



Darlene Glória de Ávila Ferreira

Percepção dos profissionais inseridos na Estratégia  
Saúde da Família, em relação à intersectorialidade no  
município de Piracicaba

PIRACICABA

2014





UNICAMP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA

Darlene Glória de Ávila Ferreira

Percepção dos profissionais inseridos na Estratégia Saúde da  
Família, em relação à intersetorialidade no município de  
Piracicaba

Dissertação de Mestrado profissionalizante  
apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba  
UNICAMP para obtenção do Título de Mestra em  
Odontologia em Saúde Coletiva.

**Orientadora:** Profa Dra. Dagmar de Paula Queluz

**Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação  
defendida pela aluna Darlene Glória de Ávila Ferreira  
e orientada pela Prof<sup>a</sup>. Dra. Dagmar de Paula Queluz**

Assinatura da orientadora

---

PIRACICABA  
2014

Ficha catalográfica  
Universidade Estadual de Campinas  
Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba  
Marilene Girello – CRB 8/6159

F413p Ferreira, Darlene Glória de Ávila, 1967-  
Percepção dos profissionais inseridos na Estratégia Saúde da  
Família, em relação à intersectorialidade do município de  
Piracicaba / Darlene Glória de Ávila Ferreira – Piracicaba, SP  
[s.n.], 2014.

Orientador: Dagmar de Paula Queluz.  
Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual de  
Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. 1. Redes sociais. 2. Estratégia Saúde da Família. I. Queluz,  
Dagmar de Paula, 1961- .II. Universidade Estadual de  
Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

Informações para a Biblioteca Digital

**Título em outro idioma:** Perception of health professionals involved in the Family  
Health Strategy in relation to intersectionality in Piracicaba

**Palavras-chave em Inglês:**

Social networks

Family Health Strategy

Percepção

**Área de concentração:** Odontologia em Saúde Coletiva

**Titulação:** Mestra em Odontologia em Saúde Coletiva

**Banca examinadora:**

Dagmar de Paula Queluz [Orientador]

Maria Julia Pereira Coelho Ferraz

Rosana de Fátima Possobon

**Data da defesa:** 04-04-2014

**Programa de Pós-Graduação:** Odontologia em Saúde Coletiva



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
Faculdade de Odontologia de Piracicaba



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de Mestrado Profissionalizante, em sessão pública realizada em 04 de Abril de 2014, considerou a candidata DARLENE GLÓRIA DE ÁVILA FERREIRA aprovada.

A handwritten signature in black ink, appearing to be "Dagmar de Paula Queluz", written over a horizontal line.

Profa. Dra. DAGMAR DE PAULA QUELUZ

A handwritten signature in black ink, appearing to be "Maria Júlia Pereira Coelho Ferraz", written over a horizontal line.

Profa. Dra. MARIA JÚLIA PEREIRA COELHO FERRAZ

A handwritten signature in black ink, appearing to be "Rosana de Fátima Possobon", written over a horizontal line.

Profa. Dra. ROSANA DE FÁTIMA POSSOBON



## RESUMO

A articulação intersetorial é um desafio para o fortalecimento das ações em saúde, valorizando as redes e espaços de construção coletiva. Promover a saúde é um desafio que exige considerar a contribuição dos diversos setores da sociedade, com seus aspectos socioeconômicos, históricos e culturais, estabelecendo conexões e redes para o fortalecimento da ação intersetorial. Essa pesquisa tem por objetivo avaliar a percepção dos profissionais inseridos na Estratégia Saúde da Família, em relação à importância da intersetorialidade, como ferramenta e a dificuldade de sua implementação. A pesquisa foi realizada com todas as equipes completas da Estratégia Saúde da Família, do Município de Piracicaba, no Estado de São Paulo, Brasil, composta por profissionais médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas, no período de 2012 a 2013. A coleta dos dados foi realizada por meio da apresentação de um caso aos profissionais, os quais elaboraram seus planos de cuidados. As respostas foram analisadas por meio do Discurso do Sujeito Coletivo, que é uma técnica de análise de dados quanti qualitativa que expõe detalhes de conteúdos e argumentos dos pensamentos coletivos. Após análise dos dados das 10 equipes completas, os discursos demonstram que alguns profissionais desconhecem a existência de equipamentos sociais municipais que atuam junto à comunidade. A maioria dos discursos revelou que os profissionais pesquisados possuem uma concepção teórica adequada sobre a intersetorialidade e acolhimento, porém na prática ocorre uma limitação desse instrumento como ferramenta facilitadora na Atenção Primária em Saúde. Os resultados demonstram também a existência de problemas na relação interna entre equipes de saúde, como a falta de integração entre a saúde bucal e os demais componentes da equipe. Dentre os fatores dificultadores para haver a articulação intersetorial está à falta de comunicação, interesse, sobrecarga de trabalho e falta de políticas públicas que estimulem e incentivem a efetivação desse instrumento. A ausência dessa prática na Atenção Primária representa dificuldades no desenvolvimento da integralidade e promoção da saúde. Os discursos apontam à necessidade de discussão sobre a intersetorialidade, para que a proposta de criação de parcerias seja compreendida e a partir dessa concepção, sejam incentivadas estratégias que viabilizem sua aplicação. É evidenciada a necessidade da criação e ampliação de espaços

comuns, entre os diferentes setores e equipamentos sociais, onde possa ocorrer a construção de consensos e planejamento de estratégias intervencionais mais efetivas.

Palavras-chave: rede social, Estratégia Saúde da Família, percepção.



## ABSTRACT

Intersectoral coordination is a challenge to the strengthening of health actions, valuing networks and spaces of collective construction. Promoting health is a challenge that requires considering the contribution of different sectors of society, with its socioeconomic, cultural and historical aspects, establishing connections and networks to strengthen intersectoral action. This research aims to evaluate the perception of health professionals involved with the Family Health Strategy with respect to the importance of intersectoriality as well as its implementation obstacles. The survey was conducted with all complete teams of the Family Health Strategy of Piracicaba, State of Sao Paulo, Brazil, consisting of medical professionals, nurses and dentists in the period from 2012 to 2013. Application case illustrates the various aspects or situations based on real data. The data was collected through the presentation of case to the Professionals, which made their plans of care. Responses were analyzed through the Collective Subject Discourse. This quant qualitative analyses technique exposes details of contents and arguments of the collective thoughts. After analyzing the data of 10 complete teams, speeches demonstrate that some professionals are unaware of the existence of municipal social facilities that operate in the community. Although most speeches have revealed that the professionals have an adequate conception of intersectoriality and host, in practice a limitation occurs when using this instrument as a facilitating tool. These results also indicate the existence of problems in the relationship between internal health teams, such as the lack of integration between oral health and other team members. Among the complicating factors of intersectoral coordination is the lack of communication, interest, work overload and lack of public policies that stimulate and encourage the effectiveness of this instrument. The absence of this practice in Primary Care is obstacles in the development of wholeness and health promotion. The statements indicate the need for discussion about intersectoriality so that the proposal to create partnerships can be understood as to have strategies that enable its implementation. It is evident the need of creating and expanding public spaces between different sectors and social facilities where consensus can be developed and the planning of more effective interventional strategies can occur.

Key Words: social network, Family Health Strategy, perception.

## SUMÁRIO

DEDICATÓRIA.....	xiii
Agradecimentos .....	xv
1 INTRODUÇÃO.....	1
2 REVISÃO DE LITERATURA .....	5
3 PROPOSIÇÃO .....	16
4 MATERIAL E MÉTODOS.....	17
4.1 Aspectos éticos .....	17
4.2 Local do estudo.....	17
4.3 Tipo de Estudo.....	18
4.4 Amostra .....	18
4.5 Critérios de exclusão .....	18
4.6 Delineamento.....	19
4.7 Análise dos dados .....	20
5 RESULTADOS .....	23
5.1 Caracterização da Amostra.....	23
5.2 Apresentações quanti qualitativa das Ideias Centrais e dos Discursos dos Sujeitos Coletivos.....	26
6 DISCUSSÃO.....	42
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	54
REFERÊNCIAS .....	55
ANEXO 1 .....	62
ANEXO 2 .....	63



## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho esta pesquisa a minha família, em especial a minha mãe, que me ensinou a enxergar além do véu.

### Além do Véu

*“Quem pensa saber, simplesmente ignora  
Quem pensa brilhar, não vai perceber  
Quem pensa estar dentro, na verdade esta fora  
Quem pensa ser grande, não pode crescer.*

*A palavra não diz, mas a atitude revela  
Por isso é preciso prestar atenção,  
Reconhecer o espinho na rosa mais bela  
E na mão que abençoa uma outra intenção.*

*Quem pretende ensinar, antes deve aprender  
Com a pureza da água e a doçura do mel,  
Cuidar para o amor sempre prevalecer  
Ser um com a verdade que está além do véu...  
Além do véu...”*

**Chandra Lacombe**



## AGRADECIMENTOS

À UNICAMP e à Faculdade de Odontologia de Piracicaba pela oportunidade de desenvolver este trabalho.

Ao Prof. Dr. Antônio Carlos Pereira, coordenador do curso de Mestrado Profissionalizante da FOP-UNICAMP, pela qualidade do trabalho desenvolvido e pelos conhecimentos transmitidos.

À minha orientadora, Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Dagmar de Paula Queluz, pela grande orientação, pelo incentivo, paciência e amizade, sempre acolhendo, me trazendo palavras de ânimo e otimismo, tão necessárias nos momentos difíceis.

À Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Luciane Miranda Guerra, que sempre acolheu e ouviu minhas angústias, mostrando as diferentes facetas e ângulos dos problemas, amenizando sempre minha ansiedade.

As queridas tutoras Karine e Fabiana pela valiosa colaboração e paciência.

A todos os professores pela contribuição para meu aprimoramento profissional, especialmente o Prof. Dr. Fabio Mialhe pelas sugestões que tanto contribuíram para minha pesquisa.

A Deus, pela premiação de EXISTIR e por mais essa etapa da minha vida.

Aos meus pais, Olavínia e Antonio (in memorian) por sempre terem me incentivado a seguir meu caminho, respeitando minhas escolhas, com amor e liberdade.

À minha irmã, Luzia, pelo carinho, por sempre facilitar tudo para mim.

Aos meus queridos sobrinhos Lucas e Ramini pela grande colaboração no desenvolvimento dessa pesquisa.

A toda minha família e aos meus amigos, pela compreensão, devido à falta de tempo que tantas vezes me impediu de compartilhar momentos de lazer e descontração.

Aos meus colegas de mestrado, em especial aos meus amigos Luís Fernando e Karina pelo companheirismo, por estarem sempre dispostos a ajudar, a apoiar quando precisei, e por tornarem a jornada bem mais divertida e proveitosa.

Ao ex-secretário Fernando Cárdenas, pela colaboração e liberação para participação nesse tão proveitoso e conceituado curso.

As minhas amigas Coordenadoras do DAB, Adriana Lemes e Fabíola Bérghamo pelo apoio e estímulo ao meu desenvolvimento profissional.

Ao caro colega Pedro Augusto Leme, que tanto colaborou para minha dissertação com seus conhecimentos e sugestões.

A todos os funcionários da FOP com quem convivi, pela simpatia e presteza.

Aos profissionais das equipes de PSF entrevistados pela colaboração e boa vontade.



# 1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas o conceito de promoção da saúde tem se desenvolvido de forma mais efetiva, no Canadá, nos Estados Unidos e nos países da Europa Ocidental, tendo ocorrido em 1978, em Alma-Ata, na República do Cazaquistão, a conferência Internacional sobre Cuidados Primários com a Saúde, evento apoiado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF). Este evento desencadeou um novo olhar para a saúde (Czeresnia e Freitas, 2009). Uma das metas sociais dos governos e organizações internacionais era que toda população mundial, até o ano 2000, deveria atingir um nível de vida social e economicamente produtiva (Czeresnia e Freitas, 2009). A Atenção Primária em Saúde (APS), como estratégia para alcançar a Saúde Para Todos no ano 2000 - SPT 2000, adaptava-se bem à realidade dos países sul americano, em crescimento, com seus baixos investimentos em tecnologia de saúde e grandes necessidades de melhoria na promoção, prevenção e atendimento da saúde da população (Bellusci, 2002).

Ao final da década de 1970 foi verificada a necessidade de mudança na saúde, que foi acelerando na década de 1980, embalada pela crise econômica e instalação definitiva do processo de redemocratização. Em 1986, ocorreu a 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa-Canadá, originando como principal produto a carta de Ottawa, que se tornou referência básica no desenvolvimento mundial das idéias da “Nova promoção da saúde”, apontando para os determinantes múltiplos da saúde e para a intersetorialidade como forma de promover a saúde das populações (Czeresnia e Freitas, 2009).

Enquanto isso, em 1986 ocorreu VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS), que definiu a saúde de forma abrangente e resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, acesso aos serviços de saúde entre outros. Nessa época, inaugurou-se uma nova fase de participação social nas políticas públicas de saúde no Brasil, com uma nova Carta Constitucional

legitimando todas as propostas reformistas que estavam em andamento (Duncan et al. , 2004).

Posteriormente, em 1988 ocorreu a II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, no qual formulou se a Declaração de Adelaide realizada na Austrália o tema central desta conferência foi sobre as políticas públicas saudáveis e o compromisso com a equidade. Além disso, foi lançado um apelo para construção de parcerias na saúde, com envolvimento de vários setores, fortalecendo a intersetorialidade (Czeresnia e Freitas, 2009).

A Constituição de 1988 aprovou a política de atenção universal à saúde e o Sistema Único de Saúde (SUS), podendo ser considerado uma das maiores vitórias para a saúde pública brasileira. Seus princípios direcionam para a democracia nas ações e nos serviços de saúde que passam a ser universais, deixam de ser centralizados e passam a nortear-se pela descentralização (Duncan et al., 2004).

Com a promulgação da nova Constituição, em 1989, e sua regulamentação com a Lei Orgânica da Saúde em 1990, ao lado de outras leis, compôs-se uma estrutura jurídica avançada, contemplando as principais diretrizes do Sistema Único de Saúde (Duncan et al., 2004). O Sistema Único de Saúde (SUS) é um produto da Reforma Sanitária que ocorreu como um processo político que mobilizou a sociedade brasileira na década de 1980, que ao longo de sua existência tem sofrido mudanças, marcadas pela elaboração e implementação de ações estratégicas, entre as quais o Programa Saúde da Família (Büchele e Coelho, 2010). As autoras citam que antes disso em 1991 já havia sido implantado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), como forma de enfrentamento dos graves problemas de saúde da população brasileira, que ambas enfocam na família e não no indivíduo.

Em 1994, como nova estratégia para o desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (APS) e do SUS e com eixo central para promover a extensão de cobertura, foi criado o Programa Saúde da Família (PSF). O PSF consolidou-se como porta de entrada do sistema dos serviços de saúde, em articulação com os cuidados secundários e terciários ou serviços de Atenção à Saúde de maior densidade tecnológica (Duncan et al., 2004). Nessa perspectiva, o PSF é considerado atualmente a principal política para responder aos vazios

assistenciais na atenção primária e o eixo principal de uma estratégia para consolidar o SUS como opção assistencial da grande maioria da população (Brasil, 2006).

Em 1997 o PSF teve uma mudança na nomenclatura, passando a se chamar Estratégia Saúde da Família ( Büchele e Coelho, 2010).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é um modelo de organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) peculiar do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS), baseada em equipes multiprofissionais, compostas pelos profissionais: médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem, quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS), cirurgião-dentista e auxiliar de saúde bucal, que visa à reorganização da Atenção Básica no País. As Equipes de Saúde Bucal (ESB) foram incluídas às Equipes de Saúde da Família (ESF) existentes, após a publicação da portaria 1.444 de 28/12/2000, seis anos após a criação das primeiras equipes da ESF/PSF (Brasil, 2003). O Programa de Saúde da Família sofreu influências internas dos modelos brasileiros de APS e externas das diferentes propostas de APS, como os modelos Canadenses, Cubanos e ingleses (Mendes, 2012). A proposta brasileira do PSF se adéqua aos princípios do SUS, centrando-se na saúde da população, com foco na saúde da família e desenvolvimento da intersetorialidade (Mendes, 2012).

A intersetorialidade em saúde é definida como uma relação reconhecida entre uma ou várias partes do setor saúde com uma ou várias partes de outro setor que se tenha formado para atuar em um tema visando alcançar resultados de saúde de uma maneira mais efetiva, eficiente ou sustentáveis, que não seriam obtidos de forma isolada (Mendes, 2012).

O município de Piracicaba SP, conta com inúmeros equipamentos sociais que atendem a população, com formação de redes. Esses equipamentos são: 2 hospitais de referência, 4 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) adulto, 1 Centro de Atenção Psicossocial infantil, 1 Centro de Atenção Psicossocial Social para álcool e drogas, 2 Centros, 1 Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS) e 1 Centro de Referência e Apoio ao Menor Infrator (CRAMI), 5 Centros de Referência em Assistência Social (CRAS), 2 Conselhos Tutelares, 1 Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), 1 Núcleo de Atendimento ao Adolescente (CASAP), 1 Centro Especializado na Saúde da Mulher (CESM), 1 Centro de Atenção as Doenças Metabólicas (CADME), 1 Coordenadoria de Programas de Alimentação e Nutrição ( CPAN), 1 Centro

de Doenças Infecto Contagiosa (CEDIC), 1 Clínica Oftalmológica (Clínica dos Olhos), 1 Centro de Ortopedia e Traumatologia (COT), 1 Programa de Atendimento Domiciliar (PAD), 1 Pacto de Controle a Mortalidade Infantil, 1 Serviço de Atendimento ao Paciente Incontinente e Ostomizado, 1 Policlínica, 1 Residência Terapêutica (Saúde Mental), 1 Centro de Emergências Odontológicas (CEO), 1 Centro de Emergências Odontológicas Infantil, e algumas Organizações Não Governamentais (ONGS), como: Centro de Apoio e Solidariedade a Vida (CASVI ), ONG Plena Vida (Clínica Oftalmológica), entre outras. Além dessa rede formal, ocorrem paralelos em algumas regiões, a formação de micro-redes informais, onde trabalham em parceria saúde, educação, conselho tutelar, Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e Comunidade Local.

As reflexões que originaram a presente pesquisa partiram da complexidade de trabalhar saúde, determinantes da saúde e empowerment comunitário. A intersetorialidade é vista como uma saída, por ser considerado um instrumento em potencial para a consolidação do processo democrático e intervenção sobre os macros determinantes sociais existentes, tornando-se necessário a pesquisa dos aspectos que interferem na sua implementação.

Acredita-se que por meio desta pesquisa as equipes de saúde possam utilizar esse conhecimento no planejamento de ações e estratégias, respeitando o contexto sócio histórico e cultural, visando à associação do referencial teórico a prática do cuidado na perspectiva da integralidade, desenvolvendo o fortalecimento da capacidade local para enfrentamento, através de formação de parcerias com representantes locais, setor público e privado, órgãos e setores da administração pública, pesquisadores e comunidades.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### Aspectos Conceituais

Nas últimas décadas tornou-se visível a importância da prática social da intersetorialidade que vem sendo fortalecida pelas necessidades da atualidade.

A intersetorialidade para Junqueira e Inojosa (1997) constitui uma possibilidade de encaminhar a resolução dos problemas da população, de determinado território, de maneira integrada. A intersetorialidade pode ser vista como possibilidade de superação da dicotomia da setorialidade, onde os serviços são dirigidos aos mesmos grupos sociais, que se situam no mesmo espaço geográfico, porém são executados isoladamente por cada política pública.

Segundo Paula et al. (2004) a intersetorialidade além de estar em plena consonância com a amplitude do objeto saúde, tem como preceito a reestruturação e associação de vários conhecimentos e setores no sentido de uma visão mais adequada e menos falha sobre determinado objeto, gerando uma melhor resposta aos problemas rotineiros.

Seguindo este raciocínio, Inojosa (2001) descreve a intersetorialidade, como a articulação de saberes e experiência para solução sinérgica de situações complexas. A autora refere que a intersetorialidade trata-se de buscar resultados integrados, visando um efeito sinérgico.

Nesta mesma linha, Mendes (2012) cita a Atenção Primária em Saúde (APS), na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde, a qual deve cumprir três funções essenciais que lhe imprimem a característica de uma estratégia de ordenação dos sistemas de atenção à saúde: a função resolutiva de atender a 85% dos problemas mais comuns de Saúde; a função ordenadora de coordenar os fluxos e contra fluxos de pessoas, produtos e informações nas redes; e a função de responsabilização pela saúde da população usuária que está adscrita, nas Redes de Atenção à Saúde, às equipes de cuidados primários. Só assim, ela poderá coordenar as redes de atenção à saúde e constituir a estratégia de reordenamento do SUS (Mendes, 2012).

Segundo Wimmer e Figueiredo (2006), a intersetorialidade é uma prática integradora de ações de diferentes setores que se complementam e interagem, para uma abordagem mais complexa dos problemas. Junqueira e Inojosa (1997) definem que a intersetorialidade constitui uma inovação na maneira de planejar, executar e controlar a prestação de serviços, com alteração da forma de articulação dos diversos segmentos da organização governamental. Essa inovação na forma de atuação necessita mudanças nas práticas e na cultura organizacional que as informam. Para os autores uma vida saudável não passa apenas pela saúde, mas pela interação das diversas políticas sociais, formalizando a intersetorialidade.

Em conformidade com outros autores (Wimmer e Figueiredo, 2006; Moysés e Kusma, 2009), Fernandez e Mendes (2007) definem a intersetorialidade como articulação entre saberes e experiências para solução dos problemas ou nós encontrados; como busca da complementaridade na ação; como uma nova maneira de planejar, executar e controlar a prestação de serviços, a fim de garantir a equidade e como a junção de esforços e soma de forças, com aumento de potencialidades para se conseguir resultados de qualidade. Na lógica da melhora da qualidade de vida, faz-se necessário investir no fortalecimento da cidadania e articulação dos diferentes segmentos e atores sociais, que em conjunto deve mobilizar-se em defesa da coletividade e interesse público (Lima e Vilasbôas, 2011).

Abordar as ações intersetoriais para a promoção da saúde no contexto da ESF é essencial para identificação dos desafios e das possibilidades presentes no processo de trabalho da Atenção Básica (Silva e Rodrigues, 2010).

### **Intersetorialidade e a Estratégia Saúde da Família (ESF)**

A ESF mantém coerência com os princípios organizativos do SUS, sejam eles a acessibilidade, resolutibilidade, regionalização, descentralização, hierarquização e participação popular. Seu potencial de resolutividade deveria ser cerca de 90% das demandas espontâneas e agendadas, com uma capacidade racionalizadora sobre a demanda originária do seu território para média e alta complexidade (Duncan et al., 2004). Além dos princípios gerais da Atenção Básica, a Estratégia Saúde da Família deve: buscar a

integração com instituições e organizações sociais, em especial na sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias, estimulando a participação popular, o controle social e a busca pela intersetorialidade (Brasil, 2006).

O processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família se dá através de (Brasil, 2006):

V- trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;

VI- promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde, de acordo com prioridades e sob a coordenação da gestão municipal;

VII- valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito;

A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do SUS, tendo como fundamentos segundo a Política Nacional de Atenção Básica (2006):

II - efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalha de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;

VI- estimular a participação popular e o controle social.

Do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica

IX- desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde;

X- apoio a estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social.

## **Intersetorialidade e a Redes de Atenção à Saúde**

Para Starfield (2002) a atenção primária à saúde, para firmar-se como reorganizadora do SUS e coordenadora das Redes de Atenção à Saúde, deverá passar por reformas que permitam intervir nos problemas atuais.

Corroborando com esse pensamento Mendes (2012) evidencia a hegemonia entre a situação de saúde e o sistema de Atenção à Saúde, como principal problema do SUS, tendo como proposta de superação a implantação das Redes de Atenção à Saúde (RASs). As RASs são organizações de conjuntos de serviços de saúde, vinculados por objetivos comuns, com finalidade de ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela Atenção Primária em Saúde (APS), com equidade, resultando em ganho para essa população. Segundo Mendes (2012) os objetivos das RASs visam melhorar: a qualidade da atenção, a qualidade de vida da população, os resultados sanitários do Sistema de Atenção à Saúde, a eficácia no aproveitamento dos recursos e a equidade em saúde.

Para Silva e Rodrigues (2010) abordar as ações intersetoriais para a promoção da saúde no contexto da ESF é essencial para identificação dos desafios e das possibilidades presentes no processo de trabalho da Atenção Básica.

Segundo Mendes (2012) os determinantes sociais da saúde influenciam na APS, visto que eles repercutem diretamente na saúde, permitindo predizer variações no estado de saúde, iniquidade sanitária, estruturam os comportamentos associados à saúde e atuam mutuamente na geração da saúde. A determinação social da saúde está fundamentada na equidade em saúde, enquanto as iniquidades em saúde são diferenças socialmente desencadeadas em sua distribuição pela população (Mendes, 2012).

Um dos modelos para explicar os determinantes sociais da saúde é o modelo de Dahlgren e Whitehead que inclui determinantes sociais da saúde em diferentes camadas, segundo seu nível de abrangência, sendo camadas proximais, os determinantes individuais e nas distais, os macros determinantes. Este modelo enfatiza as interações entre estilos de vida, redes sociais, condições de vida e trabalho, os quais se relacionam com o ambiente mais amplo do campo econômico e cultural (Mendes, 2012). Dentro deste contexto,



destaca-se a influência das redes sociais, que expressa o nível de coesão social que tem vital importância para a saúde da sociedade. Através das diferentes camadas estruturadas nesse modelo, propõem-se convocar políticas e intervenções fundamentais para promover a equidade em saúde, sendo a organização de projetos intersetoriais a intervenção mais adequada frente esses determinantes (Mendes, 2012).

Para Andrade (2006) a promoção da saúde exige uma coordenação de ações entre os diferentes setores sociais, ações do Estado, sociedade civil, sistema de saúde e outros parceiros intersetoriais. A saúde não é assegurada somente pelo setor saúde, mas também por componentes de natureza política.

### **Dinâmica da Intersetorialidade**

Para Comerlato et al. (2007) a construção da intersetorialidade se dá como um processo, já que envolve a articulação dos diferentes setores sociais possibilitando a descoberta de caminhos para ação.

Corroborando com esse raciocínio Fernandez e Mendes (2007) consideram a intersetorialidade como campo com inclusão e participação de todos os setores e áreas de atividades conectadas ao desenvolvimento nacional e comunitário, efetivando-se como uma prática social, que vem sendo estruturada a partir das necessidades e resgate da subjetividade. Assim como a possibilidade de diálogo está diretamente ligada ao esforço de interação de diferentes saberes e atores sociais para o estabelecimento de relações horizontais. Para a construção da lógica da intersetorialidade, há que se explicitar uma intenção marcada por princípios e valores que tenham um posicionamento político contrário ao modo de organização da sociedade. A intersetorialidade não deve ser buscada apenas como um princípio, mas como uma prática concreta a ser estruturado, um problema a ser enfrentado, um desafio a ser conquistado (Fernandez e Mendes, 2007).

Segundo Araújo e Cardoso (2007), as redes podem ser vistas como opção de articulação política, estruturante como metodologia de construção compartilhada do conhecimento, entre outros modos, podendo ser enfocadas como espaço e dinâmica de comunicação. A dinâmica de comunicação em rede potencializa a negociação dos sentidos,

amplia a possibilidade dos vários interesses se apresentarem e disputarem o poder. Afirmam que as redes também são potencialmente lugar de mudança, mas certamente estas não se dão automaticamente, só por estar em rede. Segundo as autoras, as redes são espaços heterogêneos e a heterogeneidade, está associada à desigualdade, expressa tanto no poder de falar e ser ouvido quanto na possibilidade de controle dos recursos para sua gestão.

Apesar de existir um consenso sobre a necessidade e importância da intersetorialidade como ferramenta de resposta aos problemas da população, ainda falta caminhos a percorrer, para chegada desse objetivo (Silva e Rodrigues, 2010).

O fortalecimento e efetividade da intersetorialidade dependem que os determinantes sociais da saúde, sejam previamente identificados, para estabelecer conexões e redes eficientes, sendo que a sustentabilidade dessa rede depende do reconhecimento de interesses comuns e do compromisso construído coletivamente (Ações..., 2011).

Neste sentido, Sperandio et al. (2010) indicaram que para desencadear uma ação intersetorial é necessário que o objeto ou situação de intervenção proposto tenha alguma transversalidade, tornando-se relevante aos diversos atores e setores inseridos, que seja passível de enfrentamento, e que seja capaz de gerar metas compartilhadas.

Segundo Fernandez e Mendes (2007), a gestão social não pode prescindir do compromisso de tomar parte de um processo permanente de investimento em uma nova cultura organizacional, capaz de superar a fragmentação do conhecimento e proposta de ação. A intersetorialidade dentro desse contexto não responsabiliza exclusivamente um setor do governo, nem somente os setores a eles articulados, mas também, a sociedade, seus segmentos, representações, etc. Cabe ao gestor público a articulação e mobilização das políticas públicas visando a potencialização dos efeitos.

### **Estratégias e construção da intersetorialidade**

Segundo Fernandez e Mendes (2007), não existem receita pronta sobre o que seja intersetorialidade, nem como executá-la ou construí-la, porém a razão e a finalidade para implantação são motores políticos importantes que motivam ou desestimulam quem deseja empreendê-la. Para os autores, não é apenas a complexidade dos problemas que evidencia a

necessidade da intersetorialidade, mas trata-se da busca de uma unidade do fazer e está associada à vinculação e complementariedade na ação humana.

Na visão de Moysés e Kusma (2009), a intersetorialidade oportuniza envolvimento de novos atores, aumentando a responsabilidade social e a construção da cidadania, viabilizando a troca de experiências. A intersetorialidade precisa de comportamentos proativos norteadores pelas oportunidades de educação continuada e estratégias de mobilização.

Em conformidade com outros autores (Araújo e Cardoso, 2007) Moysés e Kusma (2009) acreditam no potencial das redes de democratização da capacidade de produzir e fazer circular vozes e discursos, porém para que se efetive, são necessários movimentos paralelos e transversais que as transformam em um espaço, lugares de manutenção ou transformação das relações de poder.

Segundo Moysés e Kusma (2009) a sustentabilidade e manutenção de ações intersetoriais dependem do compromisso e participação dos gestores. Para as autoras a comunicação e informação são essenciais para estimular parcerias e motivar os diferentes setores para ações intersetoriais de promoção da saúde.

Pensar em rede inclui um trabalho sistêmico, favorecendo a sistematização dos trabalhos coletivos e a troca de saberes e experiências (Moysés e Kusma, 2009).

Segundo Fernandez e Mendes (2007) a fragmentação é uma realidade cotidiana nas nossas vidas, que reflete e incomoda a cada dia, direcionando ao despertar de um olhar articulado. Entretanto, há certo conforto em persistir atuando dentro dos nossos limites já conhecidos. Muitas ações denominadas intersetoriais, são na verdade setoriais, sendo desenvolvidas apenas de forma integrada, com iniciativas informais, onde não há um trabalho prévio de planejamento.

Neste processo os diversos setores articulados, desenvolvem uma visão coletiva partindo do princípio individual, onde ocorrerá uma agregação das diversas realidades para um único objetivo. A intersetorialidade mostra-se como nova forma de governar, produzindo maior impacto na saúde da população. Essa ação reforça o papel do sujeito, propicia a equidade e efetivas políticas públicas (Sperandio et al., 2010).

Assim, para ocorrer o desenvolvimento humano, faz-se necessário considerar a contribuição da saúde, dos diversos setores da sociedade e das políticas em uma nova estrutura mundial globalizada, envolvendo aspectos econômicos, sociais, históricos e culturais, evidenciando a intersectorialidade como estratégia de escolha para alcançar a melhoria nas condições de vida da população (Ações..., 2011)

O fortalecimento e efetividade da intersectorialidade dependem que fatores determinantes sociais da saúde, sejam previamente identificados, para estabelecer conexões e redes eficientes, sendo que a sustentabilidade dessa rede depende do reconhecimento de interesses comuns e do compromisso construído coletivamente (Ações..., 2011).

Segundo Sperandio et al. (2010) o setor saúde demonstra-se como o articulador de ações intersectoriais, além do reconhecimento de seus limites para enfrentar todos os problemas de saúde, juntamente com acúmulo de experiências capilarizadas em redes de intervenção político-sanitária, assim como a capacidade de organização basal operativa contando com recursos originados de vários órgãos públicos. Relataram que o desenvolvimento de ações intersectoriais garante a resolutividade diante da complexidade e multifatorialidade na determinação da qualidade de vida.

Segundo Moysés et al. (2004) a intersectorialidade surge como proposta inovadora de uma nova forma de trabalhar, governar e construir políticas públicas voltadas para a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida.

Para Sperandio et al. (2010) a construção da intersectorialidade pressupõe capacidade de agregar saberes, poderes de negociação, superação de conflitos, respeito à diversidade e particularidades de cada setor. Essa forma de trabalhar e construir políticas públicas favorece a superação da fragmentação do conhecimento gerando maior impacto no resultado e no objetivo final, como ajuste de co-responsabilidade nas ações e enfrentamento da vulnerabilidade social.

Segundo Junqueira e Inojosa (1997), o desafio da construção da intersectorialidade passa pela concepção de uma forma diferente de planejar, realizar e controlar a prestação de serviços, que significa alterar toda a forma de articulação dos diversos segmentos da organização do aparato governamental, que muitas vezes possuem percepções e interesses diferentes.

Para as ações intersetoriais serem efetivadas como prática faz-se necessário um esforço interativo dos diferentes saberes e atores sociais com transformação da realidade e desenvolvimento de relações horizontais com ampliação do diálogo. Nesta perspectiva, as ações intersetoriais e o trabalho em rede podem beneficiar a população para a organização das políticas públicas centradas em determinados territórios. Simultaneamente, surgem novos problemas e desafios relacionados à articulação das políticas públicas (Sperandio et al., 2010). A intersetorialidade relaciona-se aos diferentes níveis de governo, vinculados a ações participativas e a possibilidade de formação de redes sociais entre as distintas esferas. Apesar da igualdade de poder entre os atores, ocorre variação no grau desse poder, devido às iniquidades estruturais como o conhecimento, podendo levar ao desenvolvimento de ações setoriais de forma integrada, porém não intersetorializada públicas (Sperandio et al., 2010).

Segundo Knoke e Yang (2008) nas relações de poder e autoridade existente em organizações hierarquicamente formais, geralmente ocorre um envolvimento verticalizado indicando os direitos e obrigações dos atores para emitir e obedecer a comandos, dificultando o compartilhamento de ações.

Dessa forma, para Sperandio et al. (2010) deve haver envolvimento dos diversos atores e setores do governo na organização da intersetorialidade com o conjunto dos seguimentos sociais e a conectividade é essencial à intersetorialidade e ao trabalho em rede, assim como a produção social que agrega conhecimento e disponibiliza ferramentas. Faz se necessário a vinculação para ver comprometimento com os objetivos estabelecidos. Para Sperandio et al. (2010), a avaliação da intersetorialidade é importante ferramenta de mensuração do compartilhamento de poder, construção social de grupos e nova forma de governo. O desenvolvimento da intersetorialidade pode sofrer interferências de alguns fatores interdependentes, que solicitam uma ação intersetorial como os problemas complexos, fatores que caracterizam a intersetorialidade como mecanismos de coordenação e comunicação entre os setores, estratégias e a participação social nas ações em saúde. Estes fatores dependem da natureza dos problemas a serem enfrentados, assim como a capacidade de enfrentamento e resposta da sociedade diante os problemas que se apresentam de forma intersetorial (Sperandio et al., 2010).

As ações intersetoriais são uma estratégia crucial na medida em que exigem a formação de parcerias, já que tem por base a construção do diálogo, a mobilização e o empoderamento, favorecendo assim ações pactuadas (Ações..., 2011).

Para a sustentabilidade do trabalho em rede e da intersetorialidade deve-se investir na construção do compromisso entre sociedade e seguimentos organizados, com desenvolvimento de mecanismos de avaliação e mensuração do impacto gerado (Sperandio et al., 2010). Assim a participação coletiva na formulação de políticas públicas surge como uma estratégia essencial para o desenvolvimento de ações intersetoriais em saúde, sendo assim, o setor saúde fundamental por estimular o envolvimento dos diversos setores públicos e sociedade na intersetorialidade, visando uma melhor qualidade de vida e saúde (Sperandio et al., 2010).

A intersetorialidade contribui na superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde, considerando a integralidade dos sujeitos nas diversas dimensões, partindo de uma concepção de saúde ampliada. A intersetorialidade como meio de intervenção na realidade social, exige articulação entre pessoas e serviços para troca de saberes, pressupondo, dessa forma, uma integração do trabalho (Brasil, 2012).

Para ilustrar uma intervenção complexa dentro de uma estrutura social, podemos exemplificar a violência intrafamiliar, que é um problema social de ampla dimensão que afeta toda a sociedade, cujo enfrentamento necessita profissionais de diferentes setores de atuação, requerendo, por conseguinte, uma efetiva intersetorialidade entre governo e sociedade civil. Tal mobilização visa fortalecer e potencializar as ações e serviços na perspectiva de uma nova postura, compromisso e colaboração em relação ao problema (Brasil, 2001). A prevalência significativa da violência intrafamiliar constitui sério problema de saúde, um grande obstáculo para o desenvolvimento social e econômico e uma flagrante violação aos direitos humanos (Brasil, 2001). Uma das dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde que convivem com situações de violência é a falta de uma linguagem e de conceitos que reúnam o conhecimento médico ao de outras áreas, como a social e jurídica (Brasil, 2001).

Compete às equipes de Saúde da Família conhecer, discutir e buscar a existência dos fatores de risco na população adscrita, para facilitar o planejamento de ações a serem desenvolvidas, com objetivo de intervir preventivamente ou confirmar um diagnóstico, visando a adoção das medidas adequadas às diversas situações de violência intrafamiliar, dando suporte necessário. Esse suporte ou atenção deve incluir a rede de serviços especializados, como áreas de saúde, social, segurança/ justiça e comunidade. Dentro de uma equipe multiprofissional, todos devem assumir seus papéis e proceder de acordo com seu conhecimento e vivência acumulado, desenvolvendo uma abordagem terapêutica multidisciplinar (Brasil, 2001 e 2010). A equipe deve criar mecanismos de compartilhamento de experiências, favorecendo a adoção de práticas comuns que garantam maior sucesso ao atendimento. Neste sentido, é necessário dedicar esforços para implantar políticas de capacitação e emprego que propiciem oportunidades de desenvolvimento social, assim como, a de promover alternativas de organização social que estimulem a autonomia

(Brasil, 2001).

### **3 PROPOSIÇÃO**

Avaliar a percepção dos profissionais inseridos na Estratégia Saúde da Família, em relação à importância da intersetorialidade, como ferramenta e a dificuldade de sua implementação.



## **4 MATERIAL E MÉTODOS**

### **4.1 Aspectos éticos**

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê em Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba- Unicamp sob protocolo nº 125/2012 conforme determina a Resolução n. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (Anexo 1 e 2).

### **4.2 Local do estudo**

O estudo foi realizado no município de Piracicaba, o qual está localizado no interior do Estado de São Paulo, com população em 2010 de 364 571 habitantes (IBGE, 2013). Apresentando uma populacional de 266,43 habitantes por quilômetro quadrado, com um Produto Interno Bruto (PIB) estimado pelo IBGE em 2009 em 9 601 211 000, e um importante polo regional industrial e agrícola, estando situado em uma das regiões mais industrializadas e produtivas de todo o estado de São Paulo (IBGE, 2013).

Piracicaba possui área territorial de 1.377 km<sup>2</sup> e encontra-se a 547 m de altitude. O IDH) de Piracicaba, considerado elevado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, é de 0, 836.

O ano de referência da implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) na localidade foi 1999, com a criação de 5 equipes de PSF destinada, inicialmente, a cobrir a região com predominância urbana (apenas uma equipe está situada na zona rural).

Em 2001 incorporaram-se mais 15 novas equipes de PSF. Então, o PSF local passou a atender a 20.000, domicílios, ou seja, 25% da população; de 2005 a 2012, com a implantação 16 novas equipes, expandiu para 46.000 domicílios e um alcance de 37% da população (Secretaria Municipal de Saúde de Piracicaba, 2012).

Em sua composição, essas equipes dispõem do seguinte perfil interdisciplinar profissional: médico, enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem e agentes comunitários

de saúde (ACS), sendo que 13 equipes estão completas pela saúde bucal, incorporados com o cirurgião-dentista e auxiliar em saúde bucal.

Os ambientes desta pesquisa foram às unidades de ESF, localizadas em diversas partes do município de Piracicaba.

#### **4.3 Tipo de Estudo**

Estudo Observacional sem intervenção, descritivo e quanti qualitativo.

#### **4.4 Amostra**

A amostra foi do tipo censitária, composta por profissionais de nível superior, de ambos os gêneros, na faixa etária de 21 a 70 anos, de todas as Estratégias Saúde da Família com Equipes de Saúde Bucal em 2013: médicos (n=13), enfermeiros (n=13) e cirurgiões-dentistas (CD) (n=13), atuantes no município em 2013. Essa amostra permite identificar a variação da concepção da intersetorialidade na equipe técnica, que desempenha papel significativo na condução e capacitação dos demais membros da equipe.

#### **4.5 Critérios de exclusão**

- **Critérios de exclusão:**  
Equipes fragmentadas, com ausência de um desses profissionais.

## **4.6 Delineamento**

### **Instrumentos e metodologia de coleta de dados**

Optou-se pelo questionário semi-estruturado, que permite captar o que está para além das aparências e atingir níveis mais profundos dos significados do objeto estudado. A construção dos questionários foi realizada com base em um CASO, do qual originava 5 questões.

Na elaboração do roteiro do questionário, foram considerados os seguintes aspectos: discussão detalhada dos objetivos da pesquisa para a adequada formulação das perguntas; exclusão de questões que possibilitassem a indução de respostas; as perguntas deveriam ser bem compreensíveis pelos pesquisados, possibilitando o máximo de clareza na descrição dos fenômenos. O roteiro conta com princípio organizador de permitir aos profissionais abordados, discorrerem sobre suas concepções a respeito da intersectorialidade, manuseio desta ferramenta e fatores dificultadores nessa implementação.

Visando testar o instrumento de coleta, 5 profissionais (3 enfermeiras, 1 cirurgião-dentista e uma médica) (17%) foram abordados durante o segundo semestre de 2012. Essa etapa foi necessária para dar sequência à pesquisa, pois a partir dela percebeu-se que as questões estavam claras e bem formuladas. Os profissionais foram consultados por telefone e aceitando em participar, foi aplicado pela pesquisadora, em salas reservadas da própria Unidade de Saúde, de forma individual, com tempo aproximado de 20 minutos, durante o segundo semestre de 2012 e primeiro semestre de 2013.

<b>CASO:</b>
Adolescente do sexo feminino, 13 anos, abusada sexualmente pelo padrasto, procurou ajuda na unidade de saúde da família, devido lesões físicas originadas pelo ato e medo de possível gravidez. Porém, ao ser atendida pelo agente comunitário de saúde (ACS) foi orientada a procurar a Delegacia, pois segundo o mesmo, lá não era o melhor lugar para isso. A adolescente mora com a mãe e três irmãos, além do padrasto, jovem, desempregado, usuário de droga, portador de HIV, sem seguimento pelo centro especializado em doenças infecto contagiosa. A família vive com renda mensal de um salário mínimo.
1- O que você pensa sobre a solução dada ao caso na Unidade de saúde?
2- Você faria diferente? Como?
3- Elabore um plano de cuidados baseado nas necessidades desse núcleo familiar.
4- Você trabalha em uma rede de apoio? Por quê?
5- Em sua opinião, quais são as principais dificuldades da equipe de saúde em relação ao trabalho intersetorial?

#### **4.7 Análise dos dados**

Após realização da aplicação de todos os questionários, as respostas foram organizadas por questões e analisadas isoladamente, isto é, inicialmente, analisou-se através de leitura flutuante a questão número um de todas as respostas, depois a número dois e assim sucessivamente, após, foi realizada uma leitura exaustiva destes buscando as Ideias Centrais (IC) e suas Expressões Chaves (ECH), a fim de compor o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Assim, foram copiadas integralmente todas as respostas referentes às questões do questionário no IAD1 (instrumento de análise do discurso 1), na coluna expressões-chave. Em seguida, procedeu-se a identificação com sublinhado das expressões-chave das ideias centrais. A partir daí, identificaram-se as ideias centrais, colocando-as na

coluna correspondente a elas. Procedeu-se então ao agrupamento das ideias centrais que possuíam o mesmo sentido, ou sentido equivalente, ou sentido complementar. O passo seguinte consistiu em denominar cada grupamento de ideia central em uma ideia central síntese. Feito isso, procedeu-se a construção do DSC para cada grupamento de ideia central

#### **4.7.1 Fundamentação Metodológica**

A metodologia de análise dos dados aplicada nesse estudo fundamenta-se na técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) criada por Lefrève e Lefrève, que tem como proposta analisar o material coletado, por meio da criação das figuras metodológicas das Ideias Centrais (IC) e respectivas Expressões Chaves (ECH) de cada depoimento para, com essas duas, compor um ou vários discursos-síntese. O DSC consiste num discurso síntese elaborado com pedaços de discursos de sentido semelhante reunidos num só discurso (Lefèvre e Lefèvre, 2003). O DSC é uma proposta quanti qualitativa para pesquisa de opinião ou representação social, que engloba depoimentos sintetizados, analisados e redigidos na primeira pessoa do singular e expressos o pensamento coletivo por meio do discurso dos sujeitos. Esta técnica parte da hipótese de que, em sociedade, as pessoas compartilham opiniões, crenças ou representações (Lefèvre e Lefèvre, 2006). Nesta técnica de coleta e análise de dados busca-se ouvir os indivíduos e avaliar os discursos proferidos/escritos por eles sendo possível aproximar-se da essência do pensamento do sujeito individual sobre determinado assunto, pela linguagem individual, associando-se a outros, sendo possível representar o discurso da coletividade. O DSC é uma reunião num só discurso síntese, redigido na primeira pessoa do singular, de ECH que têm a mesma IC ou AC.

#### **4.7.2 O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)**

Para Lefèvre (2012), o Discurso do Sujeito Coletivo visa dar luz ao conjunto de individualidades semânticas componentes do imaginário social. O DSC consiste em depoimentos individuais que se tornam depoimentos coletivos após serem analisados e subtraídos os estratos literais mais importantes dos diferentes depoimentos que apresentam sentidos semelhantes. Nesta técnica os depoimentos são redigidos na primeira pessoa do singular, com produção no receptor do efeito de uma opinião coletiva expressando-se como um único sujeito do discurso (Lefèvre, 2012). Uma das bases da proposta do DSC é a primeira pessoa coletiva do singular. O DSC como técnica de pesquisa tem como objeto o pensamento coletivo que clareia o campo social pesquisado, evidenciando o universo das diferenças e semelhanças dos diferentes sujeitos coletivos que o compõem. O DSC pretende ser um método quanti qualitativo, partindo da qualificação de uma idéia e análise do grau de compartilhamento entre os atores sociais pesquisados.

## 5 RESULTADOS

### 5.1 Caracterização da Amostra

No momento da coleta de dados, o município apresentava 13 USF com ESB instaladas, sendo que, 10 unidades foram pesquisadas, e 3 unidades excluídas, devido ausência dos profissionais médicos que se desligaram no decorrer dos meses de execução da coleta.

Ao todo foram aplicados questionários em vinte e nove (29) profissionais (Tabela 1). Houve impossibilidade de aplicação do questionário em um profissional médico que não se disponibilizou para a pesquisa, argumentando não ter base teórica-prática para responder tal questionário, visto que desenvolve ações específicas do seu núcleo, voltado para ações curativas.

A tabela 1 apresenta o perfil dos profissionais de saúde, de acordo com gênero, faixa etária, por categoria profissional no município de Piracicaba.

**Tabela 1-** Perfil dos profissionais de saúde, de acordo com gênero, faixa etária, por categoria profissional no município de Piracicaba/SP, 2012.

CATEGORIA PROFISSIONAL					
VARIÁVEL		MÉDICO	CD	ENFERMEIRO	TOTAL
gênero	Feminino	4	8	10	22
	Masculino	5	2	-	7
Faixa etária	20 – 29	-	1	2	3
	30 – 39	4	6	5	15
	40 – 49	3	2	2	7
	50 ou +	2	1	1	4

Houve uma maior frequência do gênero feminino. Já na categoria médico, houve predominância do gênero masculino (Tabela 1).

Em relação à faixa etária, houve uma variação de 28 a 63 anos para toda equipe, predominando a faixa etária de 30 a 49 anos (Tabela 1).

A tabela 2 apresenta a distribuição dos profissionais de acordo com o tempo (anos) que concluíram a graduação e categoria profissional

**Tabela 2-** Distribuição dos profissionais de acordo com o tempo (anos) que concluíram a graduação e categoria profissional no município de Piracicaba/SP, 2012.

Tempo que concluíram a graduação (anos)	CATEGORIA PROFISSIONAL			
	MÉDICO	CD	ENFERMEIRO	TOTAL
Até 03 anos	01	-	-	01
04 a 10 anos	03	05	04	12
11 a 20 anos	02	03	05	10
21 a 30 anos	02	01	01	04
31 ou +	01	01	-	02

Os dados apresentados mostram que, grande parte dos profissionais, em torno de 75% apresentam um tempo de conclusão da graduação entre 04 a 20 anos, os quais buscaram a Saúde Pública posteriormente após trabalharem em Serviços Privados ou como autônomos (Tabela 2).

A tabela 3 apresenta a distribuição dos profissionais de acordo com as Pós-graduações e categoria profissional.



**Tabela 3-** Distribuição dos profissionais de acordo com as Pós-graduações e categoria profissional no município de Piracicaba/SP, 2012.

Pós-graduações		CATEGORIA PROFISSIONAL			
		MÉDICO	DENTISTA	ENFERMEIRO	TOTAL
Graduação		02	03	03	08
Especialização	Área	03	01	03	07
Técnica					
Especialização em Saúde da Família		02	01	03	06
Mestrando (a)		01	-	01	02
Mestrado		01	04	-	05
Doutorado			01		01

Em relação a cursos de Pós-graduação na categoria médico, somente 1 tinha curso de mestrado profissionalizante em Saúde Coletiva, 1 mestranda em Saúde Coletiva, 2 com especialização em Saúde da Família, 3 com residência em áreas técnicas, os demais não participaram de cursos de Pós-graduações.

Na categoria CD, 4 possuíam formação em mestrado profissionalizante em Saúde Coletiva, 1 possuía titulação de mestre em área técnica e de doutor em Saúde Coletiva, 1 especialização em Saúde da Família, 1 especialização em área técnica e os demais apenas graduação.

Na categoria enfermeiro, 1 possuía mestrado em Saúde Coletiva, 6 possuíam título de especialista, sendo 3 com título de especialidades em áreas técnicas, 3 eram na área de Saúde da Família e 3 apenas com graduação.

## 5.2 Apresentações quanti qualitativa das Ideias Centrais e dos Discursos dos Sujeitos Coletivos

A tabela 4 apresenta os dados quanti qualitativos referentes ao compartilhamento das idéias centrais com maior nível de compartilhamento e respectivos DSC.

**Tabela 4-** Síntese das ideias centrais e respectivos compartilhamentos para a questão:

1 – O que você pensa sobre a solução dada ao caso na Unidade de Saúde?

IDEIAS CENTRAIS	PROFISSIONAIS	%
A- Faltou acolhimento;	13	44,82
B- Solução inadequada;	14	48,28
C- Solução adequada.	2	6,90

### **DSC da ideia central A- Faltou acolhimento**

*.....Penso que houve a falta do acolhimento e de uma escuta qualificada. O Agente Comunitário de Saúde (ACS) não soube acolher adequadamente. A paciente confiou na Unidade Saúde da Família (USF), provavelmente devido ao vínculo que possui, e não foi acolhida. Realizar um acolhimento digno é importantíssimo em uma USF, o ACS é o vínculo entre as famílias e os profissionais. A adolescente deveria receber o primeiro atendimento na USF, pois a unidade deve acolher a adolescente, fazer aconselhamentos, dar apoio psicológico. O importante é a redução de danos, com um atendimento mais humanizado na USF. O ACS deveria ter solicitado para a equipe técnica, enfermeira e médico para ser feito um atendimento a jovem, em local apropriado para o acolhimento.*

### **DSC da ideia central B – Solução inadequada**

*....A solução foi péssima, não achei que foi correto, o atendimento foi totalmente insatisfatório. Uma conduta errada, pois a mesma não é capacitada para amparar paciente. Além dessa orientação, faria uma inter consulta médico/enfermeira, a fim desses assumirem o caso, pois, não foram usadas as ferramentas próprias disponíveis na atenção*

*Básica. Não foi a melhor solução, já que não existem ações efetivas, não era um caso só judicial, há questão que requer cuidados de saúde, psicológico e social para o devido atendimento o qual deveria ter sido abordada prontamente. A conduta adotada foi de apenas transferir as responsabilidades. Deveria ter reunião de equipe, para definir a estratégia a ser seguida.*

### **DSC da ideia central C- Solução adequada**

*...Conduta adequada, bem indicada mais de pouco suporte.*

Os resultados encontrados nessa pesquisa mostraram a diferente visão dos profissionais, visto que a maioria contempla o acolhimento como uma das melhores ferramentas disponíveis da Política Nacional de Humanização (PNH).

As respostas originadas do DSC evidenciaram as visões dos profissionais em grande proporção sobre a importância do acolhimento e a necessidade da criação de vínculos.

Pelo discurso de alguns profissionais (6,90% da amostra estudada), observa-se um olhar reduzido quanto ao acolhimento enquanto ferramenta facilitadora na criação do vínculo, com otimização deste recurso pela equipe, visto que acharam a conduta do ACS adequada no atendimento fragmentado apresentado no caso.

A tabela 5 apresenta os dados quanti qualitativos referentes ao compartilhamento das idéias centrais com maior nível de compartilhamento e respectivos DSC.

**Tabela 5-** Síntese das ideias centrais e respectivos compartilhamentos para a questão:

2- Você faria diferente? Como?

<b>IDEIAS CENTRAIS</b>	<b>PROFISSIONAIS</b>	<b>%</b>
A- Sim . Faria acolhimento médico /enfermeiro;	10	34,48
B-Sim. Faria acolhimento /acompanhamento com a equipe;	6	20,69
C- Sim. Acolheria e acionaria a rede social;	2	6,90
D- Sim. Acolheria holisticamente acionaria rede social e medidas legais.	11	37,93

**DSC da ideia central A-** Sim. Faria acolhimento médico /enfermeiro

*.....Sim. Faria acolhimento na própria unidade, após encaminharia a adolescente à enfermeira/medico da unidade para avaliação das lesões físicas, realização de exames necessários, realizaria os encaminhamentos necessários, com alta prioridade para o CEDIC (Centro Especializado em Doenças Infecto Contagiosa), pois a paciente necessita de cuidados médicos preventivos de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST). Encaminharia também para o centro especializado e apoio psicológico, para que o caso fosse discutido de maneira mais completa. A palavra de ordem nestes casos é acolhimento. Precisamos deixar claro que estamos dispostos a ajudar.*

**DSC da ideia central B-** Sim. Faria acolhimento/acompanhamento com a equipe

*.....Sim. O acolhimento deve ser feito em primeiro lugar na Estratégia Saúde da Família (ESF) com carinho e conhecimento do caso, pois a adolescente tem de se sentir segura para poder ter confiança, precisaria de mais apoio. Primeiramente pensaria na*

*dor/sofrimento da adolescente, em acalmá-la e passar algum conforto e segurança, partiria para a parte burocrática, contataria o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), assim como , definida estratégia em reunião de equipe com os demais profissionais da USF para decidirmos em conjunto uma melhor forma de ajudar. O acolhimento deveria ser realizado e acompanhado pela equipe, o paciente examinado pela enfermeira e médico para orientações de exames e remédios. Treinaria a equipe para dominar as ferramentas de trabalho, em caso de dúvida pedir ajuda aos demais membros da equipe, usando a técnica Método Clínico Centrado na Pessoa.*

**DSC da ideia central C-** Sim. Acolheria e acionaria a rede social

*.....Sim. Acolheria essa paciente, conversaria sobre os fatores sociais de risco e tentaria ajudar e orientar sobre suas necessidades, com encaminhamento a psicologia, CRAS, Centro de Referência Doenças Infecto Contagiosas (CEDIC) aos membros da família, atendimento médico a agredida.*

**DSC da ideia central D-** Sim. Acolheria holisticamente, acionaria rede social e medidas legais

*....Sim, faria diferente. Faria imediato acolhimento, com atendimento humanizado para providenciar o acompanhamento clínico com vista a elementos para o seguimento dos aspectos sócios e legais. Confortaria a adolescente desamparada, iria conversar com ela, orientá-la, se o abuso acabou de ocorrer, sobre os métodos anticoncepcionais, e Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST). Passaria o caso para a enfermeira e para a médica para possível avaliação de suposta gravidez, solicitaria sorologias, BHCG (Hormônio Gonadotrofina Coriônica Humana), exames DST, pregnosticon ( teste urinário de gravidez), anti HIV imediatamente. Entraria em contato com a Unidade de Pronto Atendimento ( UPA) de modo que o mais breve possível a menor fizesse uso de "postinor z", evitando possível gravidez, também caberia isso no "coquetel anti HIV", a fim de evitar risco de contaminação. Encaminharia ao CEDIC (Centro de Doenças Infecto Contagiosa ) para tratamento do HIV e conduta clínica e psicólogo. Acionaria o conselho tutelar, CRAS,*

*encaminharia a delegacia da mulher, encaminharia também ao CRAMI (Centro de Referência ao Menor Infrator). Orientaria buscar apoio em algum membro da família que ela confia, pois seria a chance de trazer esta família para dentro da unidade, iniciando pelo problema da adolescente e após criar vínculo resolvendo os problemas da família. Faria discussão do caso.*

Os resultados encontrados nessa pesquisa mostraram a diferente visão dos profissionais perante tal situação, tendo como base geral o acolhimento, porém alguns profissionais centram essa abordagem acolhedora para médicos e enfermeiros.

A tabela 6 apresenta os dados quanti qualitativos referentes ao compartilhamento das idéias centrais com maior nível de compartilhamento e respectivos DSC.

**Tabela 6-** Síntese das ideias centrais e respectivos compartilhamentos para a questão:

3- Elabore um plano de cuidados baseado nas necessidades desse núcleo familiar

<b>IDEIAS CENTRAIS</b>	<b>PROFISSIONAIS</b>	<b>%</b>
A-Acolhimento , organização de rede de apoio social e procedimentos legais;	6	16,22
B-Acolhimento, tratamento clínico e procedimentos legais;	5	13,51
C- Acolhimento, tratamento clínico e medidas sociais;	10	27,03
D-Tratamento clínico, medidas sociais e procedimentos legais;	6	16,22
E-Acolhimento familiar;	7	18,92
F- Apoio psicológico.	3	8,10
<b>TOTAL DE RESPOSTAS DA PERGUNTA</b>	<b>37</b>	

Obs: a soma da frequência de ideias centrais extrapolam o número de 29 respostas, pois um mesmo indivíduo poderia apresentar mais de uma idéia central.

**DSC da ideia central A-** Acolhimento, organização de rede de apoio social e procedimentos legais

*...Daria apoio psicológico para a adolescente e mãe. Faria Projeto terapêutico singular: passar adolescente em consulta medica. Providenciar toda a medicação preconizada para estes casos. Convocar a mãe para o posto encaminharia a para planejamento familiar. Procuraria junto ao CRAS uma oficina educacional para que a mãe aprendesse e tivesse algum ofício para poder trabalhar, estimula la a procurar trabalho, inclusão no Bolsa*

*família.. Saber idade e situação das outras crianças. É necessário ver se os filhos freqüentam a escola, avaliar evasão escolar caso precise inserir creche e escola para os irmãos menores, realizar exame médico em todos para saber o estado de saúde de cada um, tratando e dando respaldo se necessário, procurar os assistentes sociais responsáveis pela área; dar respaldo psicológico (psicólogo psiquiátrica). O texto leva-me a crer que quem trabalha e a mãe. Encaminhar a família ao CREAS (Centro de Referência Especializada da Assistência Social ). Ver situação da adolescente na escola. A partir da idade das outras crianças e situação, ver outras ações a serem desenvolvidas em outros setores (creche/escola/clubinho/CRAS e atividade/bolsa jovem...). Agendaria entrevista no CPAN (Coordenadoria de Programas de Alimentação e Nutrição Piracicaba) para introduzir irmãos menores no viva leite. Encaminhá-los ao conselho tutelar e a delegacia de mulheres. Fazer denuncia junto ao conselho tutelar (na frente das duas) já avisando da ida delas ao setor. Iria conversar com o companheiro da mãe, ver como anda seu tratamento no CEDIC, reforçar necessidade de acompanhamento psicológico para ele. Esse padrasto precisa responder legalmente pelo seu ato, confirmado seu crime deverá cumprir pena em caso de detenção e se possível, reabilitação. O plano deveria contemplar ações nos diversos setores: saúde, educação, serviço social, pastoral, conselho tutelar, delegacias, ministério publico, comissões locais, conselhos municipais assistência social, psicossocial, CASAP (Centro de Atenção a Saúde do Adolescente de Piracicaba), CAPS (Centro Atenção Psicossocial), CRAMI ( Centro Regional de Registros e Atenção aos Maus Tratos na Infância) , PSF. Adolescente abusada deve fazer seguimento no Centro Atenção Psicossocial (psicólogo/psiquiatra) e CEDIC, além do seguimento no PSF de modo a sentir-se acolhida na rede.*

#### **DSC da ideia central B - Acolhimento, tratamento clínico e procedimentos legais**

*...Faria reunião , enfermeira com a menor e a mãe, para orientação sobre as conseqüências possíveis do ato, com organização de uma rede de apoio social, encaminhamento do adolescente ao psicólogo, encaminhamento da família ao CRAS, com acolhimento familiar feito pelas ACS, encaminhamento para consulta médica pelo risco de*



*gravidez e doença infecto contagiosas, enfermagem e odontológica, exames complementares e NASF( Núcleo de Apoio à Saúde da Família), pois ela precisará de apoio psicológico. Daria apoio psicológico à família, com orientação para procurar Delegacia da Mulher para denuncia do agressor, com realização de B.O (Boletim de Ocorrência) na delegacia da mulher. Reunião com o padrasto, para encaminhamento ao CEDIC e CAPS AD (Centro Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas) para tratamento, com afastamento do padrasto do núcleo familiar; tratamento para a adolescente quanto aos danos psicológicos e físicos. Visita domiciliar para acompanhamento da família.*

**DSC da ideia central C-** Acolhimento, Tratamento clínico e medidas sociais;

*....Na minha primeira abordagem, com o acolhimento, faria consulta de enfermagem, abordando o problema de individuo, Verificar necessidade de acompanhamento da saúde mental para a adolescente, com Solicitação de exames de rotina para detectar possíveis DST, Saúde (pílula do dia seguinte). Sugerir acompanhamento no CASAP (Centro de Atenção a Saúde do Adolescente de Piracicaba), caso ela queira e precise de um método anticoncepcional, tentar inserir adolescente em grupo de adolescentes, chamar a família para avaliação medica, e de enfermagem, verificar se as crianças estão na creche/escola, inclusive a adolescente. A família também deveria pedir apoio para o serviço social. Solicitar para o ACS fazer visita domiciliar mais constantes, para acompanhar a necessidade familiar. Depois tentaria inserir a mãe no grupo de artesanatos ou outras atividades educativas que a unidade disponha inserir a família na rede como: CRAS, CEDIC, psicossocial, Conselho tutelar e outros, fazendo visita domiciliar na família para entender dinâmica familiar dentro da comunidade (genograma, eco mapa). Deveríamos trabalhar o vínculo e aconselhamento psicológico a toda a família, além dos cuidados com a adolescente, atendimento e acompanhamento ao padrasto agressor em um tratamento de HIV no CEDIC, sugerir internação/acompanhamento do padrasto na saúde mental. Levar o caso para discussão em rede (assistente social, saúde). A família também deveria pedir apoio para o serviço social.*

**DSC da ideia central D** - Tratamento clínico, medidas sociais e procedimentos legais;

*....Faria atendimento primário a agredida, para tratar e prevenir doenças, pílula do dia seguinte, coquetel anti HIV, sorologias, daria apoio psicológico a família, abordar a mãe sobre o assunto, orientar sobre a necessidade de exame para diagnóstico de provável HIV e uso de preservativos caso continue com o companheiro. Entrar em contato com escola/creche que as crianças estudam para tentar avaliar possíveis consequências desta condição no aprendizado das crianças. Acionar o serviço social, CRAS, pastoral e Conselho tutelar para afastar o padrasto do contato com as crianças e retirar o abusador do convívio familiar, dando suporte através de medidas sociais para família. Encaminhar para delegacia da mulher. Deve ter avaliações semanais pela equipe de ESF com consultas freqüente da paciente, com tentativa de identificar um responsável confiável.*

**DSC da ideia central E** - Acolhimento familiar;

*....Primeiramente, chamaria a mãe e os integrantes da família para conduta individual e mostraria o risco a que ela se expõe, bem como seus filhos. Daria Apoio psicológico para toda família. No caso, o padrasto, para imediata reunião juntamente com a mãe, encaminharia para o CEDIC para tratar a DST e as duas crianças que constituem o núcleo para avaliar se houve extensão do abuso.*

**DSC da ideia central F** - Apoio psicológico;

*....Deveríamos trabalhar o vínculo da família, buscando a inclusão do padrasto em um tratamento de HIV no CEDIC e aconselhamento psicológico a toda a família, além dos cuidados com a adolescente e acompanhamento do caso. Esse padrasto precisa responder legalmente pelo seu ato e deve ser afastado do núcleo familiar. É necessário ver se os filhos freqüentam a escola, que essa mãe seja estimulada a procurar trabalho, encaminhamento da mãe para o CRAS, realizar exame médico em todos para saber o*

*estado de saúde de cada um, tratando e dando respaldo se necessário, procurar os assistentes sociais responsáveis pela área, ver se eles têm o que comer as condições de higiene do domicílio, etc.*

Os discursos relatados nessa pesquisa mostram a diferente visão dos profissionais componentes da amostra frente ao caso apresentado, em relação à elaboração de um plano de cuidados ou estruturação de um projeto terapêutico. Pelas respostas observam-se diferentes olhares em relação ao caso, como na resposta da categorização da idéia central E onde alguns profissionais demonstram condutas terapêuticas mais restritas, com apoio psicológico e somente medidas clínicas. Já nas outras categorizações, os profissionais demonstraram maior complexidade na construção do atendimento, familiarização com a intersectorialidade e facilidade de articulação com demais setores para construção de projetos terapêuticos.

O acolhimento foi uma resposta predominante em todos os discursos, onde o mesmo pode ser interpretado com base para a qualidade do atendimento e criação de vínculo.

A tabela 7 apresenta os dados quanti qualitativos referentes ao compartilhamento das idéias centrais com maior nível de compartilhamento e respectivos DSC.

**Tabela 7-** Síntese das ideias centrais e respectivos compartilhamentos para a questão:

4 – Você trabalha em uma rede de apoio ? Por quê?

IDEIAS CENTRAIS	PROFISSIONAIS	%
A- Sim. Facilita o trabalho, maior resolutividade e integralidade;	14	42,42
B-Não. Pouca resolutividade, falta de apoio e falta de tempo;	8	24,24
C- Em termos. Ações pontuais, uso de referência/contra referência;	7	21,22
D- Não. Pela falta de perfil, pela profissão;	2	6,6
E- Sim. Humaniza e melhora a qualidade do atendimento.	2	6,6
<b>TOTAL DE RESPOSTAS DA PERGUNTA</b>		<b>33</b>

Obs: as somas da frequência de ideias centrais extrapolam o número de 29 respostas, pois um mesmo indivíduo poderia apresentar mais de uma idéia central.

**DSC da ideia central A-** Sim. Facilita o trabalho, maior resolutividade e integralidade;

*....Sim. Trabalho porque nos é permitido uma integralidade maior dos serviços CESM ( Centro Especializado na Saúde da Mulher ), CRAS, CASAP, SMS, etc. e pelas parcerias que se tornam possíveis para melhora da qualidade de vida do usuário, buscando humanizar o atendimento. Acho necessário atender aos usuários em suas necessidades holisticamente, na rede há maior resolutividade dos problemas, principalmente os determinantes sociais embutidos. Acredito muito no trabalho em rede e em minha opinião, só assim conseguimos atender realmente as pessoas, dentro de sua família e comunidade, lembrando sempre que muitos dos problemas não são de nossa governabilidade, Sendo necessária a abordagem de vários profissionais, para resolver as diferentes facetas dos problemas. Isso facilita o trabalho com a comunidade além de fortalecer o vínculo entre a*

*rede de assistência, promovendo saúde a coletividade. Sempre que necessário entramos em contato com serviço social; igreja; conselho tutelar; serviços para adolescentes, dependentes químicos. Temos como rede de apoio as escolas da região, a comissão local de saúde e os centros de especialidades, além de um grupo específico contra violência da criança, CRAS, Conselho Tutelar entre outros. Porque temos assistência às famílias de risco e baixa renda social.*

*Discutimos o caso, porque não conseguimos resolver tudo, e a parceria é um complemento perfeito. Trabalho há quatro anos e gosto do trabalho desempenhado pela equipe de ESF. Dentro da saúde bucal existe essa rede através da atenção secundária (especialidades) e dentro da USF, quando o paciente requer outros cuidados, converso com os demais profissionais.*

**DSC da ideia central B** - Não. Pouca resolutividade falta de apoio e falta de tempo;

*...Infelizmente não. Porque este não é o foco principal do CRAS, que trabalha outras diretrizes, pois a mesma foi desmantelada pelo próprio CRAS. Acredito que trabalhar em rede de apoio é algo extremamente importante para USF e, aliás, é recomendado pelo Ministério da Saúde, porém há isolamento e falta de articulação entre as equipes e a rede. As reuniões que ocorriam quando a rede iniciou, não eram resolutivas. Faltava um coordenador "ativo". Não existe rede de apoio funcional ou funcionante, pelo menos na região onde eu atuo. Não havia cooperação dos setores. Não temos o apoio, a sensação e que estamos sozinhos. Já tentamos muitas vezes manter uma rede, mais sem sucesso, falta "tempo" para isso, interesse, apoio, etc.*

**DSC da ideia central C** - - Em termos. Ações pontuais, uso de referência/contra referência;

*...Trabalho em termos. Somente através de encaminhamentos, mais não existe discussão dos casos. Não é sempre que os outros serviços trabalham no esquema de referência/contra referência, o que resulta na falta de informações. Na área odontológica*

*trabalhamos mais com referências e contra referência para os pacientes que atendo. Existem algumas tentativas de se formar uma rede de apoio, entretanto as ações são pontuais. Trabalho em um PSF que tenta recuperar a rede de apoio que havia há algum tempo. Hoje esta um pouco desestruturada com menos membros (CRAS, escola e PSF) mais já foi maior e é muito importante.*

**DSC da ideia central D** - Não. Pela falta de perfil, pela profissão;

*...Não trabalho. Talvez pela falta de perfil e por causa da minha profissão, oriento os pacientes de quais locais procurarem.*

**DSC da ideia central E** - Sim. Humaniza e melhora a qualidade do atendimento;

*...Sim, trabalho. Pelas parcerias que se tornam possíveis para melhora da qualidade de vida do usuário, buscando humanizar o atendimento. Encaminhamos, discutimos o caso, porque não conseguimos resolver tudo, e a parceria é um complemento perfeito.*

Os resultados encontrados nessa pesquisa mostraram a diferente visão dos entrevistados, pautados em suas formações e experiências profissionais, onde foi evidenciada pelo discurso de alguns profissionais a dificuldade de manipular e desenvolver o trabalho por meio de formações de redes, associando tal fato a falta de perfil e pelo isolamento profissional dentro de uma equipe multidisciplinar. A existência dessa postura favorece a prática setorial e a fragmentação da qualidade e resultado do trabalho.

Grande proporção dos profissionais pesquisados relataram trabalhar em rede (49%), com compartilhamento da categorização A e E (A = Sim. Facilita o trabalho, maior resolutividade e integralidade e E = Sim. Humaniza e melhora a qualidade do atendimento), onde evidenciam a resolutividade e a criação de vínculos.

A tabela 8 apresenta os dados quanti qualitativos referentes ao compartilhamento das ideias centrais com maior nível de compartilhamento e respectivos DSC em relação a dificuldade de implementação do trabalho intersetorial.

**Tabela 8-** Síntese das ideias centrais e respectivos compartilhamentos para a questão:

5- Em sua opinião, quais são as principais dificuldades da equipe de saúde em relação ao trabalho intersetorial?

IDEIAS CENTRAIS	PROFISSIONAIS	%
A- Falta de conhecimento, capacitação e burocracia;	7	18,92
B- Falta de comunicação	9	24,32
C- Falta de interesse e empenho;	9	24,32
D- Falta de credibilidade;	9	24,32
E- Sobrecarga de trabalho.	3	8,12
TOTAL DE RESPOSTAS DA PERGUNTA		37

Obs: as somas da frequência de ideias centrais extrapolam o número de 29 respostas, pois um mesmo indivíduo poderia apresentar mais de uma ideia central.

**DSC da ideia central A-** Falta de conhecimento, capacitação e burocracia;

*...Acho que é a falta de conhecimento sobre a importância das redes de apoio, juntamente com a falta de capacitação através de cursos sobre a indicação correta das redes de apoio e do trabalho intersetorial. A burocracia e a falta de comunicação entre os demais setores levam a dificuldade maior e a falta de estímulo da outra parte de ajudar ao ser humano.*

**DSC da ideia central B -** Falta de comunicação;

*.....Acho que a comunicação ineficaz, desencontro de informação, burocracia, falta de investimento em educação continuada entre todos os serviços e conhecimento da rede. A*

*falta de formação profissional, associado à falta de treinamento adequado, problemas culturais, falta de interlocução entre as secretarias e demais órgãos, juntamente com a dificuldade de comunicação entre os setores, os quais não se compartilham não se discute os casos, falta de articulação e integração dos diversos setores e a prática do trabalho em conjunto. Ocorre falta de políticas públicas eficazes. Embora preconizado pelo Ministério da Saúde, o mesmo não ocorre na esfera municipal. Este trabalho não é estimulado. O que dificulta para o serviço de saúde é o número de atendimentos. Nenhuma avaliação é feita pela qualidade de atendimento.*

**DSC da ideia central C - Falta de interesse e empenho;**

*....Acho a falta de interesse, vontade e empenho dos trabalhadores das diversas áreas de atuação em montar/formar estas redes e mantê-las e os interesses políticos também, pois alguns setores envolvidos não consideram que problemas sociais fazem parte do seu trabalho, além disto, as dificuldades e as atividades do trabalho do dia a dia dificultam um maior envolvimento. Falta também interesse em querer resolver os problemas e sair dessa historia. Falta respeito às diversidades particulares de cada setor e interação "permanente" entre os diferentes seguimentos. Falta apoio do setor público (prefeitura), tempo para reuniões e um coordenador que realmente seja "ativo", há morosidade na resolução dos casos. Existe dificuldade em discutir casos e tenho a impressão de certo desinteresse da assistência secundária e terciária na facilitação dessas discussões e indisposição de outros setores em auxiliar na resolução de casos, feedback sobre o que foi realizado .Há desconhecimento do território, dos aparelhos disponíveis , da importância das ferramentas de trabalho da Atenção Primaria em saúde. Existe dificuldade de se integrar com outros setores por eles não aceitarem esta forma de trabalho.*

**DSC da ideia central D - Falta de credibilidade;**

*...A principal dificuldade em relação ao trabalho intersetorial é o contato e aceitação ao trabalho oferecido pelo outro setor e que muitas vezes a necessidade do paciente não pode*



*ser atendida prontamente com as ferramentas disponíveis já que a saúde não engloba somente os serviços de saúde prestada a população. Para que o trabalho intersetorial dê resultados positivos, precisamos contar com as contra referências, que nos atualizam da real situação de determinado individuo em dado momento. É necessário acreditar na relação intersetorial, Ter visão de trabalho multidisciplinar, responsabilização de outros setores para com os casos e comprometimento dos mesmos. Outras dificuldades são isolamento dos atores de cada setor, desconhecimento das características territoriais e sociais específica das áreas, associado da grande demanda da unidade. Alguns encaminhamentos demoram em ser atendidos, pois a fila de espera é muito grande. A situação atual do PSF em Piracicaba- SP é precária. Muitas equipes estão incompletas, priorizasse atendimento clinico de queixa-conduta.*

**DSC da ideia central E - Sobrecarga de trabalho;**

*...Falta tempo para reuniões , interesse em querer resolver os problemas e apoio do setor público (prefeitura). Alguns setores envolvidos não consideram que problemas sociais fazem parte do seu trabalho, além disto, as dificuldades e as atividades do trabalho do dia a dia dificultam um maior envolvimento. Há falta de respeito às diversidades particulares de cada setor falta de interação "permanente" entre os diferentes seguimentos e de um coordenador que realmente seja "ativo" .*

A falta de comunicação, interesse e empenho dos profissionais, juntamente com a falta de credibilidade sobressaíram como fatores primordiais na dificuldade da implementação do trabalho intersetorial pelos profissionais pesquisados.

—

## 6 DISCUSSÃO

A tabela 1 apresenta o perfil dos profissionais de saúde, de acordo com gênero, faixa etária, por categoria profissional no município de Piracicaba. Nessa pesquisa houve uma predominância do gênero feminino, Corroborando com os estudos de Costa et al. (2010) que apontam a predominância do gênero feminino entre os cirurgiões-dentistas (CD).

Identificou-se que o perfil apresentado pela categoria enfermeiro e CD foi caracterizado, predominantemente, por indivíduos do gênero feminino, corroborando aos dados da literatura que apontam para um aumento no número de mulheres em profissões da área da saúde, especialmente da área de enfermagem (Rocha e Almeida, 2000). Concordando com os autores acima citado a amostra composta pelos profissionais enfermeiros foram 100% do gênero feminino Já na categoria médico, houve uma frequência superior discreta entre o gênero masculino e feminino, totalizando um maior número entre profissionais do gênero masculino, dados divergentes da pesquisa de Camelo e Angerami, (2008).

Em relação à faixa etária, houve uma predominância da faixa etária de 30 a 49 anos, corroborando com os estudos de Araújo e Dimenstein (2006), Araújo e Oliveira (2009) e Carvalho et al. (2009), realizados anteriormente, que relataram que a maior parte dos profissionais que atua em PSF são jovens com faixa etária predominante, entre trinta e cinquenta anos de idade, caracterizando uma força de trabalho em fase produtiva.

Corroborando com a pesquisa realizada em 1999-2002, denominada “avaliação da implantação e funcionamento do PSF” a qual os dados confirmavam predomínio da feminilização do trabalho em saúde, além da juvenilização dos profissionais médicos e enfermeiros, os quais estavam na faixa etária abaixo dos cinquenta anos de idade (Brasil, 2000).

Grande parte dos profissionais tem um tempo de conclusão da graduação superior a 04 anos, os quais buscam a Saúde Pública posteriormente após trabalharem em Serviços Privados ou como autônomos (Tabela 2). É uma constatação frequente o despreparo dos profissionais recém formados para atuarem na complexidade do SUS, assim como a compreensão de sua gestão e ação do controle social sobre o setor (Brasil, 2004). O

profissional recém formado geralmente não conta com grandes experiências em serviço, o qual influencia diretamente no exercício de sua função. Especialmente na saúde, os programas de residência e especialização vêm ocupando o lugar privilegiado para habilitação dos profissionais no desenvolvimento técnico da prática clínica (Brasil, 2004).

Foi evidenciado a procura pela Pós-graduação pelos profissionais (Tabela 3), corroborando com Zanetti et al. (2010) que observaram que os profissionais têm buscado especializações ao longo da trajetória profissional, no entanto, uma investigação que trata da formação de recursos humanos em Saúde da Família evidencia que os enfermeiros são em maior número especialistas em saúde pública ou saúde coletiva e os médicos são clínicos, com formação em especialidades clássicas, sendo que poucos têm formação nas áreas de saúde pública.

Na categoria CD, grande parte possuíam cursos de Pós-graduações, neste mesmo sentido, Farias (2009) afirmou que o fato da maior parte dos CD possuir cursos de Pós-graduação na área de Saúde Coletiva, ou em Saúde da Família, pode ser parcialmente decorrente da falha na formação para o trabalho na ESF/PSF durante o curso de graduação. Os dados encontrados divergem de Araújo e Dimenstein (2006), ao investigarem o perfil de atuação de CD inseridos na ESF/PSF em municípios do Rio Grande do Norte, observaram que a maioria não possuía Pós-graduação e os que tinham tal formação concluíram cursos em áreas técnicas sem qualquer relação com Saúde Pública ou Coletiva.

O fato de ter mestrado profissional no município, facilita o acesso à Pós-graduação, podendo justificar diferenças significativas entre os estudos realizados nos diferentes Estados.

Já na categoria enfermeiro, uma entrevistada havia cursado mestrado em Saúde Coletiva e três entrevistadas possuíam título de especialista na área de Saúde da Família. Os dados corroboram com o estudo de Cotta et al. (2006), que relataram que aproximadamente um terço dos enfermeiros pesquisados cursaram especializações na área de Saúde Coletiva.

O estudo de Rocha e Zeitoune (2007) evidenciou que apenas um terço dos profissionais do universo pesquisado tinha especialização em Saúde Pública, onde identificou necessidade de aprimoramento técnico-científico para atuação no PSF.

Segundo Zanetti et al. (2010), o fato dos profissionais buscarem qualificação para atuação na ESF/PSF sugere possíveis reflexos na sensibilização destes profissionais sobre o seu papel social no trabalho nesta estratégia.

Para Cotta et al.(2006), faz-se necessário, um conhecimento do perfil dos profissionais integrantes do corpo de recursos humanos dos serviços. A elaboração e a adoção de medidas de reforço dessa qualificação possibilitam, conseqüentemente, melhor desempenho das atividades sanitárias e atenção mais adequada com as reais necessidades da comunidade.

Para Bettiol (2006), o perfil que o PSF necessita é de profissionais que de conta do trabalho coletivo e de equipe, com horizontalização nas pirâmides das profissões. Não basta ter uma equipe mínima com diferentes profissionais para fazer um trabalho interdisciplinar, mas sim uma adequação de perfil e do trabalho desses profissionais, com criação de espaços que propiciem um intercâmbio de saberes.

Segundo Nascimento e Oliveira (2007), nessa perspectiva, é desejável que os profissionais de saúde tenham um perfil generalista e problematizador e que sejam preparados para trabalhar em equipe multiprofissional, atuando de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. Isso se faz necessário para que ocorra a integralidade da atenção e o enfrentamento efetivo de todos os aspectos relacionados à saúde e vivenciados na prática profissional.

No decorrer da análise dos dados, observou-se que nos discursos descritos dos participantes da pesquisa, que a experiência no trabalho em saúde coletiva associado à formação na área, como Pós-graduação demonstram maior apropriação da intersectorialidade como ferramenta facilitadora. Essa percepção impulsiona a ampliação do olhar, com buscas a respostas mais efetivas através de criação de redes e da intersectorialidade. Neste mesmo sentido, Silva e Rodrigues (2010) destacam que, alguns atores sociais são capazes de perceber a complexidade de certos problemas enfrentados pela população e, por conseguinte, compreendem a necessidade de intervenções de caráter intersectorial reconhecendo a necessidade de criação de novas formas de intervenção, com associação de outros saberes e olhares. Entretanto, existe uma limitação no que se refere ao

desenvolvimento da intersetorialidade, com alegações variadas, como, excesso de trabalho, falta de apoio governamental, entre outros.

As respostas originadas do DSC evidenciaram as visões dos profissionais em grande proporção sobre a importância do acolhimento e a necessidade da criação de vínculos (Tabela 4).

Segundo Beck e Minuz (2008) ao analisar o acolhimento, partindo da identificação de seus pressupostos, dos mecanismos que viabilizam sua implantação e das potencialidades qualificadoras da assistência, pode-se avaliar sua efetividade, como instrumento para a humanização da Atenção à Saúde. Esse domínio possibilita intervir nas relações entre trabalhadores de saúde, usuários e no próprio processo de trabalho, na tentativa de transformar os serviços em espaços resolutivos de construção de sujeitos valorizados e autônomos. Portanto, o acolhimento pode ser uma das bases para a humanização da assistência nas instituições, a fim de possibilitar resolutividade, vínculo e responsabilização entre trabalhadores de saúde e usuários, contribuindo na melhoria da qualidade da assistência prestada. Pelo discurso de alguns profissionais (6,90% da amostra estudada, Tabela 4), observa-se um olhar reduzido quanto ao acolhimento enquanto ferramenta facilitadora na criação do vínculo, com otimização deste recurso pela equipe, visto que acharam a conduta do ACS adequada no atendimento fragmentado apresentado no caso, divergente dos autores Beck e Minuz (2008). Para esses autores, a atividade de recepção de um serviço de saúde deve ser entendida como um espaço no qual ocorre o reconhecimento das necessidades do usuário, por meio da investigação, elaboração e negociação de quais necessidades serão atendidas. Dentro dessa perspectiva, a responsabilização e a ação resolutiva, com o objetivo de defender a vida das pessoas, só se realizam quando se acolhe e vincula os usuários.

Partes dos profissionais centraram uma abordagem acolhedora para médicos e enfermeiros (Tabela 5), corroborando com Farias e Sampaio (2010), onde evidenciam que a dificuldade para atingir a interdisciplinaridade é maior, principalmente entre cirurgiões-dentistas e o restante da equipe, visto que o cirurgião-dentista possui uma visão reduzida de seu objeto de trabalho, a boca, o que o torna diferente e alheio a médicos e enfermeiros. Ao se ampliar, contudo, a ótica do objeto de trabalho, que passa da boca para o sujeito, facilita-

se a apropriação de saberes e a integração entre os profissionais. Segundo Farias e Sampaio (2010), quando se logra essa boa interação entre a equipe e sua atuação voltada para a perspectiva interdisciplinar, conseguem-se um envolvimento e interação maior com os usuários, produzindo cuidado com vínculo e responsabilização. Uma equipe integrada trabalha em prol da saúde das famílias, compartilhando experiências, atendendo suas necessidades, conhecendo a situação de cada usuário e buscando, conjuntamente, a solução e intervenção de atuação sobre os determinantes em saúde.

Os discursos relatados nessa pesquisa mostram a diferente visão dos profissionais componentes da amostra frente ao caso apresentado, em relação a elaboração de um plano de cuidados ou estruturação de um projeto terapêutico (Tabela 6). Pelas respostas observam-se diferentes olhares em relação ao caso, como na resposta da categorização da ideia central E onde alguns profissionais demonstram condutas terapêuticas mais restritas, com apoio psicológico e somente medidas clínicas. Já nas outras categorizações, os profissionais demonstraram maior complexidade na construção do atendimento, familiarização com a intersetorialidade e facilidade de articulação com demais setores para construção de projetos terapêuticos.

Segundo Kantorski et al.(2010) é preciso considerar que a integralidade do cuidado ao usuário deve ser prioritária, percebendo o indivíduo como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, assim como ao meio ambiente e à sociedade na qual se insere.

Nesse mesmo raciocínio, Gomes e Pinheiro (2005) observam que a dinâmica de funcionamento do serviço prioriza o trabalho em rede, ou seja, concebe a atenção integral em saúde por meio de uma gestão participativa. Esta é efetivada em reuniões para discussão do processo de trabalho, comunicação clara das equipes entre si e também a inserção do usuário/família com suas singularidades na construção do projeto terapêutico.

Grande parte dos profissionais abordados (27,03%) construiu a categorização C (Acolhimento, tratamento clínico e medidas sociais) frente ao caso apresentado, em conformidade as idéias de Gomes e Pinheiro (2005) sobre a indução da dinâmica do trabalho em relação ao trabalho intersetorial.

A importância de desenvolver a integralidade da assistência está fundamentada na articulação de todas as formas da produção do cuidado, destacando-se, ainda, que o cuidado integral deve contemplar ações preventivas, curativas e de promoção de saúde no âmbito individual e coletivo, e nos diferentes níveis de complexidade (Kantorski et al., 2010). Nesse raciocínio os autores cita o cuidado integral como um desafio na construção de novos modelos assistenciais, sendo que a inserção social de pessoas vulneráveis e o desenvolvimento de formas de convívio com a diferença exigem transformações profundas nos modos de conceber o cuidado e organizar a demanda, mediante as concepções e estratégias tradicionais, o que implica na definição de novos perfis profissionais.

O acolhimento foi uma resposta predominante em todos os discursos, onde o mesmo pode ser interpretado com base para a qualidade do atendimento e criação de vínculo. Corroborando com Gomes e Pinheiro (2005) que apresenta como ponto importante no desenvolvimento do projeto terapêutico o alicerce nas tecnologias leves em saúde (Acolhimento, vínculo, corresponsabilização e autonomia), que contribuem para adesão do usuário/família ao tratamento. As tecnologias leves são dispositivos fundamentais no cuidado em saúde, com ênfase na reabilitação psicossocial. Desde o início, elas facilitam a permanência e a adesão do usuário e da família ao tratamento. Para isto, a equipe atua por meio da boa recepção desses sujeitos, do diálogo, da escuta acolhedora, da formação de vínculos afetivos, da criação de parcerias e da valorização do projeto de vida desses indivíduos. Para os autores essa interação usuário e equipe induzem a tomada de responsabilidade por esses sujeitos, isto é, propõe um direcionamento do cuidado, levando em conta: a escuta, o acolhimento, a ética, a autonomia, o resgate da cidadania, a subjetivação, o respeito, a liberdade e a inclusão social, entre outros. É nesse meio, através deste ideário e acordos comuns que profissionais com diferentes formações, com diferentes crenças e filiações teóricas, se reúnem e formam equipes multidisciplinares em conjunto com a comunidade/famílias, no trabalho cotidiano dos serviços de saúde e no campo da atenção psicossocial.

Os discursos de alguns profissionais evidenciam a dificuldade de manipular e desenvolver o trabalho por meio de formações de redes, associando tal fato a falta de perfil e pelo isolamento profissional dentro de uma equipe multidisciplinar (Tabela 7). A

existência dessa postura favorece a prática setorial e a fragmentação da qualidade e resultado do trabalho.

Segundo Nascimento e Oliveira (2007) o trabalho em equipe com vistas à interdisciplinaridade tem sido foco de atenção na formação e qualificação dos profissionais, sendo de extrema importância a interação e a troca de conhecimentos a partir de princípios éticos e respeito nas relações entre profissionais de saúde e usuários dos serviços, com a intenção de construir um novo conhecimento que tenha impacto na resolução de problemas da população. Para que a interdisciplinaridade e o trabalho em rede sejam efetivados, é imprescindível que haja disponibilidade dos profissionais para adotar posturas flexíveis, solidárias e democráticas (Nascimento e Oliveira, 2007). A busca por profissionais generalistas, com visão humanista, crítica e integradora, capazes de atuar com qualidade e resolubilidade no SUS passa pela necessidade de construção de um perfil de competências que atenda necessidades e demandas de saúde da população em situações concretas.

Segundo Moretti et al.(2010) o perfil profissional é apontado como fator importante para o desenvolvimento de ações intersetoriais, o que reforça a necessidade de uma formação acadêmica voltada para o desenvolvimento de profissionais que possam influenciar as condições de vida e saúde das pessoas.

Para Nascimento e Oliveira (2007) a construção e moldagem desse perfil de competências devem ser pensadas no contexto de aproximação entre a instituição formadora e os cenários da prática em saúde, com a participação dos sujeitos nele envolvidos.

Segundo Moretti et al.( 2010) a implementação de ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde implica a troca e a construção coletiva de saberes, linguagens e práticas entre os diversos setores envolvidos para produzir a melhoria da qualidade de vida de forma democrática e resolutiva, implicando a existência de algum grau de abertura dos diversos setores envolvido para dialogar, estabelecendo vínculos de corresponsabilidade e cogestão pela melhoria da qualidade de vida da população.

Grande proporção dos profissionais pesquisados relataram trabalhar em rede (49%), corroborando com o estudo de Moretti et al. (2010), com compartilhamento da categorização A e E (A = Sim. Facilita o trabalho, maior resolutividade e integralidade e E



= Sim. Humaniza e melhora a qualidade do atendimento), onde evidenciam a resolutividade e a criação de vínculos.

A tabela 8 apresenta os dados quantitativos referentes ao compartilhamento das ideias centrais com maior nível de compartilhamento e respectivos DSC para a questão:

5- Em sua opinião, quais são as principais dificuldades da equipe de saúde em relação ao trabalho intersetorial?

Os discursos evidenciam a falta de comunicação adequada como forte contribuidor para a inexistência de um trabalho em rede e ações intersetoriais.

Para Sperandio et al. (2010) a comunicação é vital para o desenvolvimento da intersetorialidade ou trabalho em rede, podendo ser comparado a uma teia, onde os fios se entrelaçam a nós. Nessa teia não há um nó central, mas vários nós interligados, com desconcentração do poder. A conectividade é essencial a intersetorialidade e trabalho em rede, assim como a produção social que agrega conhecimento e disponibiliza ferramentas.

Grandes partes dos profissionais pesquisados compartilharam as categorizações B, C e D (**B** - Falta de comunicação, **C** - Falta de interesse e empenho, **D** - Falta de credibilidade), corroborando com Sperandio et al. (2010) que relatam a importância da vinculação para ver comprometimento com os objetivos estabelecidos, assim como a comunicação e a educação apresentam-se como eixos essenciais no desenvolvimento desse processo.

Segundo Peduzzi (2001) a comunicação entre os profissionais é o denominador-comum do trabalho em equipe, o qual decorre da relação recíproca entre trabalho e interação.

A construção de “espaços de intersetorialidade” favorece o compartilhamento do saber e de poder, assim como a construção de novas linguagens ou conceitos não estabelecidos. Em um espaço coletivo, composto por diferentes setores e sujeitos de identidades diferentes, para que a comunicação seja efetiva e atinja seu objetivo, faz-se necessário rever suas práticas e evidenciar suas múltiplas dimensões (Sperandio et al., 2010). Para as autoras, a comunicação não deverá ocorrer de forma autoritária, conduzida por um único setor; mas sim, um processo democrático e descentralizado, de modo a estabelecer coletivamente, soluções para os problemas encontrados.

Segundo Araújo e Cardoso (2007) a comunicação é essencial para efetivação das políticas públicas, com apropriação pela população a qual se destinam. É evidenciado que as relações constitutivas entre comunicação e saúde são antiga, porém a formação do campo da comunicação e saúde como um conjunto de elementos articulados é recente, podendo ser melhor visibilizada à partir da década de 1990.

Para Araújo e Cardoso (2007) as Conferências Nacionais de Saúde (CNS), espaços que traduzem os movimentos e a correlação de forças na saúde, espelham a crescente importância da comunicação para além de sua dimensão instrumental. Entretanto para as autoras no campo da saúde, a comunicação não se dissocia da noção de direito, voltada a cidadãos, objetiva o aperfeiçoamento de um sistema público de saúde em todas suas dimensões e a participação efetiva das pessoas na construção dessa possibilidade.

O princípio da universalidade, que é o da saúde como direito universal ou direito de todos, quando correspondente na comunicação, seria a comunicação direito de todos, porém historicamente a comunicação sempre foi prerrogativa das Instituições de Saúde, que dela se valeram para apoiar a implantação de suas políticas com prescrição de comportamentos. Neste contexto a população ocupava o lugar de “receptores” da comunicação institucional (Araújo e Cardoso, 2007). Para Araújo e Cardoso (2007) a questão apresenta faces contemporâneas como discurso da democratização da comunicação, que na saúde se expressa na reivindicação pela ampliação e facilidade no acesso as informações necessárias a efetivação de controle social. Citam, à possibilidade de as pessoas não serem apenas destinatários de uma comunicação, mas interlocutores, serem levados em conta como quem tem o que dizer ser ouvido e considerado. Entretanto afirmam que a capacidade de comunicar é a capacidade de contextualizar, senão nos apercebemos dos contextos em que a comunicação se realiza, ocorrerá uma comunicação autista. Citam que a desigualdade social leva a uma desigualdade na comunicação, apontando na maioria das vezes para um cenário de centralização e práticas autoritárias que facultam as instituições e aos profissionais de saúde o direito e acesso à fala, restando à população o lugar de escuta. A comunicação precisa considerar os contextos, levar em conta os processos políticos de estabelecimentos de prioridades, condições sociais, materiais e subjetiva de produção dos

sentidos, sendo imprescindível ter clareza da importância das relações de poder que determinam e são determinadas pelos processos e pelas práticas comunicativas.

Os profissionais pesquisados citam em seus discursos que a comunicação ineficaz, juntamente com o desencontro de informações, colabora em grande proporção para um trabalho isolado, sem compartilhamento de idéias e troca de saberes.

Segundo Almeida (2008), para que ocorra o desenvolvimento de uma cultura de trabalho intersetorial é preciso romper as barreiras que impedem a comunicação entre diferentes setores, o que exige vontade política e método.

A falta de conhecimento e capacitação também foi citada em grande proporção pelos entrevistados, como fator desestimulador ao trabalho intersetorial, corroborando com Cotta et al. (2006), que cita a necessidade de atualização de profissionais capaz de corrigir e/ou originários de formação específica, um processo de educação continuada sistematizado, aprimorar habilidades. Citam que a educação permanente deve se iniciar desde o treinamento introdutório da equipe, por todos os meios pedagógicos e de comunicação disponíveis e de acordo com as realidades de cada contexto. A alternativa metodológica orientadora das políticas de educação permanente parte do pressuposto de que esse processo deva ser "recortado", a partir da realidade das práticas concretas de saúde, seus determinantes e limitantes, no sentido de integrar com as exigências do trabalho.

Nota-se que no cenário descritivo do estudo, existem diferentes pontos e visões da intersetorialidade evidenciando se na questão três: elabore um plano de cuidados baseado nas necessidades desse núcleo familiar, onde partes dos profissionais direcionaram somente para o setor saúde não se articulando com os demais setores. Esta constatação fundamenta-se no fato de que partes das respostas de alguns profissionais cirurgiões-dentistas demonstravam desconhecimento da articulação e existência de ferramentas na elaboração de um plano de ações com intervenções diretas sobre os determinantes em saúde descritos. Esse olhar era direcionado para os profissionais médicos e enfermeiros, os quais mediante descrições das respostas estavam mais capacitados e empoderados na intervenção dos problemas oriundos, seja de ordem físico-mental ou social. Esses dados são semelhantes aos relatados por Farias e Sampaio (2010), esses profissionais incorporam um olhar de

produção social da saúde, os quais demonstram entenderem melhor que o processo saúde-doença é influenciado por múltiplos fatores que extrapolam o setor saúde, cabendo então, além da Clínica, um trabalho intersetorial. Percebe-se que os profissionais dentro de uma mesma equipe não se integram e compartilham as ferramentas disponíveis. Essa observação também é feita por Silva e Rodrigues (2010) onde nota-se que no processo de planejamento e aplicação não tem sido feito uma discussão horizontal acerca do que cada um tem a contribuir. No que se refere à Estratégia Saúde da Família, as entrevistas demonstram que os profissionais desconhecem a existência de equipamentos sociais municipais que atuam junto à comunidade, desenvolvendo projetos destinados à promoção da saúde. Esses dados corroboram com Silva e Rodrigues (2010) refletindo que essa evidência remete a fragilidade ou inexistência de vínculo entre as equipes que atuam na atenção primária e os equipamentos sociais, o que por sua vez inviabiliza a aplicação da intersetorialidade.

Os discursos dos sujeitos participantes desta pesquisa demonstram o tipo de relação que a ESF tem estabelecido com outros setores, serviços e equipamentos sociais. Nota-se que existe alguns interesses, a favor da criação de parcerias intersetoriais, destinadas a melhorar e aumentar a resolutividade dos problemas vividos pela comunidade. Entretanto, as respostas descritas são heterogêneas, apontando que dentro da própria equipe alguns profissionais técnicos desenvolvem ações desarticuladas e isoladas não compartilhando a intersetorialidade e sim desenvolvendo a setorialidade.

Dentre as experiências encontradas nesta pesquisa, as mais significativas foram as que se referem à importância do setor saúde como norteadora, junto ao setor social.

A partir das descrições dos participantes da pesquisa foi possível perceber que a relação da intersetorialidade é vista e entendida, em grande proporção como referência e contra referência, e não como complementariedade de um retalho na construção de um grande patchwork. Nota-se que a visão de promoção da saúde e atuação nos determinantes são pontuais e que existe um limite no que se refere ao reconhecimento do potencial da ESF para intervir nesses determinantes sociais do processo saúde-doença.

Essas informações descritivas evidenciam que a ESF não tem utilizado todo o potencial da intersetorialidade para desenvolvimento de ações de promoção a saúde, haja vista a soberania de ações curativas, pontuais e focada ao setor saúde. Essas constatações

apontam para o distanciamento existente entre a prática diária e a necessidade do planejamento e apropriação real da intersectorialidade teórica.

Os relatos dos participantes demonstram, também, que a comunicação tem grande impacto na intersectorialidade, restringindo o desenvolvimento das ações e favorecendo a fragmentação e a setorialidade, visto que ações complexas são realizadas por vários setores de formas isoladas, porém com o mesmo objetivo.

Os discursos demonstram, ainda, que a falta de estímulo e interlocução entre as secretarias, colaboram significativamente para não efetivação da intersectorialidade, assim como a falta de tempo. Os discursos revelam que alguns profissionais ainda não têm total domínio dessa ferramenta, confundindo o fluxo com referência e contra referência, sendo essa visão presente em parte das respostas do profissional cirurgião-dentista. Mas, há um consenso entre os participantes, no entendimento de que faz-se necessário à implementação de redes, que sejam construídas relações de compartilhamento de poderes e saber visto diferentes facetas que envolvem uma única situação.

Corroborando com outros autores (Sperandio et al.,2010, Junqueira et al. (1997) conclui que a intersectorialidade transcende o setor saúde, a qual em alguma situação acolheu e aprofundou discussões e apontou para determinações que evidenciam que os problemas não podem ser resolvidos somente por eles.

Apesar de existir um consenso sobre a necessidade e importância da intersectorialidade como ferramenta de resposta aos problemas da população, ainda falta caminhos a percorrer, para chegada desse objetivo (Silva e Rodrigues, 2010).

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa identificou que os profissionais entrevistados têm noção da importância da realização do acolhimento como ferramenta facilitadora na criação do vínculo e da intersetorialidade como instrumento necessário frente os determinantes complexos, porém citam a falta de conhecimento, de comunicação e de credibilidade como uns dos principais fatores dificultadores da construção e implementação da intersetorialidade. Esses fatores contribuem para um trabalho individualizado, isso é possível perceber nos discursos que as concepções sobre intersetorialidade são na maioria, frutos de processos individualizados dos profissionais do setor saúde traduzidos pela visão de que é um trabalho que se opera na informalidade. Cada qual, trabalhando com sua gama de problemas sem que haja compartilhamento, favorecendo a setorialidade.

Os resultados desta pesquisa apontam para a existência de problemas na relação interna entre algumas equipes de saúde, como a falta de integração entre a saúde bucal e os demais componentes da equipe.

Os discursos apontam à necessidade de discussão sobre a intersetorialidade, para que a proposta de criação de parcerias seja compreendida e a partir dessa concepção, sejam incentivadas estratégias que viabilizem sua aplicação.

É evidenciada a necessidade da criação e ampliação de espaços comuns, entre os diferentes setores e equipamentos sociais, onde possa ocorrer a construção de consensos e planejamento de estratégias intervencionais mais efetivas. Precisamos entender a importância da intersetorialidade na Atenção Primária, estrategicamente liderado pelo setor saúde, o qual tem grande poder de articulação, porém necessitamos rever a impossibilidade deste assumir exclusivamente a execução e manutenção dessa estratégia.

Essa percepção da impotência do olhar setorial é o ponto de origem para se alcançar a articulação de ações intersetoriais e o trabalho em rede, essa nova maneira de trabalhar surge da necessidade de criar novas alternativas de intervenção que dependem da articulação dos diferentes olhares, saberes e forças. Através da apropriação dessa ferramenta poderemos desenvolver ações com maior resolutividade e qualidade dentro da Atenção Primária.

## REFERÊNCIAS\*

Ações Intersetoriais em Promoção da Saúde. Rio de Janeiro: [s.n.]; 2011.52p

Almeida AMR. A Intersetorialidade e a Estratégia Saúde da Família: Desafios da relação entre o discurso e a prática [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2008.

Andrade LOM. A saúde e o dilema da Intersetorialidade. São Paulo: Hucitec 2006.

Araújo IS, Cardoso JM. Comunicação e Saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2007: 152p.

Araújo MFS, Oliveira FMC. A Atuação do Enfermeiro na Equipe de Saúde da Família e a Satisfação Profissional. Revista Eletrônica de Ciências Sociais [internet] 2009; [acesso 2014 jan 06] 14: 03-14. Disponível em: <http://www.cchla.ufpb.br/caos/n14>.

Araújo YP, Dimenstein M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. Ciên saúde coletiva. 2006; 11(1): 219-227.

Beck CLC, Minuz D. O acolhimento como proposta de reorganização da assistência à saúde: uma análise bibliográfica. Saúde, Santa Maria [internet] 2008; 34a(n 1-2): p 37-43, 2008, [acesso 2014 jan 02]34 (1): 37-43. Disponível em: <http://cascavel.cpd.ufsm.br/revistas/ojs2.2.2/index.php/revistasauade/article/viewFile/6496/3948>.

---

\* De acordo com as normas da UNICAMP/FOP, baseadas na padronização do International Committee of Medical Journal Editors. Abreviatura dos periódicos em conformidade com o Medline.

Bellusci DGP. Programa Saúde da Família: Manual de implantação para gestores municipais, médicos e equipes. Leme: lawbook; 2002.

Bettioli LM. Saúde e participação popular em questão: o Programa Saúde da Família. São Paulo: UNESP; 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família no Brasil: Linhas Estratégicas para o quadriênio 1999-2002. Brasília: 2000.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço / Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Atualiza e revê o incentivo financeiro às ações de saúde bucal, no âmbito do Programa de Saúde da Família (PSF). Portaria n. 673/GM, de 3 de junho de 2003. Diário Oficial da União. 2003 jun 4. Seção 1. P. 44.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. SUS Brasil: cadernos de textos / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília: 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica/ Ministério da Saúde, Secretária de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: 2006.

Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: 2010; 27: 152p.



Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Domiciliar/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: 2012.

Büchele F, Coelho EBS, organizadoras. A formação em saúde da família: uma estratégia na consolidação do SUS. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2010. 398p.

Carvalho MF, Carvalho MI, Silva ET, Rocha DG. Intersetorialidade: diálogo da política nacional da promoção da saúde com a visão dos trabalhadores da atenção básica em Goiânia. *Tempus - Actas de Saúde Coletiva*. 2009; 3(3): 44-55.

Camelo SHH, Angerami ELS. Estratégias de gerenciamento de riscos psicossociais no trabalho das equipes de saúde da família. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. 2008; [acesso 2014 jan 06] 10(4):915-23. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a04.htm>.

Comerlato D, Colliselli L, Kleba ME, Matiello A, Renk EC. Gestão de políticas públicas e intersetorialidade: diálogo e construções essenciais para os conselhos municipais. *Rev. Katál. Florianópolis*. 2007; 10(2): 265-271.

Costa S M, Durães S J A, Abreu M H N G. Feminização do curso de odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010; 15(1 suppl.1).

Cotta RMM, Schtt M, Azeredo CM, Franceschini ACC, Dias G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2006; 15(3): 7-18.

Czeresnia D, Freitas CM. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

Duncan B.B, Schmidt MI, Giugliani ERJ. Medicina Ambulatorial: Conduas de atenção primária baseadas em evidências. 3.ed. São Paulo: Artmed; 2004.

Farias MR. Análise da integração da equipe de saúde bucal no programa de saúde da família [dissertação]. Ceará: Universidade Estadual do Ceará; 2009.

Farias MR, Sampaio JJC. Integração da equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família: a percepção dos profissionais. Rev. Pública Miolo. 2010; 34(4): 745-57.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE-Cidades@-Piracicaba. [acesso 2013 jan 3].Disponível em: [www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=353870#](http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=353870#).

Fernandez JCA, Mendes R, organizadores. Promoção da saúde e gestão local. São Paulo: Aderaldo & Rothschild editores: Cepedoc, 2007,148p.

Gomes MCPA, Pinheiro R. Reception and attachment: integral practices in health care administration in large urban centers. Interface - Comunic. 2005; 9(17): 287-301.

Junqueira LAP, Inojosa RM. Desenvolvimento social e intersetorialidade na gestão pública municipal. In: Conferência Nacional de Saúde Online: uma proposta em construção. 1997. [acessado 21 janeiro 2014]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/inovador/FORTALEZA.htm>

Kantorski LP, Bielemann VLM, Clasen BN , Padilha MAS, Bueno MEN, Heck RM . A concepção dos profissionais acerca do projeto terapêutico de centros de atenção psicossocial - caps\* Universidade Federal de Pelotas Cogitare Enferm. 2010; 15(4): 659-6

Knocke D, Yang S. Social Network Analysis: Methods and Applications Stanley Wasserman and Katherine Faust. New York: Cambridge University. 2008. 2. ed.

Lefèvre F, Lefèvre AMC. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: Educs; 2003.

Lefèvre F, Lefèvre AMC. O sujeito coletivo que fala. Interface-Comunic, Saúde, Educ. 2006; 10(20):517-524 [acesso em 2013 Nov 21]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v10n20/17.pdf>.

Lefèvre F, Lefèvre AMC. Pesquisa de representação social. Um enfoque qualiquantitativo. Brasília: Líber Livro editora; 2012.

Lima EC, Vilasbôas ALQ. Implantação das ações intersetoriais de mobilização social para o controle da dengue na Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2011; 27(8): 1507-19.

Mendes EV, O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família/ Brasília: Organização Pan- Americana da Saúde, 2012. 512p. p.22 [acesso 2012.nov.10]. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/apsredes>.

Moysés SJ, Moysés ST, Krempel MC. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. Ciên saúde coletiva, 2004; 9(3): 627-641.

Moysés ST, Kusma SZ. Ambientes Saudáveis em Curitiba: Experiências de sucesso de ações intersetoriais de promoção da saúde e desenvolvimento local. Curitiba: 2009; 71p.

Moretti AC, Teixeira FF, Suss FMB, Lawder JAC, Lima LSM, Bueno RE, Moysés SJ, Moysés ST et al. Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR) Ciênc. saúde coletiva, 2010; 15(1): 1827-1834.

Nascimento DDG, Oliveira MAC. A política de formação de profissionais da saúde para o sus: considerações sobre a residência multiprofissional em saúde da família. Reme. 2006; 10(4):435-439. [acesso2013.dez.30]. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/S1415-27622006000400020>

Paula KA, Palha PF, Protti ST. Intersetorialidade : uma vivência prática ou um desafio a ser conquistado? O discurso do Sujeito Coletivo dos enfermeiros nos núcleos de saúde da Família do Distrito Oeste – Ribeirão Preto. Interface comum saúde educ. 2004; 8(15): 331-48.

Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Rev. Saúde Pública. 2001; 35(1): 103-9.

Rocha JBB, Zeitoune RCG. Perfil dos enfermeiros do programa saúde da família: uma necessidade para discutir a prática profissional. R Enferm UERJ. 2007; 15(1): 46-52.

Rocha SMM.; Almeida MCP. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. Rev latinoam Enferm. 2000; 9(6): 96-101.

Silva KL, Rodrigues AT. Ações intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. Rev bras enferm. 2010; 63(5): 762-69.

Secretária Municipal de Saúde de Piracicaba, Departamento de Atenção Básica. 2012.

Starfield B, Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; 2002: 207-45p.

Sperandio AMG, Machin DG, Fortunato MAB, Políticas integradas em rede e a construção de espaços saudáveis: boas práticas para a iniciativa do rosto, vozes e lugares. Organização Pan-Americana da Saúde; 2010 ;187p.

Wimmer GF, Figueiredo GO. Ação coletiva para qualidade de vida: autonomia, transdisciplinaridade e intersetorialidade. Ciênc. saúde coletiva. 2006; (11):145-154.

Zanetti TG, Van der Sand ICP, Girardon-Perlini NMO, Kopf A, Abreu PB. Perfil sócio profissional e formação de profissionais de equipes de saúde da família: Um estudo de caso. Cienc Cuid Saude. 2010; 9(3): 448-455.

## ANEXO 1



**COMITÊ DE ÉTICA EM  
PESQUISA  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE  
PIRACICABA  
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
CAMPINAS**



## CERTIFICADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da FOP-UNICAMP certifica que o projeto de pesquisa "**Avaliação da percepção dos profissionais inseridos na Estratégia Saúde da Família, em relação à intersectorialidade no município de Piracicaba**", protocolo nº 125/2012, dos pesquisadores Darlene Glória de Ávila Ferreira e Dagmar de Paula Queluz, satisfaz as exigências do Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde para as pesquisas em seres humanos e foi aprovado por este comitê em 14/11/2012.

The Ethics Committee in Research of the School of Dentistry of Piracicaba - State University of Campinas, certify that the project "**Assessment of the perceptions of health professionals involved in the Family Health Strategy in relation to intersectionality in Piracicaba**", register number 125/2012, of Darlene Glória de Ávila Ferreira and Dagmar de Paula Queluz, comply with the recommendations of the National Health Council - Ministry of Health of Brazil for research in human subjects and therefore was approved by this committee at 11/14/2012.

**Prof. Dra. Lívia Maria Andaló Tenuta**  
Secretária  
CEP/FOP/UNICAMP

**Prof. Dr. Jacks Jorge Junior**  
Coordenador  
CEP/FOP/UNICAMP

Nota: O título do protocolo aparece como fornecido pelos pesquisadores, sem qualquer edição.  
Notice: The title of the project appears as provided by the authors, without editing.

## ANEXO 2



### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado (a) Sr.(a),

**Convidamos você a participar da nossa pesquisa:** “Avaliação da percepção dos profissionais inseridos na Estratégia Saúde da Família, em relação à intersetorialidade no município de Piracicaba”.

**As informações contidas neste documento serão fornecidas pelos pesquisadores da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – Unicamp: Profa. Dra. Dagmar de Paula Queluz e aluna de pós-graduação, Darlene Glória de Ávila Ferreira (mestrado profissionalizante) para convidar e firmar acordo consentimento livre e esclarecido, através do qual você autoriza a participação, com total conhecimento da natureza dos procedimentos e riscos a que se submeterá, com a capacidade de livre-arbítrio e livre de qualquer coação, podendo desistir quando quiser. A sua colaboração, através de autorização e concordância em participar, é muito importante. Esclarecemos que sua participação é decorrente de sua livre decisão após receber todas as informações que julgar necessárias e que não haverá ônus a sua pessoa.**

#### **Pesquisadores responsáveis:**

A qualquer tempo (antes e durante a pesquisa), se você desejar mais informações sobre o nosso trabalho, por favor, ligue para:

Darlene Glória de Ávila Ferreira – tel. (19) 3423 2450

[dadalula@ig.com.br](mailto:dadalula@ig.com.br)

Dagmar de Paula Queluz - tel. ( 19) 2106 5277

End: Av Limeira, 901 cx postal 52 - 13914-903 Piracicaba – SP

[dagmar@fop.unicamp.br](mailto:dagmar@fop.unicamp.br)

**Justificativa:**

A pesquisa será realizada para obter informações dos profissionais destas Unidades de Saúde que auxiliem na instituição de medidas a favor da intersetorialidade auxiliando no planejamento de ações e estratégias.

**Objetivos:**

Avaliar a percepção dos profissionais inseridos na Estratégia Saúde da Família, em relação à importância da intersetorialidade em saúde, como ferramenta visando o empoderamento dos sujeitos sociais.

**Descrição da pesquisa:**

**Metodologia**

Somente depois que concordar em participar e assinar este documento, você será considerado voluntário. Você não deve se sentir obrigado a assinar nenhum documento e pode pedir todos os esclarecimentos que achar necessário. Você responderá, em seguida, após reflexão e leitura de um caso, algumas questões. As respostas ficarão sob a responsabilidade da pesquisadora principal e você terá garantia de sigilo em relação às respostas emitidas.

**Possibilidade de inclusão em grupo controle/placebo**

Não haverá grupo controle e placebo neste estudo.

**Métodos alternativos para obtenção da informação**

Não existem métodos alternativos para obtenção da informação.

**Descrição crítica dos desconfortos e riscos previsíveis**

Não há previsão de riscos aos participantes desta pesquisa.

**Descrição dos benefícios e vantagens diretas ao voluntário**

Você estará contribuindo com uma pesquisa científica que visa melhorar a qualidade do serviço prestado à comunidade.

**Forma de acompanhamento e assistência ao sujeito**



Os pesquisadores responsáveis darão assistência durante a pesquisa ou quando você solicitar, resolvendo problemas relacionados à pesquisa ou dúvidas a respeito da mesma.

### **Forma de contato com a pesquisadora e com o CEP**

Para entrar em contato com os pesquisadores:

Você terá contato direto com os pesquisadores Darlene Glória de Ávila Ferreira (19) 92912450, [dadalula@ig.com.br](mailto:dadalula@ig.com.br), Profa Dra Dagmar de Paula Queluz - tel.(19) 2106 5277 [dagmar@fop.unicamp.br](mailto:dagmar@fop.unicamp.br) .

Em caso de dúvida quanto aos seus direitos como voluntário da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa Humana da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, situado na Av. Limeira, 901 CEP: 13414-903, Piracicaba-SP, Fone/Fax: (19) 2106-5349; e-mail: [cep@fop.unicamp.br](mailto:cep@fop.unicamp.br); site: [www.fop.unicamp.br/cep](http://www.fop.unicamp.br/cep).

### **Garantia de esclarecimentos**

Você tem a garantia de que receberá respostas para qualquer pergunta e suas dúvidas sobre os procedimentos, sobre os riscos, os benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa serão esclarecidos. Os pesquisadores também assumem o compromisso de dar as informações obtidas durante o estudo, mesmo que isso possa afetar sua vontade em continuar participando do estudo.

### **Garantia de recusa à participação ou saída do estudo**

Você tem liberdade para retirar seu consentimento ou se recusar a continuar a participar do estudo, a qualquer momento, conforme determinação da Resolução 196/96 do CNS do Ministério da Saúde. Caso deixe de participar do estudo por qualquer razão, você não sofrerá qualquer tipo de prejuízo ou punição não perderá o direito ao tratamento na Unidade de Saúde da Família.

### **Garantia de sigilo**

Nós, os pesquisadores, prometemos resguardar todas as suas informações sobre a pesquisa e vamos tratar estas informações com impessoalidade, não revelando sua identidade.

### **Garantia de ressarcimento**

Não há previsão de ressarcimento de despesa, visto a pesquisa será realizada em horário onde o usuário estará na unidade de saúde para consulta, após a realização da mesma, e, portanto, você não terá gastos para participar da pesquisa.

### **Garantia de indenização e/ou reparação de danos**

Como não há riscos ou danos previsíveis, neste caso, não haverá indenização previsível. Caso ocorra algum imprevisto, ficam os pesquisadores responsáveis em indenizar em comum acordo com os voluntários, eventuais danos decorrentes desta pesquisa.

### **Cópia do Termo de consentimento:**

Você está recebendo duas cópias deste Termo, assinada pelo pesquisador é sua e a outra deverá ser assinada e devolvida.

Esperando contar com seu apoio, desde já agradecemos em nome de todos os que se empenham para melhorar a saúde de nossa população e a colaboração para com o incentivo à pesquisa científica.

### **AUTORIZAÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_, RG n \_\_\_\_\_ responsável por \_\_\_\_\_, certifico ter lido todas as informações acima citadas e estar suficientemente esclarecido de todos os itens pela pós-graduanda Darlene Glória de Ávila Ferreira, pesquisadora responsável na condução da pesquisa. Estou plenamente de acordo e aceito participar desta pesquisa “Avaliação da percepção dos profissionais inseridos na Estratégia Saúde da Família, em relação à intersectorialidade no município de Piracicaba”.

E recebi uma cópia desde documento.

Piracicaba, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012.

Nome: \_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinatura do Pesquisador: \_\_\_\_\_

**ATENÇÃO:** Em caso de dúvida quanto aos seu direito como voluntário da pesquisa, escreva para o Comitê de Ética em Pesquisa da FOP-UNICAMP: Av. Limeira, 901-CEP13414-900-Piracicaba-SP.

Telefone/fax: 19-21065349, email: [cep@fop.unicamp.br](mailto:cep@fop.unicamp.br)

Web site: [www.fop.unicamp.br/cep](http://www.fop.unicamp.br/cep)