



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

MYCHELE CAPELLINI MORIS TAGUCHI

ENTRE A PREVENÇÃO DE DOENÇAS E A PROMOÇÃO DA SAÚDE: A
INTERSETORIALIDADE NUM TERRITÓRIO DA CIDADE DE INDAIATUBA, SP.

CAMPINAS
2017

MYCHELE CAPELLINI MORIS TAGUCHI

ENTRE A PREVENÇÃO DE DOENÇAS E A PROMOÇÃO DA SAÚDE: A
INTERSETORIALIDADE NUM TERRITÓRIO DA CIDADE DE INDAIATUBA, SP.

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde, na Área de Concentração Política, Gestão e Planejamento.

ORIENTADOR: DANIELE SACARDO NIGRO

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL
DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELA ALUNA
MYCHELE CAPELLINI MORIS TAGUCHI E
ORIENTADA PELA PROF.^a DR.^a DANIELE SACARDO
NIGRO.

CAMPINAS

Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s): Não se aplica.

ORCID: <http://orcid.org/http://orcid.org/00>

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

T129e Taguchi, Mychele Capellini Moris, 1981-
Entre a prevenção de doenças e a promoção da saúde : a intersectorialidade num território da cidade de Indaiatuba, SP / Mychele Capellini Moris Taguchi. – Campinas, SP : [s.n.], 2017.

Orientador: Daniele Sacardo Nigro.

Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Ação intersectorial. 2. Promoção da saúde. 3. Prevenção de doenças. 4. Territórios. I. Nigro, Daniele Sacardo, 1974-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Between disease prevention and health promotion : intersectoriality in a territory of Indaiatuba, SP

Palavras-chave em inglês:

Intersectoral action

Health promotion

Disease prevention

Territorys

Área de concentração: Política, Gestão e Planejamento

Titulação: Mestra em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde

Banca examinadora:

Daniele Sacardo Nigro [Orientador]

Juan Carlos Aneiros Fernandez

Rosilda Mendes

Data de defesa: 24-02-2017

Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde

MYCHELE CAPELLINI MORIS TAGUCHI

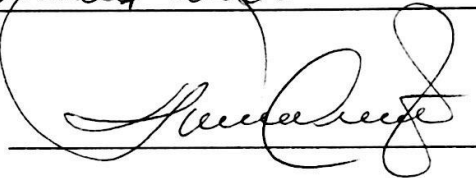
Orientador (a) PROF(A). DR(A). DANIELE SACARDO NIGRO

MEMBROS:

1. PROF(A). DR(A). DANIELE SACARDO NIGRO



2. PROF(A). DR(A). JUAN CARLOS ANEIROS FERNANDEZ



3. PROF(A). DR(A). ROSILDA MENDES



Programa de Pós-Graduação em Mestrado Profissional em Saúde
Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde da Faculdade de Ciências Médicas
da Universidade Estadual de Campinas

Ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros da banca
examinadora encontra-se no processo de vida acadêmica do aluno.

Data: 24 de Fevereiro de 2017

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Prof^a. Dr^a. Daniele Sacardo pelo tempo dedicado em me orientar sempre com muito afeto, respeito e conhecimento. Agradeço também o companheirismo em todos os momentos desse processo, o incentivo, a acolhida, o acalento e a construção conjunta desse caminho de aprendizagem e transformação.

Agradeço à Prof^a. Dr^a. Rosilda Mendes e ao Prof. Dr. Juan Carlos Aneiros Fernandez pela acolhida, pela disponibilidade em contribuir com esse processo, pelo rico compartilhar de conhecimento e pela leitura crítica e reflexiva deste trabalho que me auxiliaram a desenvolvê-lo e enriquecê-lo.

À Prof^a Dr^a Juliana Luporini do Nascimento e ao Prof. Dr. Rubens Bedrikow, pelas contribuições com esse trabalho e pela aceitação pronta e singela em participar desse caminho de aprendizagem.

À todos os docentes do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, Política e Gestão em Saúde, pelos ensinamentos e compartilhamento de experiências dentro da saúde coletiva.

Aos meus queridos amigos do mestrado profissional, Ângela, Cilene, Solanne, Kátia, Marina, Estela, Ana Claudia, Bárbara, Érika, Rodrigo, Raquel, Matheus, Amanda, Natália, Thiago, Patrícia, Gabrielle e Douglas, por partilharem comigo as dificuldades, desafios e muita diversão. Esse mestrado não seria o mesmo sem vocês!! Foram momentos incríveis de discussão, risadas, aprendizado, mais risadas, amizade e companheirismo.

Às secretarias de saúde, educação e família e bem-estar social do município de Indaiatuba/SP pela presteza e pela abertura ao desenvolvimento desse trabalho. Aproveito para agradecer especialmente aos participantes dessa pesquisa, pela confiança, pela recepção acolhedora e por me proporcionar essa oportunidade de aprender junto, no “entre”, no “inter”.

Ao meu marido Allan, minha eterna gratidão e reconhecimento por apoiar minhas escolhas, entender minhas ausências, minhas oscilações de humor e saber com maestria dosar os momentos de estender a mão, de renovar energias com amor, música, cerveja, amparo, silêncio e aquilo que foge às palavras mas cabe num simples olhar.

Agradeço ainda a todos os meus afetos, aos amigos, em especial às minhas queridas companheiras Alinda, Suzana, Rebeca e Verusca pelo imenso carinho, pelos conselhos, pelo apoio e incentivo durante todo esse tempo. Agradeço a minha família, que de modo incondicional sempre me apoiou, respeitou e me incentivou a trilhar meu próprio caminho.

Agradeço a todas as pessoas que, de algum modo, contribuíram, acreditaram e confiaram em mim durante todo esse percurso.

RESUMO

Esse estudo teve a intencionalidade de discutir a problemática em torno da intersetorialidade e da promoção da saúde num território da cidade de Indaiatuba, Estado de São Paulo. Buscando articular uma rede de conceitos – promoção da saúde, intersetorialidade, território -, a ‘palavra’ foi dada aos gestores e trabalhadores que atuam em três distintos setores - Saúde, Educação e Assistência Social, para que pudessem expressar, narrar e compartilhar suas concepções, valores e experiências envolvendo ações intersetoriais. Por meio da abordagem qualitativa foram realizadas entrevistas individuais, grupais e realizados grupos focais como técnicas para coleta dos dados, tendo como recurso a linguagem ou a palavra para acessar e atribuir sentidos e significados diversos às práticas concretas de sujeitos envolvidos com ações intersetoriais, visando a promoção da saúde dos usuários. Na etapa de discussão dos resultados, produzidos a partir dessas diferentes técnicas de coletas de dados, foi utilizada a triangulação dos dados buscando articular o conjunto dos dados primários e secundários coletados. A análise dos resultados foi disposta em três categorias. Uma delas é a intersetorialidade gerando possibilidades e tensões; a segunda é a potência das ações cotidianas no território e a terceira trata-se do dilema da “política materializada” e da “materialização da política”. A pesquisa evidenciou que há diversas iniciativas, práticas, e ações cotidianas nas quais foi possível perceber o quanto os processos de trabalho ganham novos sentidos e significados quando a prática intersetorial faz parte do dia a dia dos trabalhadores. A dimensão instituinte parece caracterizar a intersetorialidade nesse território que mostra sua expressividade marcado pela ação dos sujeitos, por um território em processo, existencial e em constante processo de produção de práticas de atuação na produção de saúde. Por fim, a pesquisa explicita não somente a indiferenciação na prática dos conceitos de promoção de saúde e prevenção de doenças bem como o quanto todo esse dinamismo, as ações dos sujeitos, os projetos existenciais, de autonomia são movidos pelos projetos de prevenção de doenças e não por projetos de promoção da saúde. Desse modo, essa pesquisa não se finaliza com o objetivo de reafirmar pressupostos tradicionais, definir modelos, formas de fazer intersetorialidade, mas de valorizar os processos, o “sujeito em relação”, a dinâmica instituinte-instituído e nesse sentido, novas possibilidades de produzir saúde.

Descritores: Intersetorialidade; Promoção da Saúde; Prevenção de Doenças, Território.

ABSTRACT

This study has the intention of discussing the issues around the intersectoriality and health promotion in the territory of Indaiatuba, in the state of São Paulo, Brazil. Seeking to articulate a network of concepts - health promotion, intersectionality, territory - the 'word' was given to managers and employees working in three different sectors – health, education and social sector, so that they could express, narrate and share their views, values and experiences involving intersectoral action. Through qualitative approach, individual interviews were conducted, group and focus groups as techniques for data collection, with the use of language or the word to access and assign various meanings to the subject of specific practices involved in intersectoral actions aiming at the promotion of the health of users. In the discussion phase of the results, produced from these different techniques of data collection, the triangulation of the data was used to articulate the set of primary and secondary data collected. The analysis of the results was arranged in three categories. One of them is the intersectoriality generating possibilities and tensions; The second is the power of daily actions in the territory and the third is the dilemma of "materialized politics" and "materialization of politics". The research provided evidence that there are several initiatives, practices, and daily actions in which it was possible to perceive how the work processes gain new meanings when the intersectoral practice is part of the daily routine of the professionals. The institutant dimension seems to characterize the intersectoriality in this territory, which shows its expressiveness represented by the action of the subjects, given the territory in process, existential and in a constant process of operating practices concerning the health production. And last but not least, the research makes explicit the indistinction between the practice of the concepts of health promotion and disease prevention, but also how all this dynamism, the actions of the subjects, the existential projects of autonomy are led by projects of prevention of diseases as opposed to health promotion projects. In this way, this research does not end with the objective to reaffirm traditional presupposition, defining models, ways of making intersectoriality, defining it, but valuing the processes, the "subject in relation", the institutant-instituted dynamics, and as a result, many possibilities can be produced.

Keywords: Intersectoriality; Health Promotion; Disease Prevention; Territory.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APAE – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD III – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (24 horas)

CIRVA – Centro de Reabilitação e Vivência do Autista

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social

DARE – Drug Abuse Resistance Education

DEREFIM - Departamento de Reabilitação Física e Mental

ESF – Estratégia de Saúde da Família

FCM – Faculdade de Ciências Médicas

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMC – Índice de Massa Corporal

GTI – Grupo de Trabalho Intersetorial

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NIS – Número de Identificação Social

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização Não-Governamental

PMAS – Plano Municipal de Assistência Social

PME – Plano Municipal de Educação

PMS – Plano Municipal de Saúde

PNPS - Política Nacional de Promoção da Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

PROERD – Programa Educacional de Resistência às Drogas

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

USF – Unidade de Saúde da Família

UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas

VIVER – Valorizando o Indivíduo e a Vida em Recuperação

WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
1.1. Promoção da saúde e intersetorialidade: antecedentes históricos internacionais	14
1.2. Promoção da saúde e intersetorialidade na América Latina e no Brasil	22
1.3. Intersetorialidade: definições e conceitos	25
1.4. Promoção da saúde e intersetorialidade: articulando conceitos.....	27
2. OBJETIVOS.....	32
2.1. Objetivo Geral:	32
2.2. Objetivos Específicos:	32
3. PERCURSO METODOLÓGICO	32
3.1. Caracterização do local da pesquisa	33
3.2. Critérios de participação na pesquisa.....	36
3.2.1. Critérios de inclusão:.....	36
3.2.2. Critérios de exclusão:	36
3.3. Técnicas e coleta de dados	36
3.3.1. Entrevistas	37
3.3.2. Grupo focal.....	38
3.3.3. Pesquisa documental	39
3.4. Análise de Dados	40
4. RESULTADOS	43
4.1. Documentos Oficiais, Planos e Projetos	43
4.1.1. Planos Municipais	43
4.1.2. Programas e Projetos	56
4.2. Entrevistas.....	60
4.3. Grupos Focais e Entrevista Grupal	81
5. DISCUSSÃO.....	99
5.1. Intersetorialidade: tensões e construções	99
5.2. Potência das ações do cotidiano.....	103
5.3. Política materializada e materialização da política.....	105
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	109
7. REFERÊNCIAS	111
8. ANEXOS.....	121
8.1. Anexo 1 – Parecer do Comitê de ética.....	121
8.2. Anexo 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	125
8.3. Anexo 3 – Roteiro de entrevistas	128
8.4. Anexo 4 – Roteiro de entrevistas NASF	130

1. INTRODUÇÃO

A promoção da saúde tem se constituído, nas últimas três décadas, num dos temas mais estudados e discutidos nos diferentes espaços da produção do conhecimento e das práticas de saúde. No âmbito do presente estudo, ela é compreendida como modelo sanitário caracterizado pelo conjunto de elementos de natureza teórica, cultural e técnica que se organizam numa determinada sociedade e num determinado momento histórico, com o propósito de responder às demandas do campo da saúde e que se efetiva na realidade concreta dos sujeitos envolvidos (VERDI; CAPONI, 2005).

Os modelos sanitários são construções sociais resultantes de relações de disputas e acordos entre diferentes segmentos da sociedade que confrontam seus interesses, seus valores, suas crenças nos diferentes espaços sociais, como por exemplo, o de formulação de políticas públicas de saúde, da organização dos processos de trabalho e das práticas de sanitárias. Cabe reconhecer, entretanto, que na prática, inexistem modelos puros, pois eles se apresentam desta forma apenas enquanto construções teóricas, servindo de referência para a análise da realidade e a identificação de diferenças, que possibilitam escolhas e decisões (VERDI; CAPONI, 2005).

A produção acadêmica acerca da promoção da saúde mostra a diversidade de interpretações que surgiu ao longo deste período, evidenciando, de um lado, uma ampla produtividade no âmbito da construção dos pressupostos da promoção da saúde, e de outro, a fragilidade com que se revelam na realidade das práticas de saúde. Estas diferentes interpretações podem ser reunidas em duas grandes tendências, sendo uma delas com enfoque predominantemente comportamental, referenciada pelos hábitos e estilos de vida, e a outra, orientada pelos determinantes sociais do processo saúde-doença-cuidado (VERDI; CAPONI, 2005; BUSS, 2009; WESTPHAL, 2006).

Czeresnia (2009), ao abordar as semelhanças e diferenças entre a “promoção” e a “prevenção” que enseja o conceito de “saúde”, traz a tona a complexidade do fenômeno que escapa a possibilidade de apreensão em sua plenitude por meio da conceituação e da palavra. Diz a autora: “a palavra, mesmo que seja uma elaborada forma de expressão e comunicação, não é suficiente para apreender a realidade em sua totalidade” (CZERESNIA, 2009, p. 40). Assim, um conceito não pode ser considerado como capaz de substituir a realidade, que é sempre mais complexa, carregada de aspectos incomprensíveis, silêncios e interrogações não respondidas. Exemplo dessa perspectiva pode ser observado no distanciamento entre o conceito de “doença” enquanto uma “construção mental”, e o “adoecer” enquanto uma “experiência da vida”. Frequentemente, o conceito de doença não somente é empregado como

se representasse o adoecer concreto, mas, principalmente, efetiva práticas concretas que pretendem ser capazes de responder à sua totalidade. Outro exemplo se observa na própria organização das práticas de promoção da saúde que comumente se fundamentam em torno do conceito de doença.

Assim, se, de um lado, a saúde (ou a doença) é mais complexa do que os conceitos que tentam explicá-la; de outro, é através de conceitos que são viabilizadas as intervenções e práticas no sistema de saúde ou nas relações intersetoriais. Não há como produzir modelos de atenção à saúde que não busquem operacionalizar conceitos de saúde e doença.

Neste trabalho, partimos do pressuposto que tanto a saúde quanto o adoecer correspondem a “formas pelas quais a vida se manifesta”, constituem experiências singulares e subjetivas, portanto, impossíveis de serem reconhecidas e significadas integralmente pela palavra. Por meio da palavra uma pessoa enferma expressa seu mal-estar e atribui significados à sua experiência, do mesmo modo que um profissional de saúde atribui significados às queixas e sintomas do doente. Dessa forma, “é na relação entre a ocorrência do fenômeno concreto do adoecer, a palavra do paciente e a do profissional de saúde, que ocorre a tensão entre a subjetividade da experiência da doença e a objetividade dos conceitos que lhe dão sentido e propõe intervenções para lidar com semelhante vivência” (CZERESNIA, 2009, p. 41). O mesmo raciocínio podemos seguir para explicar o fenômeno da saúde ou do “saudável”.

Tais considerações importam para os propósitos desse trabalho, que tem a intencionalidade de discutir a problemática em torno da intersetorialidade e da promoção da saúde num território da cidade de Indaiatuba. Buscando articular ao menos dois amplos e complexos conceitos – promoção da saúde e intersetorialidade -, a ‘palavra’ foi dada aos gestores e trabalhadores que atuam em três distintos setores - Saúde, Educação e Assistência Social, para que pudessem expressar, narrar e compartilhar suas concepções, valores e experiências envolvendo ações intersetoriais em suas práticas concretas de trabalho com a população.

Apesar das diferentes concepções de promoção da saúde constituírem em formulações teórico-práticas ao longo das últimas décadas, os sentidos de expansão, de ampliação e de positividade presentes no conceito de promoção da saúde na contemporaneidade constituem uma formulação bastante recente no discurso sanitário. São construções cujo processo histórico indica momentos de aproximação e de distanciamento com outros modelos do campo da saúde, como o modelo preventivo.

Buscando diferenciar os conceitos de prevenção e de promoção da saúde, Leavell e Clark (1976) definiram a promoção da saúde enquanto “medidas que não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar gerais”, evidenciando sua diferença em relação à prevenção de doenças. Esta, por sua vez, “exige uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença” (LEAVELL; CLARK, 1976, p. 17). As ações preventivas definem-se como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. Essa tensão e necessidade de diferenciação entre os dois conceitos, assim como a abordagem convergente que os aproximaram a ponto de tornarem-se sinônimos num determinado momento histórico, serão discutidos mais adiante.

Importa, a título de introdução, considerar que as nuances dos enfoques e os significados de promoção da saúde têm mudado ao longo do tempo, conforme a estrutura conceitual e as estratégias operativas a que vincula, expressando transformações do conceito. Cabe destacar, entretanto, que não se trata de conceber tal processo de mudança conceitual como necessariamente evolutivo, a partir do qual são constituídas etapas ou fases do pensamento e das práticas de promoção da saúde. Igualmente, é necessário reconhecer três aspectos fundamentais da abordagem histórica que inicia a contextualização do objeto de estudo nessa dissertação. O primeiro diz respeito ao caminho de aprendizagem da pesquisadora na busca de assimilação, formação e organização de conceitos e ideias. O segundo diz respeito ao reconhecimento que as narrativas históricas que demonstram certo grau de ‘evolução’ são comumente abordadas de acordo com as tradições da cultura eurocêntrica, que por sua condição “colonizadora”, tendem a negar, ignorar e invisibilizar o conhecimento produzido, os modos de ser e de praticar a promoção da saúde nos territórios e culturas considerados periféricos ou “colonizados” (SANTOS, 2007).

A escolha de fundamentar nossos referenciais teóricos recorrendo à literatura e autores mais presentes no campo da promoção da saúde justifica-se pela facilidade de acessar os documentos e estudos sobre a temática, sem deixar de reconhecer, todavia, suas limitações. O terceiro aspecto a ser destacado se refere à dimensão temporal do processo de mudança dos conceitos, visto que, embora as ideias e diferenças sejam apresentadas de modo cronológico, elas não seguem padrões de fronteiras temporais demarcadas, podendo ser consideradas concomitantes, sobrepostas e imbricadas.

A seguir, apresentamos alguns marcos históricos que demonstram a diversidade de compreensões dos conceitos de promoção da saúde e intersectorialidade e que fundamentam suas abordagens, concepções e práticas discutidas nesse trabalho.

1.1. Promoção da saúde e intersectorialidade: antecedentes históricos internacionais

Pensar saúde para além do setor saúde não é um privilégio dos últimos tempos, apesar da intersectorialidade estar em destaque nos últimos anos. A ideia de intersectorialidade está intimamente associada à construção e ampliação da concepção de saúde ocidental e à construção teórica da Promoção da Saúde, transpondo os limites de uma política setorial (ANDRADE, 2004; SCLiar, 2007).

Em relação à saúde, os séculos XVII, XVIII se destacaram em função de avanços na medicina, caracterizados pela descoberta do microscópio, avanço do conhecimento científico com base na bacteriologia e uma concepção de saúde marcada pelo isolamento das pessoas adoecidas e coerção dos indivíduos sadios a adotarem comportamentos adequados à saúde (WESTPHAL, 2006, 2007; SCLiar, 2007).

Trabalhando a genealogia das formas de poder, Foucault (2005) aponta que o final do século XVIII é marcado pelo surgimento de uma nova tecnologia de exercício do poder como biopoder mostrando que as relações de poder não acontecem somente no plano do sujeito em seu espaço restrito, mas ampliam-se também para o espaço da população. Com isso nasce a preocupação com a saúde e o bem-estar da população tendo a medicina, nesse momento, uma “função maior de higiene pública, com organismos de coordenação dos tratamentos médicos, de centralização da informação, normalização do saber, e que adquire também o aspecto de campanha de aprendizado da higiene e de medicalização da população” (p. 291).

Os séculos seguintes, XIX e XX se seguiram com avanços na medicina clínica, principalmente após a “Revolução Pasteuriana”, na microbiologia, patologia, fisiologia, parasitologia e medicina preventiva bem com o nascimento da epidemiologia, valorizando dados e estatísticas como essenciais à compreensão da saúde e doença, tendo como um dos estudos pioneiros o realizado pelo médico inglês John Snow (1813-1858) sobre a cólera em Londres (ANDRADE, 2004; SCLiar, 2007). Ainda no século XIX na Inglaterra, tem-se o início da Revolução Industrial e com ela a emergência da precarização do processo de trabalho e da deterioração das condições de vida da população pelo processo de urbanização. Vários escritos e relatórios foram elaborados na época, enunciando a relação entre saúde e

condições sociais bem como o papel do estado nesse processo (WESTPHAL, 2006, 2007; SCLIAR, 2007).

Na Inglaterra, alguns dos mais proeminentes foram o texto “*A situação da classe operária na Inglaterra*” de Friedrich Engels (1840) e o relatório denominado “*As condições sanitárias da população trabalhadora da Grã Bretanha*” do inglês Edwin Chadwick, (1942), pioneiro do movimento inglês de saúde pública. Estes denunciavam a condições degradantes dos trabalhadores e explicitavam a importância da melhoria das condições sanitárias das cidades inglesas para a saúde da população (WESTPHAL, 2006, 2007; SCLIAR, 2007).

Na Alemanha, o estudo do patologista Rudolf Virchow (1847-48) sobre a epidemia de tifo na Prússia enfatizava a relação entre a medicina e os problemas sociais concluindo que a epidemia que devastava a Silésia era causada por aspectos econômicos, sociais e físicos sugerindo, entre outras intervenções médicas, “doses ilimitadas” de democracia, educação, liberdade e prosperidade. Virchow é considerado o pai da medicina social e precursor das estratégias de promoção da saúde (WESTPHAL, 2006, 2007; ANDRADE, 2004; SCLIAR, 2007).

Na França (1826) Louis René Villermé (1782-1863) publicou um relatório analisando a mortalidade nos diferentes bairros de Paris e também revelou significativas contribuições para a ampliação da compreensão de saúde e doença (WESTPHAL, 2006, 2007; ANDRADE, 2004; SCLIAR, 2007).

A partir dessas produções, sucessivos avanços se deflagraram nas discussões sobre as determinações das questões sociais na produção de saúde e doença na população fornecendo as bases para a Medicina Social e sendo precursora de uma das relevantes abordagens da Promoção da Saúde.

No final do século XIX e início do XX, os avanços científicos no campo biomédico, necessários para enfrentar a morbimortalidade relacionada às doenças infecciosas, continuaram orientando as estratégias curativas, reforçando uma concepção fragmentada de doença, predominantemente de natureza biológica, deslocando o pensamento causal em saúde do ambiente, físico e social para agentes patogênicos. A saúde surge como ausência de um agravo causado por um germe. É o início da era bacteriológica que atravessa o século XX, baseada no preventivismo e no modelo da História Natural das Doenças, influenciando um dos enfoques da promoção da saúde (WESTPHAL, 2007).

Por volta de 1930, com o advento dos fármacos como a insulina e sulfamidas, inicia-se a era terapêutica, que reforça o conceito de saúde como ausência de doença. Nesse

sentido, princípios como mecanicismo, unicausalidade, o biologismo, o individualismo e a especialização passam a compor o pensamento em saúde (WESTPHAL, 2007).

Nessa época, a indústria farmacêutica em movimento crescente, principalmente nos EUA, começa a comprar espaços para propaganda nas publicações da American Medical Association, fundada em 1847, e em outras publicações ortodoxas. Essa relação entre a corporação médica e o grande capital começa a exercer intensa pressão sobre as instituições e os governos para a implantação e extensão da “medicina científica” (PAGLIOSA; DA ROS 2008).

É frente a esse contexto que Abraham Flexner, em 1910, produz seu relatório de avaliação de 155 escolas médicas dos EUA e Canadá, denominado *Relatório Flexner*, que por um lado permitiu a reorganização e regulamentação das escolas médicas, mas por outro desencadeou um processo de desvalorização de outras propostas de atenção em saúde como o fisiomedicalismo e o botanomedicalismo, precursores da fitoterapia e homeopatia, que possuíam escola estruturadas, médicos praticantes e boa aceitação social. À doença se reforçou o caráter natural e biológico, sendo o social, o coletivo, o público não implicados no processo saúde-doença. Os hospitais passam a ser vistos como principais centros de assistência, enfatizando os especialismos e valorizando-se discursos predominantemente focados na doença (WESTPHAL, 2007; PAGLIOSA; DA ROS, 2008; COSTA; PONTES; ROCHA, 2006).

Mesmo com contribuições para a organização das escolas médicas, progressos no ensino, pesquisa e prática médica, a ênfase no modelo biomédico e no hospital conduziu os programas educacionais a uma visão reducionista. Essa concepção, no entanto, foi se mostrando insuficiente para intervir nos efeitos das mudanças sociais, ambientais, econômicas e políticas no início do século visto que novas patologias e problemas sociais continuavam surgindo, a violação de direitos humanos de países democráticos continuava crescendo bem como o aumento de vítimas de violência e acidentes, aumento de doenças crônicas não transmissíveis, a reatualização de endemias sob novas roupagens, além da facilitação pelos processos de globalização da circulação de micro-organismos (WESTPHAL, 2006; PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Ainda nesse período, de 1920 e 1950, o movimento da medicina preventiva, crítica à medicina curativa, começava a se fortalecer. Esse movimento, segundo Arouca (2003) é formado por três vertentes: a primeira, a Higiene, surgida no século XIX, intimamente ligada com o desenvolvimento do capitalismo e com a ideologia liberal; a

segunda com a discussão dos custos da atenção médica e a terceira com o aparecimento de uma redefinição das responsabilidades médicas surgida no interior da educação médica.

Nessa visão contra hegemônica, em 1946, Henry Ernest Sigerist, um historiador e médico francês, utilizou o termo promoção da saúde pela primeira vez ao definir quatro áreas de atuação da medicina: promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento das doenças e reabilitação. Para ele, promover a saúde implicava proporcionar condições de vida e de trabalho decentes, educação, cultura e formas de lazer e descanso, invocando, para tanto, o esforço coordenado de políticos, setores sindicais e empresariais, educadores e médicos. A estes últimos imputava um papel social de proteger as pessoas e guiá-las para uma vida cada vez mais saudável e feliz (ANDRADE, 2004; SILVA; SENA, 2010).

Com essa proposta, Sigerist¹ reintegra o paciente à sociedade, resgatando a realidade social à concepção de saúde. "Saúde é, por conseguinte, não simplesmente a ausência de doença, ela tem alguma coisa positiva, uma prazerosa atitude frente à vida e uma aceitação jovial das responsabilidades que a vida coloca para o indivíduo" (1941 apud NUNES, 1992, p. 76).

Nessa época, um outro trabalho, do inglês Thomas McKeown reforçou a relação entre condições socioeconômicas e saúde. McKeown entre 1948 e 1971 observou que a mortalidade por tuberculose na população da Inglaterra e Gales diminuiu paulatinamente ao longo dos anos, sendo que as causas dessa redução estavam associadas mais ao desenvolvimento econômico, à nutrição e às mudanças nos níveis de vida da população e menos às medidas predominantemente curativas implementadas pela medicina (WESTPHAL, 2006; ANDRADE, 2004).

Posteriormente Leavell e Clark (1976), utilizaram o termo promoção da saúde ao desenvolverem o modelo da História Natural da Doença no livro *Medicina Preventiva*, que comportaria três níveis de prevenção. A promoção da saúde estaria localizada no estágio de prevenção primária na qual se concentrariam medidas de proteção do homem contra agentes patológicos ou pelo estabelecimento de barreiras contra agentes nocivos do ambiente. O objetivo da aplicação de medidas preventivas primárias, secundárias e terciárias é evitar doenças e seu agravamento (LEAVELL; CLARK, 1976; WESTPHAL, 2007; BUSS, 2009).

Embora nesse primeiro momento a promoção da saúde tenha se fundido ao termo prevenção de doenças, sendo utilizado para caracterizar um nível de atenção da medicina preventiva, os significados de ambos os termos foram se diferenciando e a promoção da saúde

¹ Sigerist, H. E. *Medicine and Human Welfare*. New Haven, Yale University Press, 1941.

foi mudando ao longo do tempo, passando a representar mais recentemente um enfoque político em torno do processo saúde-doença-cuidado (BUSS; CARVALHO, 2009).

Os vários questionamentos sobre os altos custos da medicina biologicista, curativa bem como sua ineficácia frente às respostas à qualidade de vida da população associadas às contribuições de Sigerist e McKeown que vinham se estruturando, culminaram num informe produzido pelo governo canadense intitulado “Uma nova perspectiva sobre a saúde dos canadenses” conhecido como Informe Lalonde (ANDRADE, 2004; WESTPHAL, 2007).

Esse documento foi produzido pelo ministro canadense Marc Lalonde em 1974 através de investigações que revelaram, entre outros achados, que estilos de vida e ambientes eram responsáveis por oitenta por cento das causas das doenças e não havia investimentos no controle dessas causas. O informe enfatizou argumentos da determinação do processo saúde/doença por múltiplos fatores, aplicando esses princípios à realidade canadense com definições de estratégias nacionais de saúde e sugerindo que ações de promoção de saúde deveriam ser uma prioridade política (WESTPHAL, 2006, 2007; ANDRADE 2004).

Os fundamentos deste informe se encontravam na concepção de *campo da saúde* (*Health Field*) e introduziram os chamados “determinantes de saúde”. Este conceito abrangia quatro grandes eixos: a biologia humana (genética e função humana), o meio ambiente (natural e social), o estilo de vida (comportamentos que afetam a saúde) e a organização da assistência à saúde (SCLIAR, 2007; HEIDMANN et al, 2006).

Segundo Andrade (2004) o informe Lalonde produziu intenso impacto no pensamento sanitário, influenciando de modo indireto o movimento por Cidades Saudáveis². O informe também influenciou políticas sanitárias de outros países como Estados Unidos e Inglaterra e estabeleceu as bases para a Conferência de Alma Ata em Kazak, União Soviética em 1978.

Essa conferência internacional sobre atenção primária em saúde, promovida pela OMS, reconheceu pela primeira vez a saúde como direito, através da melhoria do acesso aos serviços de saúde, envolvimento da população e por um trabalho de cooperação entre outros setores da sociedade. A conquista do mais alto grau de saúde exigiria a intervenção de muitos outros setores sociais e econômicos além do setor saúde. Alma-Ata e as atividades inspiradas no lema “Saúde para todos no ano 2000” recolocaram em destaque o tema dos determinantes sociais em saúde (ANDRADE, 2004; BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

² “A primeira definição descrita para cidades saudáveis foi elaborada em 1986, por Hancock e Duhl, que ressaltam a importância histórica do processo de tomada de decisão dos governos locais no estabelecimento

Esse momento é definido pelos estudiosos da área como o início da Promoção da Saúde como uma “nova saúde pública”, onde essa área de conhecimento definiu seu marco teórico, localizando todo processo saúde/doença no eixo histórico, social, econômico, político e cultural. É também a primeira vez que a dimensão da intersetorialidade aparece como parte de uma concepção para alcançar resultados mais satisfatórios com relação à saúde da população (ANDRADE, 2004; WESTPHAL, 2007).

Com esta motivação foi planejada a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, em novembro de 1986. Essa conferência esclareceu o conceito de promoção da saúde, discorrendo saúde não como objetivo, mas como recurso para a vida. Saúde apresentou-se como um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. A Carta de Ottawa, documento final da Conferência, tornou-se emblemática para o movimento que se aglutinava em torno da promoção da saúde ao enfatizar que promover saúde não é apenas responsabilidade exclusiva do setor sanitário, transcende mecanismos de adoção de estilos de vida saudável e contempla os diferentes e múltiplos modos de andar a vida em direção a um bem-estar global (CAMPOS, 2000; BRASIL, 2002). Trouxe como pré-requisitos fundamentais para a saúde, as condições de vida e a valorização da paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade, afirmando um conjunto de valores como a vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e ação conjunta, entre outros (BRASIL, 2002).

Como ações de promoção da saúde a Carta de Ottawa sinalizou a implementação de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes saudáveis, o fortalecimento de ações comunitárias (*Empowerment*), o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos serviços de saúde. Nesse documento, portanto, a intersetorialidade ganhou um lugar privilegiado, visto que a compreensão de saúde ampliada destacou recursos para a saúde que se encontram localizados fora e para além do setor saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986).

Várias Conferências Internacionais de Promoção da Saúde se seguiram posteriormente, a citar: II Conferência em Adelaide, Austrália (1988); III Conferência em Sundsvall, Suécia (1991); IV Conferência em Jakarta, Indonésia (1997), V Conferência na Cidade do México, México (2000); VI Conferência em Bangkok, Tailândia (2005); VII Conferência em Nairobi, Quênia (2009). VIII Conferência em Helsinque, Finlândia (2013) e,

de condições para a saúde, para interferir nos determinantes sociais, econômicos e ambientais” (WESTPHAL; MENDES, 2000).

por fim, até o momento, a IX Conferência realizada em Shangai na China em novembro de 2016. No quadro a seguir, as principais contribuições de cada conferência.

Quadro 1: Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde.

CONFERÊNCIA	PRINCIPAIS CONTRIBUIÇÕES
II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde Adelaide/Austrália (1988)	Reafirmação das cinco estratégias de ação da Carta de Ottawa e da Declaração de Alma Ata. Identificou quatro áreas prioritárias para promover ações imediatas em políticas públicas saudáveis: apoio à saúde da mulher; alimentação e nutrição; tabaco e álcool; criação de ambientes favoráveis.
III Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde Sundsvall/Suécia (1991)	Reforça a importância da intersetorialidade para criar ambientes favoráveis. Ressalta que, para promover este ambiente favorável à saúde, é preciso englobar quatro aspectos importantes: a dimensão social; a dimensão política; a dimensão econômica e a necessidade de reconhecer e utilizar a capacidade e o conhecimento das mulheres em todos os setores, inclusive o político e o econômico.
IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde Jakarta/ Indonésia (1997)	Primeira a ter representantes do setor privado. Resgata e atualiza a discussão sobre o “reforço da ação comunitária” definido na Carta de Ottawa. Cinco prioridades são definidas: Promover a responsabilidade social pela saúde; aumentar a capacidade da comunidade e o poder dos indivíduos para controlar as ações que pudessem interferir nos determinantes da saúde; expandir e consolidar alianças para a saúde; aumentar investigações para o desenvolvimento da saúde e assegurar a infraestrutura para a promoção da saúde.
V Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde Cidade do México/México (2000)	Reforça a importância das ações de promoção da saúde nos programas e políticas governamentais, no nível local, regional, nacional e internacional. Confirma o valor das ações intersetoriais para assegurar a implementação das ações de promoção e ampliar as parcerias na área da saúde.

VI Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde Bangkok/Tailândia (2005)	Reforça as mudanças no contexto da saúde global, enfatizando as consequências da globalização. Salienta nova direção para a Promoção à Saúde buscando alcançar saúde para todos através de quatro compromissos: desenvolvimento da agenda global; responsabilização de todos os governos; meta principal da comunidade e da sociedade civil; necessidade para boa governança.
VII Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde Nairobi/Quênia (2009)	Identificou as estratégias-chave e os compromissos necessários para implementar e desenvolver ações de promoção da saúde. Partiu do pressuposto que tanto os países em desenvolvimento quanto os desenvolvidos enfrentam condições de saúde que comprometem o futuro e o desenvolvimento econômico dos países. Responsabilidades a serem assumidas urgentemente pelos governos e tomadores de decisão: fortalecer as lideranças, tomar a promoção da saúde como política transversal, empoderar comunidades e indivíduos, fortalecer os processos participativos e construir e aplicar conhecimentos em torno da busca de evidências da efetividade da promoção da saúde.
VIII Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde Helsinque/Finlândia (2013)	Com a denominação de Saúde em Todas as Políticas, a proposta foi de reforçar a implementação da ação intersetorial em todas as políticas dos países. Essa conferência elaborou uma ferramenta "Health in All Policies (HiAP) Framework for Country Action" (Draft da Conferência) cujo objetivo foi disponibilizar aos países orientações concretas sobre como implementar a “Saúde em Todas as Políticas”.
IX Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde Shanghai/China (2016)	Essa conferência discutiu a Promoção da Saúde frente à Agenda 2030 e seus Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Foram destacados: a boa governança através da ação local e o empoderamento das pessoas; o reforço à regulamentação e tributação de produtos insalubres; o reforço da governança mundial para abordar questões de saúde transfronteiras; o incentivo à inovação social e as tecnologias interativas; a promoção da “alfabetização em saúde” e o desenvolvimento,

	implementação e monitoramento de estratégias nacionais e locais intersetoriais para fortalecer a alfabetização em saúde em todas as populações e em todos os ambientes educacionais.
--	--

Fonte: HEIDMANN et al, 2006; FRAGA et al, 2013; GLOBAL CONFERENCE ON HEALTH PROMOTION, 2017.

As cartas da Promoção da Saúde reúnem os documentos de referência resultantes do processo de discussão e construção coletiva dos conceitos fundamentais sobre o tema. Elas têm difundido conceitos básicos que exigem um reposicionamento da Saúde Coletiva em torno do compromisso de saúde para todos. As discussões de Ottawa e debates posteriores, realizados ao redor do mundo, vêm ajudando a delinear o novo paradigma da produção social do processo saúde-doença-cuidado. Os compromissos assumidos entre os países signatários desses documentos têm o potencial de orientar e mobilizar esforços em torno de estratégias e políticas visando a promoção da saúde da população (BUSS; CARVALHO, 2009). Ressalta-se que, a partir da Carta de Ottawa, outras temáticas foram sendo incorporadas na agenda dos sujeitos envolvidos com a promoção da saúde, dentre os quais se destacam a equidade, sustentabilidade socioambiental, globalização, perspectiva de gênero, empoderamento comunitário, implementação da ação intersetorial em todas as políticas.

Como já mencionado, as formulações conceituais sobre promoção da saúde passaram, nas últimas décadas, por processos de mudanças e incorporações de novos conceitos e abordagens, apresentando-se em diferentes interpretações. Considerando que não é pretensão deste estudo esgotá-las, apenas apontaremos, que, de um modo geral, estas formulações podem ser reunidas em duas grandes tendências. A primeira, centrada no comportamento dos indivíduos e seus estilos de vida, e a segunda, dirigida a um enfoque mais amplo voltado aos determinantes sociais do processo saúde-doença-cuidado por meio do desenvolvimento de políticas públicas, influenciando positivamente as condições favoráveis à saúde. Tais proposições influenciaram o modo de conceber e implementar ações de promoção da saúde no âmbito da América Latina, particularmente no Brasil. É sobre essa especificidade de nossa realidade nacional que trataremos no item a seguir.

1.2. Promoção da saúde e intersectorialidade na América Latina e no Brasil

Na América Latina, os anos 1970 também foram marcados por crises na economia, desemprego, déficit fiscal, aumento de dívida externa, crises sociais e

consequentemente crises na saúde. Nesse sentido, a mobilização frente à essas questões e ao modelo médico hegemônico já vinha sendo disseminada, em especial na área acadêmica, representado por trabalhos de autores como Juan Cesar Garcia na Argentina, Cristina Laurell no México, Jaime Breilh no Equador, Cecilia Donangelo e Sergio Arouca no Brasil, entre vários outros, que promoviam o debate e o desenvolvimento da medicina preventiva e social (BRASIL, 2002; NUNES, 1994).

No Brasil, a situação de saúde encontrava-se em estado de crise crônica, resultante da falência do modelo fragmentado e mercantilista de atenção que revelava injustiças sociais. A realidade social era de exclusão da maior parte dos cidadãos do direito à saúde visto que a assistência prestada pelo Instituto Nacional de Previdência Social era restrita aos trabalhadores que com ela contribuía (COSTA; PONTES; ROCHA, 2006; ESCOREL, 2012).

O enfrentamento às problemáticas sanitárias conhecido como Reforma Sanitária, protagonizado pela sociedade civil, incluindo movimentos sociais, profissionais da saúde e academia, teve suporte na matriz teórico-conceitual da Saúde Coletiva, que concebe visão ampliada de saúde, compreendida por meio de seus determinantes e condicionantes que inclui os condicionantes econômicos, sociais, culturais e biológicos e uma visão abrangente e integrada das ações e serviços de saúde que busca superar a ótica dominante de enfatizar a saúde pela doença (COSTA; PONTES; ROCHA, 2006; VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

Essa reforma se materializa na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 em que um amplo projeto para a saúde brasileira foi defendido, culminando na saúde como direito, legalizada pela Constituição Brasileira de 1988 e instituída como um Sistema Único de Saúde (SUS). A saúde foi compreendida como política pública, de caráter universal e compôs a seguridade social junto à previdência e assistência social (COSTA; PONTES; ROCHA, 2006; BRASIL, 1998).

A regulamentação do SUS e sua implementação se deu com a promulgação da Lei Federal n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, que trata da organização e regulação das ações de saúde, e da Lei Federal n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispondo sobre o financiamento da saúde e da participação popular. Sob os princípios de universalização do acesso, igualdade na assistência e integralidade e das diretrizes de participação da comunidade, descentralização político-administrativa, regionalização e hierarquização dos serviços, o SUS se fundamenta enquanto política (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012).

O princípio da integralidade do SUS pressupõe considerar a prestação continuada de um conjunto de ações e serviços que visa garantir a promoção, a proteção, a

cura e a reabilitação da população nos distintos níveis de complexidade e a considerar as várias dimensões do processo saúde-doença que afetam indivíduos e coletividades mediante ação intersetorial (VASCONCELOS; PASCHE, 2006; PAIM; SILVA, 2010).

Nesse sentido, a política de saúde brasileira explicita a saúde enquanto um conceito ampliado, integral e, portanto, o setor sanitário apresenta-se somente como parte das respostas aos determinantes e condicionantes em saúde. Essa limitação convoca a necessidade de articulação intersetorial. Dessa forma, a reformulação do pensamento sanitário no Brasil passa a dialogar com as reflexões e os movimentos da Promoção da Saúde.

As ideias disseminadas pela Promoção da Saúde através das Conferências Internacionais vieram reforçar as que foram gestadas pela Reforma Sanitária brasileira que resultaram na elaboração do SUS e de seus princípios. Dada a semelhança e importância do referencial da Promoção da Saúde para a Saúde Pública/Coletiva brasileira, aos poucos, seus conceitos e princípios foram sendo divulgados e incorporados no país através das Universidades, resultando em 2006 na elaboração da Política Nacional de Promoção da Saúde (SILVA et al, 2012).

A publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS ratificou o compromisso do estado em ampliar e qualificar as ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do SUS, reforçando a discussão sobre os condicionantes e determinantes sociais da saúde no processo saúde-doença. A PNPS de 2006 estabeleceu como objetivo geral a promoção da qualidade de vida e redução de vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes como: modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais. Como objetivo específico enfatizou, entre outras coisas, a prioridade de implementação de ações na atenção básica (BRASIL, 2010).

Enquanto diretrizes, a PNPS de 2006 preconizou a busca da equidade, melhoria da qualidade de vida e saúde, estímulo à intersetorialidade, fortalecimento da participação social, incentivo à pesquisa, à divulgação e informação de iniciativas em promoção da saúde e, promoção de mudanças na cultura organizacional, valorizando a horizontalidade de gestão e a cooperação intersetorial (BRASIL, 2010).

Em 2014, uma revisão dessa política foi realizada com uma ampliação da participação social. O processo de revisão da política foi reflexo da avaliação da implantação e desenvolvimento da PNPS em 2006, bem como de diversas mudanças no cenário nacional e internacional da última década apontando novas agendas e desafios para o campo da Promoção da Saúde. Novos elementos foram incorporados para sua concretização, como a

explicitação de valores, definição de temas transversais e eixos operacionais (BRASIL, 2015; MALTA et al, 2016).

Um dos Eixos Operacionais da nova versão da PNPS destaca a articulação e cooperação intra e intersetorial, que se explicita pelo compartilhamento de planos, metas, recursos e objetivos comuns entre os diferentes setores e entre diferentes áreas do mesmo setor. Essa revisão ressalta a necessidade de articulação com outras políticas públicas para o seu fortalecimento reconhecendo, a priori, que as ações de promoção e prevenção precisam ser realizadas – sempre – de forma articulada com outras políticas, com as demais esferas de governo e com a sociedade civil organizada (BRASIL, 2015; MALTA et al, 2016).

Realizando uma leitura e sistematização da trajetória de implementação da PNPS, Malta et al (2016) refletem que a política é uma obra ainda em aberto e precisa estar em constante revisão. Apontam que durante esses anos de implantação da PNPS, esta apresentou diversos avanços para ampliar a integralidade do cuidado e importantes desafios, sendo que se constitui um dos desafios, o avanço na ação intersetorial buscando articular ações destinadas, por exemplo, a públicos específicos, cabendo a diversos setores o seu alcance (MALTA et al, 2016).

1.3. Intersetorialidade: definições e conceitos

O processo de construção de ações intersetoriais implica na troca e na construção coletiva de linguagens, saberes e práticas entre os diferentes setores envolvidos na tentativa de elucidar determinada questão social de forma que nele torna-se possível produzir soluções inovadoras quanto à melhoria da qualidade de vida, à diminuição de iniquidades e injustiças sociais. Tal processo propicia a cada setor envolvido a ampliação da capacidade de analisar e de transformar sua forma de operar a partir do convívio com a perspectiva dos outros setores, abrindo caminho para que os esforços de todos sejam mais efetivos e eficazes (BRASIL, 2010).

A intersetorialidade é compreendida por alguns autores como um modo de gestão para intervir nos determinantes sociais através do processo sistemático de articulação, planejamento e cooperação entre os distintos setores da sociedade e as diversas políticas públicas, enfatizando as organizações em uma noção macropolítica. Uma estratégia articulada de práticas e saberes com a finalidade de buscar convergência de recursos humanos, financeiros, políticos e organizacionais (MALTA et al, 2014).

Inojosa (2001) entende a intersetorialidade como articulação de saberes e experiências com vistas ao planejamento para a realização e avaliação de políticas, programas

e projetos com a finalidade de solucionar problemas complexos e alcançar resultados integrados visando um efeito sinérgico. Seria criar uma nova dinâmica e nesse sentido faz-se necessário uma mudança paradigmática com foco na complexidade, um projeto político transformador, planejamento e avaliação participativos e com base regional e por fim, a atuação em rede de compromisso social.

Junqueira (2000) compartilha da ideia da construção de uma nova forma de planejar, executar, controlar e prestar serviços na possibilidade de superação da fragmentação das políticas. A ação intersetorial importa na medida que surge uma nova possibilidade para resolver problemas que incidem na população de um determinado território. Nesse sentido a intersetorialidade incorpora as ideias de integração, de território, de equidade e de direitos sociais.

Segundo Mendes (1999), não é somente a complexidade dos problemas que denota a necessidade de ações intersetoriais, mas também a busca pela unidade do fazer, que se associa à vinculação, à reciprocidade e complementariedade na ação humana, sendo caracterizada pela possibilidade de sínteses, construída pelo diálogo e pela intersubjetividade. Assim a intersetorialidade não elimina a setorialidade, pelo contrário, ela reconheceria os seus domínios, porém comunicando-os para a construção de uma nova síntese.

Potvin (2012) refere sobre a valorização das relações de poder entre os atores, entendendo que a ação intersetorial é definida como o alinhamento da estratégia e dos recursos de intervenção entre atores de dois ou mais setores dentro da esfera pública a fim de alcançar os objetivos complementares que são relevantes e valorizados por todas as partes.

Akerman e Mendes (2007) compreendem que a intersetorialidade é uma prática social que se encontra em processo de construção. Não há formas corretas, tampouco únicas de praticá-la, implementá-la, mas acrescentam que para que ela seja ação em si é preciso olhá-la não somente como princípio, mas como prática a ser estabelecida tendo como importante motor político a razão e a finalidade.

Olhando para a dimensão micropolítica dos sujeitos, esses mesmos autores, citam as contribuições de Feuerwerker e Costa³ (2000 apud AKERMAN; MENDES, 2007, p. 60), ao descrever uma oficina de trabalho sobre intersetorialidade/parcerias promovido por um movimento social denominado rede Unida. Os integrantes dessa oficina puderam conceituar a intersetorialidade como sendo a articulação entre os sujeitos e setores sociais diversos e, portanto, de saberes, poderes e vontades diversas para o enfrentamento de questões

³ FEUERWERKER, L. M.; COSTA, H. Intersetorialidade na rede Unida. *Divulgação em Saúde para o Debate*, v. 22, p. 25-35, 2000.

complexas. Seria um novo modo de trabalhar, governar e construir políticas públicas com o intuito de possibilitar a superação da fragmentação de conhecimentos, estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população. (AKERMAN e MENDES, 2007).

Afirmam ainda, no que diz respeito à sua operacionalização, que não é possível fazê-la mediante decreto ou organograma, ela precisa ser formatada dentro de um amplo processo de inclusão a fim de apreender e transformar a realidade. Isso deveria contar com o estabelecimento de relações horizontais que favorecem o permanente diálogo e um refazer que implique a todos os envolvidos. Com esse entendimento, Akerman e Mendes (2007) dialogam com o conceito de redes, visto que esse implica na construção de relacionamentos de modo a permitir, em interação, a compreensão de significados de articulações políticas entre atores distintos em torno de mensagens simbólicas e projetos comuns.

Junqueira (2000) também enfatiza a importância da rede para pensar e construir novas formas de convivência. Segundo o autor, ela privilegia os sujeitos, surge como uma linguagem dos vínculos, das relações sociais entre as organizações mediadas pelos seus atores na tentativa de compreender de forma compartilhada a realidade social. Nesse sentido essa concepção mostra-se potente para resultar nessa nova síntese, num saber intersetorial.

Partindo dessas contribuições, esse estudo tem a intenção de identificar e descrever ações e iniciativas comuns entre três setores públicos de um território do município de Indaiatuba-SP, além de analisar as percepções dos profissionais a respeito das práticas intersetoriais, em particular buscando compreender os fatores que influenciam os modos de construir intervenções comuns aos setores públicos no âmbito local, bem como os desafios colocados na implantação de projetos intersetoriais.

1.4. Promoção da saúde e intersetorialidade: articulando conceitos

Historicamente, os modelos explicativos das doenças vão se modificando, passando de uma visão organicista, onde impera o modelo microbiano à uma visão social, que articula saúde e doença às condições de vida, que podem ser encontrados nos trabalhos de John Snow (1864) sobre a *Transmissão do Cólera* e o trabalho de Engels sobre a *Situação da Classe Trabalhadora na Inglaterra* (1845) chegando a um terceiro modelo que vem se desenvolvendo a partir da teoria quadrangular de Lalonde (1974), articulando com a Carta de Ottawa, denominado *abordagem ecossistêmica de saúde* (MINAYO, 2014).

Os princípios norteadores da abordagem ecossistêmica são o pensamento sistêmico, no qual toda complexidade dos seres vivos precisa ser considerada na produção de saúde humana; a questão de gênero que devem ser evidenciadas nas investigações e ações

transformadoras; a equidade como princípio básico da promoção da saúde e por fim, a participação e a responsabilização social dos diferentes atores olhados em seus contextos como parte integrante da construção de uma vida saudável (MINAYO, 2014).

Sobre essa questão, Westphal (2006) aponta que ao longo dos últimos anos a construção do conceito de promoção de saúde tem sido vinculado a uma concepção holística e socioambiental, colocando-se como uma prática emancipatória e um imperativo ético. Para essa autora a promoção da saúde apresenta-se como um movimento que pode colaborar com a recuperação do sentido ético da vida e da saúde.

A abordagem socioambiental fundamenta-se no potencial de saúde para impulsionar a vida que vale a pena ser vivida, direcionada ao atendimento das necessidades de saúde dos sujeitos. Dessa forma, tem-se como principais estratégias as ações políticas, a promoção de espaços saudáveis, o empoderamento dos sujeitos, o desenvolvimento de habilidades, conhecimentos e atitudes favoráveis à saúde. Visto a complexidade da abordagem socioambiental, há a necessidade de operacionalizar práticas intersetoriais entre os diferentes setores sociais, ações do Estado, da sociedade civil, do sistema de saúde, dentre outras, para a promoção da saúde de indivíduos e comunidades (SILVA et al, 2014).

É um movimento que considera a dimensão histórico-social do processo saúde-doença, as ações políticas intersetoriais e saudáveis que atuem sobre os determinantes sociais, econômicos, políticos, educacionais, ambientais e culturais. É uma ação que estimula nas coletividades a advocacia por melhorias nas suas condições de vida e trabalho, envolvendo-as nos processos de tomada de decisões.

Nessa mesma perspectiva, Akerman, Mendes e Bógus (2004) discorrem que promover saúde é promover vida. É compartilhar possibilidade para que todos possam viver seus potenciais de forma plena. É perceber a interdependência entre as pessoas, instituições, grupos e as tensões decorrentes dessas interações. Nesse âmbito, é reconhecer que o sentido de cooperação, solidariedade e transparência são essenciais e precisam ser resgatados. “Promover saúde é uma imposição das circunstâncias que apontam para a necessidade imperiosa de novos caminhos éticos para a sociedade” (AKERMAN; MENDES, BÓGUS, 2004).

Czeresnia (2009) coloca que a palavra “Promover” tem significado de dar impulso a; fomentar; originar; gerar, sendo assim a promoção da saúde se definiria de maneira ampliada, em comparação a prevenção, visto que ela se refere a situações que não se dirigem à determinadas doenças ou desordens, mas que funcionam para ampliar a saúde e o bem-estar

gerais, enfatizando a transformação das condições de vida e de trabalho que conformam a estrutura subjacente aos problemas de saúde, suscitando assim, uma abordagem intersetorial.

Ainda pontua que apesar de fazer uso do conhecimento científico, a ideia de promoção da saúde vai além da aplicação técnica e normativa, ela diz respeito ao fortalecimento da saúde por meio da construção da capacidade de escolha e da utilização do conhecimento com o discernimento de atentar para as diferenças e singularidades dos acontecimentos. Acrescenta que a promoção de saúde envolve escolha e isso seria uma concepção da ordem do valor. A autora coloca que buscar a saúde é qualificação da existência e não somente sobrevivência (CZERESNIA, 2009).

“É algo que remete à dimensão social, existencial e ética, a uma trajetória própria referida a situações concretas, ao engajamento e comprometimento ativo dos sujeitos, os quais dedicam sua singularidade a colocar o conhecido a serviço do que não é conhecido na busca da verdade que emerge na experiência vivida (Badiou, 1995). Pensar, conseqüentemente, em termos de promoção da saúde é saber que as transformações de comportamento são orientadas simultaneamente por aquilo que se conhece acerca dos determinismos e pela clareza de que não se conhece, nem se chegará a conhecer, todos eles (Atlan, 1991) ” (CZERESNIA, 2009, p. 49).

Fernandez et al (2008) dialoga com essa mesma autora trazendo as dimensões da promoção da saúde enquanto âmbito global e por outro lado enquanto singularidade e autonomia do sujeito e que, portanto, envolve pluralidade, diversos atores, práticas e conhecimentos. Dar visibilidade e valorizar essa pluralidade seria o foco da promoção da saúde, devendo ser olhada dentro do contexto atual de transformações econômicas, políticas e culturais.

Essa contextualização contemporânea resulta em uma dinâmica social na qual a promoção em saúde é parte e expressão. Por dinâmica social, entende-se o modo pelo qual a sociedade se produz e se reproduz, por suas interações sociais, sua cultura, instituições, elementos determinados e indeterminados entre outros. Assim, a promoção da saúde se posiciona frente a essa dinâmica como potencialidade de transformação, capaz de promover questionamentos e recuperar a capacidade criativa, num movimento constante de ampliação da autonomia. (FERNANDEZ et al, 2008)

Fernandez (2011) aborda a epistemologia da promoção da saúde inserida em uma “transição paradigmática”, apoiando sua argumentação e discussão no questionamento do paradigma clássico da modernidade que prioriza uma racionalidade científica, reducionista, que separa sujeito de objeto, gerando e (re)produzindo o que denomina uma condição de

“hipossuficiência do sujeito”, partindo do entendimento do sujeito como desprovido de capacidades.

O conceito de racionalidade complexa ou ultraracionalidade seria o contraponto ao paradigma clássico e Fernandez (2011) o coloca como elemento dialético no equacionamento dos problemas, que considera a dimensão inclusiva dos sujeitos, trabalha com a complexidade das questões sociais e considera as transformações e determinações dadas pelos sujeitos, considerando a relação dialogada construída, participativa.

Cabe destacar, também, que em revisão bibliográfica sobre a temática, a literatura tem apontado algumas potencialidades para as intervenções intersetoriais sobre os determinantes socioambientais em direção à promoção da saúde, evidenciando que houve mudanças e avanços na sua construção ao longo do tempo. Suas ações têm sido voltadas em direção a mobilização dos sujeitos que atuam nos distintos setores com vistas à construção de práticas inovadoras na gestão do sistema de saúde e do cuidado, na maior integração entre os serviços, programas e políticas (SILVA et al, 2014; MALTA et al, 2014; PAES-SOUZA; VAITSMAN, 2014; DIAS et al, 2014; SILVA, 2013).

O Programa de Saúde da Família, desde a época em que foi implantado no final da década de 1990, aparece nas publicações como potente para a disseminação de práticas intersetoriais e de promoção da saúde nos territórios, assim como o Movimento Cidades Saudáveis se revelou com a mesma potencialidade no âmbito da gestão (WESTPHAL, 1997; IANNI; QUITÉRIO, 2004; PAPOULA, 2006; ALMEIDA; MELO, 2007; BARROS, 2009; SETTI; BÓGUS, 2010; GALLO; SETTI, 2012; NASCIMENTO et al, 2014).

Nota-se, entretanto, que algumas publicações apontam, por um lado, a incipiência da intersetorialidade em muitos lugares e, por outro, o distanciamento entre a intenção de praticar a intersetorialidade e sua efetivação no cotidiano, bem como outras dificuldades e desafios como: as inconsistências entre o operacional praticado e os aspectos políticos, o despreparo de profissionais, a insustentabilidade das práticas e as distorções conceituais a respeito da promoção da saúde e intersetorialidade. Essas questões parecem gerar como efeitos o isolamento de ações, a falta de metas comuns e a justaposição de projetos (QUITÉRIO, 2005; CARVALHO et al, 2009; SILVA; RODRIGUES, 2010; MORETTI et al, 2010; GONÇALVES et al, 2011; CARNEIRO et al, 2012; MOREIRA, 2012; OLIVEIRA et al, 2013; PINTO et al, 2012; SILVA et al, 2013).

Apesar dos avanços, por exemplo, da construção de ações intersetoriais com algum impacto na vida dos brasileiros de baixa renda, como o Programa Bolsa Família, as ações ainda se concentram no cumprimento das diretrizes de forma automatizada,

permanecendo os desafios de uma articulação mais ampla no que se refere à dimensão dos sujeitos, da participação social, da horizontalidade das relações, planejamentos e ações compartilhadas e corresponsabilizadas (LICIO; MESQUITA; CURRALERO, 2010; MAGALHÃES et al, 2011).

Esses dados demonstram, entre outras questões, a complexidade e a tensão constitutiva dos múltiplos significados do conceito e sua aplicação na realidade concreta que tratamos na introdução. Partimos do pressuposto que a saúde e a doença refletem modos pelos quais a vida se manifesta e, portanto, que há múltiplos discursos concorrendo e em permanente interação, disputando estatutos de “verdade”⁴ a respeito dos conceitos em análise e suas aplicações na vida cotidiana (ou na prática). Para essa investigação, particularmente, é necessário reconhecer que “os projetos de promoção da saúde valem-se igualmente dos conceitos clássicos que orientam a produção do conhecimento específico em saúde - doença, transmissão e risco - cuja racionalidade é a mesma do discurso preventivo” (CZERESNIA, 2009, p. 48). Isto pode explicar, ao menos em parte, por exemplo, a dificuldade de se diferenciar entre as práticas de prevenção e de promoção à saúde tanto no interior dos serviços de saúde, quanto nos setores que atuam conjuntamente ao setor sanitário. Isso ocorre, segundo a autora, “porque a radicalidade da diferença entre prevenção e promoção raramente é afirmada e/ou exercida de modo explícito” (CZERESNIA, 2009, p. 48). Diante dessas questões, o que interessa nesse trabalho é analisar e aprofundar as articulações desses conceitos com o conceito de intersetorialidade, na perspectiva de profissionais e de gestores que atuam em três diferentes setores num território de um município.

⁴ Para Foucault (1979) cada sociedade acolhe um tipo de discurso como sendo verdadeiro. Esse discurso não está isento de interesses. “ [...] a verdade não existe fora do poder ou sem poder [...]. A verdade é deste mundo; ela é produzida nele graças a múltiplas coerções e nele produz efeitos regulamentados de poder. Cada sociedade tem seu regime de verdade, sua “política geral” de verdade: isto é, os tipos de discurso que ela acolhe e faz funcionar como verdadeiros; os mecanismos e as instâncias que permitem distinguir os enunciados verdadeiros dos falsos, a maneira como se sanciona uns e outros; as técnicas e os procedimentos que são valorizados para a obtenção da verdade; o estatuto daqueles que têm o encargo de dizer o que funciona como verdadeiro” (p.10).

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral:

- Compreender o desenvolvimento das práticas intersetoriais em um território do município de Indaiatuba a partir da percepção dos gestores e trabalhadores dos setores Saúde, Educação e Assistência Social sob a ótica da Promoção da Saúde.

2.2. Objetivos Específicos:

- Identificar e descrever as ações, projetos e iniciativas comuns entre os setores;
- Analisar as percepções dos profissionais a respeito da intersectorialidade e as articulações com as unidades para implementá-la;

3. PERCURSO METODOLÓGICO

Adotou-se a abordagem metodológica qualitativa para compreender os processos e ações intersetoriais investigados, entendendo-a como aquela capaz de incorporar significado e intencionalidade como questões inerentes aos atos, às relações, às estruturas sociais, sendo essas últimas consideradas tanto no seu advento, quanto na sua transformação, como construções humanas significativas (MINAYO, 2014).

Essa abordagem se aplica aos estudos da história, das relações, representações, crenças, percepções, opiniões que são produtos das interpretações que as pessoas fazem a respeito de como vivem, de como constroem seus instrumentos e a si mesmos, de como sentem e pensam. Ela visa compreender a lógica interna de grupos, instituições e atores no que se refere a valores culturais e representações sobre sua história, bem como a temas específicos, as relações entre indivíduos, instituições e movimentos sociais, os processos históricos e sociais, e de implementação de políticas públicas (MINAYO, 2014).

Realizou-se, em princípio, um trabalho de delineamento da pesquisa, configurando o tema, a justificativa e a realização de uma revisão bibliográfica pertinente ao tema. Em seguida, delineou-se o campo de pesquisa, considerando suas potências e seus vieses, definindo um território específico do município de Indaiatuba/SP a ser pesquisado, o qual será caracterizado mais detalhadamente no tópico a seguir. A partir dessa delimitação foram feitas as solicitações formais às três secretarias municipais – Saúde, Educação e Família e Bem-Estar Social - e, após a ciência e autorização das respectivas instâncias e a aprovação pelo comitê de ética e pesquisa da UNICAMP, foi realizado o convite pessoalmente aos sujeitos participantes dessa pesquisa.

3.1. Caracterização do local da pesquisa

Indaiatuba é um município do Estado de São Paulo, localizado na Região Metropolitana de Campinas, com população estimada em 2015 de 231.033 habitantes (IBGE, 2016). A administração pública do município está atualmente dividida em 20 secretarias e órgãos.

Figura 1: Município de Indaiatuba/SP.



Fonte: Google Mapas.

No setor da saúde, a Secretaria Municipal de Saúde se estrutura entre atenção básica com 12 unidades de saúde no total, sendo 7 unidades que atuam com a Estratégia de Saúde da Família (USF) e de 1 equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que apoia as unidades de saúde da família nos territórios, além da atenção especializada com 1 Ambulatório de especialidades, 1 ambulatório de pediatria, 1 departamento de reabilitação, 3 Centros de Atenção Psicossociais, 1 Centro de especialidades odontológicas, 1 Centro de Referência em Saúde do Trabalhador e uma unidade de pronto atendimento (UPA). Possui ainda 1 unidade de Avaliação e Controle, Serviço de Verificação de Óbitos, 1 Central de Ambulância, Vigilância Sanitária, Epidemiológica e Ambiental e Assistência Farmacêutica (INDAIATUBA, 2014).

Enquanto prestadores de serviços, o município conta ainda com 1 Hospital Geral, 1 Hospital psiquiátrico, APAE, Centro de Reabilitação e Vivência do Autista (CIRVA), 1 associação especializada em assistência a pacientes HIV+, 1 comunidade terapêutica para

dependentes químicos, 1 instituto oftalmológico e 1 centro de imagens e diagnose (INDAIATUBA, 2014).

No setor da educação, os dados do Plano Municipal de Educação (2015) vigente apontam que o sistema municipal de ensino contempla a Educação Básica (Educação Infantil, Educação Especial, Educação de Jovens e Adultos – EJA- e Ensino Fundamental Ciclo I), além da escola técnica Fundação Indaiatubana de Educação e Cultura (FIEC) e do Centro de Educação Profissional de Indaiatuba (CEPIN), totalizando 76 unidades escolares. A rede pública estadual possui 20 escolas entre Ensino Fundamental Ciclo II (médio e supletivo) e Ensino Superior através de uma Faculdade de Tecnologia – FATEC. A rede particular de ensino conta com mais de 40 escolas entre educação infantil, ensino fundamental, médio, profissionalizante e superior (INDAIATUBA, 2015).

No setor da assistência social, Indaiatuba se organiza com uma Secretaria da Família e Bem-Estar Social estruturada em um Departamento de Proteção Social Básica, que é composta por 5 unidades de proteção social básica denominados de Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) localizados em territórios de vulnerabilidade social, 1 Departamento de Proteção Social Especial, composta por uma unidade de proteção social especial denominado Centro de Referência de Assistência Social Especializado (CREAS), 1 departamento de segurança alimentar e nutricional e o terceiro setor, composto por 24 entidades de assistência social que atuam com serviços tanto de proteção social básica quanto de proteção social especial (PREFEITURA MUNICIPAL DE INDAIATUBA, 2016a).

Jardim Oliveira Camargo

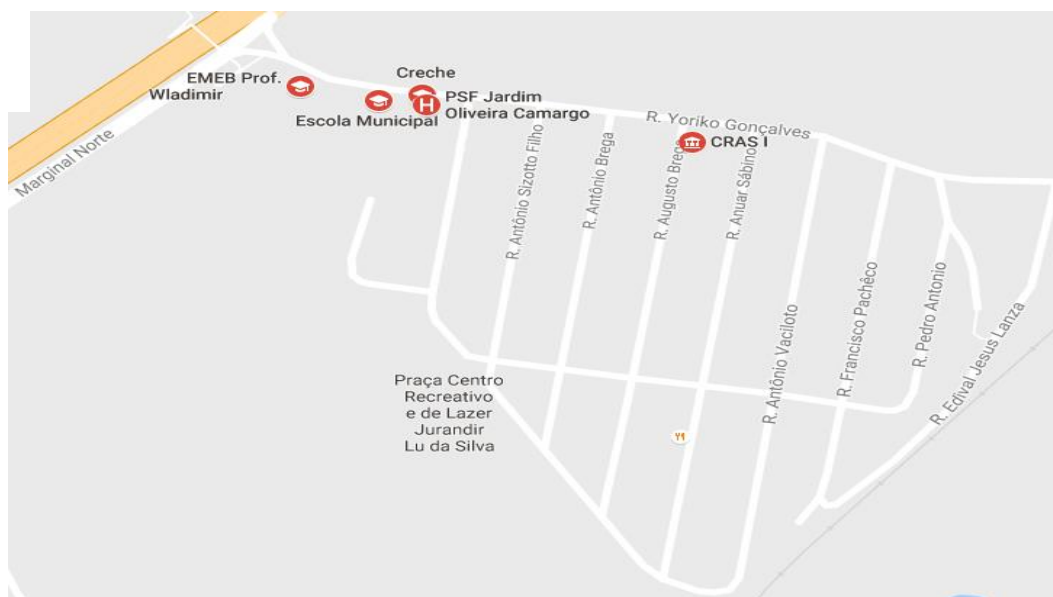
Interessa esclarecer que a escolha do território a ser pesquisado levou em consideração dois quesitos: a localização de territórios que tivessem ao menos um CRAS e uma USF e o viés de uma das pesquisadoras, visto sua ocupação, como servidora pública municipal em um dos CRAS do município. As unidades escolares, nesse momento inicial de delineamento do espaço a ser pesquisado, não foram consideradas, pois elas foram incluídas no processo de pesquisa após a escolha do território. Como potenciais territórios para coleta de dados, dois territórios foram selecionados, sendo que um fora excluído por se tratar do território de atuação profissional da pesquisadora dessa pesquisa, considerando que essa dupla função (profissional do serviço e pesquisadora) poderia incorrer em um viés de difícil manejo. Assim o território do Oliveira Camargo foi selecionado para esse estudo.

O Jardim Oliveira Camargo é um dos 241 bairros do município de Indaiatuba, constituído por 18 ruas atualmente, sendo que sua origem data de junho de 1982, segundo

arquivos da Fundação Pró-Memória de Indaiatuba (INDAIATUBA, 1982). O bairro é pequeno e composto por residências e pequenos estabelecimentos comerciais, além dos equipamentos governamentais e não-governamentais. O bairro apresenta algumas situações de risco social e vulnerabilidade como problemas de moradias de risco visto que fica próximo a uma linha férrea, famílias de baixa renda, com problemas com o tráfico e com o uso nocivo de álcool e outras drogas (CÓRRER, 2016; PREFEITURA MUNICIPAL DE INDAIATUBA, 2017a).

Tais informações são corroboradas em vários relatos dos entrevistados desta pesquisa, que revelam ainda como características do bairro a concentração de um grande número de pessoas dentro das casas, tornando o bairro superpopuloso; a vulnerabilidade socioeconômica da comunidade; além de destacarem a existência de pessoas com transtornos mentais e pessoas, especialmente menores e idosos, que vivenciam situações de violações de direitos.

Figura 2: Mapa do Bairro Jardim Oliveira Camargo.



Fonte: Google Mapas

Enquanto recursos do território, o Jardim Oliveira Camargo conta com 1 Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), 1 Unidade de Saúde da Família (USF), 1 creche, 1 Unidade municipal de ensino fundamental e 1 escola estadual. Cada uma dessas unidades conta com sua adscrição própria da população.

Ainda como recurso do território, existe uma entidade de assistência social (terceiro setor) que oferta serviços de convivência e fortalecimento de vínculos, atuando como proteção social básica e, portanto, ligada a Secretaria Municipal da Família e Bem-Estar Social e um núcleo esportivo da Secretaria Municipal de Esporte que oferta a modalidade Futebol para a comunidade.

3.2. Critérios de participação na pesquisa

Enquanto proposta de seleção de sujeitos para participação da pesquisa, os critérios de ser profissional com atuação direta na assistência e o fato de considerar como essencial o período de pelo menos um ano de experiência no serviço e no território concebiam como premissa que o conhecimento, o vínculo e a possibilidade de estar mais apropriado das questões territoriais colaboraria para uma compreensão mais ampliada das vivências do território pelos pesquisadores. Assim os critérios ficaram elaborados da seguinte forma:

3.2.1. Critérios de inclusão:

- Ser funcionário na unidade há pelo menos um ano, considerando a data de início da coleta de dados;
- Possuir atuação profissional na assistência (participar dos planos de atendimento/acompanhamento) da população atendida;
- Consentir participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3.2.2. Critérios de exclusão:

- Ser funcionário na unidade há menos de um ano, considerando a data de início da coleta de dados;
- Atuar profissionalmente em áreas não diretamente relacionadas com a assistência (recepção e manutenção, por exemplo);
- Não consentir em participar da pesquisa.

3.3. Técnicas e coleta de dados

As informações necessárias para o desenvolvimento desse trabalho foram obtidas através da coleta de primários e secundários. Os dados primários foram coletados através de entrevistas individuais, entrevista grupal e grupos focais. Os dados secundários foram obtidos

por meio de pesquisa bibliográfica e pesquisa documental como: documentos oficiais, planos municipais, projetos, programas.

No total 25 pessoas aceitaram a participação na pesquisa, sendo dois (2) sujeitos pesquisados vinculados à Assistência Social, dezoito (18) sujeitos da Saúde e cinco (5) sujeitos da Educação.

A coleta de dados primários foi realizada no período de março a setembro de 2016. Importa salientar que uma primeira carta de aprovação do Comitê de ética em Pesquisa da UNICAMP (CEP-UNICAMP), sob nº 1.408.983, foi deferida em 15 de fevereiro de 2016 e se designava a um projeto que inicialmente contava com a participação de profissionais dos setores da saúde e assistência social. Posteriormente a pesquisa foi novamente submetida ao CEP-UNICAMP pela decisão dos pesquisadores de incluir novos participantes, no caso dos participantes do setor da educação, sendo que a segunda aprovação, sob nº 1.693.002, ocorreu em 24 de agosto de 2016. Reforça-se que toda coleta foi realizada seguindo as normas éticas preconizadas.

3.3.1. Entrevistas

A entrevista revela-se um instrumento de coleta de dados bastante adequado para a obtenção de informações acerca do que as pessoas sabem, creem, esperam, sentem ou desejam, pretendem fazer, fazem ou fizeram, bem como acerca das suas explicações ou razões a respeito das experiências precedentes (GIL, 2008).

Lüdke e André (1986) e Triviños (1987) referem que a entrevista é uma das principais técnicas de trabalho das ciências sociais sendo um dos instrumentos básicos de coleta de dados da abordagem qualitativa que permite o aprofundamento de aspectos relevantes sobre o objeto de estudo que não estão acessíveis ao pesquisador.

Numa pesquisa qualitativa, somente uma pequena parcela de pessoas é entrevistada e elas são escolhidas em função de sua representatividade, ou seja, em função de possuírem uma imagem da cultura à qual pertencem e não em função de critérios estatísticos ou probabilísticos (FERNANDEZ; SACARDO, 2008).

De acordo com Triviños (1987) a entrevista pode se caracterizar como entrevista estruturada ou fechada, semiestruturada e entrevista livre ou aberta. O tipo de entrevista utilizada nessa pesquisa foi a semiestruturada, que segundo o autor, “parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante” (TRIVIÑOS, 1987, p. 146).

Mediante a elaboração de um roteiro de entrevista especialmente para a finalidade de produção de dados empíricos (ANEXO 3 e 4), as entrevistas individuais foram realizadas com os gestores das unidades dos 3 setores, sendo 1 gestor do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), 1 gestor da Unidade de Saúde da Família (USF), 2 gestores da Escola Estadual (diretor e coordenador de atividades pedagógicas), 1 gestor da Escola Municipal (diretor) e 2 gestores da creche (diretor e coordenador de atividades pedagógicas) do território estudado. Além disso, foram entrevistados individualmente um profissional psicólogo do CRAS e 2 profissionais da USF (médica e dentista).

Cabe destacar uma peculiaridade ocorrida nas entrevistas. Foi realizada uma entrevista grupal com 3 agentes comunitários de saúde da equipe da USF devido à ausência desses sujeitos no grupo focal destinado a essa categoria de trabalhadores. Assim, a proposta dessa entrevista grupal surgiu após a realização do grupo focal com 7 agentes comunitários de saúde (ACS) da USF, quando os participantes enfatizaram a importância da escuta dos 3 ACS que não puderam estar presentes no dia da realização do grupo focal. Dessa forma, percebeu-se que era necessário realizar a escuta dos três profissionais e entendendo que, apesar de compartilharem de traços comuns, a quantidade de participantes caracterizaria a utilização da técnica de entrevista grupal.

A diferença de técnicas entre entrevista grupal e grupo focal, que será destacado no próximo tópico, recai no papel do entrevistador e no tipo de abordagem. Nas entrevistas grupais, o entrevistador exerce um papel mais diretivo no grupo, visto que sua relação é, a rigor, diádica, ou seja, com cada membro. O que se pretende é ouvir a opinião de cada um e comparar suas respostas, sendo assim, o seu nível de análise é o indivíduo no grupo. No grupo focal, o entrevistador assume uma posição de facilitador do processo de discussão, e sua ênfase está nos processos psicossociais que emergem, ou seja, no jogo de interinfluências da formação de opiniões sobre um determinado tema. A unidade de análise do grupo focal, no entanto, é o próprio grupo (GONDIM, 2003).

Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas para fins de análise dos dados. As falas dos entrevistados estão identificadas pelo setor que pertencem e as falas da entrevista grupal de Agentes Comunitários de Saúde está sinalizado como “G ACS”.

3.3.2. Grupo focal

O grupo focal é uma técnica de pesquisa que está apoiada no desenvolvimento das entrevistas grupais e objetiva a coleta de informações por meio das interações grupais ao se discutir um tópico específico sugerido pelo orientador. É uma técnica valorosa, pois viabiliza

a formação de opiniões na interação entre os participantes. Segundo Trad (2009) o passo mais importante é estabelecer o propósito do grupo. Parte de sessões grupais entre pessoas que compartilham traços comuns, o que facilita a comunicação e a o transitar da intersubjetividade.

De acordo com Fernandez e Sacardo (2008), a riqueza do grupo focal encontra-se na possibilidade de interação entre as pessoas que participam da atividade. Essa interação, através do intercâmbio de percepções e argumentos, possibilita a cada um dos participantes e ao grupo como um todo formar e definir sua posição frente à temática proposta, caracterizando uma diferença importante com relação aos questionários fechados e entrevistas individuais, onde o indivíduo é convidado a manifestar-se sobre assuntos que talvez nunca tenha pensado anteriormente (FERNANDEZ; SACARDO, 2008).

No âmbito da presente investigação, foram realizados 2 grupos focais, sendo que um grupo focal foi realizado com 7 agentes comunitários de saúde da USF e o segundo grupo foi realizado com 5 profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). O roteiro de entrevistas para os agentes comunitários de saúde foi o mesmo utilizado para entrevistas individuais e entrevista em grupo (ANEXO 3).

Durante o processo de pesquisa a equipe do NASF foi incluída para escuta das vivências no território, pelo fato de, na maioria das entrevistas com os outros atores, aparecer como elemento articulador de processos. O roteiro utilizado com o NASF teve pequenas alterações, porém seguiu a mesma linha de raciocínio utilizada no roteiro de entrevistas individuais e em grupo. Como a equipe do NASF atua num território de abrangência maior do que a área de abrangência do Oliveira Camargo, essas pequenas alterações faziam-se necessárias. O roteiro utilizado com o NASF encontra-se no ANEXO 4. Do mesmo modo, os grupos focais foram gravados e transcritos com finalidade de análise dos dados. O grupo focal dos Agentes Comunitários de Saúde está sinalizado como “GF ACS” e o grupo focal do Núcleo de Apoio à Saúde da Família está sinalizado como “GF NASF”.

3.3.3. Pesquisa documental

A pesquisa documental é um importante recurso em pesquisas qualitativas. Sua relevância reside no fato de preservarem dados de tempos e contextos específicos que dificilmente seriam alcançados, apenas, com depoimentos de informantes. Como “os textos não falam por si, mas respondem a indagações do investigador” (FERRARI, 1982), foram acessados documentos como Planos Municipais vigentes dos três setores estudados além de

projetos e programas citados pelos profissionais nas entrevistas e grupos focais com o intuito de examiná-los quanto à inclusão da temática da intersetorialidade e promoção da saúde.

3.4. Análise de Dados

Pretendeu-se realizar a aproximação dos dados primários e secundários considerando cada elemento presente no material coletado bem como o seu conjunto, com a proposta de entrar em contato de maneira interrogativa e aberta, deixando-se impregnar pelo conteúdo daqueles à guisa da leitura flutuante, expectando a emergência de temas e hipóteses que pudessem ser o ponto de partida do conjunto da análise e que ultrapassassem o nível espontâneo das mensagens.

A construção dessa análise considerou as propostas de operacionalização de Minayo (2014) que julga essenciais dois níveis de interpretação do material. O primeiro seria o “campo das determinações fundamentais”, que deve estar estabelecido na fase exploratória da investigação, competindo a esse campo considerar o contexto sócio-histórico do momento e do grupo analisado, seus aspectos estruturais, conjunturais, políticos. O segundo nível diz respeito ao “encontro com os fatos empíricos” considerando os elementos presentes no discurso, sua significação específica, porém também, dentro de um contexto mais abrangente de significação e sentido.

Desse modo, a interpretação exige elaboração de Categorias Analíticas e de Categorias Empíricas e Operacionais e, a partir dos dados coletados, relacioná-las à teoria que fundamenta a pesquisa, a fim de colocar em dúvida ideias anteriores e aprofundar outros temas emergentes. Para operacionalizar esse segundo momento, se seguiu os passos sugeridos por Minayo (2014), a citar:

1-) Ordenação dos dados, que nessa pesquisa foi organizado em dados primários (entrevistas e grupos focais) e dados secundários (documentos institucionais). Incluiu a transcrição das falas das gravações realizadas; a releitura do material; a organização dos relatos em determinada ordem, já pressupondo uma prévia classificação; a organização dos dados de observação de acordo com a proposta analítica, oferecendo aos pesquisadores um mapa horizontal das descobertas no campo;

2) Classificação dos dados, incluindo uma leitura horizontal e exaustiva dos documentos e entrevistas, buscando nesse momento dar importância ao contato estreito com o material a ser analisado de forma cuidadosa, considerando e anotando as primeiras impressões dos pesquisadores, a concatenação de ideias, o sentido geral, tentando articular uma coerência

interna das informações, apreender as estruturas de relevâncias dos atores sociais, ideias centrais e os momentos-chaves e suas posturas sobre o tema em foco.

Esse processo, segundo Minayo (2014) auxilia na construção das categorias empíricas para posteriormente confrontá-las às categorias analíticas estabelecidas como balizas da investigação, buscando interconectá-las e inter-relacioná-las;

O outro momento da classificação dos dados, ocorre a partir de uma leitura transversal de cada subconjunto e do conjunto em sua totalidade. Nesse momento empreende-se no recorte de cada entrevista em “unidade de sentido”, “por estruturas de relevância”, por “tópicos de informação” ou por “temas”, pretendendo perceber as conexões entre elas, guardando-as em códigos ou gavetas. Em uma etapa posterior de refinamento desse movimento classificatório, as várias gavetas foram reagrupadas em torno de categorias centrais, possibilitando uma unificação.

E por fim, a análise final, buscando transitar entre o concreto e o abstrato, entre o teórico e o empírico, almejando a aproximação da realidade a fim de interpretá-la e atribuir-lhe significados e sentidos até então desconhecidos e objetivá-la através do relatório em que os dados da pesquisa, da análise serão comunicados.

Na etapa de discussão dos resultados, produzidos a partir das diferentes técnicas de coletas de dados, foi utilizada a triangulação dos dados conforme proposto por Minayo (2005) buscando articular o conjunto dos dados primários e secundários coletados. Segundo a autora a triangulação significa a combinação e o cruzamento de múltiplos pontos de vista, de vários informantes, como os diferentes sujeitos participantes da pesquisa, além do emprego de uma variedade de técnicas de coleta de dados que acompanha o trabalho de investigação. Vale destacar que, no nosso caso, as técnicas utilizadas foram análise documental, entrevistas e realização de grupos focais.

A postura dialética que ampara essa estratégia leva a compreender que dados subjetivos e dados objetivos são inseparáveis e interdependentes. Através da inter-relação dos dados coletados por meio das diferentes técnicas, o uso da triangulação no processo de análise teve a intenção de alcançar uma compreensão mais abrangente e profunda do objeto de estudo.

Na presente pesquisa, a coleta de materiais para análise documental foi realizada em dois momentos: o momento de coleta de documentos na fase de pesquisa bibliográfica e o momento de coleta de documentos na fase de pesquisa de campo.

No primeiro momento foram selecionados os três Planos Municipais vigentes dos setores envolvidos na pesquisa, a citar: o Plano Municipal de Educação, o Plano Municipal de

Saúde e o Plano Municipal de Assistência Social. No segundo momento os projetos e programas citados pelos sujeitos entrevistados foram pesquisados e incorporados à análise. Foi realizada uma busca de detalhamento desses documentos através da internet em sítio eletrônico da Prefeitura de Indaiatuba, do Ministério da Saúde, do Ministério da Educação e Ministério do Desenvolvimento Social, além da busca de informações nas autarquias públicas do município.

Com relação às entrevistas e grupos focais, foi construído um roteiro de entrevistas para abordagem aos sujeitos que levou em consideração questões disparadoras do processo da fala sobre a temática e direcionadoras ao ponto chave do objetivo da pesquisa. Ela foi dividida em: *Rapport* inicial, que tinha o objetivo de explicitar ao sujeito todo o processo de entrevista, elucidar dúvidas e estabelecer um primeiro vínculo de aproximação com as pesquisadoras. Em seguida, a intenção era conhecer o lugar profissional que o sujeito havia construído até o momento atual, através de questões sobre sua formação e trajetória profissional.

Logo a seguir, com a entrevista já iniciada, buscou-se adentrar e aprofundar as questões das vivências dos profissionais quanto às articulações no território. Assim, essa parte do roteiro foi dividida em 4 eixos temáticos: Processo de Trabalho; Intersetorialidade – Panorama Geral; Intersetorialidade no território e, por fim, Contribuições Livres (ANEXO 3 e 4).

Esses eixos temáticos, presentes no roteiro, serviram para amparar um conjunto de questões disparadoras da conversa e durante todo o processo de pesquisa foi sofrendo modificações, inclusive durante o andamento das próprias entrevistas individuais, da entrevista de grupo e dos grupos focais, com o intuito de ampliar algumas questões e até explorar outras tantas que não estivessem previstas anteriormente, mas que durante o processo de coleta dos dados pareceu essencial serem contempladas.

4. RESULTADOS

Os resultados, a seguir apresentados, são frutos da realização de 2 grupos focais, 1 entrevista grupal, 10 entrevistas individuais e da análise dos documentos oficiais, programas e projetos conforme descrito detalhadamente no capítulo do percurso metodológico.

Mediante a leitura dos materiais, foram destacados aspectos relevantes nos documentos e recortes discursivos que continham elementos convergentes aos objetivos da pesquisa. A disposição dos resultados seguiu a sequência de apresentação dos documentos oficiais, programas e projetos, seguido dos resultados das entrevistas e, por último, dos grupos focais.

4.1. Documentos Oficiais, Planos e Projetos

4.1.1. Planos Municipais

Buscou-se realizar uma leitura dos Planos Municipais objetivando identificar características de articulação conjunta entre os setores estudados. De início observou-se que os planos municipais dos três setores apresentam uma diferença com relação ao tempo de implantação de ações e execução. O plano de educação é decenal e sua última edição contempla o período de 2015 a 2025. O plano da área da saúde é quadrienal e sua última vigência é de 2014 a 2017. Já o plano da assistência social no município de Indaiatuba é elaborado anualmente e sua última versão refere-se ao ano de 2016.

Com relação ao conteúdo dos planos municipais, as articulações conjuntas, o incentivo e promoção às práticas intersetoriais aparecem descritos com mais frequência e com maiores detalhes nos planos das áreas da Educação e Saúde. No plano da Assistência Social, a articulação intersetorial aparece de modo pontual, como é possível constatar nos resultados apresentados a seguir.

4.1.1.1 – Plano Municipal de Educação - PME

Enquanto construção, o Plano Municipal de Educação faz menção ao seu processo de elaboração mediante a criação de nove câmaras temáticas que contaram com a participação dos membros dos serviços do sistema de educação junto à sociedade civil. A abertura à sociedade civil ocorreu através de uma palestra de abertura oficial do plano da elaboração do Plano Municipal, contando com 258 pessoas representando os mais variados segmentos da sociedade, de classe e civil, que tiveram a oportunidade de integrar tais câmaras temáticas. No decorrer do processo, as câmaras definiram seus cronogramas de reuniões para elaborações de metas e ações referentes a cada área e, como conclusão da elaboração do documento, foi

realizada uma audiência pública com o intuito de apresentação das metas do Plano de Educação.

Antes de iniciar as metas do plano vigente, a articulação com outros setores é citada no Plano através da menção de 11 projetos e programas, listados no quadro a seguir, que sugerem estar em andamento.

Quadro 2: Programas e Projetos da Educação

PROJETO/PROGRAMA	ENTIDADE PARCEIRA
1. Memória Local	Empresa privada
2. Etnias	ONG
3. Trilha nas Águas	SAAE
4. Passeios da Memória	Fundação Pró-Memória
5. Ambientação	Serviços urbanos e meio ambiente
6. Líder Estudantil	Rotary
7. Saber Consumir	PROCON
8. VIVER	Secretarias de Cultura, Esporte, Família e Bem-Estar Social, Desenvolvimento e Segurança Pública
9. Empreendedorismo	SEBRAE
10. TJC-Tribunal de Justiça e Cidadania	AMATRA – Associação dos Magistrados do Trabalho
11. Educa Água	SAAE e Secretaria Estadual de Saneamento e Recursos Hídricos

Fonte: Plano Municipal de Educação 2015-2025 (2015).

Enquanto metas da vigência 2015-2025, as parcerias com outros setores e serviços são previstas em todos os níveis de escolaridade de abrangência da Educação. No ensino infantil, destacam-se como metas:

Fortalecer o acompanhamento e o monitoramento do acesso e da permanência das crianças na educação infantil, em especial dos beneficiários de programas de transferência de renda, em colaboração

com as famílias e com os órgãos públicos de assistência social, saúde e proteção à infância⁵;

Propor a integração entre secretarias municipais e demais órgãos públicos competentes criando e fortalecendo uma rede intersetorial de proteção à criança⁶.

Implementar em caráter complementar, programas de orientação e apoio às famílias por meio da articulação das áreas de educação, saúde e assistência social, com foco no desenvolvimento integral das crianças até cinco anos de idade⁷.

No ensino fundamental, se destaca a articulação com cultura, esporte, espaços públicos, bem como com ações que ampliem o suporte aos educandos em suas necessidades:

Fomentar a articulação da escola com os diferentes espaços educativos, culturais e esportivos e com equipamentos públicos como centros comunitários, bibliotecas, praças, parques, museus, teatros, cinemas e planetários⁸;

Estabelecer parcerias com as demais secretarias e órgãos públicos ou instituições congêneres, comunidade, pais e responsáveis para fortalecimento de ações efetivas que contribuam para a permanência dos alunos na escola, elevando os índices de frequência e buscando a erradicação da evasão escolar⁹;

Fortalecer o acompanhamento e o monitoramento do acesso, da permanência e do aproveitamento escolar dos beneficiários de programas de transferência de renda, bem como das situações de discriminação, preconceitos e violências na escola, visando ao estabelecimento de condições adequadas para o sucesso escolar dos

⁵ INDAIATUBA. Prefeitura Municipal. Plano Municipal de Educação 2015-2025. Indaiatuba, SP, 2015. p.105

⁶ Ibid., p.106.

⁷ Ibid., p.106.

⁸ Ibid., p.109.

⁹ Ibid., p.110.

alunos, em colaboração com as famílias e com órgãos públicos de assistência social, saúde e proteção à infância, adolescência e juventude¹⁰;

Na Educação de Jovens e Adultos:

Executar ações de atendimento ao aluno da Educação de Jovens e Adultos por meio de programa suplementares de transporte (adequação de horários e itinerários), alimentação e saúde, inclusive atendimento odontológico e oftalmológico, com fornecimento gratuito de óculos, em articulação com a área da saúde¹¹.

Em relação à educação especial, se destaca articulação com os centros acadêmicos e ONGs:

Estimular os professores da Educação Básica que atuam com os alunos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação a desenvolverem seus trabalhos junto aos centros multidisciplinares de apoio, pesquisa e assessoria, articulados com instituições acadêmicas e integrados por profissionais das áreas de saúde, assistência social, pedagogia e psicologia que forem criados pelos incentivos Federal e Estadual¹².

Estabelecer parcerias com organizações governamentais e não governamentais para o desenvolvimento de programas de formação para a vida funcional ou qualificação profissional¹³.

Na educação profissional e na educação profissional técnica, se destaca a articulação com os setores privados:

Fomentar parcerias com os setores público e privado para oferecimento de cursos de qualificação profissional¹⁴.

¹⁰ INDAIATUBA, 2015, p.111.

¹¹ Ibid., p.117.

¹² Ibid., p.118.

Mobilizar e articular os setores públicos e privados para ampliar a capacidade de atendimento das instituições de educação profissional local, de modo que a médio prazo a oferta de educação profissional para a população em idade produtiva se efetive para atender as exigências e perspectivas do mercado de trabalho¹⁵.

Com relação à preocupação com a formação e valorização dos profissionais da educação, especificamente no que concerne à saúde mental dos trabalhadores:

Promover programas em parceria com a Secretaria da Saúde, com o Departamento de Recursos Humanos, bem como com Faculdades ou outras instituições, de acordo com as necessidades diagnosticadas¹⁶;

Com relação ao financiamento, prevê a possibilidade de parcerias financeiras com outras secretarias e ministérios.

Estabelecer parcerias com Secretarias e Ministérios para a promoção social, erradicação do trabalho infantil e da pobreza, objetivando a maior frequência e rendimento escolar¹⁷;

Estabelecer parcerias com o Ministério da Justiça para Educação de Jovens e Adultos em liberdade assistida¹⁸.

Em relação à gestão da educação, destaca-se:

Promover a articulação dos programas da área da educação, de âmbito local e nacional com os de outras áreas como saúde, trabalho e emprego, assistência social, esporte e cultura, possibilitando a criação

¹³ INDAIATUBA, 2015, p. 120.

¹⁴ Ibid., p.123.

¹⁵ Ibid., p.123.

¹⁶ Ibid., p.131.

¹⁷ Ibid., p.137.

¹⁸ Ibid., p.137.

de rede de apoio integral às famílias, como condição para a melhoria da qualidade educacional¹⁹;

Estabelecer ações efetivas especificamente voltadas para a promoção, prevenção, atenção e atendimento à saúde e à integridade física, mental e emocional dos profissionais da educação, como condição para a melhoria da qualidade educacional²⁰;

No recorte seguinte, destaca-se a ação intermunicipal, além de intersetorial.

Acompanhar, através de Câmaras regionais ou estaduais, os programas e projetos desenvolvidos nos municípios, para desenvolver ações conjuntas²¹;

De modo geral, o PME parece considerar a parceria com outras instâncias como parte de suas ações, no entanto a intersetorialidade parece se apresentar de modo genérico, ora como estímulo ao estabelecimento de parcerias para o “desenvolvimento integral das crianças” ora para a “permanência escolar”.

Boa parte das metas são oriundas de políticas induzidas pelo ente federal, como as parecerias para monitoramento dos Programas de Transferência de Renda (Bolsa Família, por exemplo). O mesmo vale para a intersetorialidade no âmbito da Educação Especial.

A parceria com o setor saúde inclui o atendimento de trabalhadores no âmbito da Saúde Mental, o que levanta a “suspeita” que a compreensão do processo saúde-doença-cuidado permanece restrito ao curativo, em detrimento de uma concepção ampliada de saúde, mais afeita aos princípios da promoção da saúde.

4.1.1.2 – Plano Municipal de Saúde - PMS

O Plano Municipal de Saúde descreve a elaboração de suas metas e ações contando com a participação de membros da gestão do setor saúde e membros da sociedade civil representado pela participação no Conselho Municipal de Saúde.

¹⁹ INDAIATUBA, 2015, p.139.

²⁰ Ibid., p.141.

²¹ Ibid., p.140.

Segundo descrito no plano, o processo de planejamento do PMS, realizado de junho a dezembro de 2013, contou com uma elaboração de diagnóstico e posterior discussão de indicadores do SISPACTO²² (Sistema de Pactuação de Indicadores), pactuações de metas municipais e regionais e foi finalizada com 2 oficinas ampliadas (INDAIATUBA, 2014).

Antes de iniciar as metas do plano vigente, a articulação com outros setores e a menção às ações de promoção da saúde é citada no Plano através da descrição de 3 programas já inseridos na Atenção Básica do município. Um deles é chamado Boquinha Encantada, que é descrito como um programa de prevenção e que articula os setores saúde e educação no cuidado à saúde bucal. Esse programa será descrito com mais detalhes adiante. (INDAIATUBA, 2014).

Outro programa descrito é o Programa DST/AIDS que destaca o compromisso com a promoção da saúde e cidadania, tendo como um de seus objetivos a parceria com outros setores governamentais e com a sociedade civil, conforme modelo organizacional criado pelo Programa Nacional e Estadual de DST/AIDS; e por fim, o Programa Municipal de Controle da Dengue que tem como um dos objetivos realizar ações de mobilização com a população e outros setores e descreve como uma das atividades já realizadas pelo município a

Integração de serviços com outras Secretarias Municipais; de Engenharia, Assistência Social, Serviços Urbanos e Meio Ambiente, Obras Públicas, SAAE, Departamento de Informática, Defesa e Cidadania, Vigilância Sanitária e CEREST (Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador)²³.

Na média complexidade, a única menção à promoção da saúde e à articulação intersetores é pelo CEREST, tendo com uma das ações educativas com esse público 2 projetos de prevenção e promoção à saúde como o Saúde Vocal (Secretaria de Esportes/Secretaria de Educação) e o Liang Gong (INDAIATUBA, 2014).

Como descrito acima, a construção do plano se fez mediante elaboração de diagnóstico e discussão de indicadores do SISPACTO e as pactuações de metas municipais, porém, apesar de estar referido que houve uma discussão de tais indicadores do SISPACTO, no plano esse aparece apenas citado e tabulado.

²² O SISPACTO é um aplicativo disponibilizado pelo Ministério da Saúde em que os entes públicos de saúde registram anualmente as metas da pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores, conforme fluxo previsto na Resolução CIT nº 5, de 19 junho de 2013. Disponível em <http://aplicacao.saude.gov.br/sispacto/>

²³ INDAIATUBA. Prefeitura Municipal. Plano Municipal de Educação 2014-2017. Indaiatuba, SP, 2014. p.59.

A seguir, são apresentados alguns quadros dos indicadores do SISPACTO citados no plano municipal com o intuito de destacar as diretrizes e respectivos objetivos que fazem menção à intersectorialidade e à promoção da saúde, como por exemplo o Programa Bolsa Família:

Quadro 3: Diretriz 1-SISPACTO

Diretriz 1 - Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica (AB) e da atenção especializada.				
Objetivo 1.1 - Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso da AB.				
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2013	Unidade
3	U	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do programa bolsa família	70,00	%

Fonte: Plano Municipal de Saúde 2014-2017 (2014).

Outra diretriz que destaca a busca de parcerias intersetoriais, apesar de não citar quais os atores dessas parcerias, se refere ao fortalecimento da rede de saúde mental:

Quadro 4: Diretriz 4-SISPACTO

Diretriz 4 - Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas.				
Objetivo 4.1 - Ampliar o acesso à Atenção Psicossocial da população em geral, de forma articulada com os demais pontos de atenção em saúde e outros pontos intersetoriais.				
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2013	Unidade
29	E	Cobertura de centros de atenção psicossocial (caps)	1,43	/100.000

Fonte: Plano Municipal de Saúde 2014-2017 (2014).

A atenção à pessoa idosa também foi destacada no plano, mencionando ações de promoção e prevenção da saúde. Entretanto o indicador destacado revela uma ênfase, partindo da doença, à ação preventiva:

Quadro 5: Diretriz 5-SISPACTO

Diretriz 5 - Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção.				
Objetivo 5.1 - Melhoria das condições de Saúde do Idoso e Portadores de Doenças Crônicas mediante qualificação da gestão e das redes de atenção.				
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2013	Unidade
30	U	Taxa de mortalidade prematura (<70 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	281,8 0	/100.000

Fonte: Plano Municipal de Saúde 2014-2017 (2014)

Por fim, destaca-se uma diretriz que enfatiza a redução de riscos e agravos à saúde da população por meio de ações de promoção e vigilância em saúde. No entanto, apesar da promoção da saúde ser mencionada, os indicadores revelam aspectos integralmente ligados à vigilância e à prevenção de doenças.

Quadro 6: Diretriz 7-SISPACTO

Diretriz 7 - Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.				
Objetivo 7.1 - Fortalecer a promoção e vigilância em saúde.				
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2013	Unidade
35	U	Proporção de vacinas do calendário básico de vacinação da criança com coberturas vacinais alcançadas.	100	%
36	U	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera.	82,6	%
37	U	Proporção de exame anti-hiv realizados entre os casos novos de tuberculose.	60	%
38	U	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	97	%

39	U	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DCNT) encerradas em até 60 dias após notificação	39,2	%
40	U	Proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados.	199	N.Absoluto
41	U	Percentual de municípios que executam as ações de vigilância sanitária consideradas necessárias a todos os municípios	100	%
42	U	Número de casos novos de aids em menores de 5 anos	0	N.Absoluto
43	E	Proporção de pacientes hiv+ com 1º cd4 inferior a 200cel/mm3	17,4	%
44	E	Número de testes sorológicos anti-hcv realizados	396	N.Absoluto
45	E	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	88,7	%
46	E	Proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados	100	%
47	E	Número absoluto de óbitos por leishmaniose visceral	0	N.Absoluto
48	E	Proporção de cães vacinados na campanha de vacinação antirrábica canina	52,2	%
49	E	Proporção de escolares examinados para o tracoma nos municípios prioritários	N/A	%
51	E	Número absoluto de óbitos por dengue	0	N.Absoluto
52	E	Proporção de imóveis visitados em pelo menos 4 ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue	23	%

Fonte: Plano Municipal de Saúde 2014-2017 (2014)

Enquanto metas da vigência 2014-2017 é destacado no plano a manutenção de ações estratégicas em cinco blocos de financiamento: Gestão, Atenção Básica, Média e Alta Complexidade, Assistência Farmacêutica e Vigilância em Saúde.

Importa destacar que no bloco Gestão, apresenta-se uma preocupação com o modelo de atenção à saúde que se pretende construir no município, sendo que uma das descrições se destaca pela compreensão do cuidado de saúde estar centrada nesse setor, através da responsabilização dos trabalhadores de saúde, não englobando as determinações sociais da saúde e nem outros setores nesse cuidado.

Esta forma de organizar os processos de trabalho para produção do cuidado e defesa da vida só será possível se os trabalhadores forem capacitados para assumir a responsabilidade pela saúde da população, o que exige mais do que atender pessoas. Os processos de trabalho para produção do cuidado pressupõem que os profissionais de saúde trabalhem de forma interdisciplinar, que estabeleçam vínculos com os usuários e que se responsabilizem pela atenção integral dos cidadãos²⁴.

No bloco “Atenção Básica” é descrito a necessidade da centralidade nesse nível de atenção para uma qualificação da atenção voltada para a resolutividade, integralidade, a interdisciplinaridade e que vá além dos procedimentos, especialismos e biologiscismos. Chama a atenção, novamente, o documento reforçar a responsabilidade da Atenção Básica para ofertar “atenção integral” sem considerar ou sequer mencionar a corresponsabilidade dos demais setores sociais na produção da saúde.

Para que a Atenção Básica seja de fato a porta de entrada para todo o sistema é necessário que as equipes sejam capazes de resolver cerca de 80% dos problemas de saúde da população adscrita por meio de ações programáticas e do atendimento da demanda espontânea. E isto só será possível se a equipe for capaz de oferecer atenção integral, superando a oferta de procedimentos, como queixa de conduta e qualificando-se para compreender e resolver os problemas de saúde e atender as necessidades da população²⁵.

Já em outro excerto, o modo de viver da população é mencionado e passa a ser considerado como tendo relação com os problemas de saúde, necessitando de uma ampliação da clínica para atuar de modo preventivo, tendo como referência o quadro de morbimortalidade do município. Nota-se ainda que, apesar de considerar os modos de vida da população e a clínica ampliada, esses aspectos ainda parecem estar concentrados no setor saúde e na ótica preventiva.

²⁴ INDAIATUBA, 2014, p.88.

²⁵ Ibid., p.91.

Os problemas de saúde que demandam atendimento na Atenção Básica são em geral pouco estruturados, estão relacionados com o modo de viver das comunidades e não respondem favoravelmente à oferta de “consultas médicas – exames de apoio diagnóstico – medicamentos”. Para enfrentar e resolver estes problemas, as equipes devem trabalhar de maneira interdisciplinar, utilizando conhecimentos dos vários núcleos profissionais para, por meio de uma clínica ampliada, criar um campo compartilhado de “saber fazer” que contribua para melhorar o quadro de morbimortalidade e a qualidade de vida da população²⁶.

Ainda no que diz respeito ao bloco da Atenção Básica, duas diretrizes são destacadas. A primeira articula parcerias extra-saúde na perspectiva da promoção da saúde e qualidade de vida nos territórios. Interessa notar que sua ação programada com base nessa diretriz se restringe ao mapeamento dos recursos do território para oferta às equipes de saúde, como pode ser verificado nos excertos:

Diretriz 6 - Desenvolver ações articuladas com outras secretarias e movimentos sociais, na perspectiva da promoção da saúde e da qualidade de vida nos territórios, tendo com uma ação programada a elaboração e manutenção atualizada dos cadastros dos recursos sociais da região de cada UBS e do município e garantir sua disponibilização para as equipes;

A segunda diretriz traz a consideração sobre concentrar esforços em medidas de promoção da saúde, prevenção de doenças ante aos procedimentos e medicamentos.

Diretriz 7 - trata da ampliação das ações de controle social na Atenção Básica tendo como ação programada: “Priorizar, nas discussões com a população a temática da mudança de modelo de atenção, com ênfase na promoção da saúde, prevenção de doenças e qualificação do cuidado, com objetivo de modificar a cultura hegemônica de “consumir procedimentos e medicamentos”.

No bloco Média e Alta Complexidade o destaque se faz para a diretriz 2, que trata do investimento na inclusão do portador de transtorno mental no território e junto à família, tendo 20 ações programadas para essa diretriz, importando o destaque nessa pesquisa para a ação 17 que descreve como importante ampliar a articulação intersetorial, por meio da ativação de maior número de recursos territoriais, investindo no trabalho dos profissionais do CAPS como facilitadores da criação de projetos de inserção no trabalho, projetos culturais e de formas associativas de organização de usuários e familiares e a ação 19 com destaque para

²⁶ INDAIATUBA, 2014, p.91.

articular a rede de serviços de saúde para garantir a integralidade do cuidado em Saúde Mental, a partir de ações de promoção e prevenção em saúde²⁷.

Por fim, no bloco Vigilância em Saúde destaca-se o seguinte recorte:

Na área de vigilância à saúde as propostas, que visam a promoção de saúde, a prevenção de doenças e a contribuição para a qualificação do cuidado, estão norteadas pelas seguintes diretrizes gerais: atuação conjunta com a rede municipal de atenção básica; disseminação do “raciocínio” epidemiológico e controle de riscos sanitários na rede municipal de saúde; ampliação de ações educativas de comunicação do risco; ampliação das atividades integradas intra e inter setorialmente; organização das ações segundo critérios de risco, com base territorial²⁸.

Nota-se, no geral, que o PMS transparece uma contradição frente às responsabilidades pela saúde da população, ora citando ações intersetoriais, ainda que mencionadas de modo incipiente e pouco aprofundadas, ora enfatizando a responsabilidade integral do setor, em especial da atenção básica, pela saúde da população.

Interessa ressaltar também a promoção da saúde sendo citada em certa confusão de conceitos com a vigilância em saúde e prevenção de doenças, bem como uma lógica de indução das políticas públicas predominantemente pelo governo federal por meio de diretrizes e ações do ministério da saúde.

4.1.1.3 – Plano Municipal de Assistência Social - PMAS

O PMAS de Indaiatuba é um relatório do PMASweb, um sistema informatizado de acesso aos municípios para inserção de informações dos planos municipais. Ele possui informações básicas, um diagnóstico socioterritorial, apresenta a rede de serviços socioassistenciais, os programas e projetos, benefícios, financiamento e o parecer final do Conselho Municipal de Assistência Social (CMAS).

Não há informações sobre o processo de elaboração e participação na preparação do Plano Municipal de Assistência Social, porém há uma afirmação de que não houve participação do Conselho Municipal de Assistência Social - CMAS no planejamento das ações para o PMAS 2016. O CMAS, porém, acompanhou a execução do plano através dos relatórios entregues pelo técnico do órgão gestor sendo os mesmos apreciados, discutidos e aprovados em reunião ordinária, semestralmente.

²⁷ INDAIATUBA, 2014, p.102.

²⁸ Ibid., p.105.

No plano, não há detalhamentos das ações desenvolvidas em conjunto com outros setores, os quais aparecem quando mencionado dados do Programa Federal Bolsa Família. A única menção à intersetorialidade é uma afirmação descrita no texto, no entanto o Plano de Assistência Social não contempla ações e diretrizes de incentivo e promoção às articulações conjuntas.

O acompanhamento realizado, pela área da saúde, no programa BF chega a 84% das famílias com perfil, maior do que a média nacional que é de 73,44%. No município, 95% das crianças e jovens de 6 a 17 anos do Programa Bolsa Família têm acompanhamento de frequência escolar, enquanto a média nacional é 92,03% [...]. Não se faz Assistência Social sem conhecer a realidade. Não se faz Assistência Social sem dinheiro. Não se faz Assistência Social sem Intersetorialidade. Não se faz Assistência Social sem a participação da sociedade (INDAIATUBA, 2016, p.06).

A análise do PMAS evidenciou a atuação intersetorial restrita ao Programa Bolsa Família, novamente uma política induzida pelo Governo Federal, cujas diretrizes e metas devem ser adaptadas ao contexto municipal.

4.1.2. Programas e Projetos

Durante o período de coleta de dados, foram citados pelos profissionais entrevistados e pelos grupos focais alguns projetos e programas em funcionamento no município que descreveram como tendo características intersetoriais. Foram mencionados dois programas municipais, um projeto estadual, dois programas federais e um programa elaborado no exterior e adaptado para o Brasil, conforme consta no quadro a seguir:

Quadro 7: Projetos e Programas

PROJETO/PROGRAMA	ESFERA
Programa Boquinha Encantada	Municipal
Programa VIVER-Valorizando o Indivíduo e a Vida Em Recuperação	Municipal
Projeto Vivaleite	Estadual
Programa Bolsa Família	Federal
Programa Saúde na Escola	Federal
PROERD (Programa Educacional de Resistência às Drogas)	Programa Adaptado

Fonte: a própria autora

Programa Boquinha Encantada

O Programa Boquinha encantada é um programa municipal, alocado na Secretaria Municipal de Saúde, faz articulação com a rede municipal de educação e tem como foco evidenciar e organizar ações e serviços de saúde bucal no âmbito da Atenção Básica abrangendo ações de prevenção, promoção e proteção de saúde, assim como diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde (INDAIATUBA, 2014).

As principais atividades do programas consistem em: classificação de risco de cárie no ensino infantil e fundamental na rede pública e encaminhamento para unidades de referência quando da necessidade de tratamento curativo; capacitação de coordenadores, professores, monitores do ensino fundamental da rede pública e agentes comunitários de saúde para multiplicação das ações preventivas e educativas; distribuição de escovas e creme dental para todas as crianças inscritas no programa; parceria com outros setores; levantamento epidemiológico do município (INDAIATUBA, 2014).

Seus objetivos incluem:

- Oferecer a todos os alunos da rede municipal de ensino a oportunidade de realizar atividades que possibilitem o desenvolvimento de atitudes adequadas à promoção e manutenção da saúde bucal;
- Parceria com outros setores;
- Promoção de saúde para a população;
- Reduzir a prevalência da doença cárie e gengival no município;
- Divulgar e fazer compreender o significado da Prevenção;
- Levantamento Epidemiológico

Programa VIVER

O Programa VIVER (Valorizando o Indivíduo e a Vida Em Recuperação) é um programa para enfrentamento dos problemas do uso de drogas que envolve a articulação de algumas secretarias do município: Saúde, Assistência, Social, Educação, Segurança Pública, Desenvolvimento, Cultura, Esporte, além de entidades religiosas, ONGs, voluntários e as polícias. É um programa de prevenção e combate às drogas que tem cinco premissas básicas: proteção à crianças e adolescentes não estão envolvidos com as drogas; recuperação dos iniciantes, que devem ser reintegrados à vida produtiva e saudável; trabalho à drogadição; combate ao traficante e ao fornecedor de entorpecentes e participação da sociedade (PREFEITURA MUNICIPAL DE INDAIATUBA, 2016b).

A proposta é centralizada em uma unidade denominada Central de Risco, que recebe as solicitações de ajuda da comunidade referente ao uso de drogas, sendo que essa unidade, composta por duas Assistentes Sociais, classifica as demandas e encaminha as famílias e os usuários aos diversos serviços existentes (CRAS, CAPS AD, CAPS I, etc.) para realizar um acompanhamento e monitoramento. Os usuários de drogas e as famílias destes, que acessam este programa, tem acesso facilitado às vagas do setor de esporte e cultura para realização de atividades de interesse (PREFEITURA MUNICIPAL DE INDAIATUBA, 2016b).

Projeto Vivaleite

O Vivaleite é um projeto de distribuição gratuita de leite pasteurizado, instituído pelo Decreto nº 44.569 de 22 de dezembro de 1999. Foi desenvolvido pelo Governo do Estado de São Paulo através da Secretaria Estadual de Desenvolvimento Social com o objetivo de ofertar um complemento alimentar para crianças e idosos em situação de insegurança alimentar e vulnerabilidade social (SÃO PAULO, 2016).

No município, o projeto está alocado na Secretaria Municipal de Saúde e é executado em parceria com a Secretaria da Família e Bem-Estar Social, prevendo o fornecimento de leite para crianças a partir de 06 meses até 02 anos em caráter preferencial, e para crianças acima de 02 anos até 06 anos em caráter especial, cujas famílias se encontrem em situação vulnerável, com renda até dois salários mínimos (PREFEITURA MUNICIPAL DE INDAIATUBA, 2017b).

O cadastro e distribuição do leite são realizados nas Unidades de Saúde e o Cadastro Único, um instrumento que identifica e caracteriza as famílias de baixa renda permitindo o conhecimento da realidade socioeconômica é realizado nos Centros de Referências de Assistência Social.

Programa Saúde na Escola

O Programa Saúde na Escola (PSE) é um Programa Federal instituído pelo decreto presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007 que tem como proposta a articulação entre os Ministérios da Saúde e da Educação para fortalecer ações na perspectiva do desenvolvimento integral e proporcionar à comunidade escolar a participação em programas e projetos que articulem saúde e educação para o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças, adolescentes e jovens (BRASIL, 2011).

O programa tem como objetivos: 1. promover a saúde e a cultura da paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde, bem como fortalecer a relação entre as redes públicas de saúde e de educação; 2. articular as ações do SUS às ações das redes de educação básica pública de modo a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis; 3. contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos; 4. contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos; 5. fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar; 6. promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes; e 7. fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nos três esferas de governo (BRASIL, 2011).

As ações do Programa Saúde na Escola são orientadas por três componentes: Componente I - Avaliação Clínica e Psicossocial; Componente II: Promoção e Prevenção à Saúde e Componente III – Formação (BRASIL, 2011).

Em Indaiatuba, 16 escolas trabalham as propostas do PSE, incluindo a Unidade de Saúde da Família do Jardim Oliveira Camargo articulada a Escola Estadual e EMEB localizada no território estudado.

Programa Bolsa Família

O Bolsa Família é um programa federal de transferência de renda condicionada que tem contribuído para o combate à pobreza e à desigualdade no Brasil. De acordo com Brasil (2015), ele foi criado em outubro de 2003 e a natureza intersetorial do programa é expressa pela sua estruturação em três eixos principais:

- Transferência direta de renda às famílias, que permite o alívio imediato da situação de pobreza;
- Ampliação do acesso a serviços públicos que representam direitos básicos nas áreas de Saúde, Educação e Assistência por meio das condicionalidades, contribuindo para que as famílias rompam o ciclo intergeracional de reprodução da pobreza;
- Coordenação com outras ações e com outros programas dos governos, nas suas três esferas, e da sociedade, de modo a apoiar as famílias para que superem a situação de vulnerabilidade e pobreza.

O segundo eixo que trata das condicionalidades é expresso como sendo o conjunto de compromissos assumidos pelo poder público e pelas famílias beneficiárias nas áreas de

Saúde, Educação e Assistência Social. O acompanhamento das condicionalidades permite ao poder público monitorar resultados, identificar motivos que impeçam o acesso das famílias aos serviços sociais básicos e agir para garantir o acesso (BRASIL, 2015).

No município de Indaiatuba, a gestão do programa é realizada pela Secretaria da Família e Bem-Estar Social e desenvolvida pelas Secretarias da Saúde, Educação e Família e Bem-Estar Social com execução direta nos equipamentos territoriais através dos CRAS, USF e escolas.

PROERD

O PROERD (Programa Educacional de Resistência às Drogas) é a adaptação brasileira de um programa de origem norte-americano (Drug Abuse Resistance Education - D.A.R.E) de 1983 e que chegou ao Brasil em 1992 pela Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro. Consiste em uma ferramenta da Polícia Militar para atuar com escolas e famílias para prevenir o abuso de drogas e a violência entre estudantes e ajudá-los a reconhecer as pressões e as influências diárias que contribuem ao uso de drogas e à prática de violência, desenvolvendo habilidades para resisti-las (DARE, 2011).

O PROERD conta com materiais didáticos, sob base da Teoria de Aprendizagem Socioemocional, para trabalhar com alunos da educação infantil e ensino fundamental, além de pais/responsáveis. Esses materiais são elaborados/reformulados nos Estados Unidos e traduzidos/adaptados para o Brasil (HECHT; PEGUEROS, 2013).

No município de Indaiatuba, o programa se iniciou no ano 2000 e hoje conta com 4 policiais militares para atuação com os alunos e familiares nas unidades escolares públicas e privadas do município. O PROERD está alocado na Secretaria de Segurança Pública do município e faz parceria para a Secretaria de Educação do município.

4.2. Entrevistas

“Então, assim, é como se a gente estivesse ligado o tempo todo” (Educação).

Nesse tópico foi explorado o conjunto de ideias centrais a respeito da construção da intersetorialidade no território, emergido a partir da leitura dos discursos das entrevistas individuais dos sujeitos participantes da pesquisa. De maneira geral, os profissionais apontam um modo de fazer a intersetorialidade que significa comunicar-se para dividir as dificuldades que surgem no cotidiano dos serviços e que ela nasce essencialmente da construção de

vínculo entre as pessoas, entre os trabalhadores. Essas relações, por vezes são permeadas de tensões, nem sempre sendo resolutivas ou ágeis. De todo modo, essa construção parece ser resultado de alguns fatores, tais como: tempo, interesse de cada profissional, permanência das pessoas nos serviços, investimento na comunicação desburocratizada, proximidade dos equipamentos, características do território, como pode ser verificado nos excertos a seguir:

Começou pelo bairro mesmo. A coordenadora estadual daqui é uma coordenadora muito interessada e ela fazia contatos. Às vezes, a gente fazia contatos por algum caso e nesse meio, a gente foi conversando de atividades que a gente tinha aqui e a gente acabava sentando para discutir os casos dos adolescentes que estavam participando de atividade aqui e que estava estudando na escola dela. E aí acabou virando uma parceria muito legal. [...] o tempo que foi construindo essa parceria (Assistência Social).

[...] a gente conseguiu criar um laço e acho que começou a perceber que um precisa do outro, porque quando eu vou nas reuniões eu percebo que elas ficam felizes porque eu apareci. Estou lá, aberta, anotando, colocando os problemas desse aluno na escola. [...] então eu percebo que sou bem recebida, que eles me escutam, assim como eles gostam porque eu estou escutando, anotando. Então, acho que as pessoas acabam se envolvendo. Tem abertura de todos os lados, tanto da escola como o pessoal do CAPS, CRAS, postinho (Educação).

[...] eu acho que é tudo uma construção, porque a gente vai aos poucos fortalecendo esses vínculos. Quando eu vim para cá, não era dessa forma como é hoje. Eu lembro de uma reunião que eu fui aqui na unidade de saúde. Lembro que fui eu, a psicóloga e a outra assistente social [...] e tinha três cadeiras quase no meio dessa sala e vários profissionais da saúde. E aí assim, um bombardeio em cima da assistência social, uma cobrança! Então aos poucos nós fomos fazendo as reuniões, mostrando realmente qual era o trabalho do CRAS [...] (Assistência Social).

Essas parcerias enquanto construções que dependem das relações humanas, do tempo e da permanência das pessoas surgem nos discursos, inclusive, favorecendo o lidar com os entraves, os estranhamentos, acusações, os desconhecimentos entre um setor e outro.

Bom diálogo e o tempo de permanência que você tem no local. [...] isso facilita, porque, por exemplo, quando eu cheguei aqui para trabalhar eu demorei para fazer esse vínculo, porque eu sou nova, aí a pessoa estava acostumada com outra pessoa, então você tem que fortalecer nos vínculos. Além de você conhecer, você vai conhecendo a personalidade de cada um, você vai fortalecendo o vínculo (Educação).

A primeira vez que a gente fez o contato foi mais difícil, mas acho que com o tempo, de ir fazendo outros contatos, de desenvolver essa percepção de que o adolescente é um só, que o comportamento e o relacionamento que ele tem na escola e aqui é um só também, eu acho que a partir dessa percepção também foi mudando o relacionamento e foi ficando de mais fácil acesso para conseguir conversar, para conseguir sentar, nos receber (Assistência Social).

A ideia de que intersetorialidade mostra-se como sendo a apropriação e o compartilhamento de situações, de “casos”, quando se conhece o bairro, a família e se busca uma compreensão mais aprofundada da questão a ser enfrentada conjuntamente.

Eu acredito que intersetorialidade é [...] que nem aqui no bairro, a gente tem um campo demarcado, uma região marcada que a gente precisa entre nós, nos comunicar para resolver problemas [...] por exemplo, eu falar lá da família X aqui nesse setor é fácil, eu conheço, o CRAS conhece, o posto conhece. De repente, se eu for discutir essa família na prefeitura talvez não saibam nem quem é. E outra coisa é a facilidade. Por exemplo, a assistente social que visita o Oliveira Camargo, ela já sabe quem é vizinha de quem. A Agente Comunitária de Saúde tem a rua que ela faz, ela sabe tudo daquela rua, quem mora, quem não mora, quantas pessoas na casa, se foi embora, se chegou. Então isso proporciona esse conhecimento (Educação).

Eu acho que [intersectorialidade] é nós mantermos um bom relacionamento com as pessoas, não causar empecilho. Facilidade por ser perto, conhecer o paciente, porque nós conhecemos e eles também, então isso facilita conversar sobre o que está acontecendo (Saúde).

Outras ideias do significado de intersectorialidade para os entrevistados também aparecem como sendo a união de setores e profissões com um objetivo comum. Intersectorialidade e interdisciplinaridade se fundem nesse excerto.

[...] esse trabalho conjunto, de diversos setores, que se unem com uma finalidade, para atingir um objetivo. Psicologia, nutrição, enfermagem, todos em conjunto, cada um contribuindo com sua experiência, com suas práticas, com seu conhecimento para chegar naquele objetivo (Saúde).

Aparece também como um processo que gera aproximação, facilita a comunicação, bem como possibilita o acesso desburocratizado aos serviços.

Antigamente, eu lembro que eles [setor da educação] mandavam por memorando um relatório, aí eles mandavam para a secretaria, a secretaria mandava para a gente, a gente tinha que devolver por relatório. Hoje não. A escola tem uma problemática, ela manda por e-mail [...] e aí se precisar o técnico já dá uma ligadinha lá na escola, aí ele já faz o contato com a Agente de Saúde. Então, é uma coisa que ajudou muito (Assistência Social).

É a falta da burocracia. Eu faço encaminhamento para fono ou para dentista, a mãe leva direto na recepção, a pessoa agenda a consulta ou avaliação e ali mesmo no encaminhamento ela já coloca a data que foi agendada e pede para que a mãe traga de volta, porque com esses profissionais é direto. São eles que cuidam da agenda deles. No caso do dentista eles vêm até o posto, fazem a avaliação e notificam para

nós: “essas crianças precisam de atendimento”. Então, eu faço o encaminhamento, mando, e aí é direto (Educação).

Intersetorialidade para esses sujeitos também significa olhar junto e é o esforço na compreensão das diferentes visões, composição de diferenças.

[...] trabalhar em conjunto, acho que é a primeira coisa que vem na cabeça, não olhar sozinho só com o meu conhecimento, mas olhar junto, com a cabeça da outra pessoa também e tentar conversar para entender essas duas visões (Assistência Social).

São duas visões diferentes, duas impressões diferentes, dois focos de atendimentos diferentes [...] dois objetivos diferentes que talvez se perpassam e o quanto isso pode somar. O quanto, às vezes, a gente fica com uma visão assim e o outro também está com uma visão assim, tem uma partezinha que é igual e uma que é diferente. (Assistência Social).

A existência de ações articuladas entre os equipamentos do bairro aparece no cotidiano dos serviços através do compartilhamento de espaços para atividades, no “empréstimo” de funcionários, na realização de palestras, ações diárias (vacina, peso, altura, etc.), na troca de informações.

Nós temos muito contato, ações conjuntas mesmo e atividades que, aqui às vezes não temos espaço físico, são feitas no CRAS, eles cedem para nós. O mesmo grupo que participa, às vezes, da caminhada e do crochê aqui, também participa lá (Saúde).

[...] se nós fazemos algum passeio, nós chamamos o CRAS e se o CRAS faz algum passeio eles chamam nossos Agentes Comunitários para ajudar. Chamam alguém da enfermagem para acompanhar. E com a escola também. Algumas atividades educativas que são feitas para acuidade visual. Às vezes, a gente verifica carteira de vacina, verifica peso, altura, o índice da massa corporal para ver como é que

está. Até campanha de vacina, se precisar intensificar, a gente vai na escola. Mesmo sendo vizinho a gente se desloca ali com a caixinha (Saúde).

Grupos, atividades educativas, passeios, até mesmo, casos sociais, que o CRAS vem e pergunta se está vindo, acompanhando em consultas, para ver se tem maus tratos também (Saúde).

Se articular com outro setor é contar com a ajuda do outro setor e, também, compartilhar as dificuldades encontradas pelo outro setor e se responsabilizar junto por elas.

No ano passado, nós fizemos uma parceria muito boa com a escola [...]. Eles indicaram, desculpe a expressão, os piores alunos da escola. Foi muito difícil para nós, a orientadora quase ficou louca, pois tivemos muitos problemas de comportamento, mas foi muito bom, pois a gente teve muitos resultados em relação ao envolvimento, ao comportamento, à própria questão das notas, à própria questão com a família. (Assistência Social).

As práticas são construídas diariamente no diálogo, nas relações. A demanda/necessidade é quem dita o tempo e espaço de ocorrência das articulações.

Já aconteceu várias vezes dela ligar aqui: “tal dia nós vamos fazer uma reunião para falar da família tal”. Porque essa mesma família, muitas vezes, é atendida no fundamental, no infantil, e na creche. Então, vai um representante de cada escola (Educação).

Aqui é tudo a pé. Então, acho que isso proporciona que você vá conversando com todo mundo [...] todo mundo conhece todo mundo, todo mundo sabe da vida de todo mundo e isso gera uma troca de informação muito rápida aqui, tanto para o errado quanto para o certo [...] porque um vai contando para o outro, uma mãe conta para outra mãe, que daí conta para a funcionária que conta para a gente (Educação).

O canal de comunicação parece estar estabelecido, existe uma percepção de construção de rede nesse território, onde as pessoas podem se acionar a qualquer momento. O excerto também sinaliza o grau de confiança que foi sendo construído entre os diversos setores através da abordagem dos casos.

[...] nos casos que a gente precisou dessa parceria, mesmo que seja eles [CRAS] fazerem observação deles lá, que é acompanhar se a criança está fazendo acompanhamento e a gente aqui vendo se a criança está frequentando, como está, continua tendo um retorno. Muitas vezes a gente só vai voltar a se conversar, se acontecer mais algum problema, mas a gente sabe que, em qualquer momento, qualquer um dos dois lados que perceber alguma coisa já vai se comunicar. Se não se comunicou é porque não tem nada que continua preocupando (Educação).

Há algumas ações já organizadas setorialmente ou que acabam sendo sistematizadas frente à dinâmica de articulação dos setores. Existe um movimento mecanizado, que não parece impedir o processo de diálogo, mas que ao mesmo tempo demonstra controle.

[...] o que eu faço todo final de ano. Eu já fecho o meu conselho, faço um relatório final, então eu tenho todos aqueles adolescentes que eu sei que faltam muito na escola, quando vem só dorme ou quando não está na escola, passa o dia todo na rua, ou são alunos que considero ‘em risco’ e eu sei que o CRAS oferece muitos cursos para essas crianças pararem de ficar na rua. Então, eu já passo uma lista dos alunos. E é interessante que todo fechamento de bimestre o CRAS vem até mim para pedir os boletins. E a gente conversa sobre esses alunos. Se ele está melhorando aqui na escola ou se ele continua a mesma coisa (Educação).

“Usar o vínculo para estabelecer o vínculo”. O cuidado do usuário sendo ampliado pelos “vínculos terceirizados”, ou seja, o vínculo de um profissional/setor com o usuário é apontado como potencial facilitador do acesso de outro setor para um cuidado ampliado.

Eu gosto bastante do trabalho das Agentes de Saúde daqui [...] para alguns casos que precisam de mais atenção, elas vão todos os dias nas casas, o que é muito importante, pois é uma possibilidade que a gente não tem, de estar todo dia com a pessoa, [...] então a gente acaba fazendo muitas visitas juntas. Usa o vínculo que se estabelece, tanto elas, às vezes usam o vínculo que já tem com a gente, que a pessoa já tem com a Agente Comunitária para fazermos algumas orientações também (Assistência Social).

As conexões em rede crescem conforme a avaliação de gravidade da situação. Inicia com a rede territorial e depois se amplia. O território aparece como potência de vínculos e de solução de demandas. A ideia é contar primeiramente com os recursos internos.

[...] a gente procura a nossa rede primeiramente. É a nossa rede local para depois a gente transferir para outras redes, mas primeiramente a gente procura por aqui e a gente tem tido sim melhorias significativas em termos de família (Assistência Social).

[...] a gente se conversa muito, são várias situações, enquanto mais grave a situação vai ficando mais gente precisa se envolver [...] então, às vezes a rede vai crescendo conforme a necessidade. Um vai pedindo a ajuda do outro (Educação).

Aparece nos relatos uma articulação de setores junto à comunidade com vistas à aproximação de um problema do território que afeta a saúde do próprio. Indo além de discussão de casos, a articulação parece ter como foco a prevenção e promoção da saúde.

[...] a questão com a saúde aqui no Oliveira Camargo está super fortalecida [...] tem um grupo de mulheres que acontecia no próprio PSF, aí conversando com as Agentes de Saúde, resolvemos convidá-

los a vir aqui para o CRAS porque o espaço é maior [...] a gente tem mais ou menos de 20 a 22 mulheres que estão participando, temos 2 Agentes de Saúde e elas vão estar direcionando o artesanato. Aqui no Oliveira a gente tem uma questão muito séria que é a questão do resíduo de lixo, então [...] nós resolvemos, junto com PSF, atuar também na comunidade, então fora o artesanato, nós vamos estar trabalhando também essa questão (Assistência Social).

Para além da noção de limite de atuação, os excertos seguintes apontam que a demanda de articulação com outros profissionais e outros setores envolve a noção de olhar ampliado à população para além da doença, facilitando o cuidado e assegurando ao profissional e comunidade uma rede de apoio.

[...] nós não conseguimos às vezes, dar aquele cuidado integral à saúde do paciente. Porque a gente busca o quê? Não só o cuidado na saúde, mas em todas as questões: sociais, psicológicas, religião. Tanto é que a gente fala sócio-cultural-biológico. Então, sozinho a gente não consegue. Precisa dessa união, desse conjunto. Às vezes, trocar experiências com outros profissionais de diversas áreas para gente conseguir ajudar o paciente. Sozinho não dá, senão a gente foca muito na doença e, às vezes, não é só isso que ele [usuário do serviço] está buscando. Atrás da doença, todo aquele sintoma...você já vê muitas outras coisas e tem as questões sociais, então a gente vai na casa para ver como que é aquele ambiente, as questões emocionais. Tudo está interligado. Então, só a unidade de saúde não consegue. Ela depende sim de ter esse contato com os outros setores (Saúde).

[...] quando a gente participa dessas reuniões mais de perto [...] entendendo o que é uma esquizofrenia, o que é uma criança dependente, o que está acontecendo, você começa a trabalhar isso com todos os seus professores dentro da escola e a gente passa a ter um outro olhar, tratamento e aí a gente consegue algumas coisas [...] quando percebemos que ela [aluna] não está bem, está surtada, já sabemos como lidar. Ela tem uma filhinha, que chama Sofia, é uma

boneca. Como que eu vou fazer com uma aluna do 9º ano entrando com uma boneca dentro da sala de aula que diz: “é minha filha”. Eu: “não, ela vai ficar no berçário aqui comigo”. A gente consegue trabalhar melhor com essa inclusão (Educação).

As reuniões intersetoriais funcionam, algumas vezes, como amparo às dificuldades encontradas pelos setores, como espaços continentais de angústia frente às falhas da própria rede de serviços.

[...] a gente discute, um apoia o outro. Porque às vezes você se sente um pouco desamparado. Você fala: “Meu Deus, eu não vou dar conta sozinha disso” [...] você não consegue sozinho. Porque, infelizmente, hoje o Conselho Tutelar ao meu ver ainda é ineficiente. Ele não nos dá esse suporte. Por mais que eu encaminhe, eu não tenho um retorno rápido (Educação).

A partir da identificação de uma dificuldade parece surgir uma oportunidade/necessidade de investimento nas relações para superar a cisão setorial e de abordagens concorrentes para uma outra postura em busca de sinergia, convergência, complementaridade das ações, demandando uma mudança no olhar, no modo de compreender o problema, passando os setores a reconhecer a pessoa, a família com um todo.

[...] com a educação também foi bem difícil a nível de município, porque também tinha essa queixa que o CRAS não fazia nada [...] Então, nós começamos a levar para a escola qual era o trabalho do CRAS, o que o CRAS estava fazendo aqui no território. E entender que aquela criança é de uma família, que é da escola, e que é do CRAS, e que é da saúde, que é da entidade. Então hoje melhorou muito também (Assistência Social).

Acho que surge da percepção de que a família é uma família só e de que se a gente for desarticulado a coisa caminha muito menos do que se a gente puder conversar (Assistência Social).

A articulação entre os setores pode promover visões distintas das famílias e complementares. Matriciar os outros serviços produzindo sinergias e um cuidado ampliado parece ser a lógica que explica o fragmento a seguir.

[...] quando a gente e a escola conversa, eu acho assim, a escola tem que cobrar, tem que colocar os limites que eles colocam, mas a gente também consegue entender isso de uma outra forma e aí nessa troca, por exemplo, nas orientações de adolescentes, quando a gente está entendendo um pouquinho melhor, a gente pode dar um toque pra escola e falar assim: -“tenta orientar desse jeito, nesse sentido, ele está me falando que está pensando tal coisa” [...] E aí a gente vê que dá um resultado diferente (Assistência Social).

Por outro lado, as contradições acontecem no território, existindo concepções menos ampliadas, médico-centradas que compreendem a intersetorialidade como forma de ajudar o trabalho do médico.

Você tem que fazer prevenção, educação e necessita, muitas vezes, da inter-relação entre os diferentes grupos que ajudam o trabalho do médico: CRAS, CREAS, CAPS, NASF [...] muitas vezes não chega a acontecer nem isso por falta de pessoal, por falta de infraestrutura e porque o paciente não está acostumado a esse tipo de medicina integrada (Saúde).

A conversa é vista como potente para promover complementariedade e alcançar soluções mais velozes no que depende dos equipamentos do território.

Se você não conversar, eu fico com uma parte da história e ela fica só com a outra parte, você acaba não conseguindo entender. Então, esse diálogo, essa facilidade de conversar, de uma ligar para a outra, você resolve mais rapidamente as situações (Educação).

Trabalhar junto emerge também como um modo evitar sobrepor as mesmas ações.

Eu acho que além dos profissionais ganharem a família também ganha porquê, de repente, a gente pode combinar que nesse mês nós não vamos lá na família. Porque o que que acontece: a família fica sucateada, porque vai a saúde visitar, vai a assistência visitar, vai o Conselho Tutelar visitar. Às vezes vai até no mesmo dia e repete-se as mesmas perguntas (Assistência Social).

Em alguns discursos, as ações intersetoriais surgem como formas de monitorar uma família, de “pressioná-la” a cumprir suas responsabilidades. Esse viés policialesco da ação intersetorial, de potencializar o sistema de vigilância, mantendo as famílias sob controle parece ter êxito sob o manto da “proteção” e “cuidado”.

[...] quando eu tenho essas reuniões e passo as dificuldades, eu percebo que o mesmo problema que essas crianças dão aqui e que eu não tenho apoio desses pais, também dá nos outros setores. Então, quer dizer, quando os setores se unem, essa família começa a ficar encurralada, ela fala: “não, pera aí. A gente tem que fazer alguma coisa (Educação).

Eu acho que as famílias, percebendo que os setores trabalham juntos, ficam mais cuidadosas com as crianças. Porque elas sabem [...] o posto sendo próximo e eles sabendo que a gente tem acesso a essas informações facilmente, eles ficam mais cuidadosos (Educação).

Algumas demandas como saúde mental, violência e negligência, uso de drogas parecem chamar a atenção dos setores para promoção de um diálogo.

O que mobiliza sempre são os estudos de caso. É alguma coisa que ou estourou aqui na escola que a gente não está dando conta, ou lá no CAPS que está perdendo um pouco o controle [...] a gente nunca perde o contato [...] geralmente são crianças mesmo com problemas na família. Crianças que precisam ser abrigadas porque chegou em uma situação de caos. Ou a mãe que é esquizofrênica ou a mãe já

faleceu e o pai é alcoólatra ou a mãe foi embora e largou os filhos com outro pai ou até problema de abuso (Educação).

Outras situações mobilizadoras da ação conjunta são as necessidades percebidas pelas equipes. Novamente o tempo aparece como favorecedor desse fortalecimento da interlocução. A fala a seguir aponta a articulação de setores não somente para situações emergentes e complexas, mas também para ações de prevenção.

[...] a gente já está há um tempinho aqui no Oliveira. Hoje a gente já não procura mais o PSF só para esse tipo de discussão. Que nem essas ações que a gente vai ter agora com essas mulheres não tem nenhuma demanda gritante ali de acompanhamento. Então eu acho que isso que é legal, porque é você fazer a prevenção, tanto a saúde precisa fazer, como nós da Assistência Social também (Assistência Social).

A construção do diálogo é realizada diante da demanda observada pelos profissionais que dialogam pessoalmente. Em algumas situações o diálogo se intensifica a ponto de não haver “um momento” de diálogo.

[...] é direta mesmo, a gente liga e conversa direto com o CRAS [...] surgiu um problema e a gente precisa de ajuda e aí a gente entra em contato direto. Ou o contrário, o CRAS foi informado que tem uma criança que tem algum risco, vulnerabilidade, e que precisa do atendimento na creche. Eles entram em contato direto, muitas vezes (Educação).

É até difícil explicar quando conversa, a gente conversa muito porque qualquer coisinha a gente já liga uma para a outra: “você estão sabendo disso? E aí, o que nós vamos fazer?” (Educação)

A elaboração de pactos, planos comuns de abordagem às famílias parecem ser vistos como mais potentes do que ações individualizadas e gerar uma sensação de amparo.

Já tivemos casos de descer em reunião lá e: “ah, o CRAS vai tentar abordar isso, isso e isso, vocês isso, isso e isso” ou então, os dois vamos abordar essas mesmas questões para ver o que a família vai responder, o que a pessoa vai responder. [...]. Esse diálogo, essa construção, essas reuniões, acho que coisa de trabalho que é feito em equipe tem muito mais benefícios do que as coisas que são feitas soltas (Saúde).

Você se sente um pouco mais amparado, os acessos são mais fáceis, o lidar com os problemas, o saber ser orientado para esses problemas (Educação).

[...] a gente sempre vai enxergar mais um lado ou vou enxergar aquilo que é a minha percepção. Os outros profissionais podem ter diferentes percepções, né? Às vezes eu não consigo ver o que você está conseguindo ver. Então, se a gente em conjunto, eu colocar meu ponto de vista, você o seu, outra pessoa a dela, então aquilo lá se abre, amplia. Então, tende a contribuir muito mais do que uma coisa fechada e às vezes o meu ponto de vista, realmente pode não ser o certo ou eu posso estar contribuindo, mas eu posso estar contribuindo com 10%, sendo que com você já aumentaria para 20, com outro para 30. Então eu sempre acho que alguma coisa/ação que é feita em grupo é muito melhor, muito mais produtiva e assim, é a realidade que a gente vê! (Saúde).

O vínculo construído permite uma abertura dos profissionais para conversar sobre as limitações de cada setor. A intimidade parece proporcionar um diálogo franco.

[...] Essas reuniões tem uma facilidade de falar assim: “gente, vocês estão me cobrando uma coisa que eu não consigo dar conta”. “Olha, pessoal não adianta eu mandar para o conselho e o conselho não fazer nada”; o CRAS não fazer nada porque o Estado está me cobrando o que está sendo feito com esse aluno. O que eu vou escrever lá? Que eu

pedi as ajudas e não foram dadas?” Então a conversa passa a ser mais franca (Educação).

A rede conectada facilita lidar com os problemas e pode diminuí-los.

Esse diálogo, rede que a gente criou, fica mais fácil. Os acessos da população, os encaminhamentos que eles têm que ter. O levantamento histórico daquilo. Acho que esse é o facilitador. Então, para comunidade em si, eu acho que se toda comunidade tivesse uma rede ligada assim, ficaria muito mais fácil. Talvez até diminuiria muito problemas (Educação).

A distância física aparece como um potente facilitador e/ou dificultador dos processos de diálogo e construção de vínculos.

[...] isso ajuda também, essa proximidade. A questão que pega aqui que é muito forte é o bairro, todas as pessoas se conhecem. É diferente de algum outro bairro da cidade que você até anda na rua, mas não sabe quem é quem. Aqui todo mundo sabe quem é quem” (Educação).

[...] as coisas fluem melhor com o posto de saúde e a escola daqui do bairro do que com o posto de saúde e a escola de lá de cima, que é um pouco mais longe e a gente não consegue ir [...] as Agentes de Saúde que estão aqui no bairro por exemplo, que acabaram de passar numa casa, estão subindo para o posto e passam aqui para conversar com a gente, então a distância também é um facilitador, e para os outros postos de saúde pode ser um dificultador que estão mais distantes (Assistência Social).

[...] por ser um bairro menor, mais localizado. A minha demanda é daqui. E nós estamos muito próximos. O CRAS, postinho, escola. E talvez porque, assim, o que esse bairro tem? Para onde ele corre quando acontecem as coisas? São nesses 3 setores. Ele vem pedir socorro no postinho; escola. Desemboca aqui na escola eu já corro no

postinho. Entendeu? Essa aproximação eu acho que facilita (Educação).

A compreensão de “algo comum”, não exclusivo, pode abrir à comunicação. A postura do profissional facilita ou dificulta o diálogo, pode ampliar ou colocar em risco os vínculos estabelecidos ou a se estabelecer.

Nós tivemos uma época, [...] uma mediadora aqui que quase estragou essa relação com o CAPS e com o CRAS pelas falas. A maneira de se colocar, cobrar. Acho que a gente não está aqui para cobrar ninguém. A gente está aqui para se unir e ver o que cada um pode ajudar com a sua parte (Educação).

De todo modo, dialogar também aparece como desafio e o desafio de continuar conversando e fortalecendo vínculos, aproximando saberes e expectativas parece ser uma necessidade apontada pelo setor da Assistência Social.

Eu acho que tem muito esse entendimento dos outros setores de que a gente está aqui para [...] para fiscalizar. Isso é uma coisa que me incomoda, que eu acho que é um desafio de desconstruir, inclusive [...] de que a gente está aqui para julgar a família, para fiscalizar ou para realmente, apenas avaliar se é caso para conselho ou não (Assistência Social).

A discussão dessa temática suscitou também as dificuldades encontradas para além do território e, nesse caso, uma das dificuldades encontradas é a demora ou ausência de resolutividade para os casos. A dificuldade citada não se refere ao diálogo entre os equipamentos que parecem se conversar e se acessar com uma certa facilidade. O que se aponta como dificultador é o que lhes escapa enquanto resolutividade e que encontra-se depositada em especialmente na justiça.

Muitas vezes a coisa também emperra. Teve caso da gente encaminha para o Ministério Público, mas mesmo assim, às vezes, não vai (Assistência Social).

Eu vejo que a grande dificuldade é a gente conseguir as ações mais rápidas. Infelizmente a gente depende do Estado, conseguir as coisas. Eu percebo que até o CRAS e o CAPS sofrem muito com isso [...] às vezes cai lá no juiz e o juiz toma umas atitudes que, você estava caminhando e aí volta tudo para trás. Então eu acho que algumas coisas são muito morosas (Educação).

[...] embora a gente se articule, ainda tem coisas que a gente não conseguiu alcançar, porque passa ano e entra ano você está naquela mesmo caso. Então acho que assim, quando cai lá para a justiça, não sei falar para você. Às vezes eu sou contra, essa criança tinha que continuar abrigada, não o juiz devolver para a mãe. Devolveu, deu problema. Mas é entre erros e acertos que a gente vai vendo mesmo isso (Educação).

[...] às vezes você se esbarra em leis, em alguns procedimentos que não cabem à escola ou ao posto de saúde ou ao CRAS. Existem outras coisas que interferem que acabam dificultando. Tipo uma decisão judicial, porque tem coisas que dependem dela. Nenhum de nós vai conseguir resolver (Educação).

Dificuldades aparecem também associadas ao manejo com algumas famílias do território, às vezes culpabilizando-as. Tais dificuldades, no entanto, podem dizer do movimento de autonomia da comunidade, afinal de contas os sujeitos “comunidade” deveriam ser incluídos no processo de intersetorializar e, desse modo, seus interesses são parte fundamental do processo de negociação nessas relações do território.

[...] às vezes é uma família que não tem jeito mesmo. [...] o que você percebe é que algumas famílias são acomodadas, você até luta por elas, mas depois chega uma hora que você vê que não vai ter jeito, é uma acomodação deles de não ir buscar, daí também foge um pouquinho do nosso alcance (Educação).

A própria pessoa fica se esquivando. Marca reunião aqui e no CRAS com os familiares e eles não participam, não comparecem. Então aí, isso sim dificulta, porque daí a gente tenta fazer o trabalho, se desdobra e a pessoa mesma não colabora (Saúde).

Outras dificuldades apontadas, ainda que de modo incipiente, foi a ausência de recursos humanos e recursos materiais contornados pela boa vontade dos profissionais.

Muitas vezes falta profissional na saúde para atender (Educação).

Você conta aqui com vontade de muitas pessoas aqui de querer fazer as coisas. A gente fez muitas ações de educação na escola, eu participei [...] e eu já estava querendo fazer ações de educação com idosos. Não temos espaço físico, pedimos material para a prefeitura, não tem dinheiro. Estamos organizando um bazar de pechincha com doações para arrecadar dinheiro para usar nesse grupo com idosos, em um grupo de caminhada e em um grupo de crochê que as Agentes Comunitárias querem formar. Então é só à base de boa vontade mesmo (Saúde).

Uma outra questão que é apontada como entrave ao diálogo é a ausência de autonomia profissional em algumas situações que demandam encaminhamentos.

A criança tem que ser atendida na unidade próxima da residência dela. Ela tem que ser atendida ali, eu não posso encaminhar ela para outro bairro. Mesmo sabendo que lá tem o profissional que ela precisa e que aqui não tem, por exemplo. Isso é burocrático [...] com a APAE, por exemplo, não existe encaminhamento direto, eu não posso encaminhar diretamente para a APAE. Ou eu tenho que mandar para o posto para que o pediatra solicite ou eu tenho que fazer o caminho do grupo de apoio [GAP] (Educação).

Alguns serviços são apontados como articuladores. O CRAS é mencionado como facilitador de processos dialógicos da rede.

[...] a existência do CRAS no bairro é um grande facilitador [...] essas reuniões começaram depois que o CRAS foi implantado (Educação).

Um outro grupo, ligado ao setor da educação com objetivo de atenção especializada psicopedagógica, aparece nos relatos, nesse caso, com uma conotação negativa pois engessa o profissional ao mesmo tempo que o faz buscar outros recursos para dar conta das necessidades identificadas de modo mais ágil.

[...] funciona assim: ou a gente faz encaminhamento via GAP e aí demora um tempo maior, ou a gente usa esse recurso de encaminhar a criança para o pediatra, mas aí a gente não tem um encaminhamento formal, a gente orienta a família: “olha, nós notamos isso, você procure o pediatra da criança e conte isso para ele para ver se ele também tem essa necessidade”. E aí às vezes o pediatra encaminha diretamente e o negócio tem um tempo de espera menor” (Educação).

Apesar da predominância de aspectos dialógicos na articulação desse território, algumas entrevistas apontam pensamentos e aproximações distintos. Em uma entrevista, as articulações apareceram como presentes, porém pontuais, sugerindo que talvez não se acionem muito frequentemente em função da baixa demanda de casos comuns.

[...] quando a gente tem um caso em comum. Por exemplo, eu tenho uma criança que preocupa com alguma questão de saúde eu vou lá no posto e peço para ter informações do prontuário. [...] A gente tem esses feedbacks pontuais. Com o CRAS eu já tive questão de criança que estava faltando aqui na creche e que a gente sabia que a mãe tem momentos que sai de casa e fica na rua se drogando. A gente queria que o CRAS fosse ver com quem essa criança estava. Se o pai era uma pessoa confiável. Então eles vão. É mais casos pontuais que a gente passa” (Educação).

Por outro lado, em outra entrevista, apareceu pouca ou nenhuma articulação com os setores do território. A articulação é pontual segundo esse profissional e marcada por uma necessidade individual mais verticalizada, por uma postura mais resistente e menos dialogada.

[...] eu já fui duas vezes no CRAS daqui para fazer uma palestra, mas assim a adesão é muito baixa de pacientes. Eles quase não vão. Acho que no dia que a gente foi tinha marcado errado ou não marcaram e as pessoas não foram e aí parou esse vínculo, mas foram duas vezes só que eu acho, que o CRAS que pediu. E aí eu fui, eles tinham marcado, a gente foi, mas mais que isso não, não teve (Saúde).

Eles são acessíveis, mas porque que eu vou ligar no CRAS? Eu não sei nem o trabalho que elas fazem lá. Não foi apresentado. Eu sei que tem porque está aqui. Você escuta uma coisa aqui, lá, mas eu nem sei o que faz no CRAS. Na escola tem bastante abertura porque na verdade eu preciso delas, então elas nunca vêm atrás, sou sempre eu que fui lá e elas me dão abertura, mas no CRAS eu nem sei falar o que é que eles fazem lá (Saúde).

Alguns programas são citados como portadores de características intersetoriais. Um dos programas faz articulações com esporte e cultura, porém se denuncia uma questão de sobrepor um acompanhamento que o serviço do território já realiza. O CRAS faz o que o Programa se propõe a fazer.

O Programa Viver é um programa que tem essa intenção de ser intersetorial [...] eles recebem comunicação de situações que envolvem drogas. Ai nessas situações que envolvem drogas, eles disparam pra CRAS para fazer o primeiro contato [...] eu acho que ainda está caminhando para ser algo que realmente funcione [...] acho que é uma coisa que ainda está em construção [...] na verdade, a intenção deles é oferecer o acompanhamento que a gente já tem no CRAS, que a gente já faz [...] (Assistência Social).

[...] eu nunca precisei usar, solicitar para eles a questão da vaga em esporte e cultura. Das vezes que eu encaminhei para a inclusão, a gente conseguiu fazer sem precisar da intervenção do pessoal da central de risco. Foi direto daqui. Fiz o contato, eles tinham vaga e não precisou de nenhuma outra articulação (Assistência Social).

Outro programa de característica intersetorial e que faz parte do cotidiano de trabalho dos serviços é o Programa Bolsa Família. Apesar das ações parecerem mais automatizadas que dialogadas, o programa surge nessas falas como sendo um recurso para a articulação.

[...] eles [CRAS] controlam o Bolsa Família. Quando é o mês da pesagem, eles imprimem os bilhetinhos, trazem para mim com a lista, eu coloco na agenda das crianças o recado que é o dia de pesar. Então, a gente está sempre nesse vínculo (Educação).

[...] o Bolsa Família é responsabilidade do CRAS. [...] nós fazemos o acompanhamento do aluno porque é de responsabilidade da escola a frequência. Então, a primeira condição para a família ter o bolsa é o aluno estar na escola. A cada dois ou três meses tem a pesagem no posto de saúde, que a parceria do Bolsa Família é educação e saúde (Educação).

Outro programa citado denomina-se 'Programa Boquinha Encantada' que também prevê e gera alguma articulação entre os setores da educação e saúde.

[...] envolve saúde e educação [...]. Na nossa ficha informativa quando o pai e a mãe fazem a matrícula tem uma pergunta se eles autorizam ou não a criança a receber flúor, então ele já assina. No começo do ano a gente já faz as listas da sala de aula com o sim e o não. [...] Duas vezes por ano [...] a dentista vem na escola, faz o que a gente chama de escovação supervisionada. [...] E nessa lista dela vai da letra A até a F. A e B tranquilo, do C ao F é situação que tem que procurar o dentista mesmo. Daí ela marca nessa lista, leva para o posto, faz as medições dela, os gráficos, e nos devolve a lista. Daí nós da educação

fazemos o bilhetezinho personalizado um por um com o nome, lá vai escrito que ele precisa procurar o posto de saúde e colocamos a letra da gravidade que é. Então, daí a família pega o bilhetezinho e vai no posto e agenda o dentista para fazer o tratamento. Esse é um projeto que envolve a saúde e a educação (Educação).

O PROERD é citado como sendo mais um projeto de articulação intersetorial, sendo avaliado pela entrevistada como positivo.

O PROERD, que acho que é um outro projeto muito legal que tem no fundamental para os quintos anos. Eu tive vários anos e gostei. Que vem um policial para trabalhar com as crianças uma vez por semana, para prevenção às drogas (Educação).

4.3. Grupos Focais e Entrevista Grupal

“Necessário [Sobre a intersetorialidade]. Se resolve ou não resolve, pelo menos tem que tentar”. (GF ACS)

Nesse tópico foi explorado o conjunto de ideias centrais a respeito da construção da intersetorialidade no território, emergido a partir da leitura dos discursos dos grupos focais e da entrevista grupal dos sujeitos participantes da pesquisa. A entrevista grupal foi incluída nesse tópico, pois o grupo pertence à mesma categoria profissional dos profissionais de um dos grupos focais. Os grupos, no geral, revelam muito mais os desafios a serem refletidos na dinâmica dos serviços do que propriamente os aspectos que funcionam. Alguns grupos referem a facilidade de acesso aos outros setores, porém um dos grupos não compartilha dessa afirmação. Trouxeram marcadamente algumas dificuldades que se referem principalmente à morosidade na resolução dos casos.

Um outro aspecto prevalente nas falas foi a emergência de conflitos entre profissionais e secretarias de setores diferentes, especificamente Assistência Social e Saúde, revelando concepções, linguagens diferentes sobre um mesmo aspecto e a dificuldade de produzir diálogos entre esses setores. Como dito anteriormente, no percurso metodológico, o NASF, apesar de não ser um serviço exclusivo do território pesquisado, foi incluído na escuta por sua frequência na fala dos sujeitos como elemento presente nas discussões, resoluções de

problemas. O NASF do município parece desempenhar algumas funções não somente com a atenção básica do setor da saúde como trabalhar com itinerários terapêuticos, matriciamento de especialidades, mas também com outros setores e secretarias demonstrando também funções de articulação de rede, mediação, conexão de pontos da rede, estimulador do contato, questionador de práticas, articulador de fluxos.

[...] A gente trabalha a segundo Portaria do Ministério com a demanda que as equipes de saúde da família trazem para o NASF. Dessa demanda surgem a discussão de casos – que a gente discute nas reuniões de equipe –, elaboração dos projetos terapêuticos, as visitas compartilhadas com a equipe, ou Agente ou um profissional da equipe. Aí surgem, também, essas conexões que a gente faz com a rede CRAS, CREAS, ONGs, quando se faz necessário, com as secretarias (GF NASF).

[...] nós, enquanto NASF, temos mais atenção [...] para unir, para acionar os serviços, para monitorar os encaminhamentos. Eu tenho essa impressão de que os serviços não têm tempo, talvez não tenha profissionais suficientes (GF NASF).

No início do NASF, a gente tomava muita atitude [...] que não era nem para a gente fazer. Até questões, assim: “vamos acionar o Ministério Público. Nós vamos acionar, nós, NASF”. Fazia relatório, só que a gente começou a perceber que não é bem assim. A gente tem que cutucar os outros serviços para que eles cumpram o papel deles, porque, senão, a coisa não vai andar nunca (GF NASF).

No contato com os outros serviços e setores, os tempos são percebidos como diferentes. O NASF se percebe como articulador desses tempos.

Cada um tem um tempo específico para cada coisa, e, às vezes, os tempos não se falam. Talvez a gente veio para tentar articular esse tempo entre os serviços, esse momento de interlocução (GF NASF).

Para esse grupo, a intersetorialidade aparece associada a uma ideia de trabalhar junto, de interdisciplinaridade e de construção permanente.

Eu acho que a intersetorialidade engatinha ainda, no país como um todo, de trabalhar junto, essa coisa é um exercício permanente. As pessoas ainda não perceberam o papel de equipe, parece, que gere crescimento (GF NASF).

O que vem à minha cabeça é trabalhar junto, dividir (GF NASF).

A intersetorialidade para o grupo de ACS, está associada a rede de serviços disponível, dentro e fora do território, quando se necessita de ajuda e está associada à busca de uma solução para determinado problema.

[...] são as redes que a gente pode estar contando. Como eu falei, a [rede] que a gente tem dentro da Saúde, dentro da Assistência Social, dentro da prefeitura como um todo e o todo a mais que a gente pode estar contando (G ACS).

É a união. Quando você precisa de alguma coisa para resolver algum problema, você tenta conseguir ajuda de todo lado. Por isso que eu falo [...] quando tem discussão de caso vem um representante de cada setor para ver se a gente consegue dar solução para o problema. Vem NASF, vem CREAS, vem Conselhos, o posto, CRAS, todo mundo para tentar resolver (G ACS).

O grupo focal dos ACS entende que é uma ação importante e que parte de uma limitação setorial, ao mesmo tempo aponta uma cisão setorial para as ações, delegando o que é “social” ao setor da Assistência Social e reconhecendo o auxílio que o NASF empreende nessa “parte social”.

[...] tem coisas que não dá para a gente resolver. Não é só saúde. Eles não precisam só daqui eles precisam da outra parte que é a social. [...] a gente faz tudo para que dê certo e esse NASF [...] veio para ajudar a

gente nessa parte também, de assistência. Ajuda bem também (GF ACS).

Eu penso assim, às vezes o caso não é do posto, é do CRAS ou então é da escola, então têm que trabalhar em conjunto. Daí cada um faz a sua parte, porque, às vezes, não cabe ao posto aquela solução. É do CRAS, então é o CRAS que tem que solucionar [...]. Cada um tem que fazer a sua parte (GF ACS).

Nesse fragmento a busca por outros setores parece ser potente para exceder ações das quais não encontram respostas dentro do próprio setor.

[...] dentro do NASF a gente tem fisioterapeuta, tem terapeuta, tem assistente social, tem psicóloga. A gente tem uma equipe multidisciplinar, então cada um já vai falando dentro da sua área como ver, já vai pelo menos tentando resolver ou deveria, por que essas reuniões a gente tem uma vez por mês, então você vai discutir um caso, aí daqui um mês, no mês seguinte, você vai ver o caso, aí não resolveu ainda. Vai ficar mais um mês, fica aquele jogo de empurra. Então, a gente vai procurar outros setores e acaba caindo no CRAS, porque tem coisas que eles têm dentro do CRAS. Existem os setores que eles podem estar mandando, vai para a Casa da Mulher, vai para a Casa da Fraternidade, vai pegar uma cesta básica, então eles sabem onde está, na emergência, o que é que eles podem estar fazendo (G ACS).

Passa pela equipe primeiro. Passa pela enfermeira, pelo médico. A gente faz uma reunião entre nós e se a gente não conseguir solucionar, a gente pede ajuda para o CRAS e para o NASF (GF ACS).

Em outras falas aparece a dimensão da insuficiência associado à necessidade do trabalho conjunto e a ampliação do cuidado à saúde do paciente através da articulação com outros setores: “melhorar mais a saúde” do paciente parece ser um dos objetivos do acionamento de outros setores.

[...] só o posto vai resolver o problema da saúde, ligado à saúde. A gente precisa dos outros setores para poder estar junto, porque às vezes o problema de saúde dele é por um motivo relacionado a assistência, precisa dessa ajuda para gente melhorar mais a parte da saúde dele (GF ACS).

A abertura ao contato, o acesso aos serviços parece funcionar no território do Jardim Oliveira Camargo, de acordo com esse grupo, assim como o acesso a outros equipamentos fora do território como o CREAS e o CAPS. Existe uma dimensão de compartilhamento de informações, visões e monitoramento de situações.

[...] normalmente a gente tem os setores que a gente tem mais contato que é o CRAS [...] que trabalha bem com a gente essa parte de troca de figurinha dos pacientes. Às vezes um paciente vai lá e conversa com eles e fala: "olha, estou passando necessidade, tenho isso..." Aí eles ligam aqui: "vocês sabem de alguma coisa aí?" Veem quem é o Agente Comunitário de referência e vão conversar com ele e explica: "olha a coisa está assim, assim, assim", aí eles vão fazer uma visita (G ACS).

A gente tem muito contato também com a escola. Então se a gente vê uma criança, ou vice-versa, vê uma criança que, de repente, parou de prestar atenção, uma criança que está meio avoada, uma criança que está sempre com dor de cabeça, que está sempre querendo ir para casa, com dor de barriga, a gente passa para eles também. Então esses são os dois setores [Assistência Social e Educação] que a gente tem mais perto (G ACS).

A gente tem o CREAS, com quem a gente trabalha muito. Às vezes a gente tem reuniões lá com eles. O CAPS também pois a gente tem muito paciente aqui que tem esquizofrenia, drogado, alcoólatra, então a gente entra em contato com CAPS para ver o que dá para ajudar [...] e também tem esse feedback deles com a gente e vice-versa (G ACS).

Os contatos com organizações não-governamentais no território também acontecem. A ONG Casa da Fraternidade é citada enquanto ação intersetorial. Os profissionais parecem reconhecê-la como potência e parte dos recursos do território.

[...] a Casa da Fraternidade ajuda bastante. Acho que estaria pior sem eles. É uma instituição, é uma ONG [...] ela acolhe muito as crianças, os jovens, da refeição, têm curso profissionalizante, tem muita coisa lá. Tem muita coisa legal lá. Tem alfabetização de adultos. Então tem algumas coisas que é assim [...]. São coisas pequenas, mas algumas coisas que estão caminhando (G ACS).

Nesse conjunto de falas aparece essa dimensão do acesso, da disponibilidade do outro setor, mesmo que não seja resolutivo.

F: Mas quando eu preciso do CRAS eles vão até alguns pacientes...

F: E nunca teve porta fechada. A gente sempre foi atrás e o que a gente precisou...

F: Eles vão atrás. Pode ser que não resolva, mas eles vão! (G ACS).

Ainda sobre como se opera a construção de práticas intersetoriais no território, esses excertos revelam algumas ações realizadas entre os setores da saúde e assistência social.

Discussão de caso quando precisa, palestras. Eles [CRAS] também convidam o doutor. Se a gente precisa também deles, eles estão dispostos a vir aqui (G ACS).

[...] os agentes também acompanham os idosos. Eles [CRAS] convidam a gente para acompanhar os idosos, fazer alguma atividade (G ACS).

Quando tem algum paciente nosso para eles [CRAS] ou deles para nós, a gente liga, entra em contato e fala: "ó, tem um paciente assim, da rua tal" A gente já encaminha o Agente que é daquela área para estar indo lá conversar com eles para saber qual é o problema e vice-versa (G ACS).

O croché era aqui do posto. A gente que fazia tudo, que conseguia material. Aí eles [CRAS] ofereceram para gente fazer uma parceria com eles. Aí agora a gente está com uma parceria com o CRAS onde eles cedem o espaço e ajudam com o material (G ACS).

As pessoas que vão na caminhada, fazem yoga no CRAS. Tem o grupo da terceira idade aqui no bairro que também usa o espaço do CRAS para fazer as atividades deles. Então tudo é meio que ligado ao CRAS e assim, quando às vezes, tem algum passeio, alguma atividade, eles convidam a gente para estar participando junto (G ACS).

Às vezes tem alguma visita [...] a gente tem esse livro acesso com eles [CRAS] e vice-versa. Eles ligam, falam com a gente, a gente fala que eles podem subir para conversar com a coordenadora, com médico. Essa articulação é bem legal (G ACS).

Para esse grupo, os projetos e programas do município são modos de ligação entre os setores na assistência ao paciente.

[...] a gente também tem uma ligação com eles assim, tem o programa Bolsa Família. As pessoas fazem inscrição no CRAS e tem que vir pesar no posto. Aí assim, eles sempre ligam, a gente programa uma data, as Agentes Comunitárias vão até lá para passar as datas que vai ser a pesagem. O Programa Vivaleite, o leite a gente entrega aqui, mas precisa do cadastro, do NIS que é feito no CRAS, então geralmente os pacientes que vem até nós, são os pacientes que vão até eles. Sempre tem uma ligação, entendeu? Sempre quem vem aqui, precisa ir lá. Sempre quem vai lá, precisa vir aqui, então é uma ponte (G ACS).

O Programa Saúde na Escola também é lembrado como tendo características intersetoriais, mas ele aparece de modo pontual, pouco refletido, centrado no cumprimento de ações rotineiras.

Tem o Saúde na Escola [...] em parceria com o posto. A gente agenda, vai com a enfermeira lá na escola e combina com eles um dia, para a gente não atrapalhar a vida deles também, aí a gente mede altura, peso, faz IMC, faz exame de visão. A dentista vai lá, faz as carteiras de vacinação (GF ACS).

Entretanto, um outro programa, Programa Viver, é citado em um dos grupos como um programa intersetorial, porém que uniu serviços já existentes, sem inovar.

[...] para a saúde não veio nada novo, e gerou expectativa nas pessoas, achando que o problema ia ser, enfim, resolvido. Aí gerou muita angústia em relação a internação, muita gente achou que os usuários de drogas fossem todos levados para um lugar onde eles iam ficar para sempre (GF NASF).

[...] é um programa que só colocou nome e juntou o que já existia: “pronto, é isso” (GF NASF).

Já em outro grupo algumas ações do CRAS (CRASJovem²⁹, CRASMirim³⁰) são citadas, porém alega-se insuficiência e os caracteriza como ações isoladas. Entende que esses serviços operam com ações de promoção da saúde.

O CRAS tem o CRASJovem, o CRASMirim que trabalha também nessa promoção de saúde mental e física do jovem, do adolescente, mostrando para eles questões de cidadania [...]. Então, tem algumas ações assim, isoladas que a gente pode dizer. Tem algumas ações que precisariam ser muito mais, mas tem algumas ações pipocando assim (G ACS).

Aparece ainda a questão das práticas não serem construídas de modo dialogado com as necessidades identificadas também por outros setores.

²⁹ CRASJovem é um serviço de convivência e fortalecimento de vínculos para adolescentes de 14 a 17 anos desenvolvido pelos CRAS do município de Indaiatuba.

O CRASJovem, por exemplo, poderia virar para o posto e falar: "qual criança vocês acham que mais precisa para fazer um curso, tirar da rua?", porque tem muitas né? Que nem, uma mãe falou assim para mim, eu falei: "ela não está no CRAS? Ela não está no CRASJovem, não?", "não tem vaga.", "como não tem vaga?" "só para o ano que vem". Então até o ano que vem ela vai se drogar? A gente acha que ela ainda não está usando, mas talvez ela vá se drogar e vai se prostituir. Aí o ano que vem ela pode não querer mais. Então deveria ser mais imediato né? Deveria ser preventivo (G ACS).

A resolução demorada das situações ou a não resolução aparece como um desafio aos setores. Tem uma dimensão da intersectorialidade que ajuda, porém tem uma dimensão associada a um desgaste em função da morosidade na solução das questões.

Não adianta fazer reunião, porque vamos fazer a reunião mensal com o NASF e aí vem, fala tudo o que acontece, tudo que os pacientes têm, lá, lá, lá, mas até se resolver um problema [silêncio]. Nós ficamos com um caso aí quanto tempo? Nós ficamos com o M. uns 5, 6 anos para conseguir colocar ele numa entidade (G ACS).

Teve um que quando eu entrei aqui, ele já tinha problema forte com a família. [...] foi o ano passado que a gente conseguiu um lugar para ele ficar [...], mas não é fácil para gente conseguir isso, então demora [...]. Foi muito difícil a gente conseguir solucionar esse problema dele, mas agora ele está super bem, nem quer vir visitar família (GF ACS).

A gente tem um caso até no Ministério Público, que não resolveu até agora. Faz anos que está no Ministério Público e até agora não resolveu (GF ACS).

Não é tão ágil assim, mas que já ajuda, ajuda muito (GF ACS).

³⁰ CRASMirim é um serviço de convivência e fortalecimento de vínculos para crianças de 0 a 12 anos desenvolvido pelos CRAS do município de Indaiatuba.

E toda a reunião que a gente tinha, quando a gente achava que o caso estava solucionado, voltava [...] porque tem umas que tem reunião da reunião da reunião e você não vê resultado. Muitas vezes acontece isso (GF ACS).

Moravam várias pessoas na casa e era uma senhora acamada e assim a família não cuidava dela. Foi pedido ajuda para vários setores, depois entrou em contato com o Ministério Público. O caso ficou no Ministério Público e ela faleceu e não teve nenhuma resposta até agora (GF ACS).

Tem coisas que tem que ser na hora. Não dá para ficar esperando, marcar uma reunião como CREAS, marcar uma reunião com o NASF. Não, não dá. O nosso trabalho aqui tem coisa que é imediatista, não dá para esperar (G ACS).

Apareceram também a diferença de compreensão dos setores diante de uma mesma questão. As linguagens parecem distintas e têm dificuldade de se conversar. Essa fala revela uma temática que aparece para os serviços e que, de acordo com esse grupo, torna-se foco de conflito. Emerge-se concepções diferentes e dificuldades de produzir consensos e significados “entre” os setores. As posturas dos profissionais frente a essas linguagens e concepções distintas parecem gerar entraves ao diálogo.

[...] idosos bastante debilitados, dependentes de algum familiar ou de algum cuidador, em situação vulnerável, gritante, financeira, familiar, e muitas vezes negligenciados pela própria família. A saúde tem um olhar muito intenso em relação às necessidades de saúde daquele indivíduo e que, muitas vezes, são quase emergenciais, porque um idoso não pode esperar muito para ser cuidado. E a gente tem uma grande dificuldade com a Secretaria de Bem-Estar Social na avaliação dessa urgência, da necessidade de modificar aquela situação. Muitas vezes, o que nós entendemos como negligência, não é entendido como negligência pelo setor de Serviço Social (GF NASF).

Isso é uma coisa que a gente sempre fala, que a urgência sempre é nossa, da saúde (GF NASF).

Eles não enxergam urgência quase nunca. Parece que a urgência só aparece no momento em que está beirando o total caos (GF NASF).

[...] outra coisa que me incomoda, também, mais quando eu ia nas reuniões do Conselho Tutelar. Quando o CREAS, porque cada setor levava seus casos para serem discutidos em uma reunião que tinha no Conselho Tutelar, tipo assim: “esse caso”, aí ninguém tinha nada para falar do caso, “esse caso está encerrado (GF NASF).

Existe uma clareza das limitações de cada serviço com relação a uma situação que fazem com que reconheçam a necessidade de se articular, entretanto nos excertos seguintes sobre acionamento da rede de serviços, o “puramente saúde” e o “puramente social” parecem enfatizados e cindidos. Quando um caso seria puramente saúde ou puramente social? Ao que parece a responsabilidade de abordar a dimensão social seria única de um setor.

Você não consegue pegar um caso de saúde que é puramente só saúde. A saúde está atrelada à todas as outras questões e isso é a nossa dificuldade, porque a gente não consegue realizar um trabalho com resolutividade, com sucesso, sem parceria, sem ter a outra instituição [...] não tem como trabalhar só um lado, então isso acaba dificultando bem o trabalho (GF NASF).

[...] aí a gente chama para ver o que é negligência, perdeu o direito, é uma questão puramente social, é fome, então aí que a gente vai buscando essa rede (GF NASF).

Eles [CRAS] têm mais como orientar. É tudo lá. Eles que resolvem, por que é social, é problema social. Auxílio doença, o LOAS, que é o auxílio-doença. Então eu encaminho tudo para eles lá no CRAS (G ACS).

Eu acho legal porque muita coisa a gente não consegue orientar ou informar o que tem. A gente sabe na parte da saúde com o que a gente pode contar e eles tem a parte social [...]. Então a gente cuida da parte da saúde e eles cuidam da parte do social e do mental do paciente, então para a gente é legal porque você não tem esse acesso que eles têm (G ACS).

[...] O paciente pode estar passando fome, estar acamado, não ter fralda, não ter cuidador, ter uma ferida aberta que não fecha por causa do estado nutricional, mas nada caracteriza uma necessidade de intervenção [...]. A saúde fica de mãos amarradas. Por mais que a saúde faça, os objetivos não serão alcançados enquanto a condição social daquele indivíduo continuar daquela forma (GF NASF).

A autonomia é lembrada como um dos nós críticos também, visto que ela é percebida como diferente pelos distintos setores, serviços e profissionais. A saúde se percebe com mais autonomia para tomar decisões e resolver as questões do que o setor de assistência social.

[...] a gente tem uma autonomia no ir e vir muito rápido, ligeiro e as outras secretarias a gente sente que essa permissão não existe (GF NASF).

Apesar da formação técnica suficiente – são todos de nível universitário – eles não têm autonomia para tomar decisões. Sempre precisa da autorização do chefe imediato, do outro chefe, até chegar na autorização do secretário. Na saúde, se isso acontecer, o paciente já morreu (GF NASF).

Porém essa dimensão da autonomia também é deflagrada na saúde, no grupo de ACS, onde a crença na potência de solução das situações está localizada no outro. As falas parecem indicar o não reconhecimento da autoimplicação desses profissionais nos processos de diálogo e solução dos problemas, delegando o saber ao outro.

[...] A gente passa o caso, porque são eles [NASF] quem podem fazer alguma coisa (GF ACS).

[...] a gente que vai encaminhar o paciente que a gente acha que deve, que merece uma atenção e aí eles vão ver se realmente é isso (GF ACS).

A desconfiança entre os setores, a priorização das burocracias ante o diálogo, bem como a percepção de desresponsabilidade aparecem como entraves à comunicação e ao estabelecimento de processos comuns. O grupo, nesses excertos, está se referindo especificamente ao setor da Assistência Social.

[...] eu já cheguei a mandar uma avaliação de uma determinada situação para outra secretaria e ela falou: “não, mas vai entrar na fila porque tem que fazer a avaliação”, eu falei: “mas eu mandei a avaliação, tem que ser ligeiro”. Aí não serve, tem que ser a avaliação do setor, no instrumental do setor [...]. Isso gera [...] uma falta de confiança. Se eu estou fazendo um relatório [...] como assim você não aceita um relatório? [...]. Não, tem que ser no formulariozinho engessado, assinalado com um “xizinho” no local certo, se tiver no local errado já não é aceito. É muito burocrático, e a burocracia não combina com assistência à uma população muito vulnerável (GF NASF).

[...] quando nós solicitamos informações do CRAS: “nós acompanhamos o caso”. “Então vamos buscar informações mais específicas, já que vocês acompanham o caso há tantos anos. Qual é o benefício do Fulano? ” “Não sei”. “O Fulano? ” “Não sei”. “A tia dele? ” “Não sei”. “Então, vocês não acompanham o caso, vocês conhecem de ouvir falar”. Para mim, esse caso foi extremamente decepcionante. Gente, como assim? O CRAS tem o prontuário do paciente há, sei lá eu, quantos anos (GF NASF).

Apesar das dificuldades com o setor da Assistência Social, ele ainda parece ser o setor mais próximo e mais acionado pelo setor da saúde.

[...] quando você vai em uma reunião [...] a gente começa a ajudar o agente de saúde, a equipe daquela unidade a ampliar o seu olhar para ver as possibilidades [...] E quando fala: “já tentei, já falei com a família, já busquei na especialidade [...]” aí é que a gente vai começar a acionar a rede, aí chama, por exemplo, a assistência social, habitação, a gente acaba mais é com a assistência social, mas não que as outras, mas é que a gente tem esse caminho, apesar das dificuldades, muito mais fácil com a assistência (GF NASF).

Uma outra dificuldade apontada é a ausência de retorno dos casos que são discutidos. A sustentabilidade da rede, quando se consegue alguma articulação, mostra-se frágil à medida em que os retornos não são realizados ou são pouco realizados.

[...] outra dificuldade que, às vezes, a gente tem no meio do caminho é a [falta da] contrarreferência, que é o retorno desse caso para a gente ver de que forma pode desenrolar melhor ainda em uma segunda etapa (GF NASF).

Eles [outros setores e NASF] não explicam para gente o porquê. Se eles precisam entrar em contato com outras pessoas, o que é que acontece no meio do caminho que demora. Nem posso falar, porque eu não sei realmente o que acontece sobre isso. Eu sei que tem coisas que demoram mesmo. A gente fala do mesmo caso e fala, fala, fala (GF ACS).

Os serviços assumem as características dos profissionais que o compõem e isso facilita ou dificulta a comunicação. O empenho, comprometimento, boa vontade é uma característica destacada, associada à possibilidade de comunicação e diálogo. Os aspectos pessoais aparecem como determinantes para o exercício da prática intersetorial.

Tem profissionais de determinado serviço que você vê que parece que o empenho é melhor, a questão do comprometimento em resolver é diferente dos mesmos profissionais que você encontra em outros equipamentos. Isso é bem aparente (GF NASF).

[...] faz muita diferença quem é que está trabalhando. Se essa pessoa for comprometida, é muito diferente (GF NASF).

[...] a gente traz uma história de vida diferente dela e dela e a história que a gente traz nos relacionamentos que a gente teve com a nossa família, com os nossos pais a gente acaba repetindo na profissão. Não adianta querer falar que separa que eu duvido. A gente tenta separar, mas é difícil. Então, se eu sou uma pessoa melindrada, que tenho dificuldade em aceitar críticas, eu vou ser assim no trabalho também. E aí isso é o que vai emperrar a intersetorialidade (GF NASF).

Reforçam a ideia de que as pessoas têm papel fundamental na estruturação de um serviço, de uma política, de uma prática e que as posturas se reproduzem. Nesse caso o grupo se refere à dimensão da gestão, às diretorias e secretariados.

A gente fala da nossa escala, nós funcionários, mas isso existe entre os secretariados. Então, isso vem reproduzindo e isso é uma coisa muito maior. A discussão disso se torna bem maior, de reconhecimento, de falar: “vamos dar a mão, vamos fazer juntos” [...] e assim, as pessoas se tornam chefes que vem inserido nessas posturas, também, e vão reproduzindo (GF NASF).

Há a percepção de que a formação acadêmica tem papel fundamental na discussão da intersetorialidade. Uma outra questão é que os jogos políticos, de interesses, de disputas estão presentes nesse processo. Existe uma tensão entre o cooperar e o competir.

[...] a gente percebe que vem uma coisa das escolas, também. Isso eu acho gravíssimo no século XXI, 2016, porque é assim: o profissional, a sua estrutura, seu papel e sua função, como se fosse uma coisa

individualizada. Então, isso que eu acho que vem esse ranço. E a gente é uma sociedade competitiva, então, os setores competem muito. Essa postura política é competitiva (GF NASF).

É uma competição de quem faz mais e quem faz certo e quem faz errado [...] (GF NASF).

Os serviços começam a se distanciar quando não encontram ressonância uns nos outros. Os conflitos não explicitados parecem gerar afastamentos, dificultar a construção de algo comum e o olhar para as necessidades da população.

F: [...] eu acho que o CRAS é um serviço muito engessado, porque quando a gente discute casos graves, nem me passa pela cabeça entrar em contato com o CRAS, porque eu sei que ele não vai fazer nada para aquele caso. No máximo, dar uma cesta básica, se ele estiver cadastrado.

F: E inserir um bolsa família.

F: É, uma cestinha básica que dê para 15 dias, no máximo, para aquela família e, às vezes, não é nem isso que a gente precisa. É discutir o caso junto, ver outras alternativas, sair um pouco daquele quadrado.

F: Olhar essa família e ver o que é que ela está realmente querendo dizer para aquele território, por estar naquela situação. Que ajuda será que ela precisa? Nem ela consegue definir, mas a gente, enquanto serviço, tem que fazer esse olhar diferente (GF NASF).

A intersetorialidade aparece associada às afinidades, à informalidade e o grupo entende esse aspecto como ruim. Interessante notar, porém, que na mesma fala essas afinidades, informalidades é que parecem estar revelando o protagonismo dos sujeitos, construindo pontes para o diálogo, liberdade para ser franco, resolver problemas.

[...] a intersetorialidade, nesse caso, acaba ficando à mercê das afinidades. Então, eu tenho afinidade com a ciclana ou com a fulana, eu ligo, aí pega na informalidade. Eu falo: “olha, mas tem que ser alguma coisa a mais. Vamos fazer juntos uma visita? ”. Aí você

levanta um despertar conjunto, mas pela informalidade, porque com ela eu tenho um pouco mais de afinidade, eu me dou melhor, eu acabo te chamando, e eu sei que, se ela não quiser, ela vai falar “não” para mim, porque ela tem essa liberdade. Isso é ruim (GF NASF).

Aparece nesse excerto o desafio de construir algo comum, mesmo na diferença (“olhar inverso”), além do dilema “saber *versus* não saber”, sendo que o não saber está depositado em outro setor.

Eu acho que, talvez, a visão de nós profissionais, que trabalhamos na área da saúde, a nossa visão é muito ampla. Quando olha o paciente, você analisa ele como um todo. [...] e quando você chega em determinado segmento que, talvez, faria um olhar inverso, mas também enxergando desse jeito, você percebe que isso parece que não acontece, que é só visto: “isso eu consigo atender dentro da minha política, do meu setor? ” Senão ele não cabe lá dentro do serviço. O que a gente espera é que ele fosse visto dessa forma, nessa amplitude, necessidades, da mesma forma que a gente vê e busca parceiros para resolver, para que ele consiga passar por todos esses serviços e, de cada necessidade, o profissional ou aquele setor invista para resolver (GF NASF).

Os relatos seguintes revelam as críticas do NASF frente ao que denominam de assistencialismo do setor da assistência social, enfatizando as ações deste como insuficientes, centradas nas ações específicas do setor e destituídas de diálogos.

[...] o auxílio, isso é o menor dos auxílios, é dar uma cesta básica, um bolsa família. Isso é o menor [...]. Porque, o que a gente encontra, normalmente, em reuniões com o CRAS, é justamente isso: “o que o CRAS faz já foi feito. Foi feito o cadastro único, ele já está recebendo bolsa família, cesta básica, os documentos estão em ordem”. Pronto, acabou (GF NASF).

[...] o ideal para a intersetorialidade é o pensamento um pouco acima do assistencialismo, porque, com o assistencialismo, com medida

populista, a gente não vai chegar nunca em lugar algum. Você vai ter cada vez mais gente precisando, querendo, e menos recurso (GF NASF).

Aparece nessa fala duas questões: uma é a acusação velada de que um setor não está cumprindo a função que supostamente deveria estar e a outra questão é a cisão de funções de cada setor que reforça dinâmicas fragmentárias. Porque visita domiciliar não seria função da escola?

Recentemente, nós tivemos uma reunião com o CRAS e a escola estava presente. [...] foi muito interessante, para mim, saber que ela [diretora da escola] também se preocupa muito com o social dos alunos. Me pareceu que ela está bem inserida e sabe de muita coisa, e, às vezes, toma atitude que não deveriam ser tomadas por ela, mas que, por falta de uma outra intervenção, como por exemplo, ir fazer uma visita domiciliar na casa das crianças, porque elas não estão indo à escola. E ela foi. Não é ela que faz, mas ela foi mais de uma vez, para mais de uma família. E aí chega lá e se depara com uma situação horrorosa, e, assim: “não, mas a gente está acompanhando esse caso já faz um tempo” [referindo-se a fala do CRAS] (GF NASF).

5. DISCUSSÃO

Analisando os resultados e articulando os documentos, entrevistas e grupos percebe-se três questões, em princípio, que merecem ser destacadas. Uma delas é a intersectorialidade gerando possibilidades e tensões; a segunda questão é a potência das ações cotidianas no território e a terceira trata-se do dilema da “política materializada” e da “materialização da política”.

5.1. Intersetorialidade: tensões e construções

Nota-se que a intersectorialidade, no geral, assume as formas das relações humanas que se delineiam no território. Ela se caracteriza como a articulação entre os sujeitos dos diversos setores com seus diferentes saberes para resolver alguma demanda identificada no território. Assim, as facilidades e as dificuldades para o diálogo e construção de práticas intersectoriais estão diretamente associados às relações entre as pessoas bem como às características dos sujeitos envolvidos como: a postura aberta ao diálogo, o estilo profissional, o comprometimento, o respeito, o empenho.

Desse modo a inclinação subjetiva ao encontro parece ser a característica prevalente nesse território quando se trata de ações intersectoriais. O que parece caracterizar “a intersectorialidade é a possibilidade de uma síntese dada pela predisposição à intersubjetividade e ao diálogo e, conseqüentemente a sua pedagogia é a da comunicação” (MENDES, 1999, p.252).

As práticas e ações são construídas mediante as necessidades da comunidade que os setores assistem. O que denominam como “problema”, “dificuldade”, “gravidade” referente à um indivíduo, família e comunidade é o que geralmente mobiliza os setores a se dialogarem. No entanto, também apareceram situações corriqueiras que os fazem se acessar, como troca de informações, opiniões e cumprimento de compromissos de programas sociais.

Algumas situações parecem mobilizar mais os setores a se acionar que são situações que envolvem pessoas com transtornos psiquiátricos, pessoas usuárias de substâncias psicoativas e pessoas, principalmente crianças, adolescentes e idosos, que sofrem algum tipo de violação de direitos como violência, negligência. De certo modo, essas situações também têm algum destaque nos documentos sugerindo uma atenção diferenciada às populações mais vulneráveis. No relato dessas situações, a intersectorialidade aparece com um viés interessante que é o viés do controle e da vigilância, um movimento panóptico³¹ que

³¹ Foucault vai apresentar o panoptismo como a criação de um dispositivo de poder, baseado na vigilância e no controle. Esse dispositivo irá funcionar por meio da visibilidade e da localização dos corpos no espaço. Aquele

parece ter o intuito de controlar o comportamento dos sujeitos a fim de eliminar as violências explícitas que vivenciam.

Outra percepção obtida é que os três setores do território construíram ao longo do tempo redes de confiança, solidariedade e horizontalidade. As relações são acionadas primeiramente no território, incluindo outros equipamentos como a ONG do bairro, para depois se expandirem além do território na tentativa de compreender e atuar sobre uma realidade social. Resgatando as reflexões de Junqueira (2000), a redes:

[...] surgem como uma linguagem de vínculos, das relações sociais entre organizações que interagem mediadas por atores sociais que buscam entender de maneira compartilhada a realidade social. São formas de agir que privilegiam os sujeitos, que, de maneira interativa, apropriam-se do conhecimento dos problemas sociais e de sua solução (p. 39).

Essas relações são vistas como produtivas no sentido de ampliar a capacidade dos setores solucionarem questões, ampará-los nas dificuldades, capacitando-os a enfrentar situações de forma mais integral, mais ampliada, mais conectada às necessidades da população. Isso sugere que os diálogos estabelecidos entre as pessoas desses setores promovem sinergias que ultrapassam os limites setoriais na construção de novas formas de olhar e atuar sobre a realidade, que passa a ser uma “outra realidade”, ou seja, um real compartilhado resultante das interações entre sujeitos ao longo da reflexão e atuação intersetorial.

Nota-se também que em algumas falas as noções de interdisciplinaridade e intersetorialidade aparecem ora associadas, ora fusionadas. Segundo Mendes (1999) a intersetorialidade estaria no campo do fazer assim como a interdisciplinaridade estaria no campo do saber. A conexão entre o saber e a prática parecem presentes nesse território, um saber não necessariamente orientado por programas, políticas, saberes acadêmicos, mas construídos concretamente, no dia a dia, partindo das necessidades identificadas.

As dificuldades também parecem ser partilhadas, sendo que a demora na resolutividade ou a não-resolutividade de alguns casos foi a dificuldade mais prevalente apontada pelos sujeitos. Essa dificuldade evidencia as frustrações vivenciadas pelos setores frente aos entraves do processo de resolução dos casos. Apontam o desconhecimento da demora e, muitas vezes, depositam a responsabilidade da morosidade em outro equipamento externo ao território (Conselho Tutelar, Ministério Público, por exemplo). Tal dificuldade, no

entanto, parece referir-se à ineficácia ou pouca eficácia das articulações intersetoriais na resolução de algumas demandas.

Isso, entretanto, pode refletir a incipiente articulação e estreitamento de vínculos com esses outros setores fora do território na partilha de um objetivo comum. Essa questão nos convoca a refletir que, para além do território, a intersectorialidade demanda um amplo processo de inclusão para apreensão de transformação da realidade (MENDES E AKERMAN, 2007).

Dentro das articulações entre os setores também aparecem entraves ao diálogo. Como em toda construção de relações, as tensões se fazem presentes. O grupo focal do NASF foi o grupo que mais trouxe elementos de situações veladas, incômodos e tensões das práticas intersetoriais. Importa salientar a predominância de situações relatadas por esse grupo, visto ser o único não exclusivo ao território. Por um lado, essa dinâmica pode revelar o NASF trazendo elementos que os demais, por estarem mergulhados em suas práticas, não se percebem ou receiam explicitar suas dificuldades temendo estremecer os bons vínculos criados/relatados, assim como pode representar a projeção de aspectos de difícil manejo em outros setores como forma de lidar com as dificuldades, resistência, rigidez do próprio setor saúde.

Assim, explicitam-se conflitos que dizem respeito, principalmente, às diferentes visões e linguagens sobre uma mesma situação. Essas tensões parecem ser situações que geram alguns afastamentos, desconfiças entre os setores. As críticas estão dirigidas especialmente ao setor da assistência social analisado como burocrático, engessado, com profissionais com pouca ou nenhuma autonomia. Interessa notar que essas tensões não parecem ser explicitadas uns aos outros, o que sugere que alguns entraves ao diálogo possam surgir desses “mal-estares” não dialogados.

Essas tensões parecem gerar também algumas rupturas que repercutem no pensamento fragmentado, disciplinar, setorializado. A questão social, por exemplo é tratada em diversos momentos como sendo uma responsabilidade exclusiva do setor da Assistência Social, gerando acusações à esse setor quando essa questão, complexa, não é assumida pelo mesmo.

Essa lógica da fragmentação de algum modo também aparece no próprio Plano Municipal de Saúde, quando entende ser de responsabilidade do setor saúde a resolução de 80% dos problemas do território, sugerindo que o problema de saúde seja exclusivo desse

setor. Outras falas como: “puramente saúde” ou “puramente social” evidenciam essa mesma dinâmica de pensamento, de considerar, depositar, responsabilizar um único setor pela complexidade que compõe cada um desses conceitos e problemáticas.

Segundo Iamamoto (2013), a gênese da “questão social” encontra-se no caráter coletivo da produção e da apropriação privada do trabalho, de seus frutos e das condições necessárias à sua realização. Ela condensa diversas “desigualdades mediadas por disparidades nas relações de gênero, características étnico-raciais, relações com o meio ambiente e formações regionais, colocando em causa amplos segmentos da sociedade civil no acesso aos bens da civilização” (p.330).

Diante de questões tão complexas, como essa dimensão pode estar direcionada à um só setor? Em função dessa mesma complexidade que engloba os problemas sociais e os cuidados em saúde é que talvez os setores tenham dificuldade de cuidá-las e mantê-las sob responsabilidade de todos. A projeção de responsabilidade no outro, além de reproduzir uma lógica fragmentária, característica do pensamento positivista, que ainda se reflete na divisão setorial, revelando, em alguns momentos, a dificuldade de construção do comum, pode explicitar também uma forma de lidar com a frustração frente à complexidade de algumas questões, como a questão social.

Outra questão que se destaca como tensão são as diferentes concepções de necessidades/cuidados sociais e em saúde. Apareceram ora concepções mais ampliadas de cuidado, com articulações entre setores para cuidar da complexidade de uma problemática, ora concepções predominantes do modelo biomédico de atenção à saúde, desconsiderando, portanto, a articulação com outros atores e restringindo o cuidado ao aspecto meramente curativo. O próprio setor saúde parece levantar essa bandeira no PMS, bem como em alguns discursos dos participantes da pesquisa.

Ainda que de modo incipiente, a falta de estrutura física e de recursos humanos também aparece como um dos entraves aos processos dialógicos e das práticas intersetoriais, que não é um processo simples, tampouco fácil. Ele é permeado de problemas, disjunções, incompreensões que dizem respeito, antes de tudo, às próprias tensões e conflitos característicos das relações humanas, ou seja, no desafio que constitui compor algo comum a partir das diferentes concepções que lhes afirmam enquanto indivíduos, enquanto profissionais e enquanto serviços, setores e políticas públicas.

Há “vida” na intersetorialidade e ela é a expressão de acordos momentâneos e dinâmicos, que expressam contextos históricos de cada território. Ela resulta de embates e conflitos de posições e de distintas percepções de mundo e se “realiza” a partir de debates

entre grupos e sujeitos, expressando interesses em disputa e um dado modo de construção social. Além disso, a ação intersetorial sofre, continuamente, a interferência de outros sujeitos, ou seja, se transforma na prática, se transforma à medida que passa a ser colocada em prática, na interação com outros sujeitos, como evidenciado pelos discursos dos sujeitos participantes desse estudo.

5.2. Potência das ações do cotidiano

O Território é o lugar em que desembocam todas as ações, todas as paixões, todos os poderes, todas as forças, todas as fraquezas, isto é, onde a história do homem plenamente se realiza a partir das manifestações da sua existência (Milton Santos, 1999.)

O investimento, a crença no território e nas potências do território foi outro destaque emergido dos dados. Pode-se notar que há o reconhecimento das ações no micro, no cotidiano das práticas onde se busca a resolutividade das questões/casos que sensibilizam os setores.

De acordo com Santos (1999), o território não é somente um espaço geográfico, estático, uma localidade, um conjunto de sistemas naturais e superpostos. Ele precisa ser compreendido com dinamismo, com movimento, contendo uma identidade, como território usado. Para esse geógrafo, o território é o fundamento do trabalho, o lugar da residência, das trocas materiais e espirituais e do exercício da vida.

Percebe-se que o uso desse território, dentro desse dinamismo promove ganhos de naturezas diferentes para os usuários e para os profissionais. Ainda que se tenha dados insuficientes que explicitem os benefícios à comunidade do território, as ações conjuntas cotidianas proporcionam maior aproximação das necessidades do usuário e melhoram o acesso aos serviços disponíveis.

De acordo com Moyses e de Sá (2014) a efetividade da promoção da saúde é fortemente dependente do contexto, sendo esse contexto entendido como as circunstâncias que forma o ambiente no qual as ações ocorrem. Essas circunstâncias são os locais/espacos/territórios do fazer e viver cotidiano e que precisam ser priorizados na busca de soluções complexas para as iniquidades sociais que a promoção da saúde se propõe a enfrentar.

A proximidade dos equipamentos foi citada pela maioria dos profissionais como facilitadora do processo de construção de práticas comuns bem como facilitadora dos diálogos

para solucionar problemas identificados na comunidade. O tamanho do bairro, as ações diárias e conjuntas também foram outras menções do uso do território como potente para articulações e alcance de soluções de problemas mais satisfatórios. As ações conjuntas dentro do território ampliam uma compreensão, percepção e apreensão do mesmo.

[...] o conhecimento que o CRAS tem da família, que o postinho tem, o que nós temos, isso tudo junto faz com que a gente tenha um mapa do bairro e nos ajude lidar de uma maneira diferente com ele [aluno] (Educação).

As ações locais têm uma potência para confrontar/lidar com diferentes concepções de mundo, de necessidades humanas em direção à uma ampliação da autonomia, que contempla ao mesmo tempo ações intersetoriais, relações humanas de apoio, relações profissionais e institucionais, e que, através disso, podem valorizar o espaço vivido, dar visibilidade às relações de poder, em particular às do poder simbólico, que caracteriza o pertencimento das pessoas a um determinado local (MOYSES e DE SÁ, 2014).

[...]o bem maior da gente é a comunidade onde a gente trabalha, onde a gente fica, é o nosso bairro. Eu fico muito mais aqui na escola do que na minha casa. O meu bairro é muito mais o Oliveira Camargo do que onde eu moro. Então, são essas mudanças de pensamento que fazem com que você acabe querendo melhorar aqui [...] (Educação).

Considerar as dimensões subjetivas, para além das objetivas, é dar lugar à vida que pulsa em cada sujeito, a seus valores, suas escolhas e o modo como transformam seus desejos em ações concretas. Desse modo, o processo no território é de construção e reconstrução permanente caracterizado pela interação e tensão entre os sujeitos individuais e coletivos na arena urbana, espaço por excelência de convivência com a alteridade, a multiplicidade de interesses, disputas, conflitos, e ao mesmo tempo, pela possibilidade da inovação, da criatividade, da solidariedade, da inclusão, da autonomia, da construção coletiva, do estabelecimento de redes e parcerias. (SACARDO E GONÇALVES, 2007).

Em relação aos profissionais, em suas dimensões subjetivas, os ganhos das articulações empreendidas nesse território se referem a uma apropriação e compartilhamento de responsabilidades entre os setores mediante o esforço na busca de um delineamento de objetos e objetivos comuns. Um comum que se processa na experiência, a partir de práticas concretas gerando um efeito de pertencimento. O comum é o que se partilha, o que se torna parte, se implica e se engaja (KASTRUP; PASSOS, 2013).

Além dessa sensação de pertencimento que gera cuidado, outras situações que apareceram como benefícios da articulação intersetorial aos profissionais foram a promoção da desburocratização de processos, o estabelecimento de fluxos e prioridades, o desenvolvimento de atividades conjuntas, o esforço em busca do trabalho em rede, os aprendizados sobre como lidar com as diferenças de “tempos”, linguagens, compreensões distintas de “necessidades humanas” e, principalmente, a construção de vínculos de confiança entre os setores.

A pesquisa evidenciou diversas iniciativas, práticas e ações cotidianas dentro do território nas quais foi possível perceber o quanto os processos de trabalho ganham novos sentidos e significados quando a prática intersetorial faz parte do dia a dia dos trabalhadores. Ela não é uma retórica, apenas. A “formação” para realizar a intersetorialidade se dá no “fazer fazendo”, no aprendizado por tentativa e erro, no reconhecimento dos desafios diários de lidar com os problemas e com as diferenças. Esse é um aprendizado e um modo de fazer intersetorialidade que produz sinergias, abre canais novos de diálogo e interação entre os sujeitos implicados.

5.3. Política materializada e materialização da política

Um outro aspecto que chamou atenção foi o impacto que os documentos, programas e projetos do município tiveram nos atores que o executam. As ações demandadas das situações cotidianas parecem ter uma potência de diálogo intersetorial diferente das ações preconizadas pelos documentos.

Os documentos, contendo os programas e projetos que apresentaram a intersetorialidade como uma das premissas para o funcionamento, parecem incorrer em sistematizações automáticas, pouco dialogadas. Houve um reconhecimento pelos sujeitos pesquisados que a intersetorialidade se dá no “micro”, no cotidiano sendo que esse aspecto não aparece nos documentos, que se mostram superficiais e reproduzem diretrizes do âmbito federal, pouco informando o “como” desenvolver essas ações.

Na prática, os sujeitos se utilizam de alguns programas e projetos incluídos nos planos municipais e se comunicam frente à demanda destes, porém nota-se uma clara diferença entre os diálogos que partem das necessidades identificadas pelas equipes e os diálogos propostos por esses programas.

De certa forma, os programas e projetos parecem engessar as práticas, às vezes se destituir de sentido visto que se superpõem ações que os setores já realizam de maneira dialogada em suas ações diárias. O Programa VIVER, programa municipal criado para cuidar

da questão do uso de drogas no município é um exemplo dessa falta de sentido para os profissionais. Os apontamentos dos sujeitos de que “não veio nada novo”, “nunca precisei usar”, “juntou o que existia”, “a intenção deles é oferecer o acompanhamento que a gente já tem”, demonstram de algum modo a tentativa de institucionalização de uma prática, pelo governo municipal, que já funcionava.

Mendes e Akerman (2007) relatam uma experiência no município de Camaragibe/PE em que uma agente comunitária, por 10 anos, revelou que desde o início de sua atividade buscou articular os diversos níveis de governos e grupos sociais em projetos que tinham relevância e estavam de acordo com as necessidades de sua área de abrangência. Entretanto, a partir de uma definição governamental para assegurar, de fato, a articulação houve um retrocesso da intersetorialidade no nível local, visto que os setores se sentiram amarrados e perderam autonomia propiciada por aquele trabalho informal, porém integrado.

É possível refletir, a partir dessas duas experiências que a garantia de ações intersetoriais, não necessariamente depende de políticas institucionalizadas. Não se tem a intenção de discutir a eficiência/ineficiência dos programas, tampouco a sua necessidade ou não de existência, mas de potencializar a ideia de que os sujeitos, ao se integrarem frente à construção do “comum”, geram conhecimentos capazes de materializar suas próprias intencionalidades e práticas intersetoriais, fundamentadas nas ações cotidianas, na realidade do território, na negociação das possibilidades, lidando com as tensões decorrentes desse processo. Todo sujeito que detém e produz conhecimento pode de diferentes formas divulgá-lo e materializá-lo (MATTOS E BAPTISTA, 2015).

Esse movimento dos setores frente à essas práticas instituídas também revelam uma tentativa de se contrapor à alienação e à estagnação subjetiva que os programas estruturados podem produzir. O exercício da autonomia dos sujeitos aparece nas falas como um movimento de resistência frente à essas práticas, procurando desencadear rupturas nessas tentativas cristalizadas e inertes de experiências institucionais.

Interessa ainda destacar a execução no município de um programa americano adaptado ao Brasil, o PROERD, relatado como benéfico por quem vivenciou suas ações, em especial pela educação. Nota-se a ideia de “importação” de uma ação preventiva, que apesar de se referir “adaptada” ao Brasil, não demonstra nenhum tipo de articulação a qualquer política brasileira e nem às ações territoriais, visto que o programa parece ser uma prática isolada, em parceria com a educação, porém parecendo muito mais aplicada à educação do que articulada à ela.

Quanto à menção sobre intersetorialidade e promoção da saúde, nota-se que os documentos não associam essa relação, tampouco aprofundam com clareza esses termos. Por outro lado, nota-se uma ênfase em dados de vigilância em saúde e em ações de caráter preventivo. O Boquinha Encantada, por exemplo, é descrito como projeto de prevenção e, apesar de citar ações de promoção da saúde, não as explicita, enfatizando por outro lado, ações concentradas na abordagem de risco tanto para diagnóstico quanto para ações que se concentram na mudança do comportamento da população.

Czeresnia (2009) aponta que um dos eixos básicos do discurso da promoção da saúde é fortalecer a ideia de autonomia dos sujeitos e dos grupos sociais. Valho-me dessas reflexões para resgatar novamente a importância que os sujeitos dessa pesquisa conferem às práticas intersetoriais no território e o quanto essas práticas parecem revelar relações que lhes geram amadurecimento, segurança, novos olhares às necessidades da população, novas potências criativas, semeando um campo rico para ações de promoção da saúde que não se encontram descritos nos planos, documentos, projetos e programas.

Outros programas como o Programa Saúde na Escola e o Programa Bolsa Família, apesar da tentativa de aprofundar a questão do cuidado ampliado desde a formulação das diretrizes no nível federal, na prática, parecem se apresentar mais afeitos ao cumprimento das diretrizes como as condicionalidades em saúde, educação e assistência social do Programa Bolsa Família e à aferição de índice de massa corporal (IMC), peso, altura no caso do Saúde na Escola, denotando uma discrepância entre proposta e prática.

A respeito dessa contradição entre as propostas contidas nos documentos e a intervenção concreta, Andrade (2004) em sua tese de doutorado, ao estudar as gestões intersetoriais em dois municípios, revelou como uma das conclusões sobre a intersetorialidade que há um consenso discursivo e um dissenso prático, sendo que esse dissenso nasce da contradição entre a necessidade de integrar de práticas e saberes requeridas pela complexidade da realidade e um aparato do Estado setorializado, onde se acumulam com maior ou menor conflito, poderes disciplinares e poderes advindos de composições político-partidárias (p.308).

Percebe-se que a política materializada, compreendida como sendo essas diretrizes pautadas por entes federais, estaduais e municipais, não necessariamente despertam nos sujeitos, que se propõem a praticá-la, as intenções originais que geralmente embasam suas propostas. O que esses sujeitos, parecem mostrar é que há uma diferença de vitalidade frente às ações deflagradas e demandadas no dia a dia dos profissionais. Essas ações cotidianas é que parecem promover a “materialização de políticas”, compreendida como ações autônomas,

empoderadas de sentido e significado e construídas através da convivência e de suas interações.

Mattos e Batista (2015) ao discutir sobre a formação das políticas entendem que a política sofre, continuamente, a interferência de outros sujeitos, ou seja, se transforma na prática, se transforma à medida que ganha vida na interação com outros sujeitos. Esse fenômeno ocorre também em função da dimensão instituinte contida nas práticas institucionais, conforme indicou Lourau (1995), impondo estranhamentos, rupturas, novos possíveis em disputas. O instituinte age como força que aparece “do nada” e se faz presente de modo não funcional, questionando o que está estabelecido, possibilitando a emergência de novos instituídos no mundo das significações, provocando mudanças no modo de funcionamento anterior, convidando os sujeitos implicados com a ação intersetorial a delinear novos e incertos trajetos, só que conjuntamente.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa teve a intencionalidade de refletir sobre a intersetorialidade partindo das observações, dificuldades e inquietudes emergidas da experiência de trabalho da pesquisadora buscando compreender os motivos de alguns entraves ao diálogo com outros setores. A proposta de mergulhar nessa compreensão partiu da possibilidade de verificar como se operacionalizavam os diálogos entre os setores públicos da saúde, educação e assistência social de um território do município de Indaiatuba, através das percepções dos trabalhadores inseridos nesse contexto.

O processo de pesquisa foi se revelando instigante à medida que se ampliava a compreensão sobre um território marcado por características próprias, com pessoas com características próprias e que através de suas práticas definiam o funcionamento de suas instituições e do próprio território. A escolha por olhar a intersetorialidade partindo da ótica da promoção da saúde diz respeito à compreensão de que a intersetorialidade não está desconectada de sentido, nem conceitual e nem histórico. O campo de saber da promoção da saúde nasce da necessidade de olhar para o complexo de modo complexo e nesse sentido não é possível pensá-la sem integração, sem articulação, sem estar junto, sem intersetorialidade.

Pôde-se esclarecer os objetivos dessa pesquisa quanto à proposta de compreender o desenvolvimento das práticas no território estudado, entendendo que esse depende de fatores que diz respeito às particularidades de cada espaço/território, sendo que não somente o espaço geográfico, estático como o tamanho do território, a proximidade dos equipamentos é que auxiliam na articulação entre os setores, mas e principalmente, é o dinamismo, a construção contínua de relacionamento entre as pessoas é que definem essas particularidades, que definem uma identidade.

As ações, projetos e iniciativas comuns são marcadas tanto por práticas desenvolvidas pelos próprios sujeitos, quanto mediadas por projetos e programas municipais, estaduais e federais. No entanto, no que concerne às percepções dos profissionais, as práticas emergidas da identificação das necessidades junto à comunidade e aos pares são as que se sobressaem enquanto potência de resolução de problemas, enquanto ampliação de compreensões para auxiliar a comunidade. Relações essas que abrem possibilidade de promover saúde ao se propor em princípio “estar em contato”, “estar em relação”, reconhecendo que a realidade é complexa o suficiente para não se enveredar nela sozinhos.

Nesse sentido, se fortalecem práticas, se fortalecem sujeitos, grupos sociais e se fortalece a vida nesse território, reconhecendo que dificuldades, barreiras, resistências,

divergentes concepções existem, nem sempre visíveis e fáceis de manejar, mas sempre presentes enquanto houver vida pulsante no território.

Os resultados dessa pesquisa nos deram não somente um panorama de como as ações intersetoriais são construídas, como afetam os trabalhadores e como esses se organizam para empreendê-la, mas acima de tudo revelaram o reconhecimento de que essas práticas ocorrem no cotidiano dos profissionais e mostram potência de resoluções de problemas principalmente através da volição, do exercício da autonomia dos sujeitos, se opondo a reduções, construindo práticas, novas produções, significados. Essa dimensão instituinte que produz novos agenciamentos, composições, arranjos próprios de subjetividades livres e desejantes parece caracterizar a intersetorialidade nesse território.

Ainda de modo proeminente destaca-se a expressividade que marca o território de ação dos sujeitos, um território em processo, existencial, constituído por relações, por dinamismo, em constante fazer-se e refazer-se e em constante processo de produção de práticas de atuação na produção de saúde.

Por fim, vale destacar que a pesquisa explicita não somente a indiferenciação na prática dos conceitos de promoção de saúde e prevenção de doenças bem como o quanto todo esse dinamismo, as ações dos sujeitos, os projetos existenciais, de autonomia são movidos pelos projetos de prevenção de doenças e não por projeto de promoção da saúde. Desse modo, essa pesquisa não se finaliza com o objetivo de reafirmar pressupostos tradicionais, definir modelos, formas de fazer intersetorialidade, de defini-la, mas de valorizar os processos, o “sujeito em relação”, a dinâmica instituinte-instituído e nesse sentido, novas possibilidades de produzir saúde por meio da inclusão de sujeitos.

7. REFERÊNCIAS

AKERMAN, M.; MENDES, R.; BÓGUS, C.M. É possível avaliar um imperativo ético? **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, p. 605-615, 2004.

AKERMAN, M.; MENDES, R. Intersetorialidade: reflexões e práticas. In: FERNANDEZ, J.C.A.; MENDES, R. **Promoção da saúde e gestão local**. São Paulo: Hucitec; 2007. p. 54-70.

ALMEIDA, A.M.R.; MELO, E.M. Reflexões sobre a intersetorialidade e sua relação com o Programa Saúde da Família. **Revista Médica de Minas Gerais**, p. S310-S316, 2007.

AROUCA, S. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva**. Rio de Janeiro: Unesp, 2003.

ANDRADE, L.O.M. **A saúde e o dilema da intersetorialidade**. 2004. 330f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

BAREMBLITT, G. F. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996.

BARROS, C.M.S. **Mediação intersetorial para a promoção da saúde o projeto Transando Saúde do SESC**. 2009. 224f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília: Editora MS, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>. Acesso em: 09 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3.ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. 60 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Passo a Passo PSE**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. 46 p.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Bolsa Família: transferência de renda e apoio à família no acesso à saúde, à educação e à assistência social.** Brasília, 2015. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/bolsa_familia/Cartilhas/Cartilha_PBF_2015.pdf>. Acesso em 10 out. 2016.

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, DF: Ministério da Saúde, 2015. 36p.

BUSS, P.M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

BUSS, P.M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA D., FREITAS C.M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.** 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. Cap. 1. p. 15-37.

BUSS, P. M.; CARVALHO, A. I. de. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 6, p. 2305-2316, 2009.

BYDLOWSKI, C.R.; WESTPHAL, M.F.; PEREIRA, I.M.T.B. Promoção da Saúde. Porque sim e porque não! **Saúde e Sociedade**, v.13, n.1, p.14-24, 2004.

CAMPOS, R.T.O.; CAMPOS, G.W.S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G.W.S. et al. **Tratado de saúde coletiva.** São Paulo: Hucitec, 2006. p. 669-688.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e cogestão de coletivos. A constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda.** São Paulo: Hucitec, 2000.

CARNEIRO, A. C. L. L. et al. Educação para a promoção da saúde no contexto da atenção primária. **Revista panamericana de salud publica**, v. 31, n. 2, p. 115-20, 2012.

CARVALHO, M.F. et al. Intersetorialidade: diálogo da política nacional da promoção da saúde com a visão dos trabalhadores da atenção básica em Goiânia. **Tempus Actas Saúde Coletiva**, v.3, n.3, p.96-115, 2009.

COSTA, A. M.; PONTES, A. C. R.; ROCHA, D. G. Intersetorialidade na produção e promoção da saúde. In: CASTRO, A.; MALO, M. (Org.). **SUS: ressignificando a promoção da saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 96-115.

CÓRRER, M. Prefeitura cumpre reintegração de posse no Oliveira Camargo. **Tribuna de Indaiá**, Indaiatuba, 18 fev. 2016. Disponível em: <http://www.tribunadeindaia.com.br/_conteudo/2016/02/cidade/2502-prefeitura-cumpre-reintegracao-de-posse-no-oliveira-camargo.html>. Acesso em 22 nov.2016.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA D., FREITAS C.M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. Cap. 2. p. 38-54

DARE. **Programa Educacional de Resistência às Drogas e à Violência. Livro do Estudante – 5ºano**. Tradução Ademir Roberto Sander Alves da Silva, Tânia Regina Candemil. São Paulo: CTP, 2011.

DIAS, M.S.A. et al. intersetorialidade e estratégia Saúde da Família: tudo ou quase nada a ver? **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, 2014.

DINIZ, F.R.A.; OLIVEIRA, A.A. Foucault: do poder disciplinar ao biopoder. **Scientia**, v. 2, n. 3, p. 01-217, 2013.

ESCOREL, Sarah. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 323-363.

FERRARI, A.T. **Metodologia da pesquisa científica**. McGraw-Hill do Brasil, 1982.

FERNANDEZ, J.C.A.; SACARDO, D.N. Abordagem qualitativa para a avaliação de políticas públicas: implicações teóricas, éticas e políticas. In: FERNANDEZ, J.C.A.; CAMPOS, M.; CAZZUNI, D.H. **Avaliar para compreender: uma experiência na gestão de programa social com jovens em Osasco – SP**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 39-63.

FERNANDEZ, J.C.A. et al. Promoção da saúde: elemento instituinte? **Saúde e Sociedade**, v. 17, n. 1, p. 153-164, 2008.

FERNANDEZ, J.C.A. **Promoção da saúde e dinâmica social: o lugar dos sujeitos**. 2011. 292f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

FRAGA, A. B. et al. **Curso de extensão em promoção da saúde para gestores do SUS com enfoque no Programa Academia da Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde: Fundação Universidade de Brasília: CEAD, 2013.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979. p. 4-12.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)**. Tradução Maria Ermantina Galvão. 4ª tiragem. São Paulo: Martins Fontes, 2005. p. 285-315.

GALLO, E.; SETTI, A.F.F. Abordagens ecossistêmica e comunicativa na implantação de agendas territorializadas de desenvolvimento sustentável e promoção da saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 6, p. 1433-1446, 2012.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6.ed. São Paulo: Atlas. 2008.

GONDIM, S.M.G. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. **Paidéia**, v. 12, n. 24, p. 149-161, 2003.

GONÇALVES, A.M. et al. Promoção da saúde no cotidiano das equipes de saúde da família: uma prática intersetorial? **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v.1, n.1, p. 94-102, 2011.

GLOBAL CONFERENCE ON HEALTH PROMOTION, 9., 2016, Shanghai. **Shanghai declaration on promoting health in the 2030 Agenda for sustainable development**. Shanghai, 2016. Disponível em: <<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration/en/>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

HECHT, M; PEGUEROS, F. **Currículo para crianças do 5º ano do ensino fundamental: Caindo na REAL/D.A.R.E.** Tradução Silas Tiago O. Melo, Soraya Érica Rodrigues Matoso. Belo Horizonte: PMMG, 2013.

HEIDMANN, I. T. S. B. et al. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 352-8, 2006.

IAMAMOTO, M.V. **O Brasil das desigualdades: “questão social”, trabalho e relações sociais.** Revista SER Social, v. 15, n. 33, p. 326-342, 2013.

IANNI, A.M.Z.; QUITÉRIO, L.A.D. Promoção da saúde e meio ambiente no Programa de Saúde da Família: os casos da Barra Funda e Jardim Rio Claro, município de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 1, p. 81-91, 2004.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. **Cidades.** Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=352050&search=sao-paulo|indaiatuba>>. Acesso em: 16 Jun. 2016.

INDAIATUBA. Decreto nº 2425, de 22 de junho de 1982. Aprova o plano de arruamento e loteamento denominado Jardim Oliveira Camargo e dá outras providências. Indaiatuba, 1982.

INDAIATUBA. Prefeitura Municipal. **Plano Municipal de Educação 2014-2017.** Indaiatuba, SP, 2014. 114p.

INDAIATUBA. Prefeitura Municipal. **Plano Municipal de Educação 2015-2025.** Indaiatuba, SP, 2015. 143p.

INDAIATUBA. Prefeitura Municipal. **Plano Municipal de Assistência Social.** Indaiatuba, SP, 2016. 26p.

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

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

KASTRUP, V.; PASSOS, E. Cartografar é traçar um plano comum. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 25, n. 2, p. 263-280, 2013.

LEAVELL, H; CLARK, E.G. **Medicina preventiva.** São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1976.

LICIO, E.C.; MESQUISTA, C.S.; CURRALERO, C.R.B. Desafios para a coordenação intergovernamental do programa bolsa família. **Revista de Administração de Empresas**, v. 51, n. 5, p. 458-470, 2011.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D. **Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

LOURAU, R. **A análise institucional**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.

MAGALHÃES, R. et al. Intersetorialidade, Convergência e Sustentabilidade: Desafios do Programa Bolsa Família em Manguinhos, RJ. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, 2011.

MALTA, D.C. et al. A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006 a 2014. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4301-4312, 2014.

MALTA, D.C. et al. National Health Promotion Policy (PNPS): chapters of a journey still under construction. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 6, p. 1683-1694, 2016.

MATTOS, R.A.; BAPTISTA, T.W.F. (Org.). Introdução. In: _____. **Caminhos para análise das políticas de saúde**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. p. 15-26.

MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

MINAYO, M.C.S. Introdução: conceito de avaliação por triangulação de métodos. In: MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. pp. 19-51.

MINAYO, M.C.S. et al. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: MINAYO, MCS; ASSIS, SG; SOUZA, ER. (Orgs.) **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. pp. 71-103.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MOREIRA, E.C.R. **A promoção da saúde na atenção primária do município de Belford Roxo, RJ**. 2012. 115f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.

MORETTI, A.C. et al. Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR). **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. Supl 1, p. 1827-1834, 2010.

MOYSÉS, S.T.; DE SÁ, R.F. Planos locais de promoção da saúde: intersectorialidade (s) construída (s) no território. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, 2014.

NASCIMENTO, P.R. et al. Impact of the Social Agendas-Agenda 21 and Healthy Cities-upon Social Determinants of Health in Brazilian municipalities: measuring the effects of diffuse social policies through the dimensions of the Millennium Development Goals. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 17, p. 01-14, 2014.

NORONHA, J.C.; LIMA, L.D.; MACHADO, C.V. O sistema único de saúde – SUS. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 365-93.

NUNES, E.D. Henry Ernest Sigerist Pioneiro da História Social. **Educ Med Salud**, v. 26, n. 1, p.70-81, 1992.

_____. Saúde coletiva: história de uma ideia e de um conceito. **Saúde e sociedade**, v. 3, n. 2, p. 5-21, 1994.

OLIVEIRA, M.B. et al. Educação em saúde como prática de enfermeiros na estratégia saúde da família. **Northeast Network Nursing Journal**, v. 14, n. 5, 2013.

PAES-SOUSA, R.; VAITSMAN, J. The Zero Hunger and Brazil without Extreme Poverty programs: a step forward in Brazilian social protection policy. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4351-4360, 2014.

PAGLIOSA, F.L.; DA ROS, M.A. The Flexner report: for good and for bad. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 4, p. 492-499, 2008.

PAIM, J.S.; SILVA, L.M.V. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde (Impresso)**, v. 12, n. 2, p. 109-114, 2010.

PAPOULA, S.R. **O processo de trabalho intersectorial das Equipes de Saúde da Família no município de Petrópolis-RJ: fatores restritivos e facilitadores**. 2006. 186f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

PINTO, B.K. et al. Promoção da saúde e intersectorialidade: um processo em construção. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 16, n. 4, p. 487-493, 2012.

POTVIN, L. Intersectoral action for health: more research is needed! **International journal of public health**, Montréal, v. 57, n. 1, p. 5-6, 2012.

PREFEITURA MUNICIPAL DE INDAIATUBA. Disponível em: <<http://www.indaiatuba.sp.gov.br/assistencia-social/>>. Acesso em 08 set.2016a.

PREFEITURA MUNICIPAL DE INDAIATUBA. Disponível em: <<http://www.indaiatuba.sp.gov.br/relacoes-institucionais/imprensa/noticias/20658/>>. Acesso em 08 set.2016b.

PREFEITURA MUNICIPAL DE INDAIATUBA. Disponível em: <<https://www.indaiatuba.sp.gov.br/relacoes-institucionais/imprensa/noticias/24410/>>. Acesso em 10 jan.2017a.

PREFEITURA MUNICIPAL DE INDAIATUBA. Disponível em: <<http://www.indaiatuba.sp.gov.br/relacoes-institucionais/imprensa/noticias/15660/>>. Acesso em 11 jan.2017b.

QUITÉRIO, L.A.D. Vigilância sanitária, processos de produção e riscos à saúde: a promoção da saúde na prática concreta de um caso de contaminação ambiental. **REVISA**, v. 1, n.1, p. 79-83, 2005.

SACARDO, D.P.; GONÇALVES, C.C.M. Território: potencialidades na construção de sujeitos. In: FERNANDEZ, J.C.A.; MENDES, R. **Promoção da saúde e gestão local**. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 71-83.

SANTOS, M. O dinheiro e o território. **GEOgraphia**, v. 1, n. 1, p. 7-13, 1999.

SANTOS, B.S. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. **Novos estudos-CEBRAP**, São Paulo, n. 79, p. 71-94, 2007.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Desenvolvimento Social, s.d. Disponível em: <<http://www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br/portal.php/vivaleite>>. Acesso em: 08 set.2016.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis**, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SETTI, A.F.F.; BÓGUS, C.M. Participação comunitária em um programa de intervenção em área de proteção ambiental. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 4, p. 946-960, 2010.

SILVA, K.L.; SENA, R.R. As Promoções da saúde: construindo um referencial. In:_____. **Poder, autonomia e responsabilização: promoção da saúde em espaços sociais da vida cotidiana**. São Paulo: Editora Hucitec, 2010. cap.2, p.29-38.

SILVA, K.L.; RODRIGUES, A.T. Ações intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.63, n.5, p. 762-769, sept./oct. 2010.

SILVA, C.M.C. et al. Educação em Saúde e suas Práticas ao longo da História Brasileira. In: PELICIONI, M.C.F.; MIALHE, F.L. **Educação e promoção da saúde: teoria e prática**. São Paulo: Santos, 2012. p. 3-22

SILVA, K.L. et al. Promoção da saúde e intersetorialidade em um município da região metropolitana de Belo Horizonte/MG. **Revista de APS**, v. 16, n. 2, 2013.

SILVA, K.L. et al. Intersetorialidade, determinantes socioambientais e promoção da saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, 2014.

TRAD, L.A.B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 777-97, 2009.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELOS, C.M.; PASCHE, D.F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G.W.S. et al (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 531-562.

VERDI, M.; CAPONI, S. Reflexões sobre a promoção da saúde numa perspectiva bioética. **Texto Contexto Enferm**, v. 14, n. 1, p. 82-8, 2005.

WESTPHAL, M.F. Municípios saudáveis: aspectos conceituais. **Saúde e Sociedade**, v. 6, n. 2, p. 9-18, 1997.

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

WESTPHAL, M.F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G.W.S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 635-667.

WESTPHAL, M.F. Promoção da saúde e a qualidade de vida. In: FERNANDEZ, J.C.A.; MENDES, R. **Promoção da saúde e gestão local**. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 6-24.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health promotion: Ottawa charter**. Geneva: World Health Organization, 1986. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>. Acesso em: 05 set. 2016.

8. ANEXOS

8.1. Anexo 1 – Parecer do Comitê de ética

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNICAMP - CAMPUS CAMPINAS	
--	---

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A INTERSETORIALIDADE ENTRE UM CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (CRAS) E UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA (USF) DE UM TERRITÓRIO DO MUNICÍPIO DE INDAIATUBA - SÃO PAULO, VISANDO À PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS USUÁRIOS.

Pesquisador: MYCHELE CAPELLINI MORIS TAGUCHI

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 50813315.2.0000.5404

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.408.983

Apresentação do Projeto:

Projeto de mestrado, de aluna da saúde coletiva. Estudo qualitativo com análise documental, entrevistas individuais e grupos focais procedendo à análise dos dados através do método hermenêutico dialético. A amostra será composta de profissionais do Centro de Referência de Assistência Social do Jardim Oliveira Camargo do município de Indaiatuba/SP, totalizando 3 pessoas convidadas, profissionais da Unidade de Saúde da Família do Jd Oliveira Camargo do município de Indaiatuba/SP totalizando 34 pessoas e através desses profissionais utilizaremos a estratégia de investigação denominada Casos Traçadores para identificar 4 usuários de cada serviço para continuarmos o caminho da pesquisa, totalizando 8 pessoas. No total serão 45 pessoas convidadas a participar da pesquisa. A hipótese é de que há pouca comunicação entre os setores e reduzida disponibilidade de interlocução entre os mesmos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Compreender o desenvolvimento das práticas intersetoriais entre as equipes do Centro de Referência de Assistência Social e da Unidade de Saúde da Família na perspectiva dos gestores, trabalhadores dessas unidades e dos usuários dos serviços.

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126	
Bairro: Barão Geraldo	CEP: 13.083-887
UF: SP	Município: CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936	Fax: (19)3521-7187
E-mail: cep@fcm.unicamp.br	

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNICAMP - CAMPUS CAMPINAS



Continuação do Parecer: 1.408.983

Justificativa de Ausência	TCLE_comite_revisto.pdf	14/12/2015 19:43:24	TAGUCHI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao_assistencia_e_saude_coord enadorasassinado.pdf	11/12/2015 18:02:41	MYCHELE CAPELLINI MORIS TAGUCHI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Mychele_Taguchi_comite.pdf	20/10/2015 20:24:34	MYCHELE CAPELLINI MORIS TAGUCHI	Aceito
Outros	roteiro_de_entrevistas_comite.pdf	20/10/2015 20:23:36	MYCHELE CAPELLINI MORIS TAGUCHI	Aceito
Outros	autorizacao_assistencia.pdf	19/10/2015 22:00:51	MYCHELE CAPELLINI MORIS TAGUCHI	Aceito
Outros	autorizacao_saude.pdf	19/10/2015 22:00:13	MYCHELE CAPELLINI MORIS TAGUCHI	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	19/10/2015 21:47:07	MYCHELE CAPELLINI MORIS TAGUCHI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

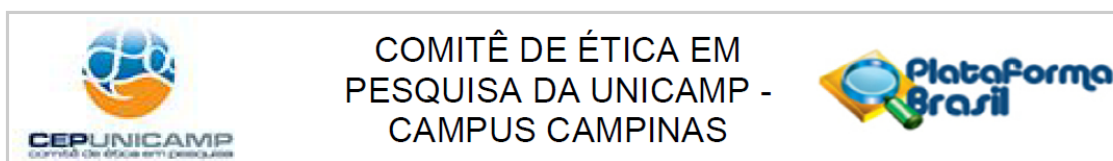
Necessita apreciação da CONEP:

Não

CAMPINAS, 15 de Fevereiro de 2016

Assinado por:
Maria Fernanda Ribeiro Bittar
(Coordenador)

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887
UF: SP Município: CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: A INTERSETORIALIDADE EM UM TERRITÓRIO DO MUNICÍPIO DE INDAIATUBA - SÃO PAULO, VISANDO À PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS USUÁRIOS

Pesquisador: MYCHELE CAPELLINI MORIS TAGUCHI

Área Temática:

Versão: 5

CAAE: 50813315.2.0000.5404

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.693.002

Apresentação do Projeto:

A pesquisadora responsável apresentou respostas as pendências emitidas no parecer 1.590.963 em 28 de junho de 2016. O projeto original foi aprovado por esse Comitê de Ética em Pesquisa em 15 de fevereiro de 2016, parecer 1.408.983.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário:

Compreender o desenvolvimento das práticas intersetoriais no território do Jardim Oliveira Camargo, bairro do município de Indaiatuba, na perspectiva dos gestores e trabalhadores de unidades públicas e na perspectiva dos usuários dos serviços.

Objetivos secundários:

1. Identificar e descrever as ações, projetos e iniciativas comuns entre os setores públicos;
2. Analisar como os profissionais compreendem a intersetorialidade e como se articulam com as outras unidades para implementá-la;
3. Analisar os fatores facilitadores e os desafios para a construção, a implantação e, ou a sustentabilidade das práticas intersetoriais no território na perspectiva dos gestores e

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

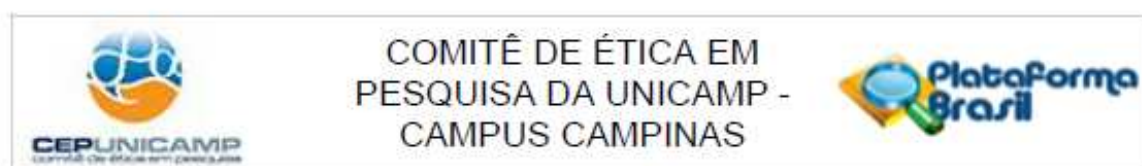
UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 1.693.002

Investigador	Projeto_Mychele_Taguchi_comite.pdf	20/10/2015 20:24:34	TAGUCHI	Aceito
Outros	roteiro_de_entrevistas_comite.pdf	20/10/2015 20:23:36	MYCHELE CAPELLINI MORIS TAGUCHI	Aceito
Outros	autorizacao_assistencia.pdf	19/10/2015 22:00:51	MYCHELE CAPELLINI MORIS TAGUCHI	Aceito
Outros	autorizacao_saude.pdf	19/10/2015 22:00:13	MYCHELE CAPELLINI MORIS TAGUCHI	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	19/10/2015 21:47:07	MYCHELE CAPELLINI MORIS TAGUCHI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINAS, 24 de Agosto de 2016

Assinado por:
Renata Maria dos Santos Celeghini
(Coordenador)

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887
UF: SP Município: CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br

8.2. Anexo 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

“A INTERSETORIALIDADE EM UM TERRITÓRIO DO MUNICÍPIO DE INDAIATUBA – SÃO PAULO, VISANDO À PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS USUÁRIOS”.

Mychele Capellini Moris Taguchi

Você está sendo convidado a participar como voluntário de um estudo. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos e deveres como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Se você não quiser participar ou retirar sua autorização, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

Justificativa e objetivos:

Esta investigação pretende compreender o desenvolvimento das práticas intersetoriais entre as unidades públicas do bairro Oliveira Camargo, território do município de Indaiatuba/SP na perspectiva dos gestores e trabalhadores das unidades e dos usuários dos serviços.

A intenção é lançar luzes sobre diferentes dimensões que englobam as ações intersetoriais, buscando compreender os desafios implicados na sua construção no âmbito local e territorial.

Para o alcance desse objetivo, o estudo de forma mais detalhada visa identificar e descrever as ações, projetos e iniciativas comuns entre os setores da saúde, assistência social e educação; analisar os fatores facilitadores e os desafios para a construção, a implantação e, ou a sustentabilidade das práticas intersetoriais no município, na perspectiva dos gestores e trabalhadores dos setores, analisar como os profissionais compreendem a intersetorialidade e como se articulam com as outras unidades para implementá-la e por fim, analisar os efeitos dos modos de se praticar intersetorialidade no território entre essas unidades na perspectiva dos usuários.

Procedimentos:

Participando do estudo você está sendo convidado a contribuir para a elucidação desse panorama das ações intersetoriais entre esses dois setores do município, concedendo uma entrevista individual com duração de cerca de uma hora. No final da entrevista solicitaremos a indicação de uma família/indivíduo que utiliza mais de um setor para seus cuidados a fim de entrevista-lo também. Solicita-se sua autorização para a gravação dessa entrevista que será posteriormente transcrita e utilizada somente para os fins desta pesquisa e de modo que preserve a identidade do informante, mantendo-a em sigilo. Todo o material colhido será arquivado de modo seguro e sigiloso nas dependências da Faculdade de Ciências Médicas sob a responsabilidade do pesquisador responsável pelo prazo de dois anos, quando será, por fim, adequadamente descartado.

Desconfortos e riscos:

Prevê-se alguns desconfortos aos participantes deste estudo com relação ao tempo disponibilizado pelos mesmos para as entrevistas e com relação ao fato das entrevistas serem realizadas no período de trabalho, entretanto o participante pode interromper a participação na entrevista e retirar, a qualquer momento, seu consentimento em participar.

Benefícios:

A participação no estudo não traz nenhum benefício ou vantagem de ordem pecuniária, mas apenas o benefício da produção de conhecimento e a oportunidade de usufruir dos resultados da pesquisa para a reflexão sobre o diálogo entre as respectivas unidades territoriais uma vez que elucida a temática da Intersetorialidade.

Acompanhamento e assistência:

Os participantes podem a qualquer tempo solicitar informações acerca do andamento da pesquisa junto ao contato indicado mais abaixo.

Sigilo e privacidade:

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado.

Ressarcimento:

Não haverá ressarcimento de despesas aos participantes, pois não haverá necessidade de despesa específica para a participação neste estudo.

Contato:

Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com Mychele Capellini Moris Taguchi, no endereço Alameda Ezequiel Mantoanelli, 618. Jd. Panorama. Indaiatuba/SP, ou pelos telefones (19) 3016-4200/ (16) 98177-2400.

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação no estudo, você pode entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP): Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936; fax (19) 3521-7187; e-mail: cep@fcm.unicamp.br

- () Autorizo a utilização do material gravado durante a entrevista, na qual eu estava presente.
() Não autorizo a utilização do material gravado durante a entrevista na qual eu estava presente.

Consentimento livre e esclarecido:

Após ter tido esclarecimento sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

Nome do (a) participante: _____

Data: ____/____/____.

(Assinatura do participante ou nome e assinatura do responsável)

Responsabilidade do Pesquisador:

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma cópia deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

(Assinatura do pesquisador)

Data: ____/____/____.

8.3. Anexo 3 – Roteiro de entrevistas

ROTEIRO DE ENTREVISTA INDIVIDUAL/GRUPAL/GRUPO FOCAL

RAPPORT INICIAL:

- Apresentação da pesquisadora
- Objetivos da pesquisa
- Explicitação e obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- Explicitação do que vai ser indagado durante a pesquisa

DADOS DA PARTICIPANTE:

Nome:

Nome da secretaria/unidade/direção onde trabalha:

Formação profissional:

Tempo de formação:

Tempo de prática na função que exerce:

Formação na área específica onde trabalha? () Sim () Não

Outras formações:

DADOS RELACIONADOS À PESQUISA

Eixo temático I – Processo de trabalho

Questões disparadoras:

1. O que você(s) faz(em)? Relate(m) o seu(s) processo de trabalho?

Eixo temático II – Intersetorialidade – panorama geral

Questões disparadoras:

1. O que pensa (m) a respeito da ação conjunta entre os setores?
2. Acredita (m) que existam práticas e ações dialogadas no município? Quais?
3. Como essas ações e práticas são construídas?
4. Quais os elementos que você(s) acredita(m) que facilita as práticas conjuntas, entre os setores? Porque?
5. Quais as dificuldades para se construir práticas entre os setores? Porque?

Eixo temático III – Intersetorialidade no território

1. Como percebe(m) que são construídas as práticas entre as unidades públicas (CRAS, USF, Escolas, etc...) do bairro Oliveira Camargo?

2. Percebe se há facilidades e as dificuldades para se construir ações conjuntas entre as unidades daquele território (Jardim Oliveira Camargo)?
3. Como acha(m) que as práticas entre os setores influenciam na abordagem, na construção de planos de acompanhamento, na vida dos usuários?

Eixo temático IV – Contribuições livres

1. O que lhe(s) vem em mente quando se fala em intersetorialidade?
2. Existe algo que a pesquisa não mencionou a respeito dessa temática e que gostaria(m) de colaborar complementando?

8.4. Anexo 4 – Roteiro de entrevistas NASF ENTREVISTA - GRUPO FOCAL

RAPPORT INICIAL:

- Apresentação da pesquisadora
- Objetivos da pesquisa
- Explicitação e obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- Explicitação do que vai ser indagado durante a pesquisa

DADOS DA PARTICIPANTE:

Nome: Nome da secretaria/unidade/direção onde trabalha: Formação profissional: Tempo de formação: Tempo de prática na função que exerce: Formação na área específica onde trabalha? () Sim () Não Outras formações:
Nome: Nome da secretaria/unidade/direção onde trabalha: Formação profissional: Tempo de formação: Tempo de prática na função que exerce: Formação na área específica onde trabalha? () Sim () Não Outras formações:
Nome: Nome da secretaria/unidade/direção onde trabalha: Formação profissional: Tempo de formação: Tempo de prática na função que exerce: Formação na área específica onde trabalha? () Sim () Não Outras formações:
Nome: Nome da secretaria/unidade/direção onde trabalha: Formação profissional: Tempo de formação:

Tempo de prática na função que exerce: Formação na área específica onde trabalha? () Sim () Não Outras formações:
Nome: Nome da secretaria/unidade/direção onde trabalha: Formação profissional: Tempo de formação: Tempo de prática na função que exerce: Formação na área específica onde trabalha? () Sim () Não Outras formações:

DADOS RELACIONADOS À PESQUISA

Eixo temático I – Processo de trabalho

Questões disparadoras:

2. O que vocês fazem? Relatem o processo de trabalho de vocês?

Eixo temático II – Intersetorialidade – panorama geral

Questões disparadoras:

6. O que pensam a respeito da ação conjunta entre os setores?
7. Acreditam que existam práticas e ações dialogadas no município? Quais?
8. Como essas ações e práticas são construídas?
9. Quais os elementos que vocês acreditam que facilitam as práticas conjuntas, entre os setores? Porque?
10. Quais as dificuldades para se construir práticas entre os setores? Porque?

Eixo temático II – Intersetorialidade no território

4. Como percebem que são construídas as práticas entre as unidades públicas (CRAS, USF, Escolas, etc...) do bairro Oliveira Camargo?
5. Percebem se há facilidades e as dificuldades para se construir ações conjuntas entre as unidades daquele território (Jardim Oliveira Camargo)?
6. Acreditam que o NASF contribua para essas práticas entre setores? Como?
7. Como acham que as práticas entre os setores influenciam na abordagem, na construção de planos de acompanhamento, na vida dos usuários?

8. Indiquem, por gentileza, uma família/indivíduo que acreditam que possa conversar conosco e nos dizer a respeito de sua experiência de utilização das ações, programas e práticas comuns entre setores.

Eixo temático III – Contribuições livres

3. O que lhes vêm em mente quando se fala em intersetorialidade?
4. Existe algo que a pesquisa não mencionou a respeito dessa temática e que gostariam de colaborar complementando?