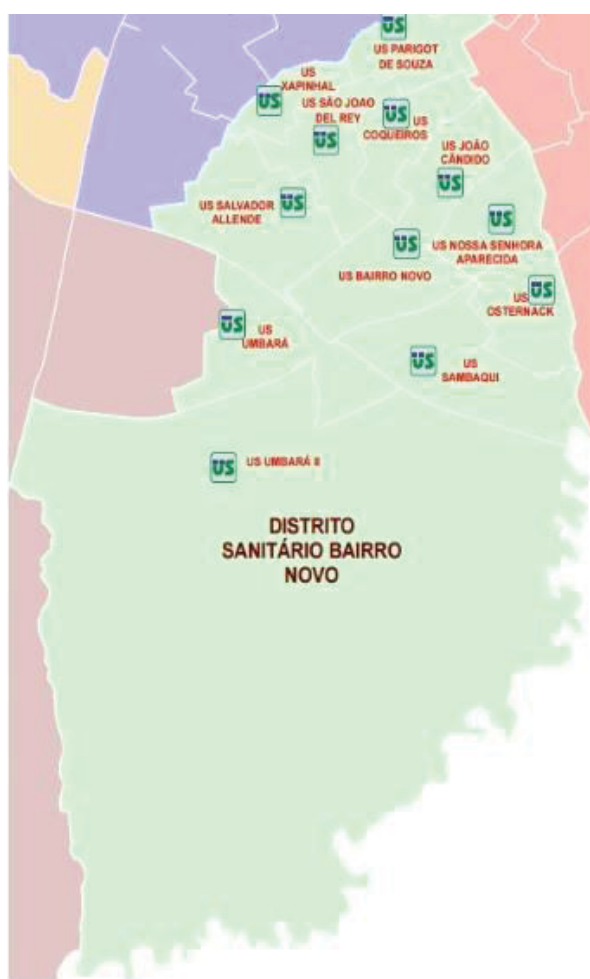
Em relação aos equipamentos sociais presentes no DSBN, o setor saúde conta com doze unidades de saúde, localizadas de acordo com a Figura 2, todas inseridas na Estratégia Saúde da Família. São elas: US Bairro Novo, US Coqueiros,

US João Cândido, US Nossa Senhora Aparecida, US Osternack, US Parigot de Souza, US Salvador Allende, US Sambaqui, US São João Del Rey, US Umbará, US Umbará II e US Xapinhal (SMS CURITIBA, 2016).

Além das Unidades de Saúde da Família, o DSBN novo conta também com o Centro de Atenção Psicossocial (CAPsd III), a Maternidade do Bairro Novo e a Unidade de Pronto Atendimento do Sítio Cercado. Todos esses equipamentos oferecem atendimento 24h (SMS CURITIBA, 2016).

No total o DSBN possui 14 equipamentos de saúde. A maior parte deles está no Sítio Cercado. O Umbará conta com duas Unidades de Saúde da Família e o Ganchinho uma. No Sítio Cercado, além de sete destas unidades ainda existe um hospital geral, duas unidades de saúde especializadas e um centro de urgências médicas.

FIGURA 2. MAPA DA DISTRIBUIÇÃO DE UBS NO DISTRITO SANITÁRIOS DO BAIRRO NOVO



FONTE: SMS Curitiba (2016).

Quanto aos equipamentos sociais do setor da educação, o DSBN possui o total de 72 equipamentos. Destes, 34 são creches e pré-escolas, 29 estão no Sítio Cercado, sendo 12 particulares e 17 municipais; 3 estão no Umbará, todas particulares e duas municipais no Ganchinho. No distrito existem 32 escolas de ensino fundamental, 29 delas são públicas. O Sítio Cercado tem 22, o Umbará cinco e o Ganchinho duas; e das particulares, duas estão no Sítio Cercado e uma no Umbará. As unidades de educação integral são quatro, todas são públicas e situadas no Sítio Cercado. Há também uma escola de ensino especial particular no Sítio Cercado (SME, 2016).

Em relação aos equipamentos do setor da assistência social, o DSBN possui 17 equipamentos. No total são 5 CRAS (Centro de Referência de Assistência Social), 1 CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social), e cinco Liceus de Ofícios. Sendo que o Sítio Cercado é o bairro que concentra a maior parte deles. No Umbará existe um CRAS e o Ganchinho não possui nenhum tipo de equipamento do setor social. Existe ainda duas casas de repouso e uma associação de moradores no Umbará que são particulares (SMAS, 2016).

O Distrito do Bairro Novo ainda conta com 15 equipamentos destinados ao esporte e lazer. Destes 11 são públicos e quatro são estádios particulares. A maior parte destes equipamentos está no Sítio Cercado, o qual tem seis Academias ao Ar Livre, três Centros de Esporte e Lazer e dois estádios. No Ganchinho existe uma Academia ao Ar Livre e um estádio. O Umbará possui apenas um estádio, o Centro de Esporte e Lazer Bairro Novo; Centro de Esporte e Lazer Xapinhã; Centro de Esporte e Lazer Vila Tecnológica; Clube da Gente Bairro Novo; Núcleo Regional de Esporte, Lazer e Juventude Bairro Novo (SMELJ, 2013).

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Para este estudo a amostra foi composta por 20 gestores locais de equipamentos sociais dos setores da saúde, social e educação do DSBN. Dos 20 participantes, 12 são gestores das unidades de saúde, 4 são dos CRAS e 4 são das escolas do distrito.

Foram escolhidos gestores locais como participantes da pesquisa, pois nessa função, o profissional é responsável pela implantação, acompanhamento e avaliação dos programas no município. Os gestores locais atuam como tradutores das políticas de saúde e, portanto, mediador entre os usuários da saúde e a instituição, estes também têm o potencial de permear, sustentar e estimular a integração dos trabalhadores (CURITIBA, 2016).

Em primeiro momento foram entrevistados os gestores de todas as unidades de saúde do DSBN, em um segundo momento foram entrevistados os gestores locais dos CRAS. Do total de 5 CRAS presentes no distrito, um deles estava em processo de mudança de coordenação, o que inviabilizou a entrevista com todos os CRAS do distrito. Nas entrevistas com os gestores locais dos 4 CRAS disponíveis, foi perguntado com quais equipamentos do setor da educação havia maior articulação intersetorial, cada gestor de CRAS citou uma escola do distrito, totalizando 4 escolas. As escolas citadas foram as entrevistadas posteriormente.

Foram incluídos como participantes de pesquisa os gestores locais da saúde, educação e social que atuam no distrito sanitário do Bairro Novo do município de Curitiba, que estejam a mais de 30 dias na função e que concordaram com a sua participação voluntária no estudo, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 1).

4.4 COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados foram realizadas entrevistas semiestruturadas (APÊNDICE 2), estas foram gravadas e transcritas para a análise de dados.

A primeira parte do instrumento inclui dados sobre os participantes da pesquisa, relacionados ao sexo, nome, idade, estado civil, escolaridade. O item “escolaridade” foi organizado de acordo com a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa ABEP (2012). A segunda parte do instrumento é composto por perguntas norteadoras selecionadas com vistas a responder aos objetivos deste trabalho, tais como:

- Quais equipamentos sociais você conhece no território que contribuem com a integralidade do cuidado às famílias?
- Que ações intersetoriais você já participou?
- Quais as limitações que fragilizam a ação intersetorial?

- O que você acha que poderia potencializar as ações intersetoriais para a promoção de saúde no território em que você atua?
- Ações intersetoriais são importantes? Por que?

4.5 PERCURSO METODOLÓGICO

O período de entrevistas com os profissionais dos diversos setores ocorreu no período de agosto de 2017 a março de 2018. A seleção da amostra se deu em forma de convite, na reunião de coordenadores dos equipamentos do DSBN. Os participantes de pesquisa foram entrevistados, em sala reservada, nos seus locais de trabalho, com horário previamente agendado e com duração média de 25 minutos.

Após as entrevistas ocorreram as transcrições das falas. Trata-se de um processo minucioso de ouvir as gravações e transcrevê-las de maneira organizada. As entrevistas receberam códigos alfanuméricos para sua identificação e permanecerão armazenadas sob responsabilidade do pesquisador responsável, que manterá o sigilo dos dados obtidos.

Para interpretar o conteúdo das falas dos participantes de pesquisa foi utilizada a técnica de análise categorial de Bardin. A partir da identificação dos núcleos de sentido, os dados foram trabalhados e agrupados em categorias empíricas. A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamentos segundo o gênero com os critérios previamente definido (BARDIN, 2002)². O tratamento do material determina um processo de codificação, em que são empregados recortes, agrupamentos e classificações que subsidiam a interpretação das entrevistas. Dessa forma, a análise temática visa descobrir “núcleos de sentido”

²A análise categorial segundo Bardin, ocorre por meio de operações de desmembramento do conteúdo em unidades, em categorias segundo reagrupamentos analógicos. A análise deve seguir os processos de fragmentação e classificação do conteúdo. Na fragmentação, o analista é responsável pela delimitação das unidades de codificação, que de acordo com o material, no caso, palavras e frases. “A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamentos segundo o gênero com os critérios previamente definidos” (Bardin, 2002). Assim, as categorias são classes que reúnem um grupo de elementos sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão dos caracteres comuns destes elementos.

das comunicações, cuja ausência ou frequência podem expressar significados (BARDIN, 2002).

Para apoiar a análise de dados da pesquisa foi utilizado o software MAXqda®, desenvolvido por Kuckartz em 1995. O MAXqda® está indicado para análise de dados qualitativos e permite a realização de análises de conteúdo auxiliando a visualização gráfica das categorias temáticas e consequentemente maior compreensão da hierarquia e organização das ideias levantadas por meio das entrevistas. A criação de códigos e categorias é controlada pelo usuário, que pode criar códigos antes, durante e após a análise do material. Os códigos são representados hierarquicamente, como uma árvore, estrutura que permite diversos códigos de níveis para serem indexados (OLIVEIRA et al., 2015).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo seguiu as normas da Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, sob o Parecer nº 2.092.785 (ANEXO 1), e teve apreciação ética do Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Curitiba (ANEXO 2).

Os participantes que concordaram voluntariamente em participar da pesquisa assinaram o TCLE onde foram informados sobre seus objetivos e sobre a possibilidade de desistência.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo apresentam-se os resultados e discussão do estudo. Os resultados foram organizados a partir da caracterização dos participantes conforme o Quadro 1 e das categorias temáticas que emergiram da análise das entrevistas com os gestores locais dos setores, saúde, assistência social e educação.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

QUADRO 1- CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

PARTICIPANTE	SEXO	IDADE	FORMAÇÃO	PÓS GRADUAÇÃO	TEMPO NESTE TIPO DE SERVIÇO	TEMPO NO CARGO ATUAL
ENF01	F	40	Enfermeiro	Gestão do Sus	10 anos	5 anos
ENF02	M	44	Enfermeiro	-	8 anos	1 ano
ENF03	F	47	Enfermeiro	Terapia Intensiva	1 mês	1 mês
ENF04	M	43	Enfermeiro	Adm. em Saúde, Gestão Clínica, Emergência, Saúde do trabalhador	7 meses	7 meses
ENF05	M	41	Enfermeiro	Gestão Pública	11 anos	5 anos
ENF06	F	32	Enfermeiro	Emergência e Gestão de Pessoas	3 anos	3 anos
ENF07	F	46	Enfermeiro	Saúde da Família	13 anos	9 anos
ENF08	F	40	Enfermeiro	Gestão em Saúde Pública, Saúde do Trabalhador	6 anos	3 anos
ENF09	F	49	Enfermeiro	Gestão Pública, Obstetrícia, Apoio Matricial	17 anos	2 meses
ENF10	F	50	Enfermeiro	Terapia Intensiva, Emergência e Obstetrícia	4 anos	8 meses
ENF11	M	54	Enfermeiro	Terapia Intensiva, Saúde da Família, Gestão de Pessoas	20 anos	6 meses
ENF12	F	41	Enfermeiro	Obstetrícia	10 anos	4 anos
ASS01	F	38	Assistente social	Gestão de Pessoas	10 anos	1 ano
ASS02	M	43	Assistente social	Gestão Pública	13 anos	7 anos e meio
ASS03	F	56	Assistente social	Gestão Pública e Recursos Humanos	14 anos	6 meses
ASS04	F	35	Assistente social	Interdisciplinaridade	4 anos	1 ano
EDC01	F	44	Pedagoga	Gestão e Inclusão	25 anos	4 anos
EDC02	F	45	Pedagoga	Educação Especial, Contação de História	24 anos	4 anos
EDC03	F	41	Geógrafa	Educação Especial	25 anos	3 anos
EDC04	F	51	Pedagoga	Psicopedagogia	15 anos	7 anos

FONTE: O autor (2018)

Foram entrevistados 20 gestores locais, destes, 12 são profissionais do setor saúde, 4 do setor da assistência social e 4 do setor da educação.

Dos 20 profissionais entrevistados, 19 possuem pós-graduação *Lato Sensu* e apenas um não possui, sendo que 8 cursaram mais de uma pós-graduação.

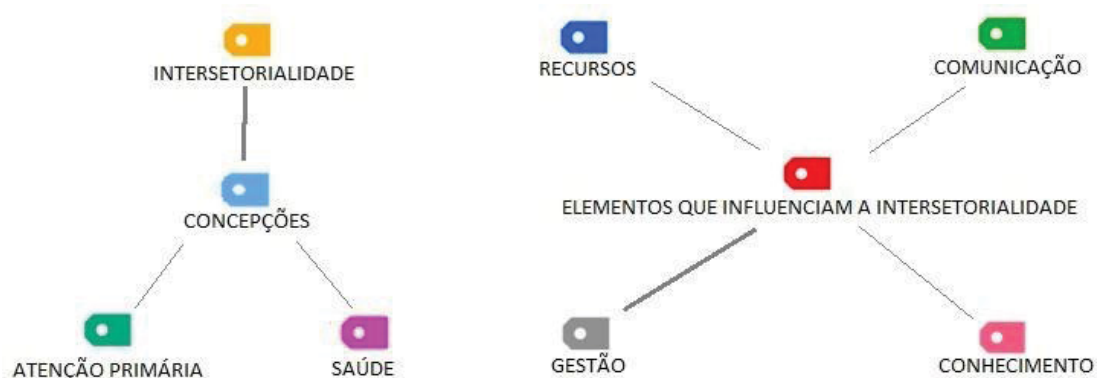
Em relação aos participantes do setor saúde, o tempo em que os profissionais entrevistados trabalharam na ESF em relação ao tempo em que estão ocupando o cargo de coordenadores nas atuais UBS é variado, de modo que alguns gestores assumiram o cargo de coordenação após uma longa experiência trabalhando com ESF, enquanto alguns tiveram com primeira experiência na ESF já a função de coordenadores das unidades.

A partir da leitura das entrevistas dos profissionais dos diferentes setores, foi realizado o agrupamento em categorias temáticas e análise das falas a fim de identificar as singularidades e pluralidades de elementos em relação ao objeto de estudo, a intersectorialidade.

5.2 CATEGORIAS TEMÁTICAS

Por meio da análise de dados das 20 entrevistas, foram gerados no software 242 códigos, sendo que cada código se refere a uma citação. Foram identificadas duas categorias temáticas, “Concepções” e “Elementos que influenciam a intersectorialidade”, como apresentado na Figura 3. A partir da categoria “Concepções” surgiram as seguintes subcategorias temáticas: “concepções de intersectorialidade” (72 códigos), “concepções de atenção primária” (7 códigos), e “concepções de saúde” (7 códigos). Da categoria “Elementos que influenciam a intersectorialidade” as subcategorias que emergiram dos dados foram: “Recursos” (25 códigos), “Gestão” (53 códigos), “Comunicação” (15 códigos) e “Conhecimento” (19 códigos). Serão apresentados os mapas mentais que organizam as categorias temáticas e os seus respectivos códigos, gerados no software MaxQDA, e em sequência, serão trazidos os discursos dos participantes que representam as categorias do estudo.

FIGURA 3-CONCEPÇÕES E ELEMENTOS QUE INFLUENCIAM A INTERSETORIALIDADE

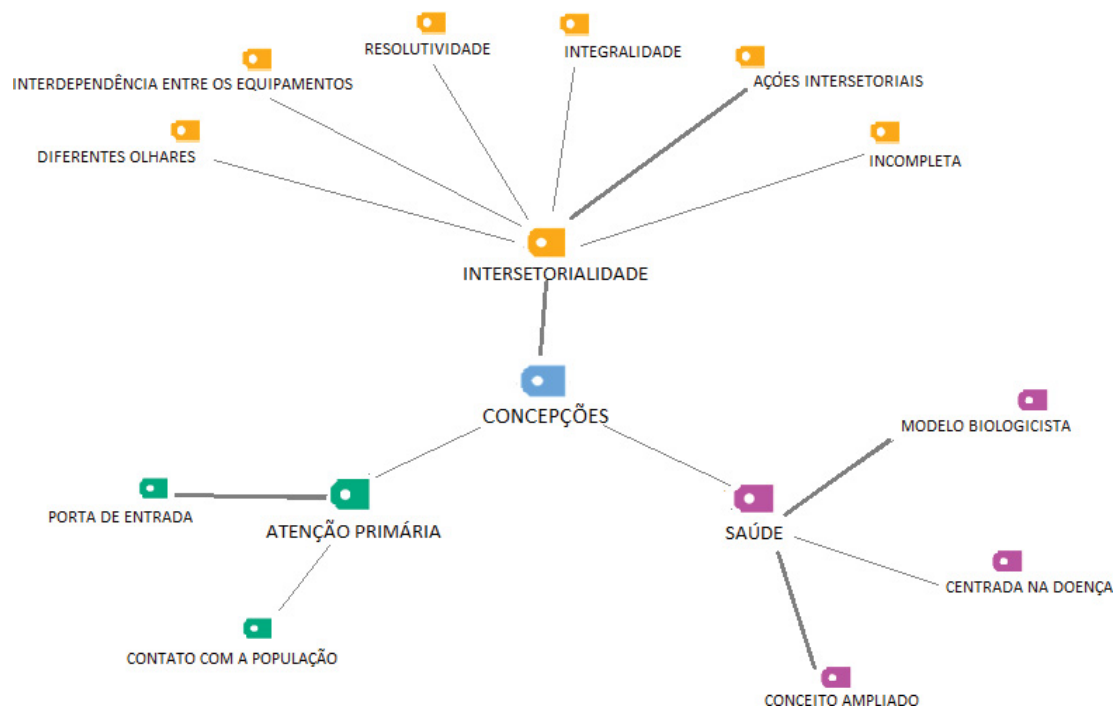


FONTE: O autor (2018)

5.2.1 Concepções

A partir das falas surgiram as concepções de Intersectorialidade, Atenção Primária e Saúde representadas na Figura 4:

FIGURA 4-CONCEITOS: INTERSETORIALIDADE, ATENÇÃO PRIMÁRIA E SAÚDE



FONTE: O autor (2018)

Na subcategoria “Concepções de Intersetorialidade” surgiram os seguintes conceitos e concepções: “Diferentes olhares”, “Interdependência entre os equipamentos”, “Resolutividade”, “Integralidade”, “Ações intersetoriais” e “Incompleta”.

Dentro da subcategoria “Concepções de Atenção Primária”, surgiram os conceitos, “Porta de entrada” e “Contato com a população”.

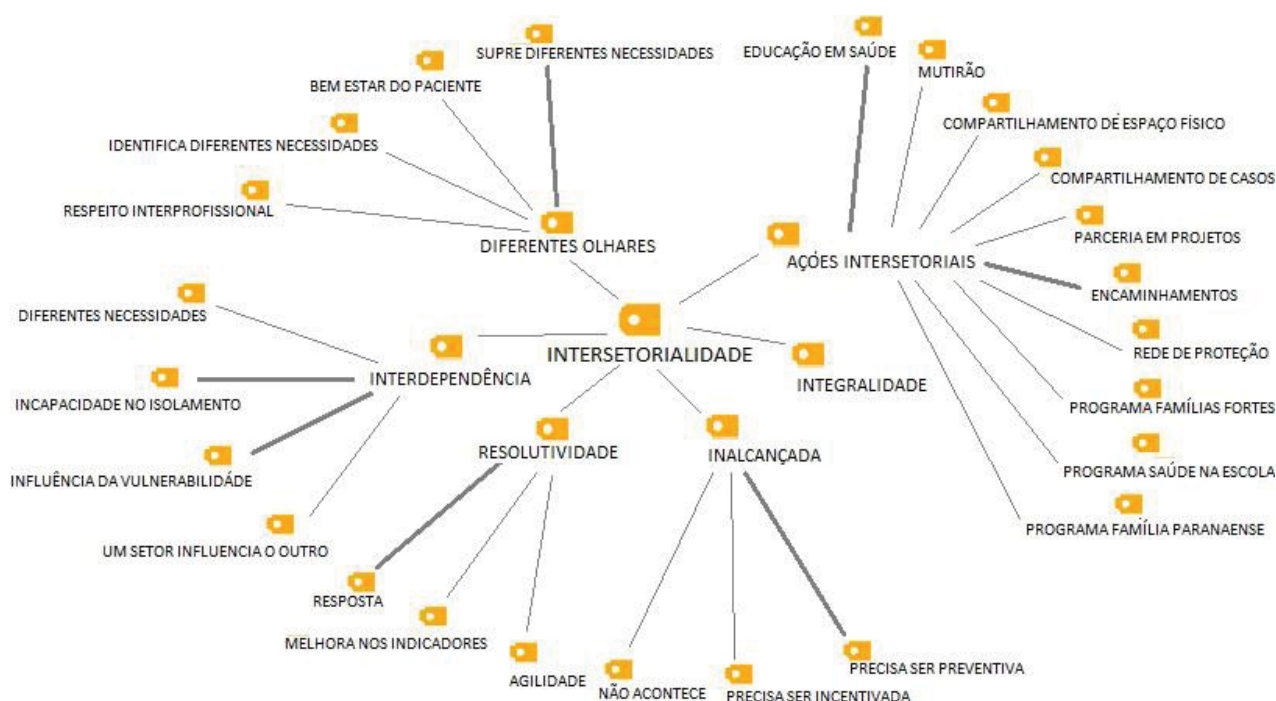
Na subcategoria de “Concepções de Saúde”, esta foi relacionada aos seguintes conceitos: “Centrada na doença”, “Modelo biologicista” e “Conceito ampliado” conforme representado na Figura 4

5.2.1.1 Concepções de Intersetorialidade

O termo intersectorialidade se apresenta na literatura com imprecisão, devido à polissemia conceitual com que a expressão é utilizada (AKERMAN et al, 2014; HENRIQUE, 2016).

De forma semelhante, os entrevistados deste estudo atribuíram grande variabilidade de conceitos e concepções ao termo intersectorialidade.

FIGURA 5 - CONCEPÇÕES DE INTERSETORIALIDADE



FONTE: O autor (2018)

Nas falas foi expresso que a intersetorialidade pode ser entendida como diferentes olhares sobre o mesmo território, os quais têm a capacidade de identificar diferentes necessidades e aumentar a possibilidade de resolução das mesmas.

ENF2" Cada secretaria tem um olhar diferente para o mesmo território, e esse território tem várias necessidades

ASS04 "A família é única, (...) com certeza ela vai na unidade de saúde, às vezes eles conseguem identificar uma coisa lá, nela, que eu não identifico"

Corroborando com esta idéia, Bichir, 2016, afirma que a intersetorialidade implica não somente que os diversos setores atuem sobre uma mesma população com serviços que são próprios de cada um, mas também, de maneira articulada, previnam problemas e atendam às diversas necessidades sociais, as quais se originam de causas complexas e relacionadas entre si.

As falas dos participantes expressaram a relevância da intersetorialidade, pois esta permite considerar os usuários por várias perspectivas contribuindo para o bem-estar da população.

ENF2" A gente trabalha dentro do território(...)trabalhando na parte da saúde, mas tentando resolver, tentando ajudar essa população em todos os seus aspectos, então a gente trabalha junto visando o bem-estar do paciente."

Em concordância a esta percepção, estudos realizados na Colômbia e Chile, a respeito da implantação de políticas de envelhecimento ativo, demonstraram que a utilização de enfoques intersetoriais, cria condições para que os idosos sejam saudáveis, integrados e tenham altos níveis de bem-estar subjetivos (COLÔMBIA, 2007; CHILE, 2012; BICHIR, 2016).

Em contrapartida, foi ressaltado nas falas, que a intersetorialidade é importante, porém, os diferentes olhares devem ser respeitados, não ocorrendo sobreposições aos trabalhos e compreendendo-se os limites de formação dos profissionais envolvidos.

ASS01 "A intersetorialidade é importante desde que um respeite o olhar do outro, não queira se sobrepor ao trabalho do outro(...) é importante, mas vamos cada um na sua área"

Em concordância com estes dados, Faler, 2015, aponta que é esperado que os setores, formados por sujeitos, compreendam a interdisciplinaridade, prezem pelo compromisso ético profissional na sua área, dialoguem de forma a respeitar a pluralidade de saberes, e reconheçam as especificidades de cada área sem disputar poder, saber e status.

Autores discorrem que diferentes formas de pensar dos atores envolvidos e disputas de poder podem influenciar na concretização das ações intersetoriais, de modo que o entendimento do que é uma parceria e quais as suas implicações no gerenciamento e operacionalização de projetos intersetoriais envolve a ideia de conflito, considerando que atores têm distintas posições de condições e de poder, devido às iniquidades estruturais, tais como o acesso ao dinheiro, informação ou poder (WESTPHAL, MENDES, 2000; MONNERAT, SOUZA, 2009).

A intersetorialidade caracteriza-se pela possibilidade de uma síntese dada pela predisposição ao diálogo, o que não anula a singularidade do fazer setorial, ao contrário, reconhece os domínios temáticos, comunicando-os para a construção desta síntese (MENDES, 1996). Assim, as questões relativas à ação intersetorial envolvem conflitos constantes que devem ser identificados, debatidos e resolvidos para o aprimoramento da atenção e cuidado às famílias (WARSCHAUER e CARVALHO, 2014).

A fim de que se criem condições para a superação dos desafios concernentes a estes conflitos é necessário, conciliar as diferentes dinâmicas de poder entre as instâncias envolvidas, estabelecer objetivos e compromissos mútuos, compatibilizar os desenhos institucionais, conciliar autonomias e desenvolver uma cultura de cooperação (GAUVIN, 2010).

Os entrevistados relataram que a intersetorialidade permite que a atenção aos usuários seja realizada na perspectiva da integralidade, possibilitando que sejam atendidos os sujeitos e suas famílias em suas diversas necessidades.

ASS03" porque o sujeito é um sujeito completo, é difícil você desmembrar as pessoas em social, médico, psicólogo, educação, o sujeito é um sujeito completo pra se trabalhar uma política social"

ENF2" São necessidades diferentes, então cada ação intersetorial visa cumprir uma necessidade.

Esta visão é confirmada por diversos autores (SENA, 2012; PAULI, 2013; SILVA; 2015; CORÁ E TRINDADE, 2015). Porém, segundo Lolis e Moreira, 2016,

para garantir a integralidade é necessário mais do que ações intersetoriais direcionadas por legislações fragmentadas. A intersetorialidade deve ser pensada e pactuada a partir da realidade vivida, durante todo o processo de envolvimento dos diversos saberes e profissionais, em um contexto que sofre constantes transformações.

Outra concepção de intersetorialidade expressa nas entrevistas, se refere a ideia de interdependência entre os setores. Segundo os entrevistados, esta interdependência se deve ao fato de que as necessidades da população são relacionadas a diferentes aspectos e que devido a isso, existe uma incapacidade de os setores trabalharem isoladamente para o enfrentamento destas necessidades.

EDC01 “A escola as vezes fica lá na aprendizagem, mas a criança não aprende por quê? Porque falta algo mais, as vezes uma questão de saúde, as vezes uma questão de alimentação.”

ASS04 “A família é única, então não tem como você trabalhar a família cada um num lugar um pedacinho.”

Enf9 “a gente não consegue, não tem perna para tudo isso, então como a gente podia fazer esse trabalho? Integralizando as equipes para que a gente possa ter resultado maior e melhor”

Enf4 “Não dá para perder um ponto de apoio, se perder um ponto de apoio eu acho que a gente acaba tendo dificuldades para resolver nossas questões. Então acredito que manter. Enquanto está todo mundo ali, sincronizado.”

EDC01 “A gente precisa do apoio à escola e as vezes ela não consegue dar conta de tudo que a gente precisa para as crianças, a gente precisa do acompanhamento com a unidade de saúde, precisa desse acompanhamento de ações sociais, então a gente precisa desse contato, ter essa rede mesmo de acompanhamento.”

ASS03 “Não existe como trabalhar sozinho, isso é um pensamento arcaico, pensamento antigo, diante da tecnologia e ciência moderna, o trabalho intersetorial é tudo, acho que juntos somos mais.”

Em consonância ao posicionamento dos entrevistados, Corá e Trindade (2015), declaram que a intersetorialidade deve ser entendida como uma rede na qual os vários setores encontram-se interligados e que um não pode existir sem o outro, visto que são constitutivos dependentes e conectados entre si, de modo que sem uma parte o todo fica incompleto.

Diante da multiplicidade de aspectos que delimitam a saúde em seu conceito ampliado, vários outros autores também confirmam que apenas o setor saúde, é incapaz de intervir isoladamente sobre seus determinantes e condicionantes, e por isso é fundamental a articulação intersetorial (BUSS, 2002; SOUZA, 2008; SILVA e RODRIGUES, 2010).

Os entrevistados destacam que a interdependência entre os setores e a necessidade da articulação entre eles, está diretamente relacionada a vulnerabilidade do território. Quanto mais vulneráveis são as famílias e seus contextos sociais, mais complexas são as situações problemáticas e consequentemente suas resoluções, e frente a isso, se requer uma maior articulação intersetorial.

Enf9 "famílias completamente desestruturadas, a gente precisa fazer um trabalho muito longo em parceria com os outros equipamentos para poder chegar em algum resultado"

Enf2 " pelo local que nós trabalhamos e pela vulnerabilidade do território a gente tem uma afinidade muito grande com CMEIs, CRAS e com CREAS"

Enf8 "essa área é muito vulnerável, então está o tempo todo junto a saúde, a parte social, a gente trabalha sempre junto pela vulnerabilidade da área mesmo"

Um estudo realizado em Ribeirão Preto confirma esta concepção, indicando que a intersetorialidade é necessária para apontar caminhos de resolubilidade frente a problemas complexos de populações em vulnerabilidade social, problemas estes que transcendem as barreiras da capacidade de resolução dos setores isoladamente (FIORATI, 2014).

De forma mais ampla, a intersetorialidade é entendida como um modo de gestão das políticas públicas, que se apresenta como uma necessidade histórica frente às questões socioculturais de grande complexidade, polissêmicas e multifacetadas que surgem na contemporaneidade (CASTELLS, 2011).

Os entrevistados relataram que outro fator que acentua a interdependência entre os setores está relacionado ao fato de que estes se articulam em formato de redes. Nesta conformação, os diferentes equipamentos estão conectados, de modo que as condições e ações de um setor repercutem em outro.

EDC02 “o CREAS, ele ainda consegue ir além do que o CRAS. A unidade de saúde que eu acho que é fundamental. Depois da unidade de saúde, é a educação. E daí vai fazendo esse caminho de ligação.”

EDC04 “por que como é uma rede? É uma coisa puxando a outra”

Diante desta realidade, Magalhães, (2011), discute a importância da construção de instâncias intersetoriais para elaboração e deliberação de políticas e programas. Esta construção, como um mecanismo de inovação e fortalecimento da gestão pública, tem como objetivo alcançar e potencializar as intervenções sobre problemáticas complexas como, combate à pobreza, redução das desigualdades sociais e programas de transferência condicionada de renda nos estados e municípios, exigindo a articulação de várias áreas da política social como educação, assistência social, trabalho etc.

Nas falas, foi relatado também, que a intersetorialidade aumenta a resolutividade nos serviços a ponto de melhorar os indicadores sociais do território, além de propiciar que as situações sejam solucionadas com mais agilidade.

Enf5" o serviço intersetorial é uma saída para resolução, a gente aumenta nossa resolução dos casos."

Enf3" Consegue articular bastante coisa e dar seguimento para o paciente"

Enf7"Às vezes o pai está desempregado, a mãe está desempregada, que é o provedor da casa. Então, quando você tem essa comunicação entre os outros setores, você consegue ajudar."

EDC02 “Quando você tem essas ações [intersetoriais] você consegue, como um todo, fazer que se efetive todos aqueles projetos, aqueles planos de ações que você tem, vai se efetivar.”

Enf9 " Elas geram mais aproximação, mais estabilidade no trabalho, mais coerência, agilidade, agilidade em primeiro lugar.

Enf9"a gente consegue dar pro paciente uma resposta mais rápida e mais efetiva"

Enf11"A saúde fica melhor para a nossa comunidade, é isso que é relevante e a gente ajuda a ter um impacto nos indicadores sociais"

Corroborando com as falas deste estudo, a literatura apresenta que, a integração entre os setores permite que as diferenças entre eles sejam utilizadas produtivamente para resolver problemas sociais. Isto se deve ao fato de que o compartilhamento de conhecimentos, experiências, meios de influência e recursos econômicos, que são próprios de cada setor, cria melhores soluções em comparação à ações setorialmente isoladas (KALEGAONKAR; BROWN, 2000; BRYSON et al., 2006; CROPPER et al., 2008; MCQUAID, 2010; BICHIR, 2016).

Quanto aos indicadores sociais locais, estes são impactados positivamente a partir do momento em que, a intersectorialidade torna-se um instrumento para superar a fragmentação das políticas sociais no interior do aparelho de estado municipal (MONNERAT E SOUZA, 2015).

Apesar de vastamente difundida como estratégia de política pública, a intersectorialidade, tem apresentado, atualmente, pouco alcance ou efeitos positivos. De maneira que, para sua efetivação é necessário um processo lento de confiança em diálogo constante. Caso contrário, é possível que se transforme em simples justaposição de agendas setoriais diferentes sem significar, de fato, uma agenda compartilhada e ação intersectorial (BODSTAIN e SILVA, 2016).

Em relação as ações intersectoriais realizadas os participantes relataram, a educação em saúde, mutirões na comunidade, compartilhamento de espaço físico, encaminhamento e discussão de casos, parceria em projetos, atuação em redes de proteção, e adesão a programas com prerrogativas intersectoriais instituídos governamentalmente (Programa Famílias Fortes, Programa Saúde na Escola e Programa Família Paranaense), expressaram também que a intersectorialidade não é desenvolvida em sua plenitude.

Os entrevistados mencionam que sua prática ainda possui um caráter curativo, ao invés de traçar soluções no campo da prevenção, e acrescentam que, para seu avanço é necessário que seja incentivada de uma maneira mais efetiva associada a diminuição da fragmentação dos setores governamentais.

ASS04 “Quando a gente vai trabalhar lá na rede, que a gente trabalha a intersectorialidade lá, mas é quando o direito já foi violado. Talvez seria interessante pensar numa forma de como trabalhar isso antes. Não depois.”

ASS04 “Trabalhos conjuntos que possam promover a prevenção, trabalhar a prevenção de risco.”

ASS03 “falta agora esse desmistificar de cada profissional, de olhar em conjunto com o outro, de aceitar a opinião do outro”;

ASS04 “Eu acho que a intersectorialidade tem que ser mais estimulada nos locais”

Em consonância com as falas, Barra e Oliveira, 2016, infere que as articulações intersectoriais atualmente, aparentam constituir ainda iniciativas pontuais motivadas em especial, pela existência de projetos do governo federal que envolvem diferentes setores.

A intersectorialidade em um território pode ser compreendida também segundo a teoria de “fixos e fluxos” de Milton Santos. Esta apresenta que a organização dos espaços se constitui por elementos fixos, construídos como resultado do trabalho social, e por meio de fluxos, os quais garantem as interações entre os fixos.

Da articulação entre fixos e fluxos se originam as redes, as quais são formadas pela organização de equipamentos e agentes no território para a realização de atividades conjuntas. Estas redes, apesar de se utilizarem de elementos fixos, como equipamentos sociais e outras edificações, são consideradas redes imateriais, visto que expressam articulações de natureza política e social organizadas de forma intersectorial no território.

5.2.1.2 Concepções de Atenção Primária

Os entrevistados expressaram que, em relação ao primeiro contato dos usuários com os equipamentos sociais do território, compreendem que a atenção primária à saúde, e especialmente a Estratégia Saúde da Família, atua como uma porta de entrada frente às diversas necessidades da população.

Enf5" (...) eles não procuram a unidade de saúde só para questões de saúde né? É uma porta de entrada, eles pedem socorro aqui mesmo, e a gente tem que fazer esses links entre uma secretaria e outra para se ajudar (...) é legal essa visão que as pessoas têm da saúde. Que a saúde tem o poder de pedir ajuda para outras secretarias."

Enf7 "Tem outro problema familiar lá, tem gente desempregada, tem muita briga na casa. E a unidade de saúde é um escape."

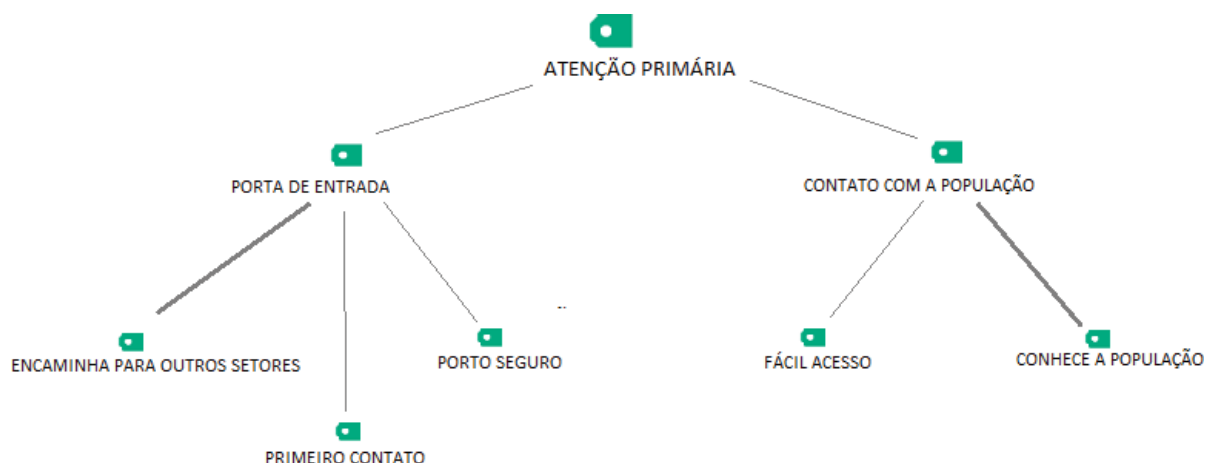
Também relataram que, por meio dela o usuário é conhecido em suas múltiplas dimensões e tem a unidade de saúde como um abrigo e porto seguro para as mais variadas questões.

Enf5" Como a gente está diariamente nas casas realizando visitas, os ACS passam frequentemente, a gente sempre está passando nas ruas, então a gente está mais em contato com as famílias mesmo. (...) é pela facilidade de acesso, porque a gente está sempre ali, muitas vezes passando no portão de cada um, então as demandas nos chegam."

A APS foi referida como o primeiro contato do usuário, não somente para a saúde e seus outros níveis de atenção, mas como acesso do cidadão a outros serviços, por meio de encaminhamentos que são realizados a partir das unidades de saúde aos diferentes setores.

ASS04 "questão de álcool e drogas, as famílias costumam omitir né, e como a unidade de saúde conhece a família, já acompanha, ela sabe as vezes mais que a gente se tem uma situação ou não."

FIGURA 6 - CONCEPÇÕES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA



FONTE: O autor (2018).

Estudos no âmbito da Atenção Primária à Saúde indicam que os principais motivos que levam a população a escolherem um serviço para acompanhamento de saúde, são a proximidade geográfica com a unidade de saúde e a qualidade do atendimento. (SCHWARTZ ET AL.; 2010; MARSIGLIA, 2012; PAIVA ET AL.; 2015; MORAIS et al., 2017)

A APS, por estar localizada no espaço onde as pessoas vivem, é a porta preferencial para o sistema de saúde brasileiro, e assim possui o atributo do primeiro contato da população com os profissionais de saúde (SILVA et al, 2011; BRASIL, 2012). Porém, para que este atributo se concretize é necessária a garantia de acesso aos serviços de saúde desse nível de atenção, visto que o principal sentido da porta de entrada é o acesso integral ao sistema de saúde. (SILVA, L et al., 2011; WHO, 2008; Azevedo e Costa, 2010)

Outro ponto apresentado pelos participantes foi o papel da Unidade de saúde como articulador dos serviços intersetoriais. A equipe da ESF conhece e acompanha as famílias do território e suas necessidades, de modo a ser quem fornece as informações sobre as mesmas aos equipamentos de outros setores.

EDC02 “A unidade de saúde vai, corre atrás né? Então, o endereço das pessoas eles tem atualizado. (...) A gente recorre à unidade, e lá sempre tem o telefone atualizado. (...) lá eles dão atualizado porque lá eles precisam da unidade, e aqui não.”

Em concordância com as falas deste estudo, Arantes e colaboradores apontam que, a Estratégia Saúde da família é uma base para as articulações intersetoriais, visto que, predispõe a maior aproximação dos profissionais à população e estabelece interações dos diferentes equipamentos sociais no território de abrangência (ARANTES, et al., 2016)

Os participantes mencionaram que um dos fatores que propicia que a APS seja porta de entrada e primeiro contato da população com os equipamentos é sua presença no território e sua interação com ele por meio da atuação do agente comunitário de saúde. Este, sendo profissional de saúde, morador do território e conhecedor da população, é quem estabelece o primeiro vínculo dos usuários com a unidade de saúde e com outros equipamentos sociais.

EDC01 “os agentes comunitários, (...) eles é que fazem essa ponte entre a família e a saúde e a educação “

Diante disto Arantes, 2016, também expressa que as visitas domiciliares, o tempo de atuação dos profissionais nas equipes de ESF, o número de consultas realizadas e o desenvolvimento de ações intersetoriais, são elementos que

contribuem para o estreitamento entre as unidades de saúde e a população adscrita ao seu território.

Contudo, segundo Silva Jr., 2007, a APS não pode ser a única porta de entrada, visto que as necessidades das pessoas se manifestam de diferentes formas e precisam ser acolhidas. Também não deve ser a porta obrigatória, ocasionando a burocratização das relações das pessoas com o sistema. A APS tampouco deve ser o único local de acolhimento, pois, todas as partes do sistema devem ser responsáveis pelo resultado da atenção à população de um território (SILVA, 2007).

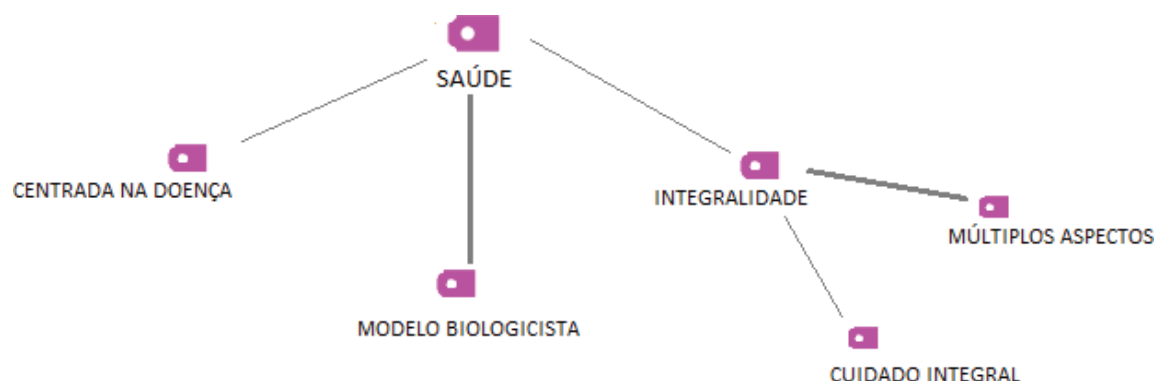
5.2.1.3 Concepções de Saúde

A saúde tem distintas representações, as quais variam segundo, época, lugar e classe social. Seus conceitos também diferem conforme valores individuais, religiosos e filosóficos. Assim, a concepção de saúde e doença estão embasados na conjuntura social, econômica e cultural de cada período histórico (TAQUETTE e VILLELA, 2017).

Essa dimensão cultural é relevante, pois é um elemento estruturante na construção das políticas públicas de saúde, envolvendo o modo como a saúde é compreendida pelos usuários, pelos profissionais e pelos gestores (BARRA e OLIVEIRA, 2016).

Os conceitos de saúde advindos das falas dos entrevistados apresentaram-se diversos, abrangendo, desde referências ao foco na doença, vinculada ao modelo biologicista, até compreensões ancoradas na visão da integralidade, a qual reconhece a saúde em seu conceito ampliado, abarcando todos os seus aspectos sociais e biológicos.

FIGURA 7 - CONCEPÇÕES DE SAÚDE



FONTE: O autor (2018)

A concepção de saúde vinculada ao modelo biologicista e curativo foi relacionada, pelos entrevistados, a não realização de atividades preventivas, sendo referido que a alta demanda de serviço, associada a uma atuação centrada nos aspectos curativos, limitam a equipe de realizar o trabalho de prevenção.

Enf1" eu sou da saúde, quando eu vejo, eu já estou mais no âmbito ali social, direcionando para uma cesta básica, direcionando para uma situação, assim, social do que a saúde mesmo"

Enf7"tem pacientes que vem, e vem um dia, vem dois, vem três, e o problema dele não é saúde. Tem outro problema familiar lá, tem gente desempregada, tem muita briga na casa."

ASS01 "Então quer pôr cinco encontros do grupo de tabagismo? Pode vir, unidade de saúde vem (...) aí eles sabem que eles vêm no CRAS, mas é uma ação da saúde"

Autores referem que o modo de formação dos profissionais de saúde tem sido um fator que dificulta o cuidado preventivo e integral, sobretudo, por estar voltado aos aspectos técnicos, com excessiva valorização da doença e da formação especializada, decorrentes da insuficiência dos conteúdos curriculares que abordem as dimensões subjetivas, preventivas e sociais para a prestação do cuidado (ROMANO, 2008; ARANTES et al.,2016).

Esta ideia é reforçada por Silva Jr., (2007) ao apresentar que, mesmo com a implantação da ESF, ainda é evidente a predominância do modelo biomédico nos serviços de atenção primária à saúde. A cultura das instituições setoriais, a formação dos profissionais e o processo de trabalho, continuam mais reforçadas nas práticas do modelo biologicista do que propriamente nas necessidades de saúde dos territórios.

Em relação a práticas orientadas ao modelo biologicista, cabe destacar a formação dos entrevistados, apresentada na caracterização dos participantes desta pesquisa.

A respeito das áreas de formação das especializações cursadas pelos gestores do setor saúde, onze dos doze entrevistados cursaram pós-graduação em Gestão em Saúde, três em Terapia Intensiva, três em Urgência e Emergência, três em Obstetrícia, dois em Saúde do Trabalhador, um em Gestão Clínica e um em Saúde da Família.

A grande quantidade de qualificações em Gestão em Saúde provavelmente se dá devido a um incentivo governamental para esse tipo de formação. A pós-graduação em Saúde da Família, cursada por apenas um dos entrevistados é, a princípio, a única, dentre as especializações realizadas pelos participantes, que abrange conteúdos relacionados ao conceito ampliado de saúde e que abordam as questões de trabalho intersetorial, permitindo uma melhor capacitação do profissional na compreensão e realização de ações intersetoriais com vistas à integralidade no cuidado.

Diante disto, no tocante aos cursos de especializações apresentados, apesar das políticas públicas indutoras de formação de profissionais para o SUS e em especial para a ESF, a maioria dos profissionais que está atuando na atenção primária do território possui uma formação em pós-graduação ainda voltada para o modelo biologicista, não refletindo os resultados da política indutora. Esta conformação limita os profissionais para a atuação na perspectiva do conceito ampliado de saúde com seus determinantes e condicionantes, assim como para a vivência da intersectorialidade como modo de serviço e cuidado integral.

O conceito ampliado de saúde, também apresentado nas falas, se embasa na definição de saúde pela Organização Mundial de Saúde (OMS), (1946) e está vinculado a compreensão de que a saúde não se restringe apenas a ausência de

doenças ou a aspectos biológicos da vida, mas sim, abarca o indivíduo e comunidade em suas múltiplas dimensões visando ao cuidado integral.

Enf2 " A saúde é apenas uma das necessidades, mas a pessoa para ela ter uma vida saudável, tem que ter várias outras interfaces, que daí envolve os outros setores"

Enf10" Não dá para dizer "Isso aqui não é problema meu, isso aqui é problema da educação" não, é todo nosso, a mesma criança que está lá naquela escola pode ser meu paciente aqui."

Esta concepção também se fundamenta em premissas advindas da Conferência de Alma-Ata e VIII Conferência de Saúde, as quais definem a saúde como resultado de condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra, e acesso a serviços de saúde.

Sobre isto, algumas falas expressaram que para oferecer um cuidado integral às famílias é necessário que os profissionais atuem a partir do conceito ampliado de saúde, visto que esta concepção promove uma melhor assistência ao usuário.

Enf5" para a gente prestar uma boa assistência para o usuário, não tem como se trabalhar se não for em formato de redes. Não só vendo aquele problema que eu posso resolver enquanto saúde, 'ah esse não é um problema de saúde", a gente tem que mudar esse foco, é um problema que o usuário tem, é um problema que a gente tem de saúde pública"

5.2.2 Elementos que influenciam a intersetorialidade

A partir das falas surgiram dentre os elementos que influenciam a intersetorialidade as subcategorias, “Recursos”, “Gestão”, “Comunicação” e “Conhecimento”, conforme apresentado na Figura 5:

FIGURA 8-ELEMENTOS QUE INFLUENCIAM A INTERSETORIALIDADE



FONTE: O autor (2018)

Na subcategoria “Recursos” os entrevistados falaram sobre os recursos humanos e sobre a insuficiência material relacionada à prática da intersectorialidade,

Na subcategoria “Gestão” as falas relacionaram a intersectorialidade à gestão dentro do equipamento, a partir da gestão superior das secretarias, às políticas públicas, e à fragmentação no serviço.

Na subcategoria “Comunicação” as falas relacionaram a intersectorialidade à troca de informações e a aproximação entre os setores.

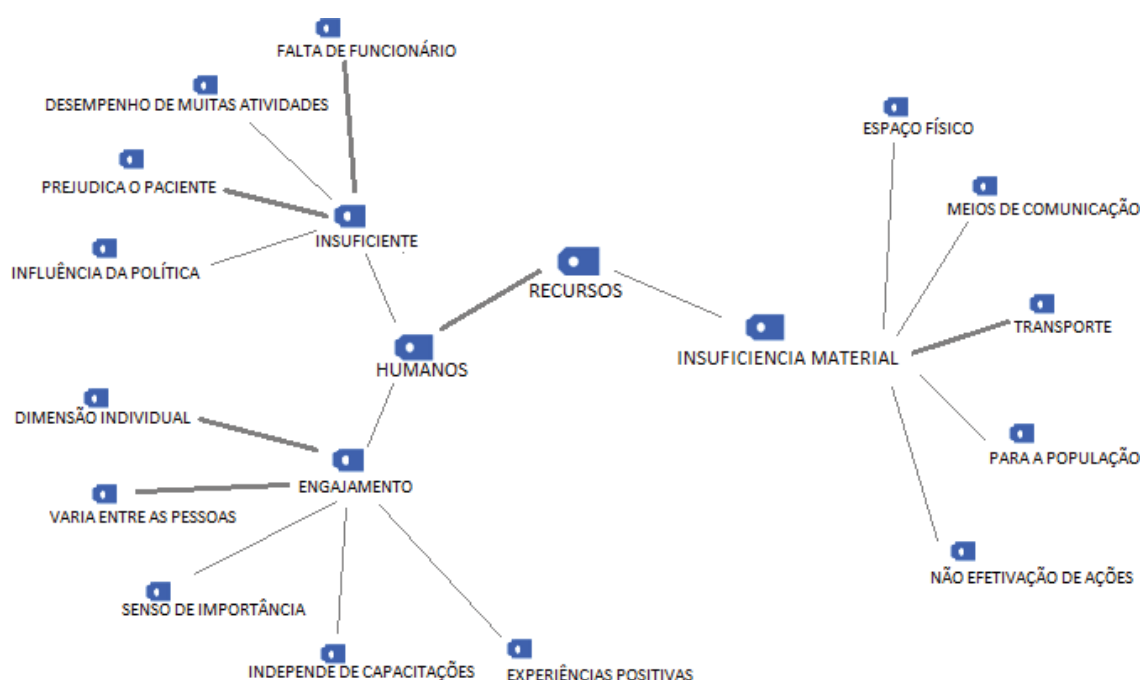
Na subcategoria “Conhecimento” os entrevistados referiram a necessidade de se conhecer quais são os serviços ofertados nos outros equipamentos e setores, quais as necessidades que o outro serviço possui e quais são as necessidades do território conforme representado pela Figura 5 e expresso nas falas dos participantes apresentadas a seguir:

5.2.2.1 Elementos que influenciam a intersectorialidade: Recursos

Os entrevistados relataram que o desprovimento de recursos materiais como espaço físico nos equipamentos sociais, meios de comunicação, e transporte, assim como a escassez de recursos para assistência à população como vale transporte, materiais para higiene bucal e outros refletem na efetivação das ações intersectoriais.

Enf12"quando eu ligo pro CREAS ou pro CRAS, eles dependem de um carro, eles não podem sair fazendo visitas na área, andando igual a gente."

FIGURA 9 - ELEMENTOS QUE INFLUENCIAM A INTERSETORIALIDADE: RECURSOS



FONTE: O autor (2018)

A insuficiência de recursos humanos também foi referida pelos participantes como influenciadora na prática da intersectorialidade. Esta foi citada a partir de dois diferentes pontos, o de déficit quantitativo de profissionais e o referente ao engajamento dos profissionais para atuar de forma intersectorial.

Enf7" Quando você tem mais RH, e tem um RH envolvido também, porque não é só o fato"ah, eu tenho um RH, não, tem que ter profissionais envolvidos, de ambos os lados"

Enf10"Acho que essa é a parte mais importante que é o contato, a troca de saberes e você estar disposta, porque as vezes você liga e a pessoa que está do outro lado não está muito disposta a falar com você"

Enf11"tem que ter o comprometimento dos equipamentos"

Enf11 "é esse relacionamento que a gente tem que ter, de positividade, sempre estar aberto, disponível para ajudar, pra encaminhar, pra resolver"

ASS04 "porque se a pessoa tem iniciativa, quer fazer esse trabalho(...) Eu acho que falta muito isso nas pessoas.

Segundo as falas, a insuficiência quantitativa de trabalhadores se relaciona tanto ao déficit de funcionários quanto a circunstâncias em que os profissionais desempenham uma grande quantidade de tarefas diferentes. Este déficit traz prejuízos a realização de ações intersetoriais e ao atendimento à comunidade sendo que, o serviço com um número adequado de profissionais e aumento de verba beneficiaria o paciente e tornaria o trabalho intersetorial mais eficaz.

Enf6"Falta de funcionários para conseguir fazer esses programas."

ASS04 "Cada vez as coisas estão piores, tá menos servidores, mais pessoas para atender em todos os locais."

ASS04 "A limitação de funcionários hoje nos equipamentos, não só aqui, mas em vários setores(...) eu acho que isso que limita um pouco"

Enf9" se você tiver uma equipe bem estruturada, com recurso material, com recursos humanos, com uma estrutura legal, é óbvio que quem vai sair com benefício vai ser o paciente"

EDC01 "Nos anos anteriores reduziu o número de profissionais que atuam nas unidades de saúde(...) assim acaba prejudicando porque eles não conseguem atender de forma satisfatória toda a comunidade que precisa"

Corroborando com o que foi expresso pelos participantes, estudo qualitativo realizado por Barra e Oliveira em 2016, aponta que a falta de recursos humanos, infraestrutura, insumos, qualificação dos profissionais, investimento na APS, assim

como a desvalorização e desmotivação dos profissionais e as condições de trabalho são fenômenos que impactam e limitam a construção da intersetorialidade.

De acordo com estudo de Arantes et al., (2016) sobre a ESF e a intersetorialidade, as relações trabalhistas precárias, dificuldade de fixação de mão de obra e equipes incompletas prejudicam o processo de cuidado à população.

Nessa perspectiva, Ribeiro, (2011) afirma que para a concretização das políticas públicas e, constitucionalmente, a garantia de direitos frente às necessidades coletivas são necessários recursos, tanto materiais quanto humanos.

Sendo a intersetorialidade ferramenta e mecanismo de interação e integração dos diversos setores governamentais no compromisso comum de efetivação de direitos (CUSTÓDIO e SILVA, 2015), o direcionamento de recursos para as políticas públicas sociais, e consequentemente para seus setores governamentais, impacta diretamente em sua prática.

Em relação ao engajamento dos profissionais, os gestores entrevistados relataram que a efetivação da intersetorialidade depende de características individuais dos profissionais que atuam nos equipamentos, tais como envolvimento, disposição, comprometimento, iniciativa e disponibilidade.

ASS04 “Mudou bastante gente, porque tinha a [nome do profissional] lá que participava mais com a gente, que fazia os trabalhos”

ASS04 “Então eu acho que vai muito da pessoa que faz o atendimento que pega aquela situação para resolver.”

ASS04 “outra questão que limita, é o que eu falei, que vai de cada profissional.”

ASS03 “cada profissional, o quanto ele quer realmente trabalhar em equipe, o quanto ele realmente está aberto a esse trabalho intersetorial”

ASS03 “o que depende é o desempenho individual de cada profissional, o quanto eu estou aberto pra outra disciplina, o quanto eu não estou fechado na minha própria disciplina, em tudo isso eu vejo essa característica muito pessoal das pessoas em uma rede, em uma intersetorialidade”

A respeito dessas características individuais que repercutem no engajamento dos profissionais, estudos apontam que a efetivação de fatores como compromisso e entusiasmo está relacionada à existência de equipes coesas e motivada, o desenvolvimento de estrutura compartilhada e o uso criterioso de estruturas capazes

de garantir resiliência, apoio necessário e impulso permanente (HOPKINGS et al., 2003; BAKVIS e JUILLET, 2004; HENRIQUE, 2016).

Outros trabalhos que discutem sobre o tema completam que a valorização e incentivo, apresentam vinculação direta com o envolvimento no trabalho de modo que um quadro de fragilidade nos vínculos de trabalho, precarização dos salários e sentimento de desvalorização por parte dos trabalhadores pode gerar uma desmotivação destes profissionais, impactando negativamente no trabalho (PIERANTONI, 2004; BARRA e OLIVEIRA, 2016).

Um dos entrevistados expressou que o engajamento varia de profissional para profissional e se relaciona com o senso de importância que cada um tem a respeito da intersectorialidade. Segundo ele, para adquirir esse senso de importância da intersectorialidade, apenas capacitações sobre o tema não são suficientes, sendo necessárias experiências positivas trabalhando intersectorialmente e alcançando resultados.

ASS04 “é uma questão bem pessoal(...) em alguns momentos mudaram algumas pessoas e as coisas andaram, outras retroagiram(...) por isso que acho que a intersectorialidade, ela tem que estar na pessoa, ela tem que entender aquilo como uma coisa importante.”

Em relação a esta fala, um estudo realizado pela Fundação Oswaldo Cruz, complementa e aponta que a intersectorialidade é estimulada a partir da frustração de tentativas de resolução de problemas de modo monosetorial e da necessidade de recursos que estão dispersos entre os diversos setores, de modo que experiências negativas também podem encorajar tentativas intersectoriais (HENRIQUE, 2016).

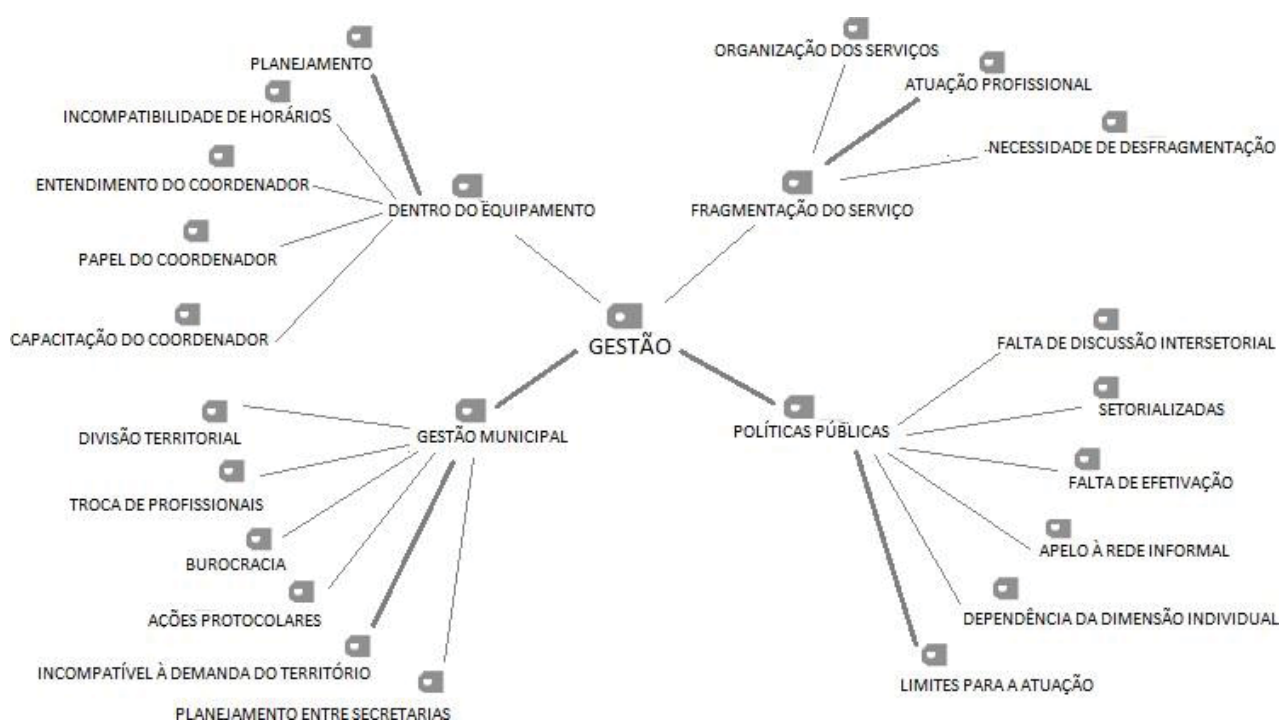
Expressa na caracterização dos participantes da saúde, a pouca experiência de alguns gestores locais como profissionais da ESF, pode ser um dos fatores que influenciam o engajamento destes e de suas equipes no trabalho intersectorial.

A insuficiência de recursos humanos engajados também pode estar relacionada a falta de políticas de formação voltadas para o serviço intersectorial, evidenciada na diversificação de áreas de formação em pós-graduação dos profissionais entrevistados. Faz-se necessário promover o engajamento dos gestores e profissionais por meio de incentivos à formação adequada ao serviço em território e na lógica da intersectorialidade.

5.2.2.2 Elementos que influenciam a intersectorialidade: Gestão

A intersectorialidade possui a capacidade de potencializar as políticas públicas. Contudo, essa potencialidade é limitada pela falta de conhecimento político e técnico de gestores e profissionais da saúde para assumir ações intersectoriais e questões de ordem administrativa que dificultam a execução integrada de ações (AZEVEDO et al., 2012; ROMAGNOLI, 2017).

FIGURA 10 - ELEMENTOS QUE INFLUENCIAM A INTERSETORIALIDADE: GESTÃO



FONTE: O autor (2018)

Neste estudo as falas direccionadas a temática “gestão” perpassam pelo entendimento de que a organização dos serviços nos diferentes setores é realizada de forma fragmentada. Esta segmentação repercute na forma com que os profissionais atuam, de modo que o cuidado às famílias de um mesmo território é

realizado separadamente, baseado na especialidade de cada profissional, sem uma articulação entre os equipamentos dos diferentes setores.

ASS04 “O relatório, como que é feito, eu faço a parte do que eu fiz com aquela família, relacionado ao meu trabalho lá no CRAS. O que a saúde fez com aquela família, o que o CMEI fez com aquela criança(...) depois para uma pessoa juntar os relatórios (...), a coisa ficou muito burocrática “

ASS01 “por que é a mesma população e um joga a culpa para o outro e a população não precisa daquilo, ela precisa do serviço.”

ASS04 “A família é única. A família que a unidade de saúde atende é a mesma que eu atendo aqui, que a educação atende. E a gente trabalha meio fragmentado essa família”

Enf7“T em profissionais que acontece,” não, isso é da saúde, esse aqui é da FAS, isso aqui não é comigo”. E não pode ser assim, porque você tanto leva demanda para o outro setor, quanto ele traz para você.”

ASS04 “As pessoas estão habituadas mesmo a fazer cada uma na sua caixinha”

Em concordância com estas falas, outros estudos de Veiga e Bronzo (2005); e Peters, (2013), apontam que o padrão de organização e desenvolvimento do setor público é caracterizado por uma estrutura demarcada setorialmente por divisões funcionais baseadas em competências profissionais, as quais possuem diferentes fundamentos epistêmicos sobre a natureza dos problemas e suas soluções.

Os entrevistados expressaram que a organização do serviço referente a intersectorialidade se relaciona com a gestão tanto no âmbito local, dentro dos equipamentos, quanto nos níveis municipais, entre as secretarias e na estruturação de políticas públicas para a intersectorialidade.

A intersectorialidade demanda articulações permanentes e sistemáticas entre as secretarias, e que, conforme orienta o Pacto de Gestão (BRASIL, 2006), sejam utilizados instrumentos como, planejamento, monitoramento e avaliação, de modo a materializar e enriquecer as articulações entre diferentes setores, o que diretamente deve resultar na intersectorialidade (BARRA e OLIVEIRA, 2016).

Em relação a gestão dentro do equipamento foi relatado que há uma falta de planejamento e organização das equipes para trabalhar a intersectorialidade, sendo um dos exemplos citados, a incompatibilidade de horários entre os diferentes setores, que dificulta encontros e visitas conjuntas.

Enf7" preciso fazer uma visita em área com a FAS, deve ser uma visita conjunta, mas o horário deles não é igual ao nosso(...)esses horários que eles têm disponibilidade eu não tenho, é uma dificuldade"

Enf10"A gente não conseguiu se organizar para fazer reuniões com esses outros setores para a gente trabalhar junto"

Enf11"como se dá a relação interna, como que é, quem comanda, quem direciona, como que cobra. Alguns trabalham de forma muito organizada, planejada, outros não tem essa organização e nem esse planejamento."

Sobre a gestão no âmbito municipal, estudos apontam que a forma como o governo municipal se organiza e funciona, o compromisso assumido pela gestão local e os padrões de interações resultantes destes, são determinantes na implementação de políticas públicas (VEIGA e BRONZO, 2005; MARQUES, 2013; HENRIQUE, 2016).

Segundo os participantes, a organização do serviço para a ação conjunta entre os setores depende da compreensão e do valor que os coordenadores dos equipamentos atribuem a intersetorialidade e que cabe ao coordenador orientar a equipe no sentido de trabalhar intersetorialmente. Diante disso, foi referida a necessidade de se capacitar os coordenadores das equipes em relação à prática intersetorial.

ASS04 "Porque se a pessoa que está à frente de um equipamento não entende que a intersetorialidade é uma questão importante ela não vai focar nisso, ela não vai priorizar isso como uma atividade importante do equipamento dela"

ASS04 "Todo equipamento tem ou um supervisor, ou um coordenador, um gerente(...) que eu acho que essa pessoa que tem que estar à frente da questão da intersetorialidade, tentar trabalhar um pouco isso com os próprios servidores."

ASS04 "As ações intersetoriais, para melhorar hoje, teria que ter um trabalho mais com as pessoas que estão à frente dos locais. Fazer os coordenadores, os supervisores, que estão à frente das equipes, por que? Porque são eles que estão ali e vão coordenar aquelas equipes e vão definir o serviço daquelas equipes(...) eu acho que tem que partir dessas

peessoas(...)eu acho que 100% você nunca atinge, mas se você atingir a pessoa principal em cada equipamento, talvez você consiga caminhar um pouquinho pelo menos.”

Corroborando as falas, estudos apontam que tanto o perfil quanto à qualificação técnica e política do gestor influenciam o direcionamento da atuação da equipe. Sendo que a qualificação e a educação permanente em sintonia com a orientação ética e política, permitem ao gestor adquirir conhecimentos e habilidades necessários ao serviço (PAIM e TEIXEIRA, 2007; BARRA e OLIVEIRA, 2016).

Neste estudo os entrevistados referiram que há uma limitação na interrelação entre as secretarias dos diferentes setores tanto para planejamento quanto para a organização de fluxos e processos para a ação intersetorial.

ASS04 “E a questão da intersetorialidade (...) eu acho que ela tem que vir de cima para baixo. Eu acho assim, começa dos órgãos até maiores, fazerem estas discussões de intersetorialidade.”

Enf10“o que dificulta é a distância, a área de abrangência, é grande e quase toda rural ”

Enf9 " quando você precisa de um equipamento que é um pouquinho mais afastado, que já não faz parte da nossa área de abrangência, a gente acaba tendo um pouco mais de dificuldade(...)é muito mais complicado"

EDC04 “Está próximo da gente, que nem a unidade de saúde, o CRAS, a igreja, isso e aquilo, tá tudo perto, ajuda muito a gente nisso quando está tudo muito próximo né. (...) a gente consegue ter aquele vínculo, aquela troca.”

Enf7"Porque de repente você cria um vínculo com aquele profissional, e aí muda tudo, até você se inteirar novamente, mudam os fluxos"

Em concordância com as falas, estudo realizado com gestores da ESF a respeito da intersetorialidade, em Juiz de Fora, 2016, também apresentou que nas articulações entre as secretarias não ocorrem ações conjuntas de planejamento, diagnóstico, monitoramento e avaliação, assim como não existem espaços institucionais de discussão intersetorial, afirmando que as articulações com outras secretarias, se resumem a um planejamento inicial das ações motivadas por demandas específicas (BARRA e OLIVEIRA, 2016).

Este distanciamento propicia que as secretarias tomem decisões equivocadas como incongruência na divisão dos territórios atendidos pelos equipamentos sociais e frequentes trocas de profissionais nos equipamentos. Estas decisões, muitas vezes, desconsideram a prática intersetorial, prejudicando sua efetivação. Segundo Barra e Oliveira, (2016), a rotatividade de gestores também impacta negativamente a intersectorialidade, visto que a entrada de novos gestores geralmente resulta em mudanças na estrutura administrativa do equipamento, na relação com os funcionários e com outros setores, ocasionando descontinuidade de ações e projetos.

Outra limitação à intersectorialidade relatada pelos entrevistados, é referente à excessiva burocratização dos serviços, a qual, comumente se associa a demora e ineficiência das ações intersectoriais, ocasionando frustração e desestimulando os profissionais a atuar neste sentido.

ASS01 “Às vezes se pensa em adaptar alguma coisa para o melhor e acaba burocratizando, e o que é melhor sai como um tiro pela culatra(...)Porque acha que tem computador, que tem gravador, que tem celular facilita e às vezes é aonde não facilita”

ASS04 “Como a coisa vai muito devagar, é burocrático demais, porque tem que fazer relatório primeiro, tem que mandar um relatório para não sei quem, porque outro lugar tem que fazer um relatório”

EDC03 ‘ a parte burocrática, tudo tem que passar pela parte burocrática, aí sempre demora(...) se não fosse essa parte burocrática, acho que a coisa andava, fluía mais.(...) se o posto não tivesse tanta burocracia, por exemplo, poderiam vir fazer aqui palestra sobre higiene, sobre escovação, sobre o câncer de mama, podia ter uma parceria maior, mas devido ao tanto de burocracia, nada pode, ou demora tanto que passa aquele momento que tá, daí se torna desnecessário.”

Estas situações são também demonstradas por Faler (2015), em relatos de que os usuários têm suas demandas encaminhadas de setor em setor, sem que suas necessidades sejam satisfeitas de forma integral. Concomitantemente a isso, a população tem de se submeter a um paralelismo de ações, preenchendo cadastros similares em diversos serviços ou ainda repetindo as mesmas histórias nos vários atendimentos, de modo que a população usuária dos serviços públicos é onerada pela desarticulação entre os setores.

Ainda nesse sentido, a literatura aponta que, “barreiras burocráticas e corporativas” impedem o pleno desenvolvimento de experiências intersectoriais, as quais ficam restritas a poucos municípios, constituindo experiências setorizadas, oferecendo à rede parcialidade dos serviços e precariedade nas ações intersectoriais,

fragilizando o acesso aos recursos das políticas sociais (VIANA, 1998; FERNANDEZ e MENDES, 2007; FAES et al., 2017).

Os entrevistados neste estudo referiram que a requisição de ações intersetoriais pela gestão muitas vezes ocorre de forma protocolar com a imposição de metas, calendários rígidos e distantes da realidade do serviço.

ASS01” São duas redes de proteção que ela acompanha, o CREAS também participa e a unidade de saúde são duas, tem um calendário anual e ela acompanha o ano inteiro todas as reuniões, é uma reunião mensal por rede, então são duas redes, são dois encontros mensais”

EDC01 “nós temos só as reuniões da rede de proteção que são periódicas, uma vez por mês”

ASS04 “O próprio comitê colocou (...) que é mais uma coisa pra gente fazer.”

ASS04 “Como tinha sido implantado o programa no município, então a gente precisava fazer levantamento dessas famílias, eram 27 famílias na primeira meta, agora está para vir outras metas pra gente, de inclusão(...) a gente tinha que fazer um diagnóstico de cada família e a partir desse diagnóstico, o próprio sistema já gera um plano de ação”

ASS04 “No nosso caso hoje a gente está na execução do serviço, ela tem que começar, se não fica muito no papel, (...) porque é fácil você escrever que tal secretaria tem que fazer isso com a outra secretarias, mas na hora de executar tem que ter um estímulo que venha de cima, porque não é só um papel.

EDC02 “o papel aceita tudo, só que daí nas ações falta

O distanciamento entre a gestão e o processo de trabalho percebido a partir de proposições muito centralizadas e impostas de cima para baixo geram resistência e desmotivação dos profissionais responsáveis pelas ações, prejudicando a troca de experiências e saberes, assim com o desenvolvimento da intersetorialidade (SILVA e BODSTAIN, 2016).

Foi relatado neste estudo que a prática intersetorial é limitada também devido à excessiva demanda de serviço para os equipamentos, esta, ocasiona a falta de disponibilidade dos profissionais tanto para o estabelecimento de contato entre os setores, quanto para a execução das ações intersetoriais. A demanda é abordada por dois aspectos, um em relação à quantidade de serviços solicitados e outro em relação a alta vulnerabilidade do território, atribuindo à complexidade do cenário um contexto de grande demanda também.

Enf7" (...)eu não consigo tirar RH daqui para continuar desenvolvendo essa ação(...)você tem que avaliar se eu fico com o profissional aqui dentro ou se eu mando ele lá fora e causo um déficit grande aqui dentro"

Em concordância com os achados deste estudo, outros autores apontam que a rotina de grande demanda para os equipamentos é mais um elemento que dificulta a intersectorialidade, levando as equipes a concentrarem seus olhares em casos mais graves, de modo a não disporem de tempo para reuniões, discussões de caso e planejamento de ações intersectoriais para intervenção nas demais situações (LOCHNECKEL et al, 2009; LUCHESE et al. 2009; FERRO et al., 2014; BARRA e OLIVEIRA,2016; PINHEIRO, 2017).

A partir desses discursos, presente nas falas de profissionais dos três setores entrevistados, surge a reflexão a respeito de que a organização do serviço muitas vezes é incompatível com a realidade e necessidades do território. Isso se evidencia a partir de falas que mencionam que em alguns casos a quantidade de pessoas adscritas aos equipamentos está superior ao indicado pelas políticas.

Em relação à vulnerabilidade, as falas indicam que ela é limitadora das ações intersectoriais, porém também apontam que a única forma de lidar com as situações complexas de alta vulnerabilidade é a partir da intersectorialidade.

Enf9"famílias completamente desestruturadas, a gente precisa fazer um trabalho muito longo em parceria com os outros equipamentos para poder chegar em algum resultado"

Enf2 " pelo local que nós trabalhamos e pela vulnerabilidade do território a gente tem uma afinidade muito grande com CMEIs, CRAS e com CREAS"

Enf8"essa área é muito vulnerável, então está o tempo todo junto a saúde, a parte social, a gente trabalha sempre junto pela vulnerabilidade da área mesmo"

Reafirmando um dos conceitos de intersectorialidade de Inojosa e Komatsu:

"Intersectorialidade é aqui entendida como a articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações, com o objetivo de alcançar resultados integrados em situações complexas, visando um efeito sinérgico no desenvolvimento social." (JUNQUEIRA; INOJOSA; KOMATSU, 1997, p. 24)

Em relação à estruturação das políticas públicas para a intersetorialidade, as falas apontam que há falta de efetivação das políticas públicas existentes, impactando no desenvolvimento da intersetorialidade.

EDC02 “A questão de políticas públicas mesmo, em algum momento elas falham, porque elas não conseguem ser efetivas, porque todos os equipamentos, em algum setor falha. Ou é funcionário, ou é verba, ou é qualidade de trabalho ali.”

EDC01 “Deveria direcionar o que é prioridade para a comunidade, se é mais médico na unidade de saúde, se é mais atendimento nas escolas, por exemplo, nós temos crianças que estão fora da escola porque não há vagas nas escolas, então acho que a gente precisa melhorar mesmo é essa política pública mesmo, do cidadão que precisa mais.”

EDC01 “Os governantes falam que a dificuldade sempre gira em torno do dinheiro né, não tem verba para isso, não tem verba daquilo.”

ASS04 “Eu trabalhava no estado, na gestão, então a gente discutia muito intersetorialidade, só que muitas vezes que eu percebi, não passava de discussão. (...) Discutia com os municípios, e essa discussão ficava ali(...) a gente sabia que no dia-a-dia não acontecia”

Outro aspecto limitante para a intersetorialidade referido pelos participantes foi que as políticas públicas sociais foram construídas de forma setorializadas, e que não se identificam discussões intersetoriais nos órgãos superiores.

ASS04 “E a questão da intersetorialidade (...) eu acho que ela tem que vir de cima para baixo. Eu acho assim, começa dos órgãos até maiores, fazerem estas discussões de intersetorialidade.”

ASS04 “Porque eu acho que começa daí os problemas hoje que a gente tem de saúde, será que eles são discutidos também para outras políticas?”

ASS04 “Não tem aquele elo entre as políticas”

Em consonância às falas, Faler, (2015), reconhece em seu estudo que as políticas sociais são historicamente fragmentadas e funcionam isoladamente, atendendo cada especificidade a que são responsáveis. Também questiona se a intersetorialidade possui os elementos necessários para romper o insulamento histórico das políticas sociais.

A literatura relata que a implementação da intersetorialidade, no âmbito das políticas públicas, apresenta persistentes limitações baseadas na desarticulação entre os setores, déficit de coordenação intra e intergovernamental, ausência de sinergia e de visão ampliada a respeito da complexidade das questões sociais e suas soluções. Ao contrário, frente a essa complexidade, multidimensionalidade e interrelação entre os fenômenos sociais, a organização das políticas públicas e sistema de governo apresenta estruturas verticalizadas e abordagens centralizadas, delimitadas por conteúdos segmentados (VEIGA; BRONZO, 2005; CORTES, 2013; HENRIQUE, 2016).

Outras barreiras surgem pelo fato de que as decisões governamentais são centralizadas, o planejamento é normativo e distante da implementação, os sistemas de informação são departamentalizados e existe um excesso de formalização, associado à insuficiência de mecanismos de articulação (HENRIQUE, 2016).

Diante disso cabe ressaltar que para alguns autores, a premissa fundamental para a ocorrência da intersetorialidade está pautada na integração dos setores, e na busca conjunta por soluções integrais. Para que isso ocorra é necessário que a intersetorialidade seja compreendida no campo político, partindo do pressuposto de que todas as políticas públicas que almejam abordagens integrais para os problemas sociais, devem ser planejadas ou executadas de forma intersetorial (AKERMAN, 2004; CORBETT; NOYES, 2008; REPETTO, 2009; WINKWORTH; WHITE, 2011; SILVA, 2013; FALER, 2015; BICHIR, 2016).

Frente a contextos cada vez mais complexos e de desafios de natureza transversal, questiona-se o padrão hegemônico de desenvolvimento do setor público, no qual as estruturas e suas abordagens são setorializadas (PETERS, 2013).

Segundo Senna e Garcia, 2014, uma das hipóteses a respeito da limitação no desenvolvimento da intersetorialidade se relaciona a processos de negociações e intermediações de interesses diversos somados a contextos de recursos escassos, onde os esforços para articulação intersetorial são limitados pela disputa de poder político e de recursos financeiros.

Considera-se que os diferentes atores têm graus variados de condições e de poder, isto ocorre devido às iniquidades estruturais subjacentes, tais como acesso ao dinheiro, informação ou poder (WESTPHAL e MENDES, 2000).

A intersetorialidade é um processo complexo e, como tal, envolve o enfrentamento das contradições, restrições e resistências. A mudança na lógica de

governar setorialmente para a uma lógica intersetorial requer decisão política, pois implica mudanças na organização, ou seja, nas estruturas de poder.

O termo “setor” não é suficiente para se referir as políticas, visto que, os direitos, os bens públicos e o conhecimento, fazem parte da política, porém não estão separados ou divididos. Não anulando a importância de cada setor, é necessário construir, planejar e executar as políticas em conjunto para posteriormente universalizar nos demais territórios (PEREIRA, 2012; FRANÇA, 2013).

Os determinantes do processo saúde/doença se relacionam intimamente a forma como as condições de vida são produzidas, isto é, na alimentação, na escolaridade, na habitação, no trabalho, na capacidade de consumo e no acesso a direitos garantidos pelo poder público, nesse ínterim, faz-se necessário que a concepção e planejamento das políticas públicas e econômicas sejam desenvolvidas de forma integrada (FALER, 2015).

Os entrevistados deste estudo relataram que, diante da insuficiência das políticas públicas, para o alcance da integralidade no cuidado, uma das alternativas praticadas é a busca por apoio em uma rede informal. Esta é formada por uma diversidade de atores, tanto da comunidade como de instituições filantrópicas e religiosas.

EDC04 “A gente muitas vezes tem que se virar e contar com os parceiros que a gente tem na comunidade (...)na questão de um vale transporte, de alimentação. (...) você pede grama, você pede terra, você pede jardim, eu pedi tijolos para aumentar o muro para a proteção das crianças. Então você acaba pedindo tudo e você vai, à cata. Mas funciona, graças a Deus tem muita gente boa”

EDC03 “Escola e comunidade, com a igreja também. O pessoal da igreja vai oferecer os serviços pra escolas, para ajudar (...) sem custo algum. Serviços de mão de obra, desde uma troca de lâmpada até uma pintura, tudo.”

Segundo Barra e Oliveira, (2016), a estrutura governamental e de gestão, se expressa no processo de trabalho das equipes locais, muitas vezes dificultando a intersetorialidade, como consequência da burocratização dos fluxos, do distanciamento entre a gestão e os equipamentos e, pela insuficiência de respostas

do setor público. Diante disto, as equipes buscam formas alternativas, construindo fluxos “extraoficiais” de apoio, tanto no setor privado, quanto em instituições filantrópicas. Essas são estratégias que a equipe lança mão para garantir uma articulação que atenda as demandas e necessidades dos usuários e que possa qualificar a assistência.

A partir das falas também foi identificado que outra consequência da falta de delineamento estrutural político para a intersetorialidade é o fato desta se estruturar, predominantemente, a partir da dimensão particular, ficando dependente, para sua concretização, de características individuais dos profissionais e das relações interpessoais entre os trabalhadores dos diferentes setores. Como já descrito anteriormente, a efetivação da intersetorialidade fica sujeita ao engajamento dos indivíduos ao trabalho intersetorial.

Enf11” partiu de mim, um projeto que eu tive que correr atrás de equipamento, fazer reunião com os equipamentos (...)foi uma iniciativa minha. Provavelmente dentro da sua pesquisa você não vá encontrar essa programação dos gestores com os equipamentos do território”

ASS01 “então assim, dentro da demanda de cada um, sempre que possível a gente procura um para trabalhar em conjunto”

ASS03” o trabalho intersetorial é muito pautado ainda nas características individuais de cada um, conforme é o relacionamento interpessoal das pessoas que trabalham.”

Os entrevistados também relataram que esta falta de direcionamento organizacional da intersetorialidade, acaba por limitar a atuação do profissional e propicia insegurança em sua conduta, de modo que estes não sabem até onde podem ir em suas ações.

EDC02 “A gente percebe que as pessoas até tem boa vontade, mas em algum momento elas tem que dizer, ‘olha, eu só posso ir até aqui.’”

EDC04 “ Eu acho que a gente deveria ter mais autonomia para poder trabalhar (...) de poder ligar direto para alguém e dizer, ‘ Não, faça isso que vai resolver.’, ter as coisas mais facilitadas, tirar um pouco essa burocracia (...) ter mais liberdade com esse trabalho, se sentir seguro naquilo que está fazendo. Porque a gente sempre faz as coisas com um pé atrás, com medo, que pode ter uma retaliação.”

EDC04 “A gente não sabe até onde pode ir, a gente vai até onde a gente acha, onde a consciência diz pra gente, o coração manda.”

ASS01 ‘Simples de resolver, mas isso que eu tô dizendo, da esfera que eu posso, instância maior, aí tem que perguntar para a instância maior, porque eu não sinto”

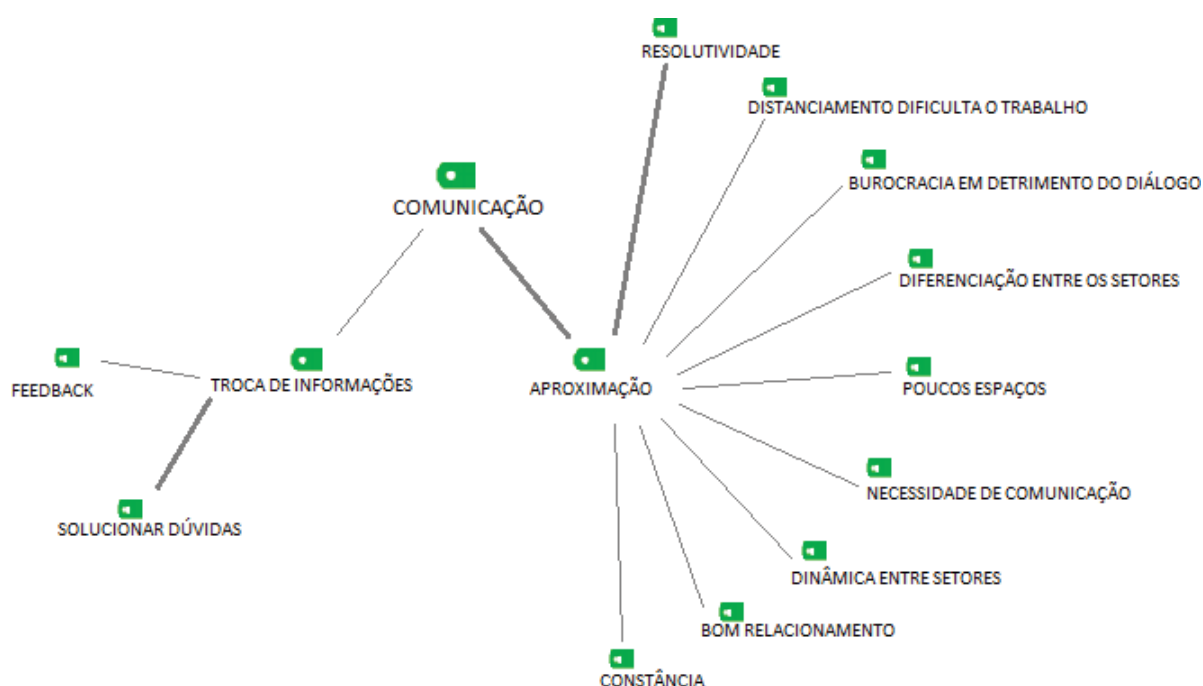
Diante disto, para o fortalecimento da intersectorialidade, é necessário que sejam trabalhadas suas questões nos âmbitos das gestões públicas, a fim de que as articulações não fiquem restritas a iniciativa de um equipamento, setor ou programa, o que certamente não será suficiente para sua consolidação (BARRA e OLIVEIRA, 2016).

As dificuldades na construção das articulações intersectoriais locais refletem as características segmentadas das políticas públicas. Nesse ínterim, reforça-se a compreensão de que é necessário o rompimento da setorialização e da visão endógena que compõe a gestão em todos os seus níveis.

5.2.2.3 Elementos que influenciam a intersectorialidade: Comunicação

A partir das falas dos gestores locais, identificou-se o elemento comunicação como um dos influenciadores da intersectorialidade. A comunicação se dividiu categoricamente em troca de informação e aproximação.

FIGURA 11- ELEMENTOS QUE INFLUENCIAM A INTERSETORIALIDADE: COMUNICAÇÃO



FONTE: O autor (2018)

A troca de informação foi descrita como a necessidade de respostas dos equipamentos quando são realizados encaminhamentos ou solicitações, sendo estas denominadas, contra-referências.

Enf1" A contra referência, que a gente não tem com outros serviços (...) as vezes para nós sabermos se deu certo, se a pessoa foi, a gente tem que fazer contato e perguntar: "apareceu fulano de tal?" "Ah apareceu""

Também foram descritas como troca de informações, as situações em que o profissional de um setor entra em contato com outro a fim de sanar dúvidas referentes a encaminhamentos de usuários e fluxos.

ASS01 "Cada um fala uma coisa. Então se mesmo que eu não concorde com aquilo ou não tenha entendido(...) eu ligo e pergunto: "você encaminhou uma pessoa assim, eu não entendi bem o porquê veio para mim".

ASS04 " Às vezes a pessoa que está lá não tem o conhecimento que esse é o fluxo, aí eles nem ligam para a gente pra saber , pra perguntar, acha que não é assim, manda a pessoa de volta(...) porque as vezes pegar um telefone; " olha, chegou fulano aqui, eu não sei, você pode me orientar qual é o fluxo?"

Cabe salientar que esta troca de informações foi referida como necessária, porém, insuficiente na prática atual.

Visto que os equipamentos atuam em um mesmo território e, assim, partilham da necessidade de informações comuns para o cuidado da população adscrita, para a ação intersetorial, é pertinente que haja sistemas ou mecanismos que facilitem o intercâmbio das informações (BRYSON et al., 2006; HORWATH; MORRISON, 2007, ; WINKWORTH; WHITE, 2011; BICHIR et al., 2016).

Segundo Birch, (2016) é necessário que se estabeleçam espaços ou instâncias de articulação intersetorial, para que os setores envolvidos possam expressar seus interesses e elucidar suas diferenças ou conflitos.

A aproximação entre os profissionais dos diferentes setores foi descrita como um facilitador da comunicação e consequentemente da prática intersetorial. Foi relatado que o contato pessoal e o diálogo entre os equipamentos otimizam o

trabalho e o torna mais resolutivo, enquanto o distanciamento entre os equipamentos dificulta o trabalho.

EDC04 “Você tendo o contato pessoal, eu sou muito do contato pessoal(...) eu gosto de falar pessoalmente e a gente já resolve toda a situação.”

ASS04 “se eu não faço esse contato com a escola, converso com a pedagoga para ver como é que está, se é realmente isso, eu nunca vou conseguir trabalhar a família. (...)Então vamos trabalhar juntos (...) Isso eu nem entendo como uma intersetorialidade, mas a troca de informações, mesmo que as vezes rápida, por telefone (...) eu acho que otimiza o trabalho do outro.”

Enf8“a gente tem essa aproximação, tem outras unidades que eu já passei que a gente não tinha essa aproximação com a FAS e com o CRAS e isso dificultava muito o nosso trabalho”

A aproximação entre os equipamentos foi percebida como variável pois, em um mesmo território, enquanto alguns setores se aproximam, outros permanecem distantes um dos outros.

EDC01“A gente com o CRAS, só quando precisa de um atendimento mais especializado, aí havia agendamento com a unidade de saúde mesmo, porque eles que fazem mais esse contato, mas de relação com a escola não é muito efetivado.”

Os entrevistados apontaram também que um dos fatores que promove este distanciamento é a burocratização das relações, tornando o contato entre os equipamentos restritos a relatórios e fichas em detrimento do diálogo interpessoal.

ASS04 “É tudo por papel. Eu mando uma contra referência para a unidade, (...) eu não converso. A unidade de saúde me manda um papel que a família precisa de cesta básica, não converso com a saúde(...) ficou uma coisa tão burocrática que a gente não tem mais essa discussão”

Outro fator que inviabiliza a aproximação é a falta de espaços de articulação entre os setores, espaços estes, destinados à discussão de casos, troca de informação sobre os equipamentos e serviços ofertados.

EDC04 “Tem reuniões isoladas. A gente tem reuniões na rede (...), mas ainda a gente não tem aquela intimidade com todos eles para ter uma troca legal entre... dá a impressão de que cada um está em seu quadradinho’

Diante disto, os entrevistados expressaram que para o desenvolvimento da intersectorialidade, a falta de comunicação deve ser rompida, sendo necessário bom relacionamento e que a aproximação entre os equipamentos ocorra de forma dinâmica e constante, ao invés de pontual e apenas em momentos de necessidade.

ASS04 “Porque como você vai fazer um trabalho intersectorial se as pessoas não dão essa abertura de você discutir um fluxo? (...) Acho que é uma barreira profissional mesmo, a gente precisa romper.”

Enf11” Ter mais proximidade, que você não vá visitar o outro só quando tiver necessidade”

Estudos sobre a intersectorialidade referem que, além de inovações nas estruturas organizacionais, grande parte do desafio à intersectorialidade implica em iniciativas para o desenvolvimento da interação e da cooperação entre os setores (CLINE, 2000; PAUN, 2010; OSTROM et al, 2010).

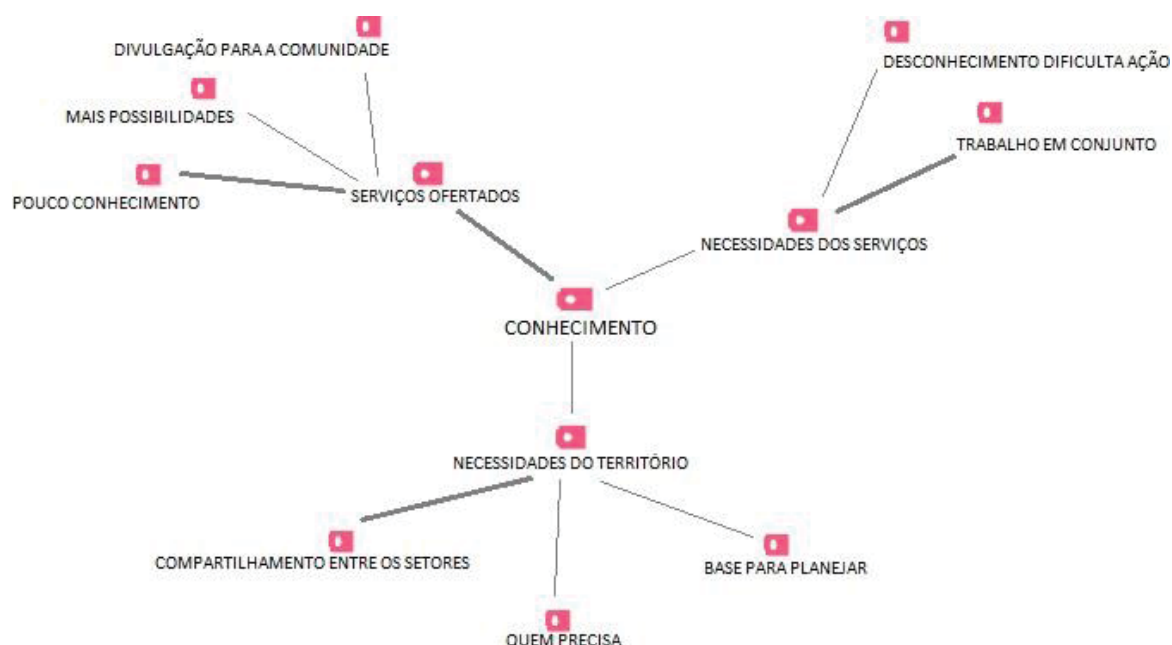
Para isso, faz-se necessário que a gestão que implementa as políticas e programas desenvolvam um olhar sobre as práticas relacionais a fim de se obter um padrão consistente de comportamento interativo (CAMPOS, 2011).

Estudo sobre gestão pública em 2017 apresenta que a boa comunicação é especialmente relevante para a prática da intersectorialidade, visto que a diversidade da natureza do trabalho, de perfis profissionais, de culturas organizacionais, conhecimentos e interesses se ampliam. De modo que, técnicas e processos voltados para a promoção da comunicação com todas as partes envolvidas é fator de sucesso para o alcance dos resultados na intersectorialidade e consequentemente nas políticas públicas (MELO, 2017).

5.2.2.4 Elementos que influenciam a intersectorialidade: Conhecimento

Segundo as falas dos entrevistados, outro elemento importante para a intersectorialidade é o conhecimento.

FIGURA 12- ELEMENTOS QUE INFLUENCIAM A INTERSETORIALIDADE: CONHECIMENTO



FONTE: O autor (2018)

É necessário que os profissionais que trabalham no território tenham o conhecimento acerca de quais serviços que os outros setores têm a ofertar. Segundo os entrevistados ainda há muita confusão sobre quais as funções de cada equipamento disponível, e que mesmo os profissionais que trabalham a vários anos no território, ainda não conhecem muitos dos serviços ofertados.

Enf12" "estão encaminhando isso e não é daqui" isso tem que ser conversado, o que o CREAS atende? O que o CRAS atende?"ah isso eu não sabia" e está a anos trabalhando na área."

Enf12," Mas esse trabalho de a gente ir lá, elas falam "nossa a gente está aqui a 5 anos e ninguém mostrou isso para a gente"

ASS01 "Aí fica: 'a unidade disse', 'o CRAS disse' Aí pega o telefone e fala "gente, oriente que não pode, não é o CRAS que não está aceitando, é lá o cadastro com o governo federal "(...) então, eu acho assim, muitas vezes a fragilidade quem faz é o próprio funcionário desavisado."

ASS02 "a gente vê que as pessoas confundem muito as proteções, os serviços."

Foi relatado que este desconhecimento fragiliza a intersetorialidade e que a partir do momento que se conhece o potencial de resposta do território, os atendimentos à população se fazem munidos de mais possibilidades para a resolução de questões.

Enf2" Se é com CREAS, com CRAS, se é idoso, se é criança, a gente sempre procura o que aquele serviço pode estar ajudando esse paciente"

Enf7 "Se você conhece como funciona o outro setor, o que ele tem a oferecer para a população, você com certeza vai conseguir trazer isso para a sua população"

ASS03" o Assistente Social conhecer um pouco mais do psicólogo, do enfermeiro, do foco, do objeto de cada profissional, de cada disciplina, eu acho que conhecendo você vai trabalhar de uma forma melhor

Além disso, foi expresso que, ao se conhecer os serviços uns dos outros, os equipamentos dispõem de mais informações a respeito do território, propiciando que ocorra uma melhor divulgação das potencialidades deste para a população.

Enf12" se divulgar para a gente, a gente é mais um a dar a informação, mais um serviço, e a gente aqui também acaba fazendo grupos e não avisa eles"

Enf12" a gente foi fazer uma visita no CRAS para o CRAS mostrar para a gente o que eles oferecem, a gente conheceu o serviço e isso propicia que a gente faça propaganda

Enf7" Ajuda a população a se conscientizar e ter um conhecimento maior, melhor. Porque a partir do momento que você tem essa ação intersetorial, você acaba levando como funciona, o que você tem a oferecer e eles ajudam a divulgar. "

Em consonância com as falas, Henrique, (2016), aponta que para a implementação da cooperação intersetorial é necessário o conhecimento sobre os

papéis de cada setor e equipamento, as responsabilidades e os recursos que cada um dispõe.

Outro aspecto abordado diz respeito a importância de se conhecer quais as necessidades dos outros setores para o trabalho em conjunto.

Enf12"Vir em uma reunião de equipe, se apresentar, ver quais são as dificuldades "

Enf10" o ideal é você ir primeiro, ouvir quais são as demandas da escola pra daí você tentar ver se consegue suprir todas (...)tem que ter essa reunião pra ver o que eles precisam, qual a necessidade da escola"

Enf10" porque não adianta também eu chegar lá e dizer assim:"vou fazer isso!"não, o que a escola precisa? Então a gente precisa ver o que eles precisam, o que a gente pode oferecer para fazer um trabalho junto"

ASS01 "se a mídia está dizendo que as pessoas que tem cadastro único tem que atualizar (...)todos os equipamentos, tudo que é envolvido vai ter que procurar saber o que é aquilo para poder atender e um equipamento ajudar o outro nesse sentido de trabalhar junto"

Segundo uma das falas, o desconhecimento a respeito do universo do outro dificulta a ação intersetorial.

Enf1" Daí quando a educação começou a falar coisas que eles veem na sala, a gente não imagina o universo deles. Então a falta de conhecimento do universo do outro também impossibilita essa ação. Não é que impossibilita, dificulta."

Sobre isso, Nunes, (2016), refere que a articulações entre os diversos setores é integrar saberes, poderes e necessidades, e que é a partir das necessidades do outro que são criados os possíveis espaços de interação e de ação entre os setores, de modo que o trabalho intersetorial produza uma maior capacidade resolutiva.

Diante disto, faz-se necessário conhecer quais são as demandas dos outros serviços para identificar se é possível suprir tais necessidades desenvolvendo, então, uma articulação mais eficiente.

O último aspecto expresso nas falas, diz respeito ao conhecimento acerca da população e das necessidades do território. Este conhecimento foi descrito como necessário, pois permite a identificação de quem precisa de quais serviços e serve como base para o planejamento de ações direcionadas a população em questão.

Enf1 " Se eu tenho o diagnóstico do território eu consigo fazer a ação antes que aquela que seria uma ação vire um problema"

Enf11" Já deliberei as ACS para reunião nas creches que tem avaliação de vaga de creche. (...) porque na hora de decidir a vaga, são olhares diferentes, então acs que é do território diz, " essa mãe realmente precisa..."

Segundo as falas, a prática da intersetorialidade é potencializada na medida em que o conhecimento sobre o território é compartilhado pelos equipamentos dos diferentes setores. Tal compartilhamento é importante, pois em determinadas circunstâncias, alguns setores têm maior acesso a informações do que outros como ocorre com a saúde, devido ao maior contato com a população.

Enf10"porque não adianta eu atender uma criança, digamos, que tenha problema psicológico aqui, se não conversar com a professora na escola e ver se ela tem o mesmo problema lá."

Enf10"as vezes chega um idoso lá que perdeu a carteirinha, eles ligam para mim e perguntam: " escuta, fulano de tal mora em qual endereço?" Aí a gente vê no sistema"

A literatura complementa que o conhecimento do território proporciona o desvelamento das necessidades da população em suas especificidades, facilitando, assim, a organização e distribuição dos serviços intersetorialmente (INOJOSA e JUNQUEIRA, 1997; WESTPHAL e MENDES, 2000; SCHUTZ e MIOTO, 2012; NOGUEIRA e RESENDE, 2017)

Conhecer o território permite que os diferentes setores e equipamentos possam se responsabilizar por ele, a fim de que haja, de fato, uma perspectiva de mudança, sendo a melhora na dignidade das pessoas que vivem neste território seja a principal meta dos profissionais que nele trabalham (NOGUEIRA e RESENDE, 2017).

6. CONCLUSÃO

Este estudo identifica os conceitos atribuídos à intersectorialidade pelos gestores locais que atuam em um mesmo território, assim como os elementos que influenciam a sua prática e efetivação.

A conceituação de intersectorialidade apresentada nos discursos dos entrevistados é polissêmica e atrelada a ações isoladas ou programas específicos.

Esta variabilidade na compreensão do termo limita a prática intersectorial, pois, enquanto algumas concepções se relacionam à fragmentação do cuidado, nas quais os serviços “repartem” os indivíduos e situações entre os diferentes setores, outras compreendem o indivíduo a partir do conceito ampliado de saúde e se utilizam da intersectorialidade como instrumento compartilhado para a integralidade no cuidado.

Visto que a intersectorialidade trata-se de uma articulação de diferentes sujeitos e políticas sociais é necessário que haja a uniformização do seu conceito entre as partes, a fim de que, ao torná-la objetivo comum aos diferentes setores, se alcance sua operacionalização. Para que o conceito de intersectorialidade se torne homogêneo e alcance a integralidade é necessário que o agir intersectorial preencha as lacunas que a fragmentação das assistências setoriais predispõe no cuidado aos indivíduos e famílias.

Dentre os elementos que influenciam a intersectorialidade destacam-se aqueles que têm o potencial de fortalecer a prática da intersectorialidade e os que a fragilizam.

Em relação aos recursos, sua insuficiência, tanto material quanto humana gera limitações à atuação intersectorial. Porém, foi apresentado que o perfil dos recursos humanos pode influenciar favoravelmente a intersectorialidade na medida em que os profissionais que atuam nos equipamentos tenham tido experiências positivas com a atuação intersectorial e possuam engajamento nessa prática.

Quanto aos elementos de gestão, identificou-se que os aspectos fortalecedores da intersectorialidade são referentes a situações em que ocorre o planejamento das ações intersectoriais, tanto no âmbito das equipes dos equipamentos, quanto entre as secretarias do município.

Os aspectos fragilizadores relativos à gestão perpassam por questões organizacionais dos serviços como, a incompatibilidade de horários entre as equipes dos diferentes setores, a constante troca de profissionais dos territórios, a burocracia das relações entre os setores, a prescrição de ações protocolares incompatíveis com as demandas do território, a insuficiência de discussão intersetorial no âmbito estrutural, a construção das políticas públicas de forma setorializada e a não efetivação das propostas intersetoriais presentes nas políticas já existentes.

Outros pontos que limitam a intersetorialidade dizem respeito a dificuldades na comunicação entre os setores. Este distanciamento dialógico entre as equipes dos diferentes equipamentos é provocado do mesmo modo, pela insuficiência de espaços de discussão e pela burocracia nos encaminhamentos de um setor para o outro.

Em contrapartida, a intersetorialidade é potencializada na medida em que a comunicação entre os profissionais se efetiva, com troca de informações, aproximação das equipes, bom relacionamento e constância no contato entre os setores.

O conhecimento sobre os serviços ofertados pelos diferentes setores, assim a respeito das necessidades do território e dos equipamentos, também surgiu como elemento fortalecedor da intersetorialidade. Este propicia o trabalho em conjunto, o planejamento de ações, e a utilização de todo potencial do território em prol do atendimento às necessidades da comunidade.

Os discursos demonstraram que a construção da intersetorialidade dentro das políticas sociais ocorre de maneira setorializada, resultando em conceitos, processos e ações fragmentadas, limitando, assim, a sua operacionalização.

Outro apontamento é de que a intersetorialidade está organizada sobre a dimensão particular, com diretrizes e fluxogramas provindo de uma articulação local, e em determinados momentos pessoal. Desta forma sua efetivação detém-se sujeita ao interesse e engajamento dos gestores locais e profissionais que atuam nos equipamentos. Percebe-se então, que a fragmentação na conceituação e prática intersetorial é resultante da falta da dimensão estrutural em sua organização.

Diante desses achados faz-se necessário o desenvolvimento de estratégias e ações que visem tanto à superação dos elementos fragilizadores da intersetorialidade, quanto ao fortalecimento dos elementos que a promovem e permitem a sua efetivação e manutenção.

Para tanto é imprescindível a construção de uma efetiva política institucional de intersetorialidade, que transponha as divisões existentes nas políticas sociais a fim de alcançar a integralidade na atenção aos indivíduos e comunidades.

A prática da intersetorialidade, apesar de vastamente debatida e compreendida como fator importante para a promoção de saúde, encontra barreiras em sua efetivação. Porém, ao se compreender em quais situações as ações intersetoriais ocorrem e de que forma se efetivam, assim como, quais as limitações e quais as potencialidades para seu desenvolvimento, espera-se estabelecer estratégias e planejamento para sua ocorrência nos diversos espaços em que é necessária para a promoção de saúde.

REFERÊNCIAS

- AKERMAN, M. **Território, governança e articulação de agendas**. Centro de Estudos, São Paulo: Pesquisa e Documentação em Cidades e Municípios Saudáveis. 2004.
- ALBUQUERQUE P.C.; STOTZ E.N. **A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade**. Interface Comum. Saúde Educ. 2004.
- ALMA ATA. Organização Pan-Americana da Saúde. Declaração de Alma-Ata. In: Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, 6-12 set 1978, Alma Ata.
- ALMEIDA, E.S.; CHIORO, A.; ZIONI, F. **Políticas públicas e organização do sistema de saúde: antecedentes, reforma sanitária e o SUS**. Gestão de Serviços de Saúde. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001.
- ALMEIDA FILHO, N. **Intersectorialidade, transdisciplinaridade e saúde coletiva: atualizando um debate em aberto**. Revista de Administração Pública, v. 34, n. 6, p. 11-34, 2000.
- ANDRADE, L.O.M; BARRETO, I.C.H.C.; FONSECA, C.D. **A estratégia de saúde da família**. In: DUNCAN, et al. O Programa de Saúde da Família como estratégia de Atenção Básica à Saúde nos municípios brasileiros. Ver. Adm. Pública, 2005; 39(2):327- 49
- ARANTES, L.J., SHIMIZU, H.E.; Merchán-Hamann, E. **Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura**. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2016, v. 21, n. 5, p. 1499-1510,
- AVELINO, L.J. **Carta de Equipamentos Sociais do Município de Santarém**. Santarém, Portugal, 2010.
- AZEVEDO A.L.M; COSTA A.M.A. **A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): Uma avaliação do acesso na Estratégia Saúde da Família**. Interface: Comunicação, saúde e Educação, Botucatu, out/dez 2010. v.14, n.35, p. 797.
- AZEVEDO, E; PELICIONE, M.C.F.; WESTPHAL, M.F. **Práticas intersectoriais nas políticas públicas de promoção de saúde**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, 2012. 22(4), 1333-1356.

BAKVIS H; JUILLET L. **O desafio horizontal**: ministérios setoriais, órgãos centrais e liderança. Cadernos ENAP. 2004; 27: 94.

BARRA, S.A.R.; OLIVEIRA, L.M.L. de. **A intersectorialidade na Estratégia Saúde da Família em Juiz de Fora/MG**. HU Revista, 2016, v. 42, n. 2

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Edições 70: Lisboa, 2002.

BELLINI, M.I.B; BUMBEL, L.S. da; FALER, C.S. et. al. **A Intersectorialidade no Trabalho do Assistente Social com Famílias nas Políticas de Saúde e Assistência Social**. Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, ABEPSS. In: Anais. Juiz de Fora, 2013.

BELLINI, M.I.B. et al. **Políticas públicas e intersectorialidade em debate**. 1º Seminário Internacional Sobre Políticas Públicas, Intersectorialidade e Família, Porto Alegre, RS, EDIPUCRS, 2014.

BICHIR, R.M.; OLIVEIRA, M.C.G. de; CANATO, P.C. **Para além da transferência de renda? Limites e possibilidades na articulação intersectorial de políticas sociais**. Cadernos de Estudos - Desenvolvimento Social em Debate, Brasília, 2016. n. 26, p. 81-102,

BRASIL. Constituição. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4. ed. Série Legislação Brasileira. São Paulo: Saraiva, 1990. P.168

BRASIL. Lei n. ° 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 19 set 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde: Documento propositivo para a organização do PSF no Brasil. Outubro de 1998.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. **Coleção Para Entender a Gestão do SUS** 2011, 1. CONASS, 2011. 291p. Vol.1. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde. Brasília, 2011.

BRASIL. Coleção Progestores – **Para entender a gestão do SUS. Atenção Primária e Promoção da Saúde**. CONASS- Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília, 2007. 232 p., vol. 8.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de a a z**: garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. 3 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto pela Saúde**. Portaria nº 399/ GM, de 22 fev. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Política Nacional de Atenção Básica**. Série E: Legislação em Saúde. Brasília: MS; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.446**, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006**. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

BRONZO, C. **Intersectorialidade como princípio e prática nas políticas públicas: reflexões a partir do tema do enfrentamento da pobreza**. In. XX Concurso del CLAD sobre reforma del estado y modernización de la administracion Pública “Cómo enfrentar los desafíos de la transversalidad y de la intersectorialidad em la gestión pública?”. Caracas, 2007.

BRONZO, C.; **Intersectorialidade no enfrentamento da pobreza: o papel da implementação e da gestão**. In. FARIA, C.A.P. (org.) Implementação de políticas públicas: teoria e prática. Belo Horizonte: Ed. PUC Minas, 2012.

BRYSON, J.M.; CROSBY, B.C.; STONE, M.M. **The design and implementation of Cross-Sector Collaborations**: propositions from the literature, Public Administration Review, número especial, pp. 44-55, 2006.

BUSS P.M. **Promoção da Saúde e Qualidade de Vida**. Ciên. Saúde Coletiva 2002, 5(1): 163-77.

CALIXTO L.S. et al. **Participação do profissional no processo de territorialização em unidade Saúde da Família de Ouricuri-PE**. II Colóquio Sociedade, Políticas Públicas, Cultura e Desenvolvimento-CEURCA, ISSN 2316- 3089. Universidade Regional do Cariri-URCA, Crato-Ceará-Brasil, 2012.

CAMPOS, G.W. de S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: HUCITEC, 2000.

CAMPOS, G.W. de S. **A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte**. Ciência & Saúde Coletiva. 2011; 16 (7): 3033-3040.

CARMO, M.E.; GUIZARDI, F.L. **Desafios da intersectorialidade nas políticas públicas de saúde e assistência social: uma revisão do estado da arte**. Physis, Rio de Janeiro, dez, 2017. v. 27, n. 4, p. 1265-1286

CARTA DE OTTAWA. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção à Saúde. Ottawa, Nov. de 1986.

CASTELLS, M. **A sociedade em rede: a era da informação**: economia, sociedade e cultura. 6. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

CAVALCANTI, P.B. et al. **A intersectorialidade enquanto estratégia profissional do serviço social na saúde**. Barbarói, 2013. n. 39, p. 192-215.

CHIESA, A.M. **Autonomia e resiliência**: categorias para o fortalecimento da intervenção na atenção básica na perspectiva da Promoção da Saúde. 135 f. Tese (Livre docência em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da USP. São Paulo, 2005.

CHILE. Servicio Nacional del Adulto Mayor. Política integral de envejecimiento positivo para Chile para El periodo 2012-2025, mayo 2012.

CIANCIARULLO I.T. Saúde na Família e na Comunidade – **Compreendendo a família no cenário de uma nova estratégia de saúde**. Robe editorial. São Paulo, 2002.

CLINE, K.D. **Definindo o problema de implementação**: gestão organizacional versus cooperação. Journal of Public Administration Research and Theory. 2000; 10: 551-571.

COLOMBIA. Ministerio de La Protección Social. Política Nacional de Envejecimiento y Vejez, 2007-2019. 2007.

CORÁ, É.J.; TRINDADE, L. de L. **Intersectorialidade e vulnerabilidade no contexto da educação integral**. Educação em Revista, v. 31, n. 4, 2015.

CORBETT, T; NOYES, J.L. **Human Services Systems integration**: A Conceptual Framework, Documento de Trabajo, n. 1333-08, University of Wisconsin - Madison, Institute for Research on Poverty, 2008.

CORTES, S.V. **Contribuições teóricas e à pesquisa empírica da Sociologia às políticas públicas**. RSB: Revista Brasileira de Sociologia, Vol.1, nº.1, pp.35-56, 2013.

CROPPER, S. et al. **The Oxford Handbook of Inter-organizational Relations**. Oxford: Oxford University Press, 2008.

CURITIBA. Secretaria Municipal de Esportes e Lazer, 2013

CURVELLO, C.F.A. **Integralidade nas relações saúde-trabalho**: a doutrina desprezada. Monografia de Especialização em Saúde do Trabalhador, Escola

Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008.

CUSTÓDIO, A.; SILVA, C. R. C. **A intersectorialidade nas políticas sociais públicas.** In: Anais Seminário Nacional Demandas Sociais e Políticas Públicas na Sociedade Contemporânea, I Mostra Nacional de Trabalho Científicos. Santa Cruz do Sul, RS: UNISC, 2015.

COSTA, M.D.H. **Serviço Social e Intersectorialidade:** A contribuição dos Assistentes Sociais para a construção da intersectorialidade no cotidiano do Sistema Único de Saúde. Tese de Doutorado - Serviço Social. Recife: PPGSS/ UFPE, 2010. 261p,

DALMOLIN, B.B. et al. **Significados do conceito de saúde na perspectiva de docentes da área da saúde.** Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, Rio de Janeiro, 2011, v. 15, n. 2, p. 389-394,

FALER, C.S. et al. **Intersectorialidade:** a construção histórica do conceito e a interface com as políticas sociais públicas. Tese de doutorado. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2015.

FARIA, R.M.A. **Territorialização da atenção primária à saúde no sistema único de saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território.** Hygeia: Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde; Uberlândia, 2013, v. 9 n. 16, pp. 131-147.

FERRO, L.F. et al. **Interdisciplinaridade e intersectorialidade na Estratégia Saúde da Família e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família:** potencialidades e desafios. O mundo da saúde, São Paulo, 2014.

FERRO, L.F. et al. **Interdisciplinaridade e intersectorialidade na estratégia de saúde da família e no núcleo de apoio à saúde da família:** potencialidades e desafios. Tempus Actas Saúde Coletiva, 2015. v. 8, n. 4, p. 111-29

FERNANDEZ, J.C.A.; MENDES, R. **Promoção da saúde e gestão local.** São Paulo: Hucitec, 2007.

FINKELMAN J. **Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil.** In: Finkelman, J. Caminhos da saúde pública no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p.37-95.

FIORATI, R.C. et al. **População em vulnerabilidade, intersectorialidade e cidadania:** articulando saberes e ações. Saúde e Sociedade, 2014. v. 23, p. 1458-1470.

FLISCH T.M.P.; EVANGELISTA J. F. PIMENTA D.N. **A vivência da intersectorialidade na perspectiva de gestores:** integrando saúde e educação no contexto da dengue. Rev. Bras. Pesq. Saúde, Vitória, 2017.

FRANÇA, M.C. et al. **Seguridade social e intersectorialidade para a expansão da proteção social.** IV Jornada Internacional de Políticas Públicas, 2013.

GARCIA, L.M.T. et al. **Intersectorialidade na saúde no Brasil no início do século XXI:** um retrato das experiências. Saúde em Debate, 2014, v. 38, p. 966-980.

GAUVIN F.P. **Intersectoral governance for health in all policies:** an integrated framework. Public Health Bulletin. 2010; 7: 31-6

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5. ed. São Paulo: Editora Atlas S.A., 2008

HENRIQUE, F.C. dos S. **Intersectorialidade na implementação de programas da área de Segurança Alimentar e Nutricional:** um estudo sobre arranjos institucionais em municípios de pequeno porte do estado da Bahia. Tese de doutorado. Bahia, 2016.

HOPKINS, M; COUTURE, C; MOORE, E. **Do heróico ao cotidiano:** lições aprendidas na condução de projetos horizontais. Traduzido por Luís Marcos B. L. de Vasconcelos. Cadernos ENAP, Brasília, 2003, 108 p. (24)

HORWATH, J; MORRISON, T. **Collaboration, integration and change in children's services:** critical issues and key ingredients. Child Abuse & Neglect, 2007, v. 31, n.1, pp. 55-69.

INOJOSA, R.M.; JUNQUEIRA, L.A.P. **Experiências Municipais:** Desenvolvimento social e intersectorialidade na gestão pública municipal. Conferência Nacional de Saúde On-Line.1997.

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

KALEGAONKAR, A.; BROWN, L.D. **Intersectoral cooperation:** Lessons for practice. IDR Reports. 2000; 16: 1-24.

JUNQUEIRA, L.A.P.; INOJOSA, R. M. **Desenvolvimento Social e Intersectorialidade:** a Cidade Solidária. São Paulo: FUNDAP, 1997

JUNQUEIRA, L.A.P. **Intersectorialidade, transectorialidade e redes sociais na saúde.** Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, 2000, v. 34, n. 6, p. 35-45.

JUNQUEIRA, L.A.P.; INOJOSA, R.M.; KOMATSU, S. **Descentralização e intersectorialidade na gestão pública municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza**. El tránsito de la cultura burocrática al modelo de la gerencia pública: perspectivas, posibilidades y limitaciones, 1997, p. 63-124.

LIMA et al., **Intersectorialidade, política de saúde e serviço social: um processo de ações na busca da integralidade**. VII Jornada Internacional de políticas públicas. São Luis, 2015.

LOCH-NECKEL G., et al. **Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família**. Ciên Saúde Colet. 2009.

LOEWENSON R. **Evaluating intersectoral processes for action on the social determinants of health: learning from key informants**. Geneva: World Health Organization; 2013.

LUCCHESE R. et al., **Saúde mental no Programa de Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária**. Cad. Saúde Pública. 2009; 25(9):2033-42.

LOLIS, D.; MOREIRA, F. de S. **Trabalho em rede: um olhar sobre a garantia da integralidade dos direitos da criança e do adolescente a partir da política de saúde em Curitiba-PR**. Serviço Social em Revista, Curitiba, 2016, v. 19, n. 1, p. 109-130.

MACHADO L.A. **Construindo a intersectorialidade**, 2016; 8p.

MACHADO, M.F.A.S. et al. **Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma visão conceitual**. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2007, 12(2):335-342.

MAGALHÃES JUNIOR, H.M. **Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade**. Divulgação em Saúde Para Debate, Rio de Janeiro, out 2014, n. 52, p.15-37.

MAGALHÃES, R. et al. **Intersectorialidade, convergência e sustentabilidade: desafios do Programa Bolsa Família de Manguinhos- RJ**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2011, v. 16, n. 11, p. 4443-4453.

MALTA D.C., et al. **Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção**. Ciênc. Saúde Coletiva. 2016; 21(6):1683-94.

MARSIGLIA R.M.G. **Universalização do acesso ao Sistema Único de Saúde no Brasil: desafios para a atenção primária à saúde**. Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos. 2012. 20(3): 317-325.

MATTOS R.A. **Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos**. In: Pinheiro R, Matos RA, organizadores. Os sentidos

da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/ABRASCO; 2001. p. 39-64.

MARQUES, E. **As políticas públicas na ciência política**. In: Marques E, Faria CAT, organizadores. A política pública como campo multidisciplinar. São Paulo: UNESP; Fiocruz. Rio de Janeiro, 2013: 23-46.

MARQUES, E. **Estados e redes sociais: permeabilidade e coesão nas políticas urbanas no Rio de Janeiro**. Revan, Rio de Janeiro, 2000.

MCQUAID, R.W. **Theory of Organizational Partnerships**: partnership advantages, disadvantages, and success factors. In: OSBORNE, Stephen P. (Ed.). The New Public Governance? Emerging Perspectives on the Theory and Practice of Public Governance. Londres; New York: Routledge-Taylor & Francis Group, 2010.

MELO R.M. **Promovendo a intersectorialidade em ações públicas**: A experiência do escritório de projetos especiais do governo de Brasília. X Congresso CONSAD de Gestão Públicas. Painel 14/1. Brasília, 2017.

MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MENDES E.V. **Redes de atenção à saúde**. Organização Pan-Americana de Saúde. Conselho Nacional de Secretários da Saúde CONASS. 2ª Edição, 549 p.: il. ISBN: 978-85-7967-075-6. Brasília, 2011.

MINAYO M.C.S., GUALHANO L. **10 anos da Política Nacional de Promoção à Saúde**. Ciênc. Saúde Coletiva. 2016.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. **Vigilância em saúde e território utilizado**: possibilidades teóricas e metodológicas. Cadernos de Saúde Pública, 2005. 21(3).

MONNERAT, G.L.; SOUZA, R.G. de. **Política social e intersectorialidade**: consensos teóricos e desafios práticos. Revista SER Social, jan./jun, 2009, v. 12, n. 26, p. 200-220.

MONNERAT, G.L.; SOUZA, R.G. **Da seguridade Social à intersectorialidade**: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. 2011.

MORAIS, J.M.O.; et al. **Acesso de primeiro contato na atenção primária à saúde para crianças de 0 a 9 anos**. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, 2017. v. 9, n. 3, p. 848-856.

MOYSES S.; AKERMAN M.; SÁ R.F. et al. **Intersectorialidade? IntersectorialidadeS!** Ciênc Saúde Coletiva, 2014; 19:4291-300.

NDUMBE-EYOH S.; MOFFAT H. **Intersectoral action for health equity: a rapid systematic review.** BMC Public Health, 2013; 13:1056.

NASCIMENTO, S. **Reflexões sobre a intersectorialidade entre as políticas públicas.** Serviço Social & Sociedade, São Paulo, n. 101, p. 95-120, 2010.

NASCIMENTO, S. do. **Reflexões sobre a intersectorialidade entre as políticas públicas.** Revista Serviço Social e Sociedade. São Paulo, n. 101, jan./mar. 2010, p. 95-120.

NOGUEIRA, P.M.; MARILAC RESENDE, L. de. **A importância do conhecimento do território no planejamento de ações em saúde.** Gerais: Revista de Saúde Pública do SUS/MG, 2017, v. 3, n. 1, p. 39-44.

NUNES, C.K.; KANTORSKI, L.P.; COIMBRA, V.C.C. **Interfaces entre serviços e ações da rede de atenção psicossocial às crianças e adolescentes.** Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre, 2016, v. 37, n. 3.

OLIVEIRA, M. et al. **Análise de Conteúdo Temática:** há uma diferença na utilização e nas vantagens oferecidas pelos softwares MAXQDA® e NVivo®. Revista de Administração da UFSM, Santa Maria, n.9, v.1, p.72-82, 2015

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Declaração de Adelaide sobre a Saúde em Todas as Políticas.** Governo da Austrália Meridional, Adelaide, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNICIPAL DA SAÚDE - OMS. **Health in all policies (HiAP) Framework for country action.** Genebra: OMS; 2014.

ORNELAS, A.L.; TEIXEIRA, M.G.C. **Intersectorialidade ou diálogos setoriais? Reflexões a partir da experiência do Projeto Teias-Escola Manguinhos,** Rio de Janeiro. Saúde em Debate, 2015. v. 39, p. 659-670.

OSTROM, E. **Analyzing collective action.** International Association of Agricultural Economists. 2010 (41): 155-166.

OTTERSEN, O. et al. **As origens políticas das inequidades em saúde:** perspectivas de mudança. The Lancet, fev. de 2014, 44p.

PAIM, J.S.; TEIXEIRA, C.F. **Configuração institucional e gestão do SUS:** problemas e desafios. In: Revista Ciência e Saúde Coletiva. 2007. n.12, p.1819- 1829,

PAIM, J.S., et al. **O sistema de saúde brasileiro:** História, avanços e desafios. Saúde no Brasil. The Lancet. Mai. 2011, p.11-31.

PAIVA M.B.P.; et al. **Uma contribuição para a avaliação da Atenção Primária à Saúde pela perspectiva do usuário**. Physis [online]. vol.25, 2015, , n.3, p. 925-950.

PANSSINI, A.L. de L. **A Intersetorialidade entre Saúde e Assistência Social no município de Vitória/ ES**. Dissertação de Mestrado – Programa de Pós-graduação em Política Social, Universidade Federal do Espírito Santo, 2011.

PAULI, L.T.S. **A integralidade das ações em saúde e a intersectorialidade municipal**. Cad. IberAmer. Direito. Sanit., Brasília, ISSN 2317, jul./dez. 2013, v.2, n.2,

PAUN, A. **The Collaborative challenge**: A study of barriers to horizontal working in the UK civil service. Paper presented to 14th IRSPM Conference; 2010. p. 7-9.

PEREIRA, M.P.; BARCELLOS, C. **O território no Programa de Saúde da Família**. Hygeia, Uberlândia, jun 2006, 2(2), p. 47-55

PEREIRA, P.A. **A Intersetorialidade das políticas sociais numa perspectiva dialética**. Brasília. 2012.

PETERS, B.G. **Toward policy coordination**: alternatives to hierarchy. Policy & Politics, 2013; 41 (4): 569-84.

PIERANTONI, C.R.; VARELLA, T.C.; FRANÇA, T. **Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde**: da teoria para a prática. Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises, 2004, v. 2, p. 51-70

PINHEIRO, PARG. **Processo de trabalho do núcleo de apoio à saúde da família na atenção primária à saúde**: Apoio matricial e regulação assistencial. Dissertação de mestrado. Curitiba, 2007.

POTVIN L. **Intersectoral action for health**: more research is needed! Int J Public Health, 2012.

RIBEIRO, M. de F. **Efetivação de políticas públicas e a escassez de recursos financeiros**. In: Âmbito Jurídico, Rio Grande, XIV, out 2011. n. 93

REPETTO, F. **Coordinación de políticas: abordaje conceptual y revisión de experiencias latinoamericanas**. In: Congreso internacional del clad sobre la reforma del estado y de la administración pública, 14, Salvador de Bahía, 27-30 de octubre, 2009.

ROMAGNOLI, R.C. **Transversalizando as políticas públicas: quando a intersectorialidade se torna rizomática**. Psicologia em Estudo, 2017. v. 22, n. 3, p. 421-432.

ROMANO V.F. **A busca de uma identidade para o médico de família.** Physis 2008; 18(1):13-25.

SANTOS, M.F. **O princípio da intersectorialidade na Política Nacional de Alimentação e Nutrição em nível municipal.** 2016.

SANTOS, M. **Espaço e Método.** 4. ed. São Paulo: Nobel, 1997.

SANTOS, M. **Saúde e ambiente no processo de desenvolvimento.** Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2003, n. 1, v. 8.

SANTOS, M. **A Natureza do Espaço: técnica, razão e emoção.** 4. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2004

SALA, A.; et al. **Integralidade e atenção primária à saúde:** Avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. Saúde soc. [online]. 2011, vol.20, n.4, pp. 948-960.ISSN 0104-1290

SANTOS, A.L.; RIGOTTO, R.M. **Território e territorialização:** incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro, nov.2010, v. 8, n. 3, p. 387-406.

SCHUTZ, F.; MIOTO, R.C.T. **Intersectorialidade e política social:** subsídios para o debate. Sociedade em Debate, 2012 , v. 16, n. 1, p. 59-75.

SCHWARTZ T.D., et al. **Estratégia Saúde da Família:** avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2010 , v.15, n.4, p. 2145-2154.

SENA, L.A. et al. **Intersectorialidade e ESF:** Limites e possibilidades no território de uma unidade integrada de saúde da família. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, João Pessoa, 2012, v. 16, n. 3, p.337-342.

SILVA, C.S.; BODSTEIN, R.C. de A. **Referencial teórico sobre práticas intersectoriais em Promoção da Saúde na Escola.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 21, p. 1777-1788, 2016.

SILVA, D.A.J.; TAVARES, M.F.L. **Ação intersectorial:** potencialidades e dificuldades do trabalho em equipes da Estratégia Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro. Saúde em Debate, 2016. v. 40, p. 193-205,

SILVA JÚNIOR, A.G.; ALVES, C.A. **Modelos assistenciais em saúde:** desafios e perspectivas. Modelos de Atenção e a Saúde da Família, 2007, p. 27

SILVA, K.L.; RODRIGUES, A.T. **Ações intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades.** Revista Brasileira de Enfermagem, out. 2010, v. 63, n. 5.

SILVA, K.L.; SENA, R.R.; AKERMAN, M.; et al. **Intersectorialidade, determinantes socioambientais e promoção da saúde.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, nov. 2014. v. 19, n. 11, p. 4361-4370.

SILVA L.O.L.E. et al. **Acessibilidade ao serviço de saúde: percepção de usuário e profissionais de saúde.** Cogitare Enferm., out/dez 2011. [s.1.] v. 16, n. 4, p 654.

SILVA, L.M. **Intersectorialidade em saúde mental: uma revisão integrativa.** 2015.

SOUSA M.F. **O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica.** Rev Bras Enferm 2008; 61(2):153-8.

SOUZA et al. **Implicações acerca do uso da intersectorialidade na gestão das políticas sociais.** Seminário Internacional sobre política públicas, intersectorialidade e família. Porto Alegre, 2013.

STARFIELD B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** UNESCO/Ministério da Saúde. Brasília; 2002.

TAQUETTE, S.R.; VILLELA, W.V. **Pesquisa qualitativa em medicina.** 2017.

TEIXEIRA, C.F. **A construção social do planejamento e programação local da vigilância a saúde no Distrito Sanitário.** In: MENDES, EV(org.) Planejamento e programação local da Vigilância da Saúde no Distrito Sanitário. Série Desenvolvimento de serviços de saúde. Brasília:OPS, 1994. n. 13, p. 43-59,

TEIXEIRA C.F., PAIM J.S. **Planejamento e programação de ações Intersectoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida.** In: Teixeira CF, Paim JS, Villasboa AL. Promoção e Vigilância da Saúde. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva; 2002.

VEIGA, L; BRONZO C.L.C. **Abordagens e desafios de gestão em programas intersectoriais de combate á pobreza e à exclusão: as iniciativas das cidades parceiras da Rede Urb-AI 10.** Relatório Parcial. Out. de 2005.

VIANA, A.L.D. **Novos Riscos, a cidade e a intersectorialidade das políticas públicas.** Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, mar./abr. 1998. v. 2, n. 32, p. 23- 33.

WARSCHAUER, M.; CARVALHO, Y.M. **O conceito “Intersectorialidade”:** contribuições ao debate a partir do Programa Lazer e Saúde da Prefeitura de Santo André/SP. Saúde e Sociedade, 2014. v. 23, p. 191-203,

WESTPHAL, M.F.; MENDES, R. **Cidade saudável:** uma experiência de interdisciplinaridade e intersetorialidade. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 47-61, 2000.

WIMMER G.F.; FIGUEIREDO G.O. **Ação coletiva para qualidade de vida:** autonomia, transdisciplinaridade e intersetorialidade. Ciên Saúde Coletiva 2006;11(1): 145-54.

WINKWORTH, G; WHITE, M. **Australia's Children 'Safe and Well'?** Collaborating with purpose across common wealth family relationship and state child protection systems, Australian Journal of Public Administration, 2011. v. 70, n.1, pp. 1-14.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The World Health Report, 2008, Primary Health Care (now more than ever). Geneva: World Health Organization, 2008.

APÊNDICE 1 - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

PARTE 1- CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

1. NOME: _____
2. SEXO: () F () M
3. DATA DE NASCIMENTO:
5. ESTADO CIVIL: () Solteiro(a) () Casado(a) () Separado(a) () Outro
6. ESCOLARIDADE (ABEP, 2012):
 - 6.1() Ensino Infantil completo/ Ensino Fundamental incompleto
 - 6.2() Ensino Fundamental completo/ Ensino médio incompleto
 - 6.3() Ensino Médio completo/ Ensino Superior incompleto
 - 6.4() Ensino Superior completo? Qual? _____
 - 6.5() Pós graduação? Qual? _____

PARTE 2 – QUESTÕES NORTEADORAS

1. Quais equipamentos sociais você conhece no território que contribuem com a integralidade do cuidado às famílias?
2. Que ações intersetoriais você já participou?
3. Quais as limitações que fragilizam a ação intersetorial?
4. O que você acha que poderia potencializar as ações intersetoriais para a promoção de saúde no território em que você atua?
5. Ações intersetoriais são importantes? Por que?

APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Marilene da Cruz Magalhães, Aline Mitie Both Budal e Verônica de Azevedo Mazza, da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você, profissional que atua no território do Distrito do Bairro Novo, a participar de um estudo intitulado “A intersectorialidade na prática da Estratégia Saúde da Família”.

A saúde é percebida como processo, no qual é concebida a partir de todos seus determinantes sociais, estes por sua vez, se integram e se relacionam em um espaço de vivência como o território. Porém, a promoção à saúde aponta que apenas os serviços da saúde não consegue responder às necessidades que determinam a saúde da população, mas demanda uma ação coordenada entre todos os setores da sociedade, visto que têm responsabilidade no que se refere à promoção à saúde. Desta forma, a fim de concorrer para a resolutividade e promover a saúde, se torna necessária a cooperação entre os diversos setores e segmentos da sociedade. Este estudo se justifica, ao passo que busca compreender essas relações de cooperação entre os setores e seus profissionais na busca da promoção da saúde, demonstrando, assim, qual é o potencial de resposta do território e como este está sendo utilizado em relação a promoção a saúde e ao cuidado integral ao indivíduo.

- a) O objetivo desta pesquisa é Descrever como ocorre a prática da intersectorialidade a partir da equipe de Estratégia Saúde da Família em um distrito sanitário de Curitiba.
- b) Caso você participe da pesquisa, será necessário que você conceda uma entrevista que poderá ser realizada no seu local de trabalho em algum espaço reservado para que ocorra a gravação.
- c) Para tanto você deverá comparecer ao local da entrevista no dia e horário agendados previamente. A entrevista levará aproximadamente 15 minutos

d) É possível que você experimente algum desconforto, principalmente relacionado ao relato de alguma situação que você gostaria que funcionasse de uma maneira mais efetiva.

e) Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser o constrangimento de ter sua entrevista gravada, mesmo que você não seja identificado em nenhum momento.

f) Os benefícios esperados com essa pesquisa são que, com a contribuição dos participantes, diante das informações coletadas será possível elaborar estratégias para a realização de ações intersetoriais em busca da promoção da saúde em um território. Pode haver participantes que não recebam benefícios diretamente, mas estarão contribuindo para o avanço científico, quanto ao desenvolvimento de estratégias na efetivação do cuidado integral às famílias por meio das ações intersetoriais.

Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal [rubrica]

Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE [rubrica]

Orientador [rubrica]

g) Os pesquisadores, Marilene da Cruz Magalhães, Aline Mitie Both Budal e Verônica de Azevedo Mazza, responsáveis por este estudo poderão ser localizados na Rua Padre Camargo, 280- Alto da Glória, Curitiba- PR, e-mail: alineboth@gmail.com, e telefone fixo: 41 3083-7207, no horário 9hr às 17hr para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

h) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

i) As informações relacionadas ao estudo só poderão ser conhecidas pelas três pesquisadoras principais. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade. A entrevista gravada será utilizada unicamente para essa pesquisa e será apagado/descartado ao término do estudo, dentro de 2 anos

j) As despesas necessárias para a realização da pesquisa como gravador e deslocamento do pesquisador até o local da entrevista não são de sua responsabilidade e você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação

k) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

p) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259.

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha

participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

_____, ____ de _____ de _____

[Assinatura do Participante de Pesquisa]

[Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE]

APÊNDICE 3 – QUADRO SÍNTESE DA ANÁLISE DAS FALAS

QUADRO 2- SÍNTESE DAS ENTREVISTAS COM OS PROFISSIONAIS

CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS	ITENS	FALAS
ELEMENTOS NECESSÁRIOS PARA A AÇÃO INTERSETORIAL			
RECURSOS	Humanos	Insuficiência de recursos humanos para o serviço	Enf6"Falta de funcionários para conseguir fazer esses programas." ASS04 "Cada vez as coisas estão piores, tá menos servidores, mais pessoas para atender em todos os locais." ASS04 "A limitação de funcionários hoje nos equipamentos, não só aqui, mas em vários setores(...) eu acho que isso que limita um pouco" Enf7 " (...)eu não consigo tirar RH daqui para continuar desenvolvendo essa ação(...)você tem que avaliar se eu fico com o profissional aqui dentro ou se eu mando ele lá fora e causo um déficit grande aqui dentro" Enf9 " se você tiver uma equipe bem estruturada, com recurso material, com recursos humanos, com uma estrutura legal, é óbvio que quem vai sair com benefício vai ser o paciente" EDC01 "Nos anos anteriores reduziu o número de profissionais que atuam nas unidades de saúde(...) assim acaba prejudicando porque eles não conseguem atender de forma satisfatória toda a comunidade que precisa" EDC02 "Se tivesse a possibilidade dessa rede ser mais efetiva, não sei se seria o caso de aumento mesmo de funcionário, aumento de verba." EDC01 "O que dificulta mesmo é a questão

			política, é a falta de pessoal que muitas vezes a questão política envolve estar contratando mais pessoas para estar fazendo o serviço.”
	Engajamento		Enf7" Quando você tem mais RH, e tem um RH envolvido também, porque não é só o fato "ah, eu tenho um RH, não, tem que ter profissionais envolvidos, de ambos os lados" Enf10"Acho que essa é a parte mais importante que é o contato, a troca de saberes e você estar disposta, porque as vezes você liga e a pessoa que está do outro lado não está muito disposta a falar com você" Enf11"tem que ter o comprometimento dos equipamentos" Enf11 "é esse relacionamento que a gente tem que ter, de positividade, sempre estar aberto, disponível para ajudar, pra encaminhar, pra resolver" ASS04 “porque se a pessoa tem iniciativa, quer fazer esse trabalho(...) Eu acho que falta muito isso nas pessoas.” Enf11"tem que ter o comprometimento dos equipamentos" Enf11 "é esse relacionamento que a gente tem que ter, de positividade, sempre estar aberto, disponível para ajudar, pra encaminhar, pra resolver" ASS04 “Mudou bastante gente, porque tinha a [nome do profissional] lá que participava mais com a gente, que fazia os trabalhos” ASS04 “Então eu acho que vai muito da pessoa que faz o atendimento que pega aquela situação para resolver.” ASS04 “outra questão que limita, é o que eu falei, que vai de cada profissional.” ASS03 “cada profissional, o quanto ele quer realmente trabalhar em equipe, o quanto ele realmente está aberto a esse trabalho intersetorial” ASS03 “o que depende é o desempenho individual de cada profissional, o quanto eu estou aberto pra outra disciplina, o quanto eu não estou fechado na minha própria disciplina, em tudo isso eu vejo essa característica muito pessoal das pessoas em uma rede, em uma intersetorialidade” ASS04 “a questão da intersetorialidade, ela está nas pessoas que trabalham nos locais, porque tem gente que você tem mais abertura, tem gente que

			não tem, tem gente que entende esse trabalho como importante, tem quem acha que não” ASS04 “é uma questão bem pessoal(...) em alguns momentos mudaram algumas pessoas e as coisas andaram, outras retroagiram(...) por isso que acho que a intersectorialidade, ela tem que estar na pessoa, ela tem que entender aquilo como uma coisa importante.” ASS04 “às vezes você fala por aí ‘olha tem uma reunião com a saúde’, ‘ah, eu não quero ir’, mas porquê? Porque acha que é um trefismo, não vê como uma coisa importante você discutir com outras políticas situações que são do nosso cotidiano do nosso trabalho” ASS04 “A pessoa vai num milhão de capacitações, você capacitar lá, falar sobre intersectorialidade, fazer um trabalho e tal, mas se a pessoa não internalizar aquilo, não vai acontecer.” ASS04 “porque as vezes a pessoa não entende a intersectorialidade como uma coisa importante, mas quando ela começa a trabalhar aquilo e vê o resultado, aí ela vai começar a entender o porquê.” ASS04 “o trabalho intersectorial, pouca gente vê como uma coisa importante, mesmo essas pessoas que são capacitadas, porque elas não tiveram algumas experiências. E quando você tem umas experiências legais você começa a abrir mais a visão para olhar que as outras políticas dentro do teu trabalho é algo importante.” ASS04 “É uma coisa muito difícil, e não é uma capacitação, ainda é uma questão de vivência (...) depende muito da pessoa internalizar aquilo e acho que é só fazer mesmo, que a pessoa vai aprender o que que é e vai ver se vai dar certo ou não, e conhecer a importância (...) teria que ser mesmo no dia-a-dia de cada local.
	Materiais	Insuficiência de espaço físico, transporte e meios de comunicação.	Enf1 “que não temos o espaço físico ” Enf12 “quando eu ligo pro CREAS ou pro CRAS, eles dependem de um carro, eles não podem sair fazendo visitas na área, andando igual a gente.” Enf10 “o que dificulta é a distância, (...) a gente depende do carro da prefeitura para que leve” EDC02 “Conselho tutelar, as vezes a gente aciona caso gravíssimo, eles não podem vir porque estão sem carro, estão sem funcionário.” Enf5 “pra começar a gente tem um telefone(...)nem sempre está disponível, a gente liga pra um outro setor que também tem com certeza o telefone concorrido(...)perde-se muito tempo” Enf2 “a gente faz interface com a FAS, para ver se tem vale transporte, alguma coisa que ajude, mas daí tem o limitante do outro serviço também, que eles têm cotas”

			EDC01 “A menina (...) que vem aqui fazer flúor para as crianças, de não conseguir fazer porque não tem escova de dentes na unidade de saúde para fazer” EDC01 “A comunicação entre os equipamentos é fácil, o difícil é a gente conseguir efetivar devido as dificuldades que a gente encontra de pessoal, de material.”
GESTÃO	Divisão territorial para os serviços		Enf10 “o que dificulta é a distância, a área de abrangência, é grande e quase toda rural ” Enf9 “ quando você precisa de um equipamento que é um pouquinho mais afastado, que já não faz parte da nossa área de abrangência, a gente acaba tendo um pouco mais de dificuldade(...)é muito mais complicado” EDC04 “Está próximo da gente, que nem a unidade de saúde, o CRAS, a igreja, isso e aquilo, tá tudo perto, ajuda muito a gente nisso quando está tudo muito próximo né. (...) a gente consegue ter aquele vínculo, aquela troca.”
	Incompatibilidade de Horários nos serviços		Enf7 “ preciso fazer uma visita em área com a FAS, deve ser uma visita conjunta, mas o horário deles não é igual ao nosso(...)esses horários que eles tem disponibilidade eu não tenho, é uma dificuldade”
	Mudança de coordenações e fluxos		Enf7 “Porque de repente você cria um vínculo com aquele profissional, e aí muda tudo, até você se inteirar novamente, mudam os fluxos” ASS03 “ chega pessoas novas nessas equipes, que trabalham juntas, que seja feito um trabalho de integração, de conhecimento, pra que tenha essa interpessoalidade que é muito importante também.
	Falta de organização da ação intersetorial dentro do equipamento		Enf11 “como se dá a relação interna, como que é, quem comanda, quem direciona, como que cobra. alguns trabalham de forma muito organizada, planejada, outros não tem essa organização e nem esse planejamento.” Enf10 “A gente não conseguiu se organizar para fazer reuniões com esses outros setores para a gente trabalhar junto”

	Falta de organização e direcionamentos vindos da gestão	Enf11" a gente não tem que pensar só no micro do local lá, pra não ter esse desinteresse. (...)porque se eu conversar com o da ponta e com quem manda, quem direciona, quem delibera...aí a fala é a mesma e se tem uma compreensão melhor(...) Porque as vezes "ah, mas é você que tá pedindo, se não tiver nada por escrito no meu núcleo eu não faço Enf11" partiu de mim, um projeto que eu tive que correr atrás de equipamento, fazer reunião com os equipamentos (...)foi uma iniciativa minha. Provavelmente dentro da sua pesquisa você não vá encontrar essa programação dos gestores com os equipamentos do território" Enf11 "que tivesse um encontro mensal, trimestral de todos os equipamentos daquele território, pensando em uma situação de planejamento, avaliação." Enf5 "E até devia ter um sistema de referência e contra referência" Enf1" Organizar o fluxo, o processo, e ter visão antes daquele problema aparecer." Enf8"A gente desenvolve as ações, mas não da maneira que a gente gostaria de desenvolver, porque há um tempo atrás a gente conseguia(não consegue desenvolver de uma maneira ideal" ASS01 "então assim, dentro da demanda de cada um, sempre que possível a gente procura um para trabalhar em conjunto" ASS03 "o trabalho intersetorial é muito pautado ainda nas características individuais de cada um, conforme é o relacionamento interpessoal das pessoas que trabalham." EDC04 "A gente muitas vezes tem que se virar e contar com os parceiros que a gente tem na comunidade (...)na questão de um vale transporte, de alimentação. (...) você pede grama, você pede terra, você pede jardim, eu pedi tijolos para aumentar o muro para a proteção das crianças. Então você acaba pedindo tudo e você vai, à cata. Mas funciona, graças a Deus tem muita gente boa" EDC03 "Escola e comunidade, com a igreja também. O pessoal da igreja vai oferecer os serviços pra escolas, para ajudar (...) sem custo algum. Serviços de mão de obra, desde uma troca de lâmpada até uma pintura, tudo." EDC02 "A questão de políticas públicas mesmo, em algum momento elas falham, porque elas não conseguem ser efetivas, porque todos os equipamentos, em algum setor falha. Ou é funcionário, ou é verba, ou é qualidade de trabalho
--	--	---

		ali.” EDC01 “Deveria direcionar o que é prioridade para a comunidade, se é mais médico na unidade de saúde, se é mais atendimento nas escolas, por exemplo, nós temos crianças que estão fora da escola porque não há vagas nas escolas, então acho que a gente precisa melhorar mesmo é essa política pública mesmo, do cidadão que precisa mais.” EDC01 “Os governantes falam que a dificuldade sempre gira em torno do dinheiro né, não tem verba para isso, não tem verba daquilo.” ASS04 “Eu trabalhava no estado, na gestão, então a gente discutia muito intersetorialidade, só que muitas vezes que eu percebi, não passava de discussão. (...) Discutia com os municípios, e essa discussão ficava ali(...) a gente sabia que no dia-a-dia não acontecia” ASS04 “E a questão da intersetorialidade (...) eu acho que ela tem que vir de cima para baixo. Eu acho assim, começa dos órgãos até maiores, fazerem estas discussões de intersetorialidade.” ASS04 “Porque eu acho que começa daí os problemas hoje que a gente tem de saúde, será que eles são discutidos também para outras políticas?”
	Falta de organização do serviço de acordo com as necessidades do território (demanda)	Enf7” nós temos muita demanda, os profissionais nem sempre conseguem dar devolutiva para o paciente como ele gostaria” Enf7” E com a demanda grande, acaba-se não dando muita atenção (ao paciente), não que não queira, porque... tem um, tem outro já aguardando” Enf12”Ação educativa a gente acaba não fazendo porque lá é bem corrido, aqui é bem corrido, a gente não tem esse tempo hábil” Enf9”A gente não consegue ter esse contato muito próximo, é quando consegue arrumar um tempo ali, quando um outro arruma um tempo ali” Enf9”famílias completamente desestruturadas, a gente precisa fazer um trabalho muito longo em parceria com os outros equipamentos para pode chegar em algum resultado” Enf1” a gente não tem o feedback, mas não é por má vontade, é por demanda mesmo, porque a demanda é muito grande,(...) porque a nossa área é uma área suscetível socialmente.” Enf1” Acaba deixando de lado, né. Porque a gente tem muita...a questão social pega bastante” Enf7” Ultimamente aumentou bastante a nossa demanda(...)com essa crise que está, muitas pessoas tinham convênios, não tem mais(...)eles estão demandando bastante do serviço público” Enf7”Às vezes o pai está desempregado, a mãe tá

		desempregada, que é o provedor da casa. Então, quando você tem essa comunicação entre os outros setores, você consegue ajudar." Enf2 " pelo local que nós trabalhamos e pela vulnerabilidade do território a gente tem uma afinidade muito grande com CMEIs, CRAS e com CREAS" Enf8"essa área é muito vulnerável, então está o tempo todo junto a saúde, a parte social, a gente trabalha sempre junto pela vulnerabilidade da área mesmo"
COMUNICAÇÃO	Troca de informações	Enf1" A contra-referência, que a gente não tem com outros serviços (...) as vezes para nós sabermos se deu certo, se a pessoa foi, a gente tem que fazer contato e perguntar: "apareceu fulano de tal?" "Ah apareceu"" ASS01 "Cada um fala uma coisa. Então se mesmo que eu não concorde com aquilo ou não tenha entendido(...) eu ligo e pergunto: "você encaminhou uma pessoa assim, eu não entendi bem o porquê veio para mim". ASS04 " Às vezes a pessoa que está lá não tem o conhecimento que esse é o fluxo, aí eles nem ligam para a gente pra saber , pra perguntar, acha que não é assim, manda a pessoa de volta(...) porque as vezes pegar um telefone; " olha, chegou fulano aqui, eu não sei, você pode me orientar qual é o fluxo?"
	Aproximação	ASS01 "Com o comitê do Família Paranaense(...) falando com a pessoa do comitê, que a gente já tem mais afinidade, mais contato, às vezes a gente consegue um avanço maior" EDC04 "Você tendo o contato pessoal, eu sou muito do contato pessoal(...) eu gosto de falar pessoalmente e a gente já resolve toda a situação." ASS04 "Uma questão é essa, com a Unidade de saúde ali, o E. (profissional de saúde) é bem aberto (...) daí a gente tinha essa articulação, assim, até com a unidade de saúde ali era mais do que com outros lugares que eu passei, tinha uma abertura bem legal pra fazer ações assim, em conjunto.(...)dá uma diferença de equipamento para equipamento. Em alguns lugares você tem uma abertura maior. " ASS04 "se eu não faço esse contato com a escola, converso com a pedagoga para ver como é que está, se é realmente isso, eu nunca vou conseguir trabalhar a família. (...)Então vamos trabalhar juntos (...) Isso eu nem entendo como

		uma intersectorialidade, mas a troca de informações, mesmo que as vezes rápida, por telefone (...) eu acho que otimiza o trabalho do outro." Enf10" com o CRAS eu tenho um bom relacionamento" Enf8"a gente tem essa aproximação, tem outras unidades que eu já passei que a gente não tinha essa aproximação com a FAS e com o CRAS e isso dificultava muito o nosso trabalho" ASS04 "É tudo por papel. Eu mando uma contra referência para a unidade, (...) eu não converso. A unidade de saúde me manda um papel que a família precisa de cesta básica, não converso com a saúde(...) ficou uma coisa tão burocrática que a gente não tem mais essa discussão" EDC01 " A gente com o CRAS, só quando precisa de um atendimento mais especializado, aí havia agendamento com a unidade de saúde mesmo, porque eles que fazem mais esse contato, mas de relação com a escola não é muito efetivado." EDC04 "Tem reuniões isoladas. A gente tem reuniões na rede (...), mas ainda a gente não tem aquela intimidade com todos eles para ter uma troca legal entre... dá a impressão de que cada um está em seu quadradozinho" ASS04 "Porque como você vai fazer um trabalho intersectorial se as pessoas não dão essa abertura de você discutir um fluxo?(...) Acho que é uma barreira profissional mesmo, a gente precisa romper." Enf5" devia haver mais movimentos entre as secretarias, entre os setores. Acho que a gente devia conversar mais. Enf11"Tem que ser muito próximo (...)tem que estar afinado e ter um bom relacionamento, tanto os gestores dos equipamentos como os demais servidores. " Enf11" Ter mais proximidade, que você não vá visitar o outro só quando tiver necessidade"
CONHECIMENTO	O que o outro serviço tem a ofertar	Enf12" se divulgar para a gente, a gente é mais um a dar a informação, mais um serviço, e a gente aqui também acaba fazendo grupos e não avisa eles" Enf12" a gente foi fazer uma visita no CRAS para o CRAS mostrar para a gente o que eles oferecem, a gente conheceu o serviço e isso propicia que a gente faça propaganda Enf7" Ajuda a população a se conscientizar e ter um conhecimento maior, melhor. Porque a partir do momento que você tem essa ação intersectorial,

		você acaba levando como funciona, o que você tem a oferecer e eles ajudam a divulgar. " Enf2" Se é com CREAS, com CRAS, se é idoso, se é criança, a gente sempre procura o que aquele serviço pode estar ajudando esse paciente" Enf7 "Se você conhece como funciona o outro setor, o que ele tem a oferecer para a população, você com certeza vai conseguir trazer isso para a sua população" ASS03" o Assistente Social conhecer um pouco mais do psicólogo, do enfermeiro, do foco, do objeto de cada profissional, de cada disciplina, eu acho que conhecendo você vai trabalhar de uma forma melhor Enf12" "estão encaminhando isso e não é daqui" isso tem que ser conversado, o que o CREAS atende? O que o CRAS atende?"ah isso eu não sabia" e está a anos trabalhando na área." Enf12 " Mas esse trabalho de a gente ir lá, elas falam "nossa a gente está aqui a 5 anos e ninguém mostrou isso para a gente" ASS01 "Aí fica: 'a unidade disse', 'o CRAS disse' Aí pega o telefone e fala "gente, oriente que não pode, não é o CRAS que não está aceitando, é lá o cadastro com o governo federal "(...) então, eu acho assim, muitas vezes a fragilidade quem faz é o próprio funcionário desavisado." ASS02 "a gente vê que as pessoas confundem muito as proteções, os serviços."
	Qual a necessidade do outro serviço	Enf1" Daí quando a educação começou a falar coisas que eles veem na sala, a gente não imagina o universo deles. Então a falta de conhecimento do universo do outro também impossibilita essa ação. Não é que impossibilita, dificulta." Enf12"Vir em uma reunião de equipe, se apresentar, ver quais são as dificuldades " Enf10" o ideal é você ir primeiro, ouvir quais são as demandas da escola pra daí você tentar ver se consegue suprir todas (...)tem que ter essa reunião pra ver o que eles precisam, qual a necessidade da escola" Enf10" porque não adianta também eu chegar lá e dizer assim:"vou fazer isso!"não, o que a escola precisa?Então a gente precisa ver o que eles precisam, o que a gente pode oferecer para fazer um trabalho junto" ASS01 "se a mídia está dizendo que as pessoas que tem cadastro único tem que atualizar (...)todos os equipamentos, tudo que é envolvido vai ter que procurar saber o que é aquilo para poder atender e

		um equipamento ajudar o outro nesse sentido de trabalhar junto"
	Qual a necessidade do território	Enf10"porque não adianta eu atender uma criança, digamos, que tenha problema psicológico aqui, se não conversar com a professora na escola e ver se ela tem o mesmo problema lá." Enf10"as vezes chega um idoso lá que perdeu a carteirinha, eles ligam para mim e perguntam: " escuta, fulano de tal mora em qual endereço?" Aí a gente vê no sistema" Enf11" Já deliberei as ACS para reunião nas creches que tem avaliação de vaga de creche.(...) porque na hora de decidir a vaga, são olhares diferentes, então acs que é do território diz, " essa mãe realmente precisa..." Enf1 " Se eu tenho o diagnóstico do território eu consigo fazer a ação antes que aquela que seria uma ação vire um problema"
CONCEITOS		
SAÚDE	Centrado na doença	Enf8 "o foco se centralizou mais ao atendimento a doença e não está conseguindo fazer a prevenção adequadamente, isso encharca a unidade de saúde, a gente fica apagando fogo, resolvendo só o problema da doença e não consegue desenvolver a prevenção."
	Fragmentado	Enf1" eu sou da saúde, quando eu vejo eu já estou mais no âmbito ali social, direcionando para uma cesta básica, direcionando para uma situação, assim, social do que a saúde mesmo" Enf7"Tem profissionais que acontece," não, isso é da saúde, não mas... esse aqui é da FAS, isso aqui não é comigo". E não pode ser assim, porque você tanto leva demanda para o outro setor, quanto ele traz pra você." (fragmentação na intersetorialidade

		Enf7 "tem pacientes que vem, e vem um dia, vem dois, vem três, e o problema dele não é saúde. Tem outro problema familiar lá, tem gente desempregada, tem muita briga na casa." ASS01 "Então quer pôr cinco encontros do grupo de tabagismo? Pode vir, unidade de saúde vem (...) aí eles sabem que eles vêm no CRAS mas é uma ação da saúde"
	Integralidade	Enf5 para a gente prestar uma boa assistência para o usuário, não tem como se trabalhar se não for em formato de redes. Não só vendo aquele problema que eu posso resolver enquanto saúde, 'ah esse não é um problema de saúde', a gente tem que mudar esse foco, é um problema que o usuário tem, é um problema que a gente tem de saúde pública" Enf10 " Não dá pra dizer "Isso aqui não é problema meu, isso aqui é problema da educação" não, é todo nosso, a mesma criança que está lá naquela escola pode ser meu paciente aqui." Enf2 " A saúde é apenas uma das necessidades, mas a pessoa para ela ter uma vida saudável, tem que ter várias outras interfaces, que daí envolve os outros setores"
ATENÇÃO PRIMÁRIA	Porta de entrada	Enf5 (...) eles não procuram a unidade de saúde só para questões de saúde né? É uma porta de entrada, eles pedem socorro aqui mesmo, e a gente tem que fazer esses links entre uma secretaria e outra para se ajudar (...) é legal essa visão que as pessoas tem da saúde. Que a saúde tem o poder de pedir ajuda para outras secretarias." EDC01 "os agentes comunitários, (...) eles é que fazem essa ponte entre a família e a saúde e a educação " Enf7 "na Saúde da Família, não dá pra ser um atendimento só "qual que é tua queixa? ", "Ah, tô com uma diarreia". Você vai ter que conversar e investigar o que mais tem ali. O objetivo é prevenção e o vínculo com a comunidade." Enf7 "Tem outro problema familiar lá, tem gente desempregada, tem muita briga na casa. E a unidade de saúde é um escape."

	Território- Maior contato com a população	Enf5" Como a gente está diariamente nas casas realizando visitas, os ACS passam frequentemente, a gente sempre está passando nas ruas, então a gente está mais em contato com as famílias mesmo. (...) é pela facilidade de acesso, porque a gente está sempre ali, muitas vezes passando no portão de cada um, então as demandas nos chegam." ASS04 "questão de álcool e drogas, as famílias costumam omitir né, e como a unidade de saúde conhece a família, já acompanha, ela sabe as vezes mais que a gente se tem uma situação ou não." EDC02 "A unidade de saúde vai, corre atrás né? Então, o endereço das pessoas eles tem atualizado. (...) A gente recorre à unidade, e lá sempre tem o telefone atualizado. (...) lá eles dão atualizado porque lá eles precisam da unidade, e aqui não."
INTERSETORIALIDADE	Diferentes olhares sobre as necessidades de um mesmo território	Enf2" Cada secretaria tem um olhar diferente para o mesmo território, e esse território tem várias necessidades Enf4" um usuário está dentro de um círculo, e a agente está observando ele em vários pontos, tanto na questão social, na educação ou na saúde, então fica mais fácil de a gente monitorar(...) A intersectorialidade ajuda muito por conta disso. A gente tem um controle mais efetivo da situação" Enf2" A gente trabalha dentro do território(...)trabalhando na parte da saúde, mas tentando resolver, tentando ajudar essa população em todos os seus aspectos, então a gente trabalha junto visando o bem estar do paciente." Enf2" São necessidades diferentes, então cada ação intersectorial visa cumprir uma necessidade. ASS04 "A família é única, (...) com certeza ela vai na unidade de saúde, às vezes eles conseguem identificar uma coisa lá, nela, que eu não identifico" ASS01 "A intersectorialidade é importante desde que um respeite o olhar do outro, não queira se sobrepor ao trabalho do outro(...) é importante, mas vamos cada um na sua área"
	Incapacidade dos serviços isolados- trabalho em rede	EDC01 "A escola as vezes fica lá na aprendizagem mas a criança não aprende por quê? Porque falta algo mais, as vezes uma questão de saúde, as vezes uma questão de alimentação." ASS04 "A família é única, então não tem como você trabalhar a família cada um num lugar um pedacinho."

		EDC01 “ A gente precisa do apoio à escola e as vezes ela não consegue dar conta de tudo que a gente precisa para as crianças, a gente precisa do acompanhamento com a unidade de saúde, precisa desse acompanhamento de ações sociais , então a gente precisa desse contato, ter essa rede mesmo de acompanhamento.” ASS03 “Não existe como trabalhar sozinho, isso é um pensamento arcaico, pensamento antigo, diante da tecnologia e ciência moderna, o trabalho intersectorial é tudo, acho que juntos somos mais.” Enf9“a gente não consegue, não tem perna para tudo isso, então como a gente podia fazer esse trabalho? Integralizando as equipes para que a gente possa ter resultado maior e melhor” Enf4“ Não dá para perder um ponto de apoio, se perder um ponto de apoio eu acho que a gente acaba tendo dificuldades para resolver nossas questões. Então acredito que manter. Enquanto está todo mundo ali, sincronizado.” ASS03 “eu vejo que hoje é desta forma que se trabalha nas questões sociais, em conjunto com as outras políticas, com as outras disciplinas.” EDC02 “o CREAS, ele ainda consegue ir além do que o CRAS. A unidade de saúde que eu acho que é fundamental. Depois da unidade de saúde, é a educação. E daí vai fazendo esse caminho de ligação.” EDC04 “por que como é uma rede? É uma coisa puxando a outra” EDC02 “Então assim, deu erro lá na saúde, vai dar erro aqui na educação. Deu erro aqui na educação, por falta de funcionário, qualquer outra coisa, vai dar erro no conselho tutelar(...) em algum setor vai ficar uma lacuna” EDC04 “mas tem uma falha ali, porque o conselho não está ali(...) então você não consegue fazer um bom trabalho. A gente se esforça, mas as vezes faz, faz, faz e não dá em nada.” ASS04 “Então a importância maior eu acho que é você poder trabalhar um conjunto de coisas na mesma família” ASS02 “não tem a ver só com a questão de renda, é o acesso às políticas públicas, a questão da cidadania, de ter acesso aos direitos sociais. E isso não é só a FAS, porque cultura é um direito, alimentação saudável, abastecimento é um direito, educação, é um direito da criança, acesso à saúde.” ASS03”porque o sujeito é um sujeito completo, é difícil você desmembrar as pessoas em social, médico, psicólogo, educação, o sujeito é um sujeito completo pra se trabalhar uma política social”
--	--	---

		ASS02 “ cada um no seu âmbito está discutindo a melhor forma de atender articuladamente a família como um todo, colocando seu ponto de vista, sua visão da família, e como as secretarias podem se articular ASS04 “Eu acho que a intersectorialidade é ir além, é ir além daquele trabalho cotidiano, e talvez até meio mecânico que a gente faz.”
	Resolutividade	Enf5” o serviço intersectorial é uma saída para resolução, a gente aumenta nossa resolução dos casos.” EDC02 “Quando você tem essas ações [intersectoriais] você consegue, como um todo, fazer que se efetive todos aqueles projetos, aqueles planos de ações que você tem, vai se efetivar.” Enf9”a gente consegue dar pro paciente uma resposta mais rápida e mais efetiva” Enf3” Consegue articular bastante coisa e dar seguimento para o paciente” Enf11”A saúde fica melhor para a nossa comunidade, é isso que é relevante e a gente ajuda a ter um impacto nos indicadores sociais” Enf9 ” Elas geram mais aproximação, mais estabilidade no trabalho, mais coerência, agilidade, agilidade em primeiro lugar.
	Compartilhamento do potencial do território para a população	Enf7” Ajuda a população a se conscientizar e ter um conhecimento maior, melhor. Porque a partir do momento que você tem essa ação intersectorial, você acaba levando como funciona, o que você tem a oferecer e eles ajudam a divulgar. ”
AÇÕES INTERSETORIAIS	Educação em saúde	Enf1 ”demanda de ir fazer uma orientação de escovação, orientação de aleitamento materno, às vezes eles solicitam e a gente faz esse tipo de orientação” Enf9 ”A saúde chama eles para falar sobre a questão da Baleia Azul (...) a respeito dessa situação de tentativa de suicídio “ ASS01 “A gente teve uma fala da saúde junto com o CRAS que a gente promoveu do dia internacional da mulher, (...)foi para os usuários, o público que a gente chamou foram as famílias dos serviços de convivência e do família paranaense(...) daí foi falado da saúde da mulher, a educação também falou, então falou a educação, falou a saúde e falou a FAS.” EDC01” As reuniões com os pais, as vezes

		convida a unidade de saúde para estar falando com os pais também, justamente desse cuidado com a saúde" EDC01 "As reuniões com os pais, as vezes convida a unidade de saúde para estar falando com os pais também, justamente desse cuidado com a saúde"
	Mutirão	Enf1 "tem os eventos de mutirão da cidadania (...)a gente junta todos os equipamentos, educação, saúde, ambiental e vai faz ação local naquele território"
	Compartilhamento de casos	Enf3 " A gente conseguiu fazer o internamento involuntário de um rapaz maior, mas a gente precisou do NASF, do CAPS, do SAMU, da Guarda" ASS03 "A gente faz esse trabalho, de método que a gente usa é reuniões e discussões de caso" Enf 8 "A gente tem a rede de proteção"
	Programa Saúde na Escola	Enf3 " A odonto faz (PSE), que eu sei, eles vão na escola"
	Parceria em projetos	Enf11 "A gente está com um projeto onde os adolescentes tem que fazer cumprimento de pena, então a gente estabeleceu junto com o CREAS que os adolescentes possam vir fazer o cumprimento aqui na unidade" Enf11 " Projeto para que as escolas e creches solicitem na matrícula a atualização da carteirinha vacinal" ASS03 "a gente tem um trabalho que é do programa da família paranaense, que essa intersetorialidade ela se constitui com uma metodologia realmente do trabalho" ASS01 "pelo Programa Família Paranaense tem um comitê, é que é a educação, a saúde esporte e lazer, fundação cultural, todas as secretarias fazem parte desse comitê dentro desse programa Família Paranaense, então a gente tem bastante acesso." ASS04 "A gente foca muito na questão do Programa Família Paranaense porque é uma forma da gente ter também esse acesso com as outras políticas, de discutir os casos que tem naquele território, então, quando a gente inclui uma família no programa a gente leva pro comitê e a unidade de saúde, a escola, os CMEIS, vê se tem alguma situação grave dessa família que

		precisa ser discutida no comitê, então é uma coisa bem importante, porque é um momento que você consegue discutir situações específicas da família, montar um plano de ação.” ASS04 “a gente tem que fazer um diagnóstico de cada família (...)são 75 questões em todas as áreas, de habitação, educação, saúde, na área da assistência, segurança alimentar” ASS02 “Teve a adesão do Programa Família Paranaense, fizemos reuniões quinzenais com todos os equipamentos da região, discutindo sobre os casos, selecionando as famílias(...) E todo esse sistema articula as secretarias em prol das famílias. ASS01 “É um piloto de prevenção a droga, a violência (...) vai ser a FAS, saúde e guarda municipal.”
--	--	---

FONTE: O autor (2018)

ANEXO 1- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A intersetorialidade na prática da Estratégia em Saúde da Família

Pesquisador: MARILENE DA CRUZ MAGALHÃES BUFFON

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 68097317.9.0000.0102

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.092.785

ANEXO 2- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE CURITIBA - SMS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A intersetorialidade na prática da Estratégia em Saúde da Família

Pesquisador: MARILENE DA CRUZ MAGALHÃES BUFFON

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 68097317.9.3001.0101

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.140.209