

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA-EMESCAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS
PÚBLICAS E DESENVOLVIMENTO LOCAL**

MARIA DA CONCEIÇÃO OLIVEIRA SOUZA

**INTERSETORIALIDADE ENTRE AS POLÍTICAS DE
SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL: POSSIBILIDADES E
LIMITES EM PRESIDENTE KENNEDY- ES**

**VITÓRIA-ES
2020**

MARIA DA CONCEIÇÃO OLIVEIRA SOUZA

**INTERSETORIALIDADE ENTRE AS POLÍTICAS DE
SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL: POSSIBILIDADES E
LIMITES EM PRESIDENTE KENNEDY- ES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia – Emescam, como requisito parcial para obtenção do grau de mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maristela Dalbello-Araujo

Área de concentração: Política de Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local

Linha: Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais

VITÓRIA-ES
2020

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
EMESCAM – Biblioteca Central

S729i Souza, Maria da Conceição Oliveira
Intersetorialidade entre as políticas de saúde e assistência social
: possibilidades e limites em Presidente Kennedy – ES / Maria da
Conceição Oliveira Souza. - 2020.
119 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Maristela Dalbello-Araújo.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento
Local – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia
de Vitória, EMESCAM, 2020.

1. Políticas públicas. 2. Assistência social. 3. Inclusão social.
4. Intersetorialidade. 5. Cidadania – Presidente Kennedy (ES). I.
Dalberto-Araujo, Maristela. II. Escola Superior de Ciências da Santa
Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDD 362.4

MARIA DA CONCEIÇÃO OLIVEIRA SOUZA

**INTERSETORIALIDADE ENTRE AS POLÍTICAS DE
SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL: POSSIBILIDADES E
LIMITES EM PRESIDENTE KENNEDY- ES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia – Emescam, como requisito parcial para obtenção do grau de mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local

Orientadora: Dr^a. Maristela Dalbello-Araujo

Vitória-ES, 29 junho de 2020.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Maristela Dalbello-Araujo
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCAM
(Orientadora)

Prof^a. Dr^a. Angela Maria Caulyt Santos da Silva
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCAM (Membro
interno)

Prof^a. Dr^a. Adriana Ilha da Silva
Universidade Federal do Espírito Santo
(Membro externo)

Os que lutam

Existem homens que lutam um dia e são bons;
existem outros que lutam um ano e são melhores;
existem aqueles que lutam muitos anos e são muito bons.

Porém, existem os que lutam toda a vida.

Estes são os imprescindíveis

Bertold Brecht (1898-1956).

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por me iluminar em todos os momentos e por me fortalecer para concluir este trabalho.

Ao meu filho Miguel, pela doce presença em minha vida e pelo sorriso encantador nos momentos de retorno para casa.

Ao Márcio, meu esposo, pelo amor, apoio e compreensão da ausência durante esta árdua caminhada.

À orientadora Dr^a Maristela, por suas ponderações transformadoras, por sua disponibilidade, paciência e suas palavras de acalento nos momentos de aflição.

Ao corpo docente do programa de pós-graduação da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia pelos ensinamentos transmitidos que possibilitaram meu crescimento profissional e acadêmico.

Às professoras membros da banca de qualificação e dissertação Prof^a Dr^a. Angela Maria Caulyt Santos da Silva e Prof^a Dr^a Adriana da Ilha Silva pelos pertinentes apontamentos que engrandeceram esse estudo.

Aos colegas do Grupo de Pesquisa, pelos momentos de discussões, estudos e trabalho compartilhados. Muito obrigada!

À Silmara Aparecida Andrade Azevedo Silveira, membro do Projeto Integrado que contribuiu de forma especial ao realizar as entrevistas desta pesquisa.

À Prefeitura Municipal de Presidente Kennedy, que permitiu a realização do sonho de cursar um Mestrado através da concessão do auxílio estudo.

Aos participantes dessa pesquisa, que trouxeram conteúdos tão valiosos e viabilizaram o cumprimento dos objetivos aos quais essa investigação se propôs.

Agradeço de uma forma geral a todos que contribuíram direta ou indiretamente com a realização e concretização deste sonho.

RESUMO

A partir da inserção da Seguridade Social na Constituição Federal de 1988, a intersectorialidade ingressou na agenda pública com objetivo de proporcionar a integração de ações destinadas a assegurar os direitos relativos à Saúde, Assistência Social e Previdência Social, consolidando, desta maneira, o sistema de proteção social brasileiro. Assim, o debate sobre a intersectorialidade nas políticas sociais surgiu devido à necessidade de ações integradas para o enfrentamento das manifestações da questão social. A intersectorialidade aparece como um dos pressupostos, tanto da política de Saúde, quanto da política de Assistência Social, ora como integração, ora como articulação, sempre atrelada à dimensão técnica e operativa. Neste contexto, esta dissertação apresenta os resultados de uma pesquisa que investigou as possibilidades e limites da intersectorialidade, tendo como objetivo descrever as ações intersectoriais realizadas entre as políticas de Saúde e de Assistência Social, segundo a perspectiva dos gestores e profissionais no município de Presidente Kennedy-ES. A abordagem utilizada foi qualitativa de caráter exploratório, a partir de pesquisa documental e de campo. Foram eleitas como categorias de análise: A concepção de intersectorialidade segundo os gestores e profissionais da política de Assistência Social e Saúde; Planejamento das ações intersectoriais; Ações intersectoriais; Desafios/dificuldades para o exercício da intersectorialidade e benefícios da intersectorialidade. Os resultados do estudo expressaram quais são as ações intersectoriais desenvolvidas pelos técnicos e gestores do SUS e SUAS, demonstrando que se apresentam num processo incipiente e desafiador, pois estão atreladas às ações pontuais, dependentes de competência técnica-política de seus profissionais ou conjugada a determinados programas e projetos sociais, não se efetivando integralmente em nível institucional e estrutural. A articulação entre as políticas ainda se dá em um nível muito embrionário e necessita de maturação. Trata-se de um desafio expressivo, cuja superação requer o envolvimento de gestores e profissionais na construção de uma gestão democrática e comprometida com a integralidade da proteção social.

Palavras-chave: Intersectorialidade; Política Pública; Assistência Social; Saúde.

ABSTRACT

From the insertion of Social Security in the Federal Constitution of 1988, the intersectoriality entered the public agenda in order to provide the integration of actions aimed at ensuring the rights related to Health, Social Assistance and Social Security, thus consolidating the social protection system. Brazilian. Thus, the debate on intersectoriality in social policies arose due to the need for integrated actions to face the manifestations of the social issue. Intersectoriality appears as one of the assumptions, both in the Health policy and in the Social Assistance policy, sometimes as integration, now as articulation, always linked to the technical and operational dimension. In this context, this dissertation presents the results of a research that investigated the possibilities and limits of intersectoriality and aimed to describe the intersectoral actions carried out between Health and Social Assistance policies, according to the perspective of managers and professionals in the municipality of Presidente Kennedy -ES. The exploratory approach used was qualitative, based on documentary and field research. The following categories of analysis were chosen: The concept of intersectoriality according to the managers and professionals of the Social Assistance and Health policy; Planning of intersectoral actions; Intersectoral actions; Challenges / difficulties for the exercise of intersectoriality and benefits of intersectoriality. The results of the study expressed what are the intersectoral actions developed by SUS and SUAS technicians and managers, demonstrating that they are in an incipient and challenging process, as they are linked to specific actions, dependent on the technical-political competence of their professionals or combined with certain social programs and projects, not fully implemented at the institutional and structural level. The articulation between policies takes place, still, at a very embryonic level and needs maturation. It is an expressive challenge, whose overcoming requires the involvement of managers and professionals in the construction of a democratic management and committed to the integrality of social protection.

Keywords: Intersectoriality; Public Policy; Social Assistance; Health.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Documentos analisados na pesquisa documental.	20
Quadro 2- Políticas Públicas.	26
Quadro 3 – Síntese Tipificação Nacional do Serviços Socioassistenciais.....	35

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

ADAPS – Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária a Saúde

APS – Atenção Primária a Saúde

BPC – Benefício de Prestação Continuada

CF - Constituição Federal

CADÚNICO – Cadastro Único para Programas Sociais

CAPACITASUAS - Programa Nacional de Capacitação do Sistema Único de Assistência Social

CNAS – Conselho Nacional de Assistência Social

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

COVID-19 - Coronavirus Disease 2019

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social

ESF – Estratégia Saúde da Família

EACS – Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde

eAP - Equipe de Atenção Primária

eSB - Equipe de Saúde Bucal

eCR - Equipe Consultório de Rua

EABp – Equipe de Atenção Básica Prisional

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada

LOS – Lei Orgânica da Saúde

LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social

NASF – AB – Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

NOB – Norma Operacional Básica

NOB-RH/SUAS - Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social

NOBSUAS - Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social

ONU – Organização das Nações Unidas

PACS – Programas de Agentes Comunitários de Saúde

PAIF – Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família

PBF – Programa Bolsa Família

PNAISP - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional

PNAS – Política Nacional de Assistência Social

PSB - Proteção Social Básica

PSE – Proteção Social Especial

PSF – Programa Saúde da Família

RAS – Rede de Atenção a Saúde

SCFV – Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFF – Universidade Federal Fluminense

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2. OBJETIVOS	14
2.1 OBJETIVO GERAL	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
3 METODOLOGIA	15
4 DA GÊNESE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS AO RECONHECIMENTO DOS DIREITOS SOCIAIS	22
4.1 POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL	28
4.1.1 O sistema Único de Assistência Social e seus níveis de gestão.	32
4.2 POLÍTICA DE SAÚDE	39
4.2.1 Atenção Básica à Saúde.	41
4.3 INTERSETORIALIDADE	49
4.4 INTERSETORIALIDADE ENTRE AS POLÍTICAS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL	54
5 EM BUSCA DA INTERSETORIALIDADE.	62
5.1 A CONCEPÇÃO DA INTERSETORIALIDADE SEGUNDO OS TÉCNICOS DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E SAÚDE	65
5.2 CONCEPÇÃO DOS GESTORES DA POLÍTICA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E SAÚDE EM RELAÇÃO À INTERSETORIALIDADE	66
5.3 PLANEJAMENTO DAS AÇÕES INTERSETORIAIS	68
5.4 AÇÕES INTERSETORIAIS	70
5.5 ENTRAVES E DIFICULDADES PARA EXERCÍCIO DA INTERSETORIALIDADE	76
5.6 BENEFÍCIOS DA INTERSETORIALIDADE	78
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
REFERÊNCIAS	84
APÊNDICES	95
ANEXOS	115

1 INTRODUÇÃO

*Eu quase nada sei, mas desconfio de muita coisa
(GUIMARÃES ROSA, 1979).*

Esta dissertação é fruto das inquietações originadas pelas experiências profissionais da autora. Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal Fluminense de Campos dos Goytacazes – UFF em outubro de 2004, atuou por um período consecutivo de três anos (2005 a 2008) no Serviço Social Hospitalar de um município do Estado do Rio de Janeiro, localizado na região noroeste fluminense. Após aprovação em concurso público, atua como servidora nos municípios de Presidente Kennedy e Piúma/ES desde o ano de 2008. Após percorrer por demais secretarias, como Educação e Assistência Social, hoje atua na Secretaria Municipal de Saúde em Presidente Kennedy. Já município de Piúma, lotada na Secretaria Municipal de Saúde em 2008, desenvolve atividades profissionais no Programa do Tabagismo, Programa de Saúde Mental e Plantão Social.

A aproximação com o tema ocorre devido a atuação como Assistente Social e a vivência diária da necessidade de ações intersetoriais entre as políticas públicas e a complexidade da realização desse tipo de trabalho. Já a escolha por Presidente Kennedy se dá pela previsão legal da concessão do auxílio estudo aos servidores efetivos municipais, incluindo pós-graduação *stricto sensu*.

Partindo destes pressupostos, esta pesquisa pretende abordar a relevância da intersetorialidade e do trabalho em rede como instrumento de viabilização para integração entre as políticas públicas.

A intersetorialidade ganhou visibilidade na medida em que não se verificava a eficiência, efetividade e eficácia esperadas na implementação das políticas setoriais, principalmente as que se referem ao atendimento das demandas da população e aos recursos disponibilizados para sua execução.

A partir do reconhecimento da Saúde e da Assistência Social como política pública, através da Constituição Federal de 1988 e das posteriores legislações - Leis Orgânicas, Normas Operacionais Básicas e Sistema Único -, a intersetorialidade

passou a integrar as discussões, às vezes com sentido similar - interface, conexão - como no caso da Política de Assistência Social.

O desafio de superar a fragmentação das políticas sociais no interior do aparelho do estado municipal é uma questão que se discute desde os anos 1980, mas é somente no final da década seguinte que a proposta de intersectorialidade começa a ser testada na prática (FAUSTINO, 2014, p. 5).

A política de Assistência Social e a política de Saúde de caráter integral, ao instituírem a intersectorialidade como um de seus eixos estruturantes, passaram a enfrentar os desafios de um ambiente historicamente setorial, fruto das interferências do modelo cartesiano na intervenção estatal. Este fato é ainda agravado pela cultura da política nacional, caracterizada por ações de caráter clientelista, paternalista e assistencialista (PEREIRA; TEIXEIRA, 2013, p. 122).

A intersectorialidade, portanto, deve expressar a articulação entre as políticas públicas, através do desenvolvimento de ações conjuntas, independentemente do nível de atenção, e dedicar-se ao enfrentamento das desigualdades sociais identificadas nas distintas áreas. Destarte, a intersectorialidade passou a ser um dos requisitos para a implementação das políticas setoriais, almejando sua efetividade por meio da articulação entre instituições governamentais e a sociedade civil.

Deste modo, partimos da indagação: Quais as possibilidades e limites para a atuação dos técnicos dos equipamentos públicos do SUS e SUAS frente à intersectorialidade?

A relevância teórica de pesquisar a intersectorialidade se justifica por tratar de um tema que apresenta aspectos importantes e que precisam ser aprofundados. Este trabalho, assim, contribuirá para a construção do conhecimento e para o enriquecimento dos processos reflexivos acerca dos temas.

Os resultados desta pesquisa poderão contribuir para o desvendamento das possibilidades e limites para efetivação da intersectorialidade entre as políticas públicas municipais. Desta forma, irá colaborar para melhor compreensão do fenômeno, reforçando uma atuação mais qualificada daqueles que a executam e prestam serviços nos equipamentos municipais, de modo que as ações a serem desenvolvidas possam contribuir para a inclusão social, acesso e garantia de direitos dos usuários.

Assim, nas páginas que se seguem, o leitor poderá contextualizar, de forma geral, o surgimento das Políticas Públicas, com destaque para a instituição da Seguridade Social (marco do sistema de proteção social brasileira), com ênfase nas políticas não contributivas: Saúde e Assistência Social. Serão detalhados os procedimentos metodológicos que foram adotados para a condução desta pesquisa a fim de alcançar os objetivos propostos. Assim como apresentados os resultados, incluindo a sua discussão com os autores de referência.

Considerando que o objetivo desta pesquisa foi descrever as ações intersetoriais entre as políticas de Saúde e Assistência Social no município de Presidente Kennedy, vamos conhecer as ações que os profissionais têm conseguido realizar e discutir teoricamente, incluindo as implicações que permeiam a intersetorialidade entre essas políticas. Diante das várias concepções em torno da intersetorialidade, este estudo busca compreendê-la como articulação, planejamento, execução e avaliação conjunta de programas, projetos e/ou ações, envolvendo duas políticas públicas: Saúde e Assistência Social.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Descrever as ações intersetoriais realizadas entre as políticas de Saúde e de Assistência Social, segundo a perspectiva dos gestores e profissionais.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Indicar pontos comuns presentes nas políticas do SUS e SUAS quanto à Intersetorialidade;
- Verificar a compreensão que os técnicos e gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) possuem acerca do conceito de intersetorialidade;
- Identificar os entraves, as dificuldades e os benefícios das ações intersetoriais.

3 METODOLOGIA

A necessidade de atuarmos sobre a realidade é o que nos conduz ao conhecimento. Não obstante, para intervir, é preciso conhecer, para o que há que se ter procedimentos adequados (GUERRA, 2009, p. 715).

Esta pesquisa faz parte de um projeto integrado/guarda-chuva¹, realizado por uma equipe de quatro pesquisadores, todos inseridos no Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da EMESCAM. Este projeto contemplou dois municípios do sul capixaba: Presidente Kennedy e Divino São Lourenço (Região do Caparaó), sendo eleitas as secretarias de Saúde e Assistência Social tendo como participantes os gestores e profissionais de nível superior que integram a equipe de trabalho dos programas e serviços executados pelas políticas de Saúde e Assistência Social.

Propôs-se estudar a intersectorialidade entre as Políticas Públicas de Assistência Social e Saúde com o objetivo de identificar a percepção dos profissionais e gestores sobre as ações intersectoriais, sendo estas realizadas em uma Unidade Básica Saúde (UBS) - com modelo de atenção de cobertura universal pela Estratégia Saúde da Família (ESF) - localizada na cidade de Presidente Kennedy- ES, assim como nos Serviços de Proteção Social Básica (PSB), efetuados pela Secretaria Municipal de Assistência Social do mesmo município.

A abordagem metodológica utilizada foi a pesquisa de caráter qualitativo, utilizando-se das técnicas de análise documental e entrevista semiestruturada. De acordo com DALBELLO-ARAÚJO (2008), a pesquisa qualitativa é compreendida como uma abordagem que prioriza a análise de intenções e significados de ações humanas, captando a processualidade de sua dinâmica.

Neste sentido, para Minayo (2009, p. 21),

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

¹ Projetos Integrados/"Guarda-Chuva" são aqueles que se articulam e/ou se desdobram em outros (sub)projetos que são desenvolvidos em parceria com profissionais de outras instituições e/ou centros de pesquisa ou com estudantes em formação nos cursos *lato e stricto sensu*.

A escolha pela pesquisa qualitativa ocorreu ao considerarmos que ela priorizará a subjetividade das respostas, já que o objeto pesquisado é construído por pessoas pertencentes a um determinado contexto histórico, com realidades profissionais distintas – profissionais e gestores atuantes na política de Assistência Social e Saúde – o que impacta em suas concepções acerca da intersetorialidade.

Buscou-se analisar as percepções dos sujeitos pesquisados sobre sua realidade, tendo como principais características a análise de palavras (narrativas), a análise indutiva (sem preocupação com as totalidades) e a análise subjetiva, na qual o pesquisador se envolveu ao processo, gerando categorias para analisar os fenômenos, além de se ocupar com o nível de realidade que não pode ser quantificado.

A intenção foi descrever, em sua complexidade, um fato social a ser investigado através de métodos e técnicas produzidos para se aprofundar ao objeto de estudo. Deste modo, foi considerado como importante o contato próximo entre a pesquisadora e a realidade na qual o objeto de estudo está inserido, já que esta abordagem permite compreender, expor e decifrar a amplitude e a complexidade deste contexto (MARTINS; THEÓPHILO, 2009).

Conforme descrito em Trivinos (1997), o processo de trabalho científico em pesquisa qualitativa foi composto por três etapas:

1 - Fase exploratória – Nesta fase foi planejado o projeto de pesquisa, cujos elementos constitutivos foram: escolha do tema; delimitação do problema e do objeto; definição da natureza e do propósito do estudo com seus objetivos geral e específicos.

A construção do marco teórico-conceitual foi construída através da reflexão e análise das categorias: Política Pública, Política de Saúde e de Assistência Social e Intersetorialidade, inerentes ao objeto de estudo. Ademais, foi construída a metodologia com seus instrumentos de coleta de dados, definição do tempo de pesquisa e dos recursos, além de citar as fontes pesquisadas.

2 - Fase de trabalho do campo – Execução da pesquisa, fase que permitiu a aproximação da pesquisadora à realidade do seu questionamento e a interação dos

diferentes atores que representam esta realidade. O instrumento utilizado foi a entrevista semiestruturada com os profissionais e gestores das políticas de Assistência Social e Saúde.

3 - Fase da análise e tratamento do material empírico e documental – Nesta fase foram detalhadas a análise e interpretação dos dados.

Em suma, a pesquisa se desenvolveu em três fases, a primeira tratou da pesquisa documental; a segunda ocupou-se da pesquisa de campo propriamente dita e a última fase deteve-se na avaliação e análise dos dados qualitativos.

Quanto à caracterização, a pesquisa foi exploratória, de acordo com Gil (2008), ela visa propiciar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo explícito ou a produzir hipóteses, tendo como principal objetivo o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições.

Os participantes foram profissionais e gestores da política de Assistência Social e da Saúde do município de Presidente Kennedy-ES. Para tanto, priorizamos o nível de Proteção Social Básica do SUAS (CRAS e SCFV), abrangendo os serviços prestados nesta proteção e no SUS a Atenção Primária a Saúde(ESF).

A escolha das (os) entrevistadas (os) levou em consideração a experiência de atuação no serviço e a disponibilidade das (os) mesmas (os) durante o desenvolvimento do trabalho de campo. Não participaram da pesquisa os profissionais que estavam ausentes no período da coleta de dados em virtude da pandemia², que ocasionou a liberação de alguns profissionais do trabalho, como fisioterapeutas e assistentes sociais. A amostra do estudo foi composta, portanto, pelos profissionais e gestores que estiveram disponíveis para participar e que se enquadravam nos critérios de inclusão previamente estabelecidos.

Antes das entrevistas serem iniciadas, foi realizado um contato prévio com a Secretaria de Assistência Social e de Saúde do Município. Posteriormente, foi realizado contato direto, via telefone, com os participantes, momento em que foram explicados os objetivos do estudo e realizado o convite para as entrevistas,

²A causa da pandemia é uma doença respiratória denominada COVID-19 (do inglês *Coronavirus Disease 2019*). A doença é causada pela infecção com o coronavírus da síndrome respiratória aguda grave.

agendadas a partir da disponibilidade de cada participante. Participaram desta pesquisa sete gestores e onze profissionais de ensino superior que atuam nas Secretarias de Assistência Social (Proteção Social Básica) e Saúde (Atenção Primária a Saúde), totalizando 18 participantes (grupo que representa o todo). Todos possuem mais de seis meses de atividade no município, desta forma, seus depoimentos contribuíram com a pesquisa.

Vale frisar que os equipamentos públicos localizados na sede do município foram selecionados em virtude da acessibilidade devido à densidade demográfica de Presidente Kennedy e em virtude de pertencerem ao mesmo território e mesmo nível de proteção.

A coleta de dados se deu por meio de entrevista semiestruturada, que teve como objetivo construir informações pertinentes, consistindo numa comunicação e interação verbal entre a pesquisadora e o pesquisado. Neto (2009, p. 57) conceitua a entrevista como “um termo bastante genérico, está sendo por nós entendida, como uma conversa a dois, com propósitos bem definidos”.

A entrevista buscou captar a fala dos participantes em relação às ações intersetoriais desenvolvidas. Assim, obtivemos também elementos como relações, práticas, cumplicidades, omissões que perpassam o cotidiano. Segundo Flick (2004), a entrevista semiestruturada é um dos alicerces metodológicos da pesquisa qualitativa. As questões são trazidas na situação de entrevista de forma mais ou menos aberta como forma de um guia.

Como instrumento para pesquisa, foi utilizado um roteiro para entrevista semiestruturada (Apêndice A), sendo um guia para a pesquisadora, além de permitir flexibilidade nas conversas e introdução de novos temas, assegurando que os pressupostos levantados pela pesquisadora sejam cobertos na conversa.

O objetivo é que cada pergunta dê forma e conteúdo ao objeto de estudo (intersectorialidade), ao demonstrar a inter-relação entre o objeto e os objetivos da pesquisa, contribuindo com os significados da pesquisadora e dos entrevistados. Constitui-se no elemento facilitador da abertura, ampliação e aprofundamento da comunicação.

As entrevistas foram pré-agendadas, sendo realizadas individualmente e nos locais de trabalho dos participantes, ou seja, nos equipamentos públicos. No caso dos gestores que não atuam nos equipamentos, a entrevista foi realizada na própria secretaria da qual o entrevistado faz parte. Vale frisar que foi realizado um pre- teste para validar o instrumento de pesquisa.

As entrevistas foram realizadas por uma pesquisadora do Projeto Integrado residente de outro município, objetivando a fidedignidade dos dados. Ocorreram no mês de março de 2020, sendo gravadas em áudio, após comunicação e obtenção da autorização pelo entrevistado, e posteriormente transcritas para melhor tratamento dos dados e análise do seu conteúdo.

Para conseguir indicar pontos comuns presentes nas políticas do SUS e ao SUAS quanto à Intersetorialidade - um dos objetivos específicos aqui destacados - realizamos pesquisa de caráter documental. Segundo Gil (2008), esta modalidade pode ser uma importante ferramenta no que tange à análise detalhada de materiais que ainda não foram examinados, permitindo o acesso a informações mais aprofundadas acerca da organização e funcionamento do local em que os dados foram levantados.

A pesquisa documental foi sistematizada em três etapas distintas: levantamento das fontes/documentos; apuração e organização dos documentos e análise final dos dados.

Na primeira etapa, localizamos as fontes e, a partir delas, os documentos necessários para a pesquisa. Não havia preocupação com a análise propriamente dita, que seria núcleo do trabalho subsequente, e com a organização do material. No entanto, as fontes sempre eram anotadas e a documentação arquivada.

Através da pesquisa documental foram explorados documentos oficiais que figuram como diretrizes e normativas reguladoras do Sistema Único de Saúde (SUS) e Sistema Único de Assistência Social (SUAS), especialmente aquelas que norteiam a Proteção Social Básica do SUAS e Política Nacional de Atenção Básica do SUS. Neste aspecto, detemo-nos nas partes dos documentos que mencionavam a intersetorialidade ou utilizavam sinônimos que pudessem nos levar ao entendimento do termo.

O *corpus* (conjunto de documentos) da pesquisa foi composto por seis documentos oficiais, sendo três originários da Política Pública de Saúde e três pertencentes à Assistência Social. Desta forma, objetivou listar pontos comuns presentes nas políticas do SUS e do SUAS quanto à Intersetorialidade.

SAÚDE	ASSISTÊNCIA
Constituição Federal de 1988	Constituição Federal de 1988
Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990	Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993, atualizada pela Lei n. 12.435, de 2011 -Dispõe sobre a organização da Assistência Social
Portaria n. 2436, de 21 de setembro de 2017-Política Nacional de Atenção Básica	Política Nacional de Assistência Social — PNAS 2004

Quadro 1 - Documentos analisados na pesquisa documental. Fonte: a autora

Na etapa seguinte ocorreu a apuração e organização dos documentos mediante leituras sucessivas, exaustivas e sistemáticas, nas quais buscou-se identificar as ações previstas nas legislações relacionadas aos objetivos da pesquisa. Os parágrafos do documento que continham a palavra intersectorialidade, assim como expressões que assimilassem ao termo, foram destacados.

Foi realizada, então, uma releitura desses parágrafos destacados e organizada uma tabela, utilizando o programa Microsoft Word; nela foram transcritos os parágrafos correspondentes à intersectorialidade, classificando-os quanto ao item ou subitem do documento ao qual eles pertenciam. As informações organizadas desta forma permitiram uma releitura dos dados, possibilitando identificar o termo, um a um. Estes, foram separados e dispostos numa relação à parte, chamada de roteiro da análise documental (Apêndice E).

Na terceira e última etapa, procedeu-se à interpretação analítica das categorias formadas na etapa anterior, valendo-se, para tanto, da inferência e sua associação ao referencial teórico adotado neste estudo.

Além de contribuir para uma breve análise dos principais instrumentos normativos federais que regulam o SUS e o SUAS - desde a promulgação da Constituição brasileira de 1988 até os dias atuais -, o tratamento analítico dos documentos

oficiais selecionados possibilitou a identificação dos pontos comuns presentes nas políticas do SUS e do SUAS, quanto à Intersetorialidade.

O conteúdo das entrevistas foi analisado através da análise de conteúdo. Optou-se por elencar as etapas da técnica segundo Bardin (2010), a qual as organiza em três fases: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Na pré-análise foi realizada a organização do material analisado com o objetivo de torná-lo operacional, sistematizando as ideias iniciais. A exploração do material consistiu na decomposição do corpus em unidades, buscando extrair do texto as unidades de análise e em seus agrupamentos, compondo as categorias de análise.

A terceira fase diz respeito ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Nela, ocorreu a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais; foi o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica (BARDIN, 2010).

Cabe salientar que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da EMESCAM sob o Parecer nº 3.730.399.

4 DA GÊNESE DAS POLITICAS PÚBLICAS AO RECONHECIMENTO DOS DIREITOS SOCIAIS

Os homens fazem sua própria história, mas não a fazem como querem; não a fazem sob circunstâncias de sua escolha, e sim sob aquelas com que se defrontam diretamente, legadas e transmitidas pelo passado (MARX, 2006, p. 7).

A desigualdade social é fruto da exploração do trabalho pelo capital e origina a Questão Social. A Questão Social surgiu do pauperismo da classe trabalhadora na Europa Ocidental, com surgimento da industrialização. Segundo Gois (2017, p. 8) “quanto mais o trabalhador produz riqueza, maior é a expropriação desta pelo capitalista”.

Em sua concepção inicial, a questão social se constituiu como fator decorrente das relações produtivas (modo de produção e relação de conflito entre capital e trabalho) desencadeadas pela Revolução Industrial ocorrida na Europa no Séc. XIX (por volta de 1830). Isso se dá pelo pauperismo da classe trabalhadora, manifestado pela primeira vez nos primórdios da industrialização.

A pauperização em massa dos trabalhadores nas concentrações industriais ocorreu no início da Revolução Industrial na Inglaterra, França e em outros países europeus. Este empobrecimento foi uma peculiaridade do rudimentar processo de industrialização, que acarretava um enorme custo social, constituindo uma superpopulação urbana, flutuante e miserável, sujeita a condições de vida degradantes.

As lutas dos trabalhadores obrigaram o Estado a assumir a responsabilidade pela mediação do conflito de classes (NETTO, 2001). Através das revoltas, os trabalhadores tornaram visíveis suas condições de vida - precárias - e colaboraram ainda para que elas fossem reconhecidas como expressões da Questão Social.

O proletariado vai se organizando como classe trabalhadora (em sindicatos e partidos), e a partir desse movimento, suas lutas e reivindicações atingem melhores condições de trabalho, e assim, tem-se início as primeiras instituições de proteção social.

Os trabalhadores não se limitavam a conseguir que as desigualdades sociais fossem reconhecidas, e sim, clamavam pela intervenção dos poderes políticos na regulação pública das condições de vida e de trabalho. Devido a este fato, a classe trabalhadora organizada pressiona o Estado para assumir suas demandas como expressões da Questão Social.

Para Iamamoto (2005), um problema social torna-se efetivamente Questão Social quando é assumido politicamente; neste sentido, as pressões da classe trabalhadora organizada forçam a sociedade a introduzir seus dilemas na pauta de atuação dos órgãos públicos. Se a população não fosse abandonada frente às situações de exclusão impostas pelo sistema capitalista, não ocorreria a incorporação do pauperismo da classe trabalhadora na agenda pública.

Com o desenvolvimento do trabalho e da urbanização, são instituídos no âmbito do Estado mecanismos de proteção social, complementares ou substitutos da função social, concebendo, assim, a emergência da política social nas sociedades contemporâneas. É importante lembrar que tais funções eram, até então, desempenhadas apenas pela família, religião e comunidade.

As lutas por direitos sociais geraram o avanço da democracia, o que levou o Estado a se envolver gradativamente no campo social, em uma abordagem pública da questão, formando nova estrutura de intervenção nas relações sociais, seja por meio de legislações laborais ou de mecanismos de proteção social.

Os primeiros conceitos em torno das políticas públicas nasceram atrelados ao avanço do modo de produção capitalista associado à luta de classes e ao desenvolvimento da intervenção própria do Estado, com o objetivo de atuar nas refrações da questão social. Ou seja, no conjunto dos problemas sociais, políticos e econômicos que se colocaram em cena com o surgimento da classe operária dentro da sociedade capitalista (IAMAMOTO, 2005).

Assim, o Estado passou a intervir na questão social através da política pública como forma de diminuir os conflitos e as contradições geradas pelo processo de acumulação capitalista. A proporção que procurava atender determinadas necessidades sociais da população - desencadeadas pelas desigualdades sociais, econômicas e políticas - visava manter a ordem para que o indivíduo não se

manifestasse e se revelasse contra o Estado.

As políticas públicas quando surgiram estavam ligadas diretamente às ações assistenciais, que indicavam um aspecto de caridade, voluntariado e assistencialismo, que não reconheciam os indivíduos como sujeitos de direitos. O objetivo da intervenção na pobreza era a manutenção do modo de produção capitalista.

Autoras como Behring e Boscheti (2010) citam que o surgimento das políticas públicas foi gradual e diversificado entre os países. Isto porque dependeu de como se deu a organização dos movimentos sociais e pressão da classe trabalhadora, do nível de desenvolvimento das forças produtivas e das correlações e composições de força no âmbito do Estado.

As políticas públicas são, assim, frutos do processo histórico que se desenvolveu de maneira distinta em cada país, de acordo com seu contexto sócio-histórico-político, não encontrando-se livre de discontinuidades e retrocessos, bem como não se constitui como um fenômeno isolado e iniciado no vácuo (PEREIRA, 2010).

Contudo, autores como Gianezie e colaboradores (2017) citam que a ideia de política pública é algo complexo, em virtude de não existir uma teoria completa e definida sobre o tema, e sim, vários conceitos que formam o que pode ser traduzido como política pública.

O termo “política pública” envolve vários ramos do pensamento humano e é um conceito interdisciplinar, pois sua descrição e definição incluem diversas áreas do conhecimento como: Ciências Sociais Aplicadas, Ciência Política, Economia e Ciência da Administração Pública. Este conceito possui como objetivo o estudo do problema central, ou seja, o processo decisório governamental (DIAS; MATTOS, 2012).

Para Agum, Riscado e Menezes (2015), não existe uma definição única para interpretar o conceito de políticas públicas. Isso porque ao longo das décadas foi sendo ressignificada e considera como aceitável a definição de Política Pública como aquela em “que o governo escolhe ou não fazer”.

No entanto, o desenvolvimento das políticas públicas, em especial as protetivas, expande a esfera de atuação pública, o que permite aos cidadãos terem acesso a recursos, bens e serviços sociais necessários sob múltiplos aspectos e dimensões da vida: social, econômica, cultural, política, ambiental, entre outras.

As políticas públicas são, assim, instrumentos para efetivar os direitos do cidadão, intermediando o pacto entre o Estado e a sociedade. Não há, entretanto, certeza de que os direitos sociais sejam efetivados, pois tudo irá depender da maior ou menor representatividade que cada segmento possui (ESTEVIÃO; FERREIRA, 2018, p. 5).

Em decorrência desses fatos, para Chrispino (2016) o conceito de política pública é oriundo de diversas variáveis (constructo) e seu significado será tão distinto quanto os valores, ideologias, contextos, ética, etc de seu formulador. Conseqüentemente,

São ações empreendidas ou não pelos governos que deveriam estabelecer condições de equidade no convívio social, tendo por objetivo dar condições para que todos possam atingir uma melhoria da qualidade de vida compatível com a dignidade humana (DIAS; MATTOS, 2012, p. 12).

Segundo Cordeiro (2014), na perspectiva da justiça social, as políticas públicas são concebidas como estratégia para a realização dos direitos, e neste âmbito, voltam-se ao atendimento das necessidades sociais, possibilitando aos cidadãos terem acessos a recursos e serviços indispensáveis para a vida cotidiana. A política pública, ou política social

Visa concretizar direitos sociais conquistados pela sociedade e incorporados nas leis. Ou melhor, direitos sociais declarados e garantidos nas leis são, de regra, conquistas da sociedade e só tem aplicabilidade por meio de políticas públicas, as quais, por sua vez, operacionalizam-se por meio de programas, projetos e serviços (PEREIRA, 2009, p. 95).

Vale ressaltar que a efetivação dos direitos sociais dependerá da intervenção do Estado, visto que ele é o regulador das políticas públicas que materializam os direitos sociais em políticas sociais e, com isso, cabe a sociedade civil acompanhar sua efetivação, por meio do controle social.

Outrossim, a promulgação da Constituição Federal (CF) de 1988 foi considerada como o marco legal de lutas e conquistas referentes à ampliação dos direitos sociais e políticos, principalmente, com a redefinição da Seguridade Social. Com a Constituição de 1988 foram dispostas novas bases para o atual Sistema de Proteção Social brasileiro, com o reconhecimento de direitos sociais das classes subalternizadas em nossa sociedade (YASBEK, 2010).

Antes da Constituição Federal	Após a Constituição Federal
Caritativa	Campo do direito
Filantropia	Universalização do acesso
Voluntarista	Responsabilidade estatal
Paternalista	Participação da população
Vínculo trabalhista	Descentralização político-administrativa.

Quadro 2 - Políticas públicas. Fonte: a autora

A referida constituição instituiu a Seguridade Social e ampliou o compromisso entre Estado e sociedade em garantir um conjunto de condições dignas de vida a todos os cidadãos. Trata-se de um novo padrão coletivo de civilização, dedicado à dignidade humana de todos os cidadãos de uma comunidade.

A concepção de Seguridade Social na CF de 1988 é compreendida como um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a garantir os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social (BRASIL, 2016).

A Seguridade Social prevê aos cidadãos o acesso a um conjunto de seguranças, que cubra, reduza ou previna situações de risco e de vulnerabilidades pessoais e sociais. Portanto, concentrou três importantes políticas sociais constituindo seu tripé: Saúde, Previdência Social e Assistência Social, que possuem traços diferenciados quanto a sua forma de provisão e acesso.

O objetivo da Seguridade é agrupá-las em torno de dois eixos diferenciados: um contributivo, representado pela Previdência Social e outro não contributivo e distributivo, concebido pelas políticas de Saúde e de Assistência Social, que, por sua vez, foram constituídas por meio de sistemas únicos; o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

Presenciamos a Saúde se incumbindo da garantia de proteção integral como direitos de todos e dever do Estado; a Assistência Social um direito não contributivo para atender aqueles que dela necessitarem e a Previdência, até os dias de hoje, é um regime contributivo público obrigatório para todos os trabalhadores, presumindo uma solidariedade entre gerações para cobrir vulnerabilidades aos trabalhadores segurados.

A proposta ao estabelecer a Seguridade Social foi constituir um conjunto integrado de políticas sociais de caráter universal, cuja diretriz é a integração dos setores para a consecução das ações públicas. Objetivando, assim, ultrapassar as práticas fragmentárias e preservando, contudo, as especificidades de cada área. No entanto, mantiveram-se as características de fragmentação e segmentação existentes anteriormente entre as políticas (MONNERAT, 2011).

Para autores como Monnerat e Souza (2011), Nogueira (2001), Miotto e Schutz (2011) e Sposati (2018), a Seguridade Social não se constituiu na prática, apesar da existência legal e formal.

Seus três pés, fincados em três políticas, cujas matrizes de atenção são desarticuladas entre si, pois operam por lógicas próprias, não constroem concepção e articulação unitária da Seguridade Social (SPOSATI, 2018, p. 2318).

Vianna (2002) cita que este conjunto de leis firmou caminhos diferenciados para as políticas sociais que compõem o tripé da seguridade e, conseqüentemente, tornou mais difícil a articulação dos sistemas de proteção social preconizado pela Constituição.

Ademais, a ideia de proteção integral tem se constituído numa meta a ser almejada por todos aqueles que apostam nas premissas colocadas pela CF de 1988. Isso porque os descaminhos vivenciados no processo para a implantação da Seguridade Social no Brasil levaram a constituição e organização da Seguridade em ministérios distintos, assim como leis e políticas sociais vinculadas a cada uma das áreas com seu financiamento diferente e desigual.

Para a consecução da proteção integral, é necessária pressuposição de políticas sociais articuladas intersetorialmente (SCHUTZ; MIOTTO, 2011). Em outras palavras, a CF de 1988, conhecida como Constituição cidadã, ratificou o ideário da universalização das políticas sociais no Brasil, numa fase em que as condições econômicas para atingir o universalismo estavam cada vez mais precárias.

A partir dos anos 90, a conjuntura no Brasil é permeada por duas perspectivas: de caráter neoliberal, cujo objetivo é diminuir os gastos públicos e restringir a atuação do Estado, com as políticas sociais substituindo as responsabilidades para a sociedade civil; e a segunda, que é de um Estado Social provedor da proteção

social através da expansão das políticas públicas.

O neoliberalismo incluiu em suas propostas a descentralização, que é uma forma de reorientar os gastos, cabendo à esfera municipal a organização e a operacionalização dos programas sociais; juntamente, é incluído o processo de focalização, com o objetivo de focar e direcionar o gasto social aos programas e a uma população alvo.

A seleção é feita de acordo com o grau de urgência, dirigindo aos setores mais empobrecidos da população, priorizando os programas compensatórios, em lugar da universalidade, transformando as políticas sociais em ações pontuais e compensatórias (GOIS, 2017).

4.1 POLITICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

A instituição da política de Assistência Social ocorreu em uma conjuntura extremamente desfavorável em virtude do neoliberalismo, sendo regulamentada como política pública apenas em 1993, a partir de um movimento de luta articulado nacionalmente. Seus principais atores foram trabalhadores da área da assistência e organizações da sociedade civil.

A lentidão na efetivação de tal política decorreu da conjuntura neoliberal cujos ajustes estruturais da economia tornaram-se incompatível com os investimentos sociais ocasionando o crescimento da pobreza, desemprego e indigência (RIBEIRO, 2015, p. 38).

Apesar do retardatário reconhecimento da política de assistência social como política pública, para Sposati (2009), sua inclusão na Seguridade Social foi uma decisão plenamente inovadora. Isso pois tratou esse campo da política pública como responsabilidade estatal, e não como uma nova ação, com atividades e atendimentos eventuais; por desnaturalizar o princípio da subsidiariedade, pela qual a função da família e da sociedade antecedia a do Estado e por introduzir um novo campo em que se efetivam os direitos sociais.

A Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS - (BRASIL, 1993) regulamentou os artigos 203 e 204 da CF, e se constituiu como o marco a ser buscado como referência por aqueles que estão comprometidos com a redução da exclusão social através da garantia dos direitos sociais.

A institucionalização da Assistência Social como Política Pública introduziu a ela um novo significado:

A assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas (BRASIL, 2017, p. 8).

Com o avanço da LOAS, ocorreu a provisão de mínimos sociais e patamar de dignidade humana, tendo como bandeira de luta o rompimento com o assistencialismo presente na história da assistência. Esta vitória não é resultante apenas da intervenção do Estado, mas também das lutas realizadas pela sociedade civil que se obstinou à ruptura do favor e à construção de uma política efetivamente de direitos.

A Assistência Social está presente na CF de 1988 e na LOAS como política asseguradora da cobertura de vulnerabilidades sociais, e devendo possuir uma proposta preventiva, não contributiva e não compensatória, sendo necessário trabalhar com benefícios contínuos, eventuais, bem como serviços, programas e projetos.

O reconhecimento da Assistência Social como política pública demandou uma construção que atendesse aos requisitos: reconhecimento da Assistência Social como responsabilidade pública entre federado e de suas respectivas atribuições; padronização das proteções com definição das oferta e seus objetivos; e instituição de garantia de acesso aos serviços e benefícios em todo o território nacional, considerando não apenas o princípio da universalidade, mas também o da uniformidade e o da cobertura das prestações (CAPACITASUAS, 2017).

Nos primeiros 10 anos de vigência da LOAS, a Assistência Social estava disciplinada em 03 (três) documentos centrais: a LOAS, a PNAS e as Normas Operacionais Básicas (NOB) de 1997 e 1998.

Desde 1988, a assistência social vem protagonizando avanços legislativos, institucionais e políticos. Mas foi com a implementação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), ancorado nas normativas de 2004 e 2005, que efetivamente ampliaram-se as bases operativas da política, fortalecendo-se seu fundamento federativo e suas responsabilidades protetivas. Nesta última década, expandiram-se os equipamentos, recursos,

serviços e benefícios, crescendo a oferta e o acesso as atenções e proteções da assistência social (COLIN; JACOUD, 2013, p. 43).

Em 2003 ocorreu a IV Conferência Nacional de Assistência Social, intitulada de LOAS-10, em comemoração aos 10 anos de vigência da LOAS. Neste encontro foram estabelecidas as bases e diretrizes norteadoras da implementação de um Sistema Único de Assistência Social (SUAS), criado posteriormente através da Lei Federal nº 12435/2011. A Política Nacional de Assistência Social (PNAS/2004) também é fruto desse evento, e veio reafirmar os princípios e diretrizes da LOAS, tendo como principal deliberação o SUAS (Sistema Único de Assistência Social).

Vale ressaltar que a PNAS cita a intersetorialidade entre as políticas como estratégia para superar as multicausas provocadoras da desigualdade social, estabelecendo programas e serviços integrados capazes de superar a fragmentação das ações públicas frente às necessidades sociais da população.

Em 2005 ocorreu a aprovação da NOB/SUAS, como ficou conhecida. Esta norma constituiu-se como o marco inicial para a implantação do SUAS e contemplou em seu texto itens como tipos e níveis de gestão, instrumentos de gestão, instâncias de articulação, pactuação e deliberação, financiamento e regras de transição. Estabeleceu ainda as condições para que os estados, distrito federal e municípios, junto ao cofinanciamento do governo federal, passassem a gerir e executar a Política da Assistência Social, tornando o município responsável pela execução da política.

Em 25 de janeiro de 2007 foi aprovada pelo CNAS a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS (NOB-RH/SUAS). Este documento possui como objetivo estabelecer parâmetros gerais para padronização das carreiras dos servidores do SUAS; os princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no âmbito do SUAS, bem como, os princípios éticos para aqueles que trabalham na Assistência Social (BRASIL, 2011).

Em 2009, o Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) aprovou a Resolução nº 109, denominada Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais, que organizou e elencou os serviços fornecidos pela Assistência Social de acordo com sua complexidade, quais sejam: proteção social básica e proteção social especial de

média e alta complexidade, descrevendo de forma detalhada, o conceito e a metodologia para a execução dos serviços de proteção social:

a) Proteção social básica: visa prevenir situações de vulnerabilidade e risco social por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições do fortalecimento de vínculos familiares e comunitário.

b) Proteção social especial: tem por objetivo contribuir para a reconstrução de vínculos familiares e comunitários; a defesa de direito; o fortalecimento das potencialidades e aquisições e a proteção de famílias e indivíduos para o enfrentamento das situações de violação de direitos.

Em 2011 foi instituído o Sistema Único da Assistência Social (SUAS) através da Lei 12.435, atingindo avanços expressivos que marcaram a sua implementação: as unidades de referência, serviços e programas socioassistenciais na legislação nacional. Também introduziu novos dispositivos relacionados ao Benefício de Prestação Continuada (BPC) e o financiamento do sistema. Os serviços antes eram realizados de forma dispersa, fragmentária e multiforme, passando a ser normatizados, organizados, racionalizados e padronizados respeitando as divergências regionais e locais do país.

O SUAS representa a consolidação normativa da mobilização em torno da política de Assistência Social como dever do Estado e direito do cidadão. A assistência social deve garantir a segurança e proteção social através do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários que se encontrem em situação de vulnerabilidade e risco social; mantendo a centralidade na família, rompendo com a atuação dirigida apenas aos indivíduos.

Caracterizados por sua heterogeneidade, os usuários do SUAS apresentam demandas e necessidades protetivas diferenciadas exigindo desse sistema uma proteção social voltada para a unidade familiar e para os segmentos vulnerabilizados da população (RIBEIRO, 2015, p. 42).

O SUAS estabelece os seguintes objetivos norteadores: consolidar a gestão compartilhada, ou cofinanciamento, e a cooperação técnica entre os entes federativos; integrar a rede pública e privada de serviços; estabelecer as responsabilidades de cada ente federativo na organização, regulação, manutenção e expansão das ações de Assistência Social; definir os níveis de gestão à luz das

diversidades regionais e municipais; implementar a gestão do trabalho e a educação permanente na Assistência Social; estabelecer a gestão integrada de serviços e benefícios e afiançar a vigilância socioassistencial e a garantia de direitos (IPEA,2015).

Yasbek (2006, p. 130) conceitua o SUAS como um

[...] conjunto de serviços, programas, projetos e benefícios no âmbito da assistência social, prestados diretamente ou por meio de convênios com organizações sem fins lucrativos, por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público. É modo de gestão compartilhada que divide responsabilidades para instalar, regular, manter e expandir as ações de assistência social.

A estruturação do SUAS possui como pilar o pacto federativo e a descentralização político-administrativa, com o reconhecimento de responsabilidades específicas e comuns dos entes, ao passo em que o financiamento constitui corresponsabilidade comum.

A União é responsável pela formulação, normatização, regulação, articulação e coordenação da política em âmbito nacional; os Estados são responsáveis pelo apoio técnico e acompanhamento sistemático aos municípios, além da oferta de serviços regionalizados; e os municípios e Distrito Federal (DF) se responsabilizam pela organização e execução da oferta direta de serviços e programas aos cidadãos.

A definição das responsabilidades dos entes, a normatização das ofertas, a regulação dos mecanismos de financiamento e os instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação asseguraram ao SUAS organicidade e comando único, com possibilidades de adaptações em âmbito local, considerando as realidades distintas de um país de dimensão continental (COLIN; PEREIRA, 2013, p. 110).

4.1.1 O Sistema Único de Assistência Social e seus níveis de gestão

O objetivo do SUAS é operacionalizar uma política pública de Assistência Social não contributiva, com fundamento constitucional no sistema de Seguridade Social, visando assegurar direitos que consistem em prestações de serviços pelo Estado e pela sociedade aos segmentos em situação de vulnerabilidade (SPOSATI, 2004).

Devido a urgência em possuir um regime próprio de gestão para a assistência social, o SUAS foi instituído em 2005, através da Norma Operacional Básica da Assistência Social (NOB-SUAS), e regulamentado pela Lei Federal nº 12.435/2011 que alterou a Lei 8742/1993(LOAS).

Esse sistema organiza a oferta da proteção social, que se estrutura para garantir as seguranças que são próprias da assistência social e que haviam sido estabelecidas pela PNAS. São elas as seguranças de acolhida; de renda; do convívio ou vivência familiar; comunitária e social; do desenvolvimento da autonomia e do apoio e auxílio (CAPACITASUAS, 2017, p. 19).

A proteção social assegurada pela Assistência Social, responsável por efetivar as seguranças previstas no PNAS, está estruturada em dois níveis, conforme a complexidade: Proteção Social Básica(PSB) e Proteção Social Especial(PSE).

Os serviços da PSB são ofertados nos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) e pela rede socioassistencial, formada pelas entidades e organizações de Assistência Social referenciadas ao CRAS. Este equipamento é responsável por organizar, coordenar e executar os serviços de proteção social básica da política de assistência social e se caracteriza como a principal porta de entrada do SUAS.

O CRAS é a unidade pública municipal, de base territorial, localizada em áreas com maiores índices de vulnerabilidade e risco social, destinada à articulação dos serviços socioassistenciais no seu território de abrangência e a prestação de serviços, programas e projetos socioassistenciais de proteção social básica às famílias (LOAS,2011, art. 6º -C).

A principal função do CRAS é:

[...] promover atenção às situações de vulnerabilidade apresentadas e prevenir situações de potencial risco pessoal ou social, contribuindo para a inclusão social e a autonomia das famílias, seus membros e indivíduos, bem como para a redução dos índices de eventos (BRASIL, 2004, p. 12).

Por conseguinte, dentre as ações sob responsabilidade do CRAS, está inclusa a articulação da rede socioassistencial, assim como a promoção da articulação intersetorial, objetivando a gestão territorial, para possibilitar, desta forma, a constituição de redes de proteção social nos territórios.

O SUAS conceituou a rede socioassistencial como “[...] conjunto integrado da oferta de serviços, programas, projeto e benefícios de assistência social mediante

articulação entre todas as unidades de provisão do SUAS” (BRASIL, 2012, p. 9). A articulação deve englobar os serviços das diferentes políticas, buscando o compartilhamento de olhares e saberes para uma intervenção no território que vise à construção de fluxos referenciados (CAPACITASUAS, 2013).

Na Proteção Social Especial (PSE), a organização da intervenção ocorre em dois níveis de complexidade, de acordo com o grau de especialização requerido pelos serviços e programas e o grau de agravamento, decorrente da violação: Proteção Social Especial de Média Complexidade e Proteção Social Especial de Alta Complexidade.

Os Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) são responsáveis por executar a Proteção Social Especial de Média Complexidade e tem como “função prioritária proteger as famílias, seus membros e indivíduos onde seus direitos fundamentais se encontrem violados, mantendo, ou não, os vínculos e/ou laços de pertencimento”(DURIGUETO; MOLJO, 2012, p. 30).

Por sua vez, a PSE de Alta Complexidade é constituída por um conjunto de serviços de acolhimento, ofertados em diferentes modalidades e equipamentos, visando assegurar proteção integral aos indivíduos e/ ou famílias afastados temporariamente do núcleo familiar e/ou comunitários de origem, e atuar no resgate dos vínculos familiares e comunitários, ou para a construção de projetos de vida a partir novas referências (CAPACITASUAS, 2017).

A Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais (2009) estabeleceu os serviços ofertados no âmbito da Proteção Social Básica e Proteção Social Especial:

PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA		1. Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF); 2. Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos; 3. Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas.
PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL	Média Complexidade	1. Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias Indivíduos (PAEFI); 2. Serviço Especializado em Abordagem Social; 3. Serviço de proteção social a adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de Liberdade Assistida (LA) e de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC);

		4. Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias; 5. Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua.
	Alta Complexidade de	6. Serviço de Acolhimento Institucional; 7. Serviço de Acolhimento em República; 8. Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora; 9. Serviço de proteção em situações de calamidades públicas e de emergências.

Quadro 3 - Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais

Neste trabalho privilegamos a Proteção Social Básica, que abrange os seguintes serviços:

a) Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF)

A origem do PAIF ocorreu no início dos anos 2000, através do Projeto Piloto Programa Núcleo de Apoio à Família – NAF, implementado em 2001 e do Plano Nacional de Atendimento Integrado à Família (PNAIF) implantado pelo Governo Federal no ano de 2003. Passando por modificações e aprimoramentos, inclusive de nomenclatura, retratando sua ressignificação no âmbito do SUAS, o PAIF foi criado pelo MDS através da Portaria nº 78 de 18 de abril de 2004 (BRASIL, 2012a, p. 8).

O PAIF se constitui como principal programa de Proteção Social Básica do SUAS e se configura como a porta de acesso aos outros serviços, devendo ser ofertado exclusivamente no CRAS, sendo comum ao CRAS e ao PAIF a articulação da rede socioassistencial.

O programa apresenta a centralidade do Estado no atendimento e acompanhamento das famílias no território, de modo proativo, protetivo, preventivo, assegurando o acesso aos direitos e à melhoria da qualidade de vida (MDS, 2012, p. 5).

O PAIF desenvolve trabalho de caráter continuado que visa fortalecer a função protetiva das famílias, prevenindo a ruptura de vínculos, promovendo o acesso e usufruto de direitos e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida.

De acordo com a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais, o público-alvo do PAIF é constituído pelas famílias em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, do precário ou nulo acesso aos serviços públicos, da fragilização de vínculos de pertencimento e sociabilidade e/ou qualquer outra situação de vulnerabilidade e risco social existentes nos territórios de abrangência dos CRAS (BRASIL, 2009).

Os objetivos propostos pelo PAIF são os seguintes:

Fortalecer a função protetiva da família, contribuindo na melhoria da sua qualidade de vida; - Prevenir a ruptura dos vínculos familiares e comunitários, possibilitando a superação de situações de fragilidade social vivenciadas; - Promover aquisições sociais e materiais às famílias, potencializando o protagonismo e a autonomia das famílias e comunidades; - Promover acessos a benefícios, programas de transferência de renda e serviços socioassistenciais, contribuindo para a inserção das famílias na rede de proteção social de assistência social; - Promover acesso aos demais serviços setoriais, contribuindo para o usufruto de direitos; - Apoiar famílias que possuem, dentre seus membros, indivíduos que necessitam de cuidados, por meio da promoção de espaços coletivos de escuta e troca de vivências familiares (BRASIL, 2009a, p. 7).

A diretriz do PAIF é adotar a família como unidade de atenção, valorizando: as heterogeneidades; as particularidades de cada grupo familiar; o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários.

Dentre as ações do PAIF destacam-se: Acolhida; Oficinas com Famílias; Ações Comunitárias; Ações Particularizadas e Encaminhamentos, sendo os profissionais de nível superior que compõem a equipe técnica do CRAS, quem seja ela a equipe de referência ou volante, responsável pela execução destas ações.

b) Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV)

O SCFV foi regulamentado pela Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais (Resolução CNAS nº 109/2009) e reordenado em 2013 através da Resolução CNAS nº1/2013.

É um serviço da Proteção Social Básica do SUAS que complementa o trabalho social realizado com as famílias pelo PAIF e PAEFI, com vistas a prevenir a ocorrência de situações de risco social e fortalecer os vínculos familiares e comunitários. É desenvolvido no território de abrangência do CRAS e deve estar referenciado a este equipamento e manter articulação com o PAIF.

Realizado em grupos, é organizado a partir dos ciclos de vida dos usuários, considerando suas especificidades em cada etapa de seu desenvolvimento, de modo a ampliar as trocas culturais e de vivências entre os usuários, assim como desenvolver o seu sentimento de pertença e de identidade.

A formação dos grupos deve respeitar as necessidades dos participantes, levando em consideração as especificidades do seu ciclo de vida (BRASIL, 2016).

Os encontros dos grupos do SCFV devem criar oportunidades para que os usuários vivenciem as experiências anteriormente mencionadas. Isso pode ser efetivado mediante variadas ações. Entre elas, as oficinas, que consistem na realização de atividades de esporte, lazer, arte e cultura no âmbito do grupo do SCFV. Essas atividades podem ser resultado, inclusive, de articulações intersetoriais no âmbito municipal (BRASIL, 2016, p. 16).

As atividades possuem caráter preventivo e proativo e devem ser realizadas regularmente com a finalidade de fortalecer vínculos familiares, incentivar a socialização e a vivência comunitária. São organizadas por grupos de acordo com a faixa etária; seu público alvo são crianças, adolescentes, jovens, adultos, idosos, pessoas com deficiências, indivíduos vítimas de violência (psicológica e/ou física) e vítimas de trabalho infantil.

Os objetivos gerais do SCFV são:

Complementar o trabalho social com família, prevenindo a ocorrência de situações de risco social e fortalecendo a convivência familiar e comunitária; Prevenir a institucionalização e a segregação de crianças, adolescentes, jovens e idosos, em especial, das pessoas com deficiência, assegurando o direito à convivência familiar e comunitária; Promover acessos a benefícios e serviços socioassistenciais, fortalecendo a rede de proteção social de assistência social nos territórios; Promover acessos a serviços setoriais, em especial das políticas de educação, saúde, cultura, esporte e lazer existentes no território, contribuindo para o usufruto dos usuários aos demais direitos; Oportunizar o acesso às informações sobre direitos e sobre participação cidadã, estimulando o desenvolvimento do protagonismo dos usuários; Possibilitar acessos a experiências e manifestações artísticas, culturais, esportivas e de lazer, com vistas ao desenvolvimento de novas sociabilidades; Favorecer o desenvolvimento de atividades intergeracionais, propiciando trocas de experiências e vivências, fortalecendo o respeito, a solidariedade e os vínculos familiares e comunitários (BRASIL, 2017, p. 9).

Para trabalhar as atividades com diversos grupos, o profissional deve seguir os eixos (convivência social, direito de ser e participação) recomendados na Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, observando os ciclos de vida e as ações a serem desenvolvidas. A convivência social é o principal eixo norteador; a partir dele

é que o serviço será voltado ao fortalecimento de vínculos familiares e comunitários (BRASIL, 2009).

c) Serviço de Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosas

O Serviço de Proteção Social Básica (PSB) no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas foi regulamentado através da Resolução Nº 109/2009 (Tipificação dos Serviços Socioassistenciais) e está inserido na Proteção Social Básica do SUAS e deve ser realizado no CRAS.

A finalidade é garantir o acesso aos direitos e à prevenção de agravos de vulnerabilidades que possam fragilizar e romper os vínculos familiares e sociais dos usuários (BRASIL, 2009). Possui entre os principais objetivos:

Prevenir agravos que possam desencadear rompimento de vínculos familiares e sociais; Prevenir confinamento de idosos e/ou pessoas com deficiência; Identificar situações de dependência; Colaborar com redes inclusivas no território; Prevenir o abrigamento institucional de pessoas com deficiência e/ou pessoas idosas com vistas a promover a sua inclusão social; Sensibilizar grupos comunitários sobre direitos e necessidades de inclusão de pessoas com deficiência e pessoas idosas buscando a desconstrução de mitos e preconceitos; Desenvolver estratégias para estimular e potencializar recursos das pessoas com deficiência e pessoas idosas, de suas famílias e da comunidade no processo de habilitação, reabilitação e inclusão social; Oferecer possibilidades de desenvolvimento de habilidades e potencialidades, a defesa de direitos e o estímulo à participação cidadã; Incluir usuários (as) e familiares no sistema de proteção social e serviços públicos, conforme necessidades, inclusive pela indicação de acesso a benefícios e programas de transferência de renda; Contribuir para resgatar e preservar a integridade e a melhoria de qualidade de vida dos (as) usuários (as); Contribuir para a construção de contextos inclusivos (BRASIL, 2009, p. 15-16).

Este serviço de caráter preventivo e proativo deve ofertar atividades continuadas, com ações de atenção individualizada e personalizada para pessoas idosas e pessoas com deficiência (PCD) em vulnerabilidades sociais, inclusive associadas às barreiras atitudinais e/ou sociogeográficas, à dependência de cuidados de terceiros ou à mobilidade limitada, que prejudica ou impedem a adesão, o acesso ou a participação regular nos serviços, em especial: - Beneficiários do BPC e membros de famílias beneficiárias de programas de transferência de renda (BRASIL, 2009).

O serviço é caracterizado pelo atendimento em domicílio para construção gradativa de autonomia e convívio, prevenindo rompimento de vínculos, sendo pautado em três eixos: Proteção e cuidado no domicílio; Território e Trabalho em rede.

Pressupõe contato próximo entre a equipe e o usuário, cuidadores e seus familiares, aliado ao conforto e à tranquilidade do atendimento no domicílio, em especial, aquelas pessoas e famílias que apresentam dificuldades de locomoção ou estão vivenciando situações singulares que as impedem ou dificultam a sua mobilidade e/ou acesso à rede.

No cotidiano dos CRAS a viabilização desse serviço apresenta muitas fragilidades para atender as demandas e necessidades dos usuários:

Há ainda, uma dificuldade de entender teoricamente como seria a contribuição da assistência social no trabalho em domicílio, que tipos de cuidados prestaria. Além disso, as pequenas equipes e sem infraestrutura adequada para o deslocamento se somam aos problemas teóricos e financeiros (VIEIRA, 2019, p. 8).

Diante do exposto, apesar de regulamentado, este serviço encontra-se em processo inicial de execução e ainda se constitui como um desafio para a política de assistência, por isso, poucos municípios o implementaram. Para sua efetivação é necessário construir um espaço de produção e interação com os profissionais, pessoas com deficiência, família e comunidade.

4.2 POLÍTICA DE SAÚDE

A Organização Mundial da Saúde (OMS) conceituou saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças. Diante disto, a VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986 no Brasil, ampliou o conceito de saúde pública e propôs mudanças baseadas no direito universal à saúde, com melhores condições de vida.

Em 1986, acontece a 8ª Conferência Nacional de Saúde, o marco mais importante na história da política pública de saúde neste país, que pode ser considerada como a Pré-Constituinte da Saúde. Esta Conferência, sendo a primeira com participação popular, contou com presença ampla de diversos segmentos da sociedade civil, desde as representações sindicais, conselhos, associações e federações nacionais de profissionais de saúde (BRAVO, 2012, p. 1).

A forte presença de organismos internacionais alertou a sociedade para o valor de ações de saneamento, medicina preventiva, descentralização dos serviços e participação nas decisões.

As discussões prévias, consolidadas na VIII Conferência de Saúde e materializadas na Constituinte pela luta dos sanitaristas, gestores e políticos comprometidos com a reforma do sistema vigente, ofereceram ao povo brasileiro a oportunidade de efetivar um sistema integrado e gratuito que cuida da prevenção, promoção, cura e reabilitação da saúde, fortalecendo a cidadania (CONASS, 2011, p. 7).

Na VIII Conferência de Saúde foi produzido um relatório que serviu de base para a construção do capítulo de saúde da constituição de 1988 e criação do SUS. Este documento estabeleceu que,

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986, p. 4).

Em decorrência deste fato, em 1988 foi promulgada a nova Constituição Brasileira que instituiu a premissa "Saúde é direito de todos e dever do Estado"; conceituando o direito à saúde como universal, simultaneamente ampliou o próprio entendimento do processo saúde-doença. A saúde passou a ser vinculada à qualidade de vida, considerando os diferentes fatores sociais, culturais e econômicos que interferem no adoecimento de indivíduos e coletividades (BRASIL, 1988).

Os artigos 196 a 200 da CF foram regulamentados através das Leis Orgânicas da Saúde (LOS) 8.080/90 e 8.142/90, que representam importantes instrumentos legais na regulamentação do SUS. Estas legislações dispõem sobre a organização e funcionamento dos serviços de saúde, além da participação da comunidade na gestão do Sistema, estabelecendo os princípios e diretrizes que imprimem valores e regem o funcionamento do SUS.

A partir das leis orgânicas, o SUS foi formalizado como um sistema: Lei 8080/90 (promoção, prevenção, modo de gestão e princípios) e Lei 8142/90 (financiamento e participação social). Foi estabelecido o Sistema Único de Saúde (SUS), que tem por base os princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade, assim como os princípios organizativos da descentralização, regionalização,

hierarquização e participação popular.

A Lei n. 8.080/90 institui o Sistema Único de Saúde, constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público. A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde em caráter complementar (CONASS, 2011, p. 26).

A CF estabeleceu o SUS como um sistema integrado, organizado em rede regionalizada e hierarquizada, definindo o modelo de atenção à saúde e a sua forma organizativa. A hierarquização é o princípio organizativo em que se estabelece que o SUS deverá ser organizado em níveis crescentes de complexidade, da Atenção Básica à Alta Complexidade.

Para Mattos (2004, p. 1412), na Constituição Federal de 1988 há a noção de integralidade, como se a mesma fosse sinônimo da garantia de acesso a todos os níveis do sistema de serviços de saúde, sendo um dos direitos dos usuários o acesso aos diferentes níveis de atenção à saúde, da promoção à recuperação.

A concepção vigente na normativa do SUS é a de um sistema hierárquico, de tipo piramidal, formatado segundo as densidades relativas de cada nível de atenção em atenção básica, média e alta complexidades. Essa concepção hierárquica e piramidal deve ser substituída por outra, a das redes poliárquicas de atenção à saúde, em que se respeitando as diferenças nas densidades tecnológicas, rompem-se as relações verticalizadas, conformando-se redes policêntricas horizontais. Contudo, as RAS apresentam uma singularidade: seu centro de comunicação situa-se na APS (MENDES, 2015, p. 21).

4.2.1 Atenção Básica à Saúde

O modelo de atenção à saúde centra nos níveis de complexidade dos serviços, sendo a atenção básica estruturada como a principal porta de entrada no sistema, a qual deve ser a sua ordenadora. A hierarquização se compõe da atenção primária ou básica; atenção secundária e terciária ou de média e alta complexidade (ou densidade tecnológica).

Nesse novo modelo de atenção à saúde, está prevista, através da descentralização, a construção de uma rede de serviços de saúde regionalizada e hierarquizada, cujos pontos devem estar interligados e ter como foco a Atenção Primária à Saúde - APS (BARRA, 2013, p. 24).

Assim, a APS como estratégia deverá cumprir seus três papéis essenciais: resolutividade, coordenação e responsabilização.

A APS, na perspectiva das RAS, tem suas funções ampliadas de modo a cumprir três funções: a função resolutiva de atender a 90% dos problemas de saúde mais comuns, não necessariamente, os mais simples; a função coordenadora de ordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações ao longo das RAS; e a função de responsabilização pela saúde da população usuária que está adstrita, nas RAS, às equipes de ESF. Só será possível organizar o SUS em redes se a APS estiver capacitada a desempenhar bem essas três funções. Só, assim, ela poderá coordenar RAS e instituir-se como estratégia de organização do SUS (MENDES, 2015, p. 16).

A atenção básica à Saúde estabelece a promoção, prevenção, reabilitação, diagnóstico e tratamento de doenças, onde está instalado o Programa de Saúde da Família (PSF); a média complexidade é composta por ações e serviços de especialidades e profissionais especializados, incluindo o uso de recursos tecnológicos para o tratamento; já a alta complexidade oferece ações e serviços de alto custo e tecnologia, muitas das vezes caracterizados pelos casos cirúrgicos.

A Atenção Básica (AB) é o nível de atenção do sistema de serviço de saúde que oferece a porta de entrada prioritária de acesso para todas as necessidades dos usuários e problemas de saúde. Mesmo que outros equipamentos possam ser acessados diretamente, como a emergência, é através da AB que deve ser garantido o ponto de partida para um cuidado longitudinal e integral. A AB deve representar o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, um local acessível e disponível para que os usuários se sintam acolhidos, com o mínimo possível de barreiras ao atendimento, sempre com olhar para a integralidade (MANUAL DO GESTOR, 2016, p. 187).

No Brasil, no âmbito da Atenção Básica, são considerados unidades ou equipamentos de saúde: Unidade Básica de Saúde (UBS), Unidade Básica de Saúde Fluvial e Unidade Odontológica Móvel.

A UBS constitui-se como porta de entrada do SUS, responsável por dar assistência à população de um território definido, dentro da abrangência da unidade desta forma, cada UBS, com ou sem Equipe Saúde da Família, deve se organizar para atender a um público-alvo, representado, em síntese, por um conjunto de famílias agregadas geograficamente (FARIA, 2013).

O SUS oferta vários serviços relacionados à Atenção Básica, disponibilizados através das seguintes equipes e Programas:

a) Estratégia de Saúde da Família (ESF)

O Programa Saúde da Família surgiu em 1994, sendo posteriormente retomado em 2006, denominado pelo Ministério da Saúde como Estratégia Saúde da Família (ESF), se caracteriza como a principal estratégia de configuração da ABS.

A ESF é considerada uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica, favorecendo uma reorientação do processo de trabalho, com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2017). A ampliação de cobertura das ESF tem fortalecido a APS, de forma a organizá-la em todos os estados da Federação, tendo como princípios e diretrizes a integralidade e a equidade da atenção, a coordenação e a longitudinalidade do cuidado das famílias e das pessoas sob sua responsabilidade.

Esta estratégia presta serviços multidisciplinares às comunidades como, por exemplo, consultas, exames, vacinas e outros procedimentos que são disponibilizados aos usuários nas UBSs através de uma equipe composta, basicamente, por médico generalista, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

b) Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS):

Na reformulação da assistência básica de saúde no Brasil surgem os Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Saúde da Família (PSF). Segundo Baralhas e Pereira (2013), estes programas são reconhecidos como inovadores e direcionam suas ações ampliando o olhar para as questões da coletividade, no enfoque à saúde e aos fatores que a determinam.

O PACS foi criado voltado para as ações referentes à atenção básica. Teve início em 1997, estabelecendo a obrigatoriedade da presença do Agente Comunitário de Saúde (ACS) na estrutura de atenção básica de saúde, devendo esta atuação visar à integralidade do cuidado no território (BRASIL, 2017).

O ACS é, portanto, um profissional primordial no SUS, pois fortalece a integração entre os serviços de saúde da atenção básica e a comunidade, além de compor as ESF e serem membros da comunidade. Assim, compreendem de maneira mais

próxima os problemas que afligem sua população e conseguem estabelecer um diálogo, a fim de promover um vínculo afetivo, além de visar melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e da comunidade, com ações de educação e vigilância em saúde (BRASIL, 2009a).

Dentre as atribuições legais, ficou estabelecido o exercício de atividades de prevenção de doenças e de promoção da saúde, a partir dos referenciais da Educação Popular em Saúde. Essas atividades ocorrem através de ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS que normatizam a saúde preventiva e a atenção básica em saúde (BRASIL, 2017).

Sendo assim, a atividade do ACS deve se dar pela lógica do planejamento do processo de trabalho a partir das necessidades do território, com priorização para população com maior grau de vulnerabilidade e de risco epidemiológico (BRASIL, 2017).

c) Equipe da Atenção Primária (eAP):

A Equipe de Atenção Básica (eAB) passou a ser reconhecida na PNAB (revisada em 2017) e no PMAQ (4º ciclo), devendo atender aos princípios e diretrizes para a Atenção Básica. Em setembro de 2019, o Ministério da Saúde, através da Portaria nº 2539 de 26 de setembro de 2019, extinguiu as eAB e criou as equipes de Atenção Primária (eAP) e vedou a substituição de ESF por eAP, sob pena de suspensão da transferência dos incentivos financeiros.

A eAP se diferencia da equipe de Saúde da Família (eSF) em sua composição, de modo a atender às características e necessidades de cada município, sendo seu dever observar as diretrizes da PNAB e os atributos essenciais da APS, como acesso de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação e integralidade.

A eAP pode ser composta conforme as características e necessidades do município, no entanto, a composição mínima da equipe deve ser formada por médicos, prioritariamente da especialidade medicina de família e comunidade; enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família cadastrado em uma mesma Unidade de Saúde (BRASIL, 2019).

Quanto ao processo de trabalho, assim como a combinação das jornadas de trabalho dos profissionais das equipes e os horários e dias de funcionamento, deve ser definido de maneira que assegure amplamente acesso, o vínculo entre as pessoas e profissionais, a continuidade, coordenação e longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2017).

d) Equipe de Saúde Bucal (eSB)

A Equipe de Saúde Bucal (eSB) na ESF permite criar um espaço de práticas e relações a serem construídas para a reorientação do processo de trabalho e para a própria atuação da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde.

Assim, o cuidado em saúde bucal passa a exigir a conformação de uma equipe de trabalho que se relacione com usuários, que participe da gestão dos serviços para dar resposta às demandas da população, e amplie o acesso às ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, por meio de medidas de caráter coletivo e mediante o estabelecimento de vínculo territorial (BRASIL, 2013).

O processo de trabalho da eSB se fundamenta nos princípios da universalidade, equidade, integralidade da atenção, trabalho em equipe e interdisciplinar, com foco de atuação centrado no território-família-comunidade, humanização da atenção, responsabilização e vínculo. A eSB pode se apresentar em diferentes configurações e se organizam nas seguintes modalidades: I: Cirurgião-dentista e auxiliar em saúde bucal (ASB) ou técnico em saúde bucal (TSB); e II: Cirurgião-dentista, TSB e ASB, ou outro TSB.

Independente da modalidade priorizada, recomenda-se que os profissionais da ESB compartilhem a gestão e o processo de trabalho da equipe, tendo responsabilidade sanitária pela mesma população e território que a ESF ou AB à qual integra, e com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus componentes (BRASIL, 2017).

e) Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB)

O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) foi criado pelo Ministério da Saúde em 2008 - mediante à Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008 -, com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil,

ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações.

De acordo com a legislação, o NASF é composto por uma equipe definida pelos gestores municipais a partir de critérios de prioridades identificados a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações. Profissionais de diferentes áreas de conhecimento atuam em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de Saúde da Família.

Contudo, a Nota Técnica nº 3/2020 revogou os serviços do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), estabelecendo que a composição de equipes multiprofissionais deixa de estar vinculada às tipologias de equipes NASF-AB, sendo de autonomia do gestor municipal a composição de suas equipes multiprofissionais, definindo os profissionais, carga horária e os arranjos de equipe.

f) Equipes de Atenção Básica para Populações Específicas

A Atenção Básica é responsável diretamente pelas ações de saúde em determinado território. Portanto, deve se responsabilizar pela atenção à saúde de populações que apresentem vulnerabilidades sociais específicas, assim como pela atenção à saúde de qualquer outra pessoa considerando suas singularidades. Isso possibilita intervenções mais oportunas nessas situações específicas, com o objetivo de ampliar o acesso à RAS e ofertar uma atenção integral à saúde (BRASIL, 2017).

Desta forma, toda equipe de Atenção Básica deve realizar atenção à saúde de populações específicas, podendo dispor de equipes adicionais para realizar as ações de saúde às populações específicas no âmbito da Atenção Básica, que devem atuar de forma integrada para a qualificação do cuidado no território (BRASIL, 2017).

g) Equipe de Consultório na Rua (eCR)

As eCR são compostas por profissionais de múltiplas áreas e são responsáveis por articular e prestar atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua, ou com características análogas em determinado território, em unidade fixa ou móvel. Elas integram o componente de atenção básica da Rede de Atenção Psicossocial e

desenvolvem ações de Atenção Básica, devendo seguir os fundamentos e as diretrizes definidos na PNAB.

Lidam com os diversos problemas e necessidades de saúde apresentados pela população em situação de rua, incluindo a busca ativa e o cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas. Desempenham suas atividades *in loco*, de forma itinerante, podendo realizar atendimentos na rua, nas unidades de saúde ou em outros locais dentro da sua área de atuação. Os recursos orçamentários para custeio das eCR são transferidos de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos Fundos de Saúde municipais e do Distrito Federal, após o credenciamento e implantação das equipes (BRASIL, 2011).

h) Equipe de Atenção Básica Prisional

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) foi instituída por meio da Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014. Ela tem como objetivo assegurar o acesso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado integral no SUS. Ademais, ela prevê que os serviços de saúde no sistema prisional passem a ser ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS, qualificando também a Atenção Básica no âmbito prisional como porta de entrada do sistema e ordenadora das ações e serviços de saúde pela rede (BRASIL, 2019).

A transferência de recursos financeiros está atrelada à habilitação de equipes de Atenção Básica Prisional (EABp) previamente cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde-SCNES (BRASIL,2019).

A EABp apresenta composição multiprofissional e com responsabilidade de articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade, devendo realizar suas atividades nas unidades prisionais ou nas unidades básicas de saúde a que estiver vinculada (BRASIL,2019). A modalidade das equipes, bem como suas respectivas cargas horárias são determinadas pelo número e perfil epidemiológico das pessoas custodiadas.

i) Programa Saúde na Hora Brasil

Instituído pela Portaria nº 930 de 15 de maio de 2019, o Programa "Saúde na Hora", no âmbito da ESF, implementou no SUS o horário estendido de funcionamento das Unidades de Saúde da Família (USF).

O programa propõe o fortalecimento da ESF, permitindo a realização de ações e serviços de saúde como imunização; pré-natal; puericultura; pequenos procedimentos ambulatoriais; consultas odontológicas; consultas médicas e de enfermagem; serviços de rastreamento populacional; cuidado às condições crônicas; atividades de promoção de saúde e coleta de exames durante todo o horário estendido de funcionamento da USF (BRASIL, 2019).

Entre seus objetivos está ampliar a cobertura da Estratégia Saúde da Família e o número de usuários nas ações e nos serviços promovidos nas USF, além de reduzir o volume de atendimentos de usuários com condições de saúde de baixo risco em unidades de pronto atendimento e emergências hospitalares (BRASIL, 2019).

j) Programa Médicos pelo Brasil

O Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da APS, foi instituído através da Medida Provisória nº 890 de 01 de agosto de 2019, e possui a finalidade de incrementar a prestação de serviços médicos em locais de difícil provimento ou alta vulnerabilidade e fomentar a formação de médicos especialistas em medicina de família e comunidade (BRASIL, 2019).

Dentre os objetivos do Programa destacam-se:

- I - Promover o acesso universal e igualitário da população às ações e aos serviços do SUS, especialmente nos locais de difícil provimento ou alta vulnerabilidade;
- II - Fortalecer a atenção primária à saúde, com ênfase na saúde da família;
- III - valorizar os médicos da atenção primária à saúde, principalmente no âmbito da saúde da família;
- IV - Aumentar a provisão de médicos em locais de difícil provimento ou alta vulnerabilidade;
- V - Desenvolver e intensificar a formação de médicos especialistas em medicina de família e comunidade; e
- VI - Estimular a presença de médicos no SUS (BRASIL, 2019, p. 2).

A execução do programa será realizada pela Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS), sob a orientação técnica e a supervisão do Ministério da Saúde (BRASIL, 2019).

As políticas de forma setorializada possibilitaram os serviços agirem de maneira pontual sem considerar o todo, no entanto, é preciso articular os saberes conjuntamente em busca de acolher a totalidade dos problemas sociais. Nesta direção surge, nas agendas da política de Saúde e de Assistência Social, a proposta da intersetorialidade como forma de concretizar a proteção integral, logo, abordaremos a seguir o conceito de intersetorialidade.

4.3 INTERSETORIALIDADE

Intersetorialidade trata-se da busca de uma unidade do fazer e está associada à vinculação, à reciprocidade e complementaridade na ação humana (MENDES, 1996, p. 252).

Desta forma, observamos nas gestões tradicionais limitações, em especial na oferta de serviços, assim como na execução, em virtude da hierarquização, setorialização e fragmentação das políticas públicas. A falta desta ação conjunta das políticas é um dos entraves da política social brasileira e, devido a este fato,

O conceito de intersetorialidade se volta para a construção de interfaces entre setores e instituições governamentais (e não governamentais), visando o enfrentamento de problemas sociais complexos que ultrapassem a alçada de um só setor de governo ou área de política pública (MONNERAT; SOUZA, 2011, p. 42).

A CF de 1988 e as legislações infraconstitucionais apontaram a intersetorialidade como diretriz para a organização das políticas sociais, com propósito de romper a configuração fragmentada e desarticulada da política pública brasileira, a qual se constitui como uma barreira ao atendimento das necessidades da população em sua integralidade.

Assim, a intersetorialidade passou a ser uma dimensão valorizada em virtude de se constituir como proposta para o enfrentamento dos diferentes problemas, com maior eficiência, eficácia, efetividade e estratégia de gestão, rompendo com a setorialização, a departamentalização e fragmentação das políticas públicas. Deste modo, a intersetorialidade passou a ser um dos requisitos para a implementação das políticas setoriais, visando a efetividade por meio da articulação entre

instituições governamentais e a sociedade civil (NASCIMENTO, 2010).

Vale ressaltar, no entanto, que de acordo com Akerman e colaboradores (2014), Pereira (2014), Belotti (2019) e Quintanilha (2019), a intersectorialidade possui um conceito polissêmico. Pereira (2014, p. 24) afirma que ainda é necessário qualificar o termo, pois “vem sendo constantemente invocado, sem possuir sentido unívoco, e tem se prestado a diferentes interpretações”.

Para Carmo e Guizardi (2017), a expressão intersectorialidade experimenta uma imprecisão teórica nas diversas áreas do conhecimento que o maneja, figurando ora como estratégia, ora como processo, abordagem ou paradigma. Em quaisquer das áreas, Saúde Coletiva, Administração ou Assistência Social, a polissemia do termo demonstra as diferentes correntes do pensamento e os discursos em disputa, com destaque para o institucional, o científico e o da “ponta” do SUAS (serviços e benefícios), por exemplo.

Destarte, neste projeto nos deteremos em compreender alguns conceitos que são atribuídos à intersectorialidade na produção científica brasileira e também a captar quais os pressupostos teóricos que fundamentam as discussões sobre a intersectorialidade nas políticas públicas.

O referencial teórico utilizado para o debate conceitual sobre a intersectorialidade priorizará os autores como Inojosa (1998; 2000; 2001) e Junqueira (1997; 1998; 2004), que demarcaram a temática no campo da Gestão Pública, assim como Nascimento (2010); Monnerat e Souza (2011); Yasbek (2010) e Akerman e colaboradores (2014), que trazem uma visão panorâmica sobre a intersectorialidade.

No Brasil, um dos primeiros autores a discutir a temática da Intersectorialidade foi Junqueira, em 1997, articulando seu argumento a partir da associação entre descentralização e intersectorialidade. De acordo com ele, é através da descentralização das políticas sociais no nível local que a intersectorialidade conquista concretude, sendo que “o conceito de intersectorialidade surge como uma possibilidade de solução integrada dos problemas do cidadão, considerando-o na sua totalidade” (JUNQUEIRA, 1998, p. 12).

Junqueira (1997) explana que as políticas sociais possuem dificuldades em

promover a equidade e a integralidade do atendimento em decorrência da apresentação setorial dos problemas sociais - que são partes de um todo complexo, e necessitam de uma forma integrada para resolvê-los. Para tanto, se faz necessária a atuação de mais de uma ação política.

(...) a intersectorialidade constitui uma concepção que deve informar uma nova maneira de planejar, executar e controlar a prestação de serviços. Isso significa alterar toda a forma de articulação dos diversos segmentos da organização governamental e de seus interesses (JUNQUEIRA, 1997, p. 32).

Para Inojosa (2002), a intersectorialidade se constitui como a articulação de saberes e experiências com vistas ao planejamento, para a realização e a avaliação de políticas, programas e projetos. Ela tem como finalidade alcançar resultados sinérgicos em situações complexas; por isso, considera o cidadão na sua totalidade e busca superar a fragmentação das políticas. A autora aborda as implicações do termo “sinergismo” contido no conceito de intersectorialidade, e afirma que a proximidade de saberes isolados, sem se articular ou ocorrer o diálogo, é incapaz de promover soluções sinérgicas e, portanto, não materializa a intersectorialidade.

Assim, indaga como poderemos superar o paradigma da disjunção, da separação, da clausura e da redução e transitar para o paradigma de compreensão da diversidade e da produção de nova perspectiva a partir dessa diversidade. Ademais, aponta ser necessário assumir uma nova postura frente aos problemas que a organização pública deve enfrentar na sociedade, iniciando pela mudança de paradigma. Isto é, uma reforma do pensamento com foco na complexidade, na compreensão da diversidade, da comunicação (INOJOSA, 2001).

As intervenções realizadas de forma isolada possuem baixa efetividade para promover qualidade de vida, fomentar desenvolvimento e superar a exclusão social. A consistência das práticas intersectoriais diz respeito à concretude de programas bem estruturados com objetivos, planejamento e gestão compartilhados, bem como orçamentos próprios (INOJOSA, 2001). Para a autora, a implantação de práticas intersectoriais no aparelho governamental requer decisão política.

A intersectorialidade não se restringe à justaposição de projetos que são formulados e realizados setorialmente, e sim, compreende um processo de planejamento participativo, que inclui as fases de análise de situação, escolhas estratégicas e

operacionalização, destacando a importância da integração com a comunidade para o levantamento crítico das necessidades e interpretação dialética da realidade.

Autores como Akerman e colaboradores (2014, p. 4292), inspirados na pluralidade do termo "intersectorialidadeS", apontam a necessidade de construir uma agenda de pesquisa que favoreça aportes teóricos, para que assim a ação intersectorial não seja um experimento na gestão pública e possa se constituir em uma práxis degoverno. Para eles, existe uma variedade de questões e aspectos para se explorar e analisar a intersectorialidade nas políticas públicas e nas práticas sociais.

Ademais, acreditam que devido a indefinição terminológica, não há uma intersectorialidade, e sim, "intersectorialidadeS", que se alternam e se transformam com o decorrer do tempo em virtude das conjunturas e dos atores sociais. Devido à polissemia do termo intersectorialidade, se faz necessária a construção de um arcabouço teórico de sustentação ao conceito, pois sua ausência leva à imprecisão em relação ao objetivo de sua execução prática.

Segundo Monnerat e Souza (2009, p. 202)

A intersectorialidade tem sido recorrentemente defendida por diversos analistas de políticas públicas, haja vista a tarefa inadiável de promover uma dada capacidade de gestão que minimize as características históricas de fragmentação das políticas sociais.

Apesar das diversas abordagens para intersectorialidade, notamos que predomina a noção de estratégia de gestão voltada para a construção de interfaces entre setores e instituições governamentais e não governamentais, visando ao enfrentamento de problemas sociais complexos que ultrapassem a alçada de um só setor de governo ou área de política pública. Definida como articulação em oposição à divisão de setores, a presença da Intersectorialidade nas políticas sociais é considerada transversal, porém, no sentido prático, encontra-se numa arena contraditória (MONNERAT, 2014).

Bronzo (2010) aborda os desafios para a intersectorialidade entre as políticas públicas, defendendo que o processo da política pública é menos cíclico que contextual, estando propenso ao desenvolvimento de ações intersectoriais.

Intersectorialidade consiste em uma estratégia de gestão que se apresenta em diversos níveis da implementação e que se define pela busca de formas

mais articuladas e coordenadas das políticas e setores governamentais, pautada pela necessidade de uma abordagem mais abrangente sobre a pobreza e as condições de sua produção e reprodução social (BRONZO, 2010, p. 129).

Na opinião de Veiga e Bronzo (2014), a intersetorialidade se diferencia, de forma sutil, da articulação ou coordenação das ações. Isso se dá pelo fato de alterar as dinâmicas e processos institucionais e os conteúdos das políticas setoriais, inserindo uma nova concepção no desenho, na abordagem das políticas setoriais e na gestão pública, além de requerer a articulação ou comunicação entre os diversos setores.

Portanto, a intersetorialidade, ao integrar a agenda coletiva e compartilhar objetivos em comuns, pode ser considerada como uma estratégia que permite a comunicação, a interação e o compartilhamento de saberes e poderes entre diferentes setores.

A ideia é a de que a população, por meio da intersetorialidade: a) seja assistida em todos os seus aspectos sociais, econômicos, culturais e outros; b) melhore a qualidade de vida e bem-estar e; c) seja estimulada a buscar novos saberes e alternativas para solucionar seus próprios problemas (GÓES; MACHADO, 2013, p. 629).

Segundo Magalhães (2004), a intersetorialidade pode ser pensada em três níveis de abrangência, analisando a articulação entre os setores nos diferentes momentos do ciclo das políticas: (i) em todas as etapas do ciclo da política (desenho, implementação, execução, monitoramento, avaliação); (ii) formulação intersetorial e execução setorial da política; (iii) definição intersetorial de objetivos e metas governamentais, com desdobramentos na formulação e execução de forma setorial, podendo, portanto, uma ação ser planejada conjuntamente e executada setorialmente; ser planejada e executada de forma intersetorial ou ser planejada e executada setorialmente de forma consistente.

A partir da introdução dos conceitos acima, verificamos que a intersetorialidade mobiliza sujeitos, setores e conhecimentos em favor da articulação interligada entre as políticas públicas (CARMO; GUIZARDI, 2017). Assim, para alcançarmos nosso propósito neste trabalho, em virtude da polissemia do termo intersetorialidade, vamos acolher a concepção de intersetorialidade delineada por Inojosa (2001), que nos parece mais adequada aos objetivos das políticas não contributivas da seguridade social brasileira: Saúde e Assistência Social.

Para a autora, o trabalho intersetorial supõe não apenas o diálogo ou o trabalho simultâneo entre os atores envolvidos, e sim, a busca por resultados integrados através da articulação de saberes e experiências para que, desse modo, possam planejar a execução e a avaliação de políticas, programas e projetos de maneira integrada.

Pressupõe-se, portanto, que no cotidiano de trabalho da equipe técnica do SUS e do SUAS são necessárias ações intersetoriais, tendo em vista que a articulação entre as políticas públicas se constituem como essenciais para a efetiva garantia dos direitos dos usuários.

Diante do exposto, esta pesquisa analisou as ações intersetoriais desenvolvidas pelos profissionais e gestores do SUS e SUAS, identificando as possibilidades e limites para a efetividade da intersetorialidade.

4.4 INTERSETORIALIDADE ENTRE AS POLÍTICAS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL

Após análise minuciosa dos documentos selecionados para realização da pesquisa documental, pudemos perceber que, em geral, são utilizadas expressões/palavras no sentido de compreender a intersetorialidade como: integração, integralidade, interface, conexão, articulação, em conjunto, associação, união, rede, entre outras.

É inegável que a Constituição Federal (CF) de 1988 foi o divisor de águas para as políticas públicas em especial a Política de Assistência Social e de Saúde, que passaram a integrar o tripé da Seguridade Social juntamente com a Previdência Social, propondo o rompimento com a setorialização e a lógica fragmentada das políticas, sendo considerado um sistema de proteção social integral para o cidadão.

A Seguridade Social, instituída através da CF de 1988, foi definida como “um conjunto integrado de ações”, com o indicativo de ações governamentais integradas, e pressupõe que as políticas devem caminhar juntas, objetivando alcançar o princípio da integralidade e estabelecendo diretrizes para diversas políticas públicas.

A Constituição Federal ampliou o próprio entendimento do processo saúde doença. A saúde passou a ser vinculada à qualidade de vida, considerando os diferentes

fatores sociais, culturais e econômicos que interferem no adoecimento de indivíduos e coletividades, sendo garantida mediante políticas sociais e econômicas (BRASIL, 2016). Assim a saúde passou a ser vista sob uma ótica mais ampla e como fenômeno de diversas e distintas determinantes, o que torna necessária a transformação dos serviços de saúde na busca pela integralidade do cuidado.

No artigo 198 a Constituição apresenta o direito à saúde como decorrente da atuação do Estado, na forma de serviços que “integram uma rede regionalizada e hierarquizada constituindo um sistema único” (BRASIL, 2016, p. 120). Observamos que a palavra rede se refere à articulação entre as políticas e, conseqüentemente, nos remete à intersectorialidade e à importância das ações intersectoriais para assegurar o atendimento das demandas da população. Ademais, em 1990 a Lei Federal nº 8080, denominada Lei Orgânica da Saúde (LOS), ratifica a prática do princípio constitucional da saúde como direito de todos e dever do Estado.

Apesar da Constituição Federal e da LOS não apresentarem grafada em seus textos o termo intersectorialidade, estas indicam a necessidade de realização das ações intersectoriais, introduzindo termos que aduz a necessidade da intersectorialidade. Neste caso, a palavra integrada pode ser um dos sentidos da intersectorialidade quando a Lei n.º 8.080/90, no seu Art. 5º (Objetivos do Sistema Único de Saúde - SUS) traz a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (BRASIL, 1990).

Nascimento (2010, p. 110) revela que

A palavra articulação pode ser um dos sentidos da intersectorialidade quando a Lei n. 8.080/90, no seu art. 2º, § 1º, menciona que é dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Ainda as diretrizes e os princípios da política de saúde presentes no art. 7º, com destaque para o disposto no inciso II e X, apontam para a intersectorialidade ao citarem o caráter integral da assistência. O caráter integral é entendido como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos,

individuais e coletivos e a integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico (BRASIL, 1990).

Com a regulamentação do SUS, os serviços e atendimentos ocorrem baseados nos princípios e diretrizes que vão direcionar a prática de todos os profissionais de saúde: a universalidade, a integralidade e a equidade.

Silva (2013) cita que a integralidade compreende a articulação de saberes e fazeres de diversos atores, além da alteridade com os usuários para a inovação das práticas dentro dos espaços de atenção à saúde e da formação profissional. A integralidade das ações é entendida como um dos princípios norteadores das mudanças nos modelos de atenção à saúde.

Os artigos 12 e 13 da LOS regulamentaram a importância de ações intersetoriais, que posteriormente serviriam como um dos meios para a construção da integralidade, e reconhecem que a saúde e a doença são produzidas socialmente. A integralidade, com subsídio da intersetorialidade, se compromete com a necessidade de ações concomitantes sobre os determinantes da saúde-doença (SILVA, 2013).

É notório, portanto, que a saúde, de forma isolada, não é capaz de atender à integralidade proposta como princípio do SUS. Assim, ocorre a necessidade de desenvolver ações intersetoriais através da potencialização da Atenção Primária à Saúde (APS), a fim de alcançar a efetivação de uma rede articulada que atenda às necessidades de saúde da população. Destarte, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) apresenta em seu texto a importância das ações intersetoriais.

A Atenção Básica possui como orientação “os princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade e da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social” (BRASIL, 2006, p. 12), portanto, ações que favoreçam a intersetorialidade ampliam os seus resultados favoráveis e podem ser compreendidas como instrumento para consolidação dos objetivos e diretrizes da Estratégia em Saúde da Família (ESF).

A ESF, ao ter como foco o trabalho em equipe, a integralidade da atenção, a territorialização e a família, passa a assumir também a perspectiva da intersetorialidade, pois, para cumprir seus objetivos precisa articular com os outros setores das políticas públicas.

A PNAB descreve em suas diretrizes a territorialização como forma de permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com foco em um território específico, com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das pessoas e coletividades que constituem aquele espaço e estão, portanto, adstritos a ele (BRASIL, 2017).

Dias (2014) cita que a intersetorialidade representa um dos princípios do SUS presente na PNAB, ao ressaltar como atribuições de todos os profissionais que integram as equipes das Estratégias em Saúde da Família (ESF) e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), o desenvolvimento de ações intersetoriais.

Todavia, a intersetorialidade, apesar de prevista desde a década de 80, ainda se constitui como um pressuposto essencial para assegurar a efetividade das políticas, visando interromper com a fragmentação das ações e assegurar direitos, constituindo-se como um processo inovador.

Neste aspecto, as expressões que apontam para uma atuação intersetorial utilizadas na lei que regulamenta a política de saúde dá outro sentido à intersetorialidade, o que poderia ser explicado pelo fato de a Lei n. 8.080, de 1990, ter sido formulada quando o debate da intersetorialidade não tinha tanta expressão, ganhando vulto após esse período (NASCIMENTO, 2010, p. 110).

Assim como na política de Saúde, na Assistência Social - prevista através da Constituição Federal de 1988 em seus artigos 203 e 204 e na Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS (Lei 8742/1993) que regulamentou os citados artigos - a palavra intersetorialidade não está expressa em seu texto, e sim, termos similares que apontam para a necessidade de ações intersetoriais.

Deste modo, a articulação intersetorial deve ser concretizada dentro da política de Assistência Social, com a integração de programas, benefícios e serviços de prestação continuada; e com a articulação com as políticas que compõe a Seguridade e as demais políticas setoriais.

A LOAS, em seu Art. 1º, mostra que para o enfrentamento da pobreza, a Assistência Social é realizada de forma integrada às políticas setoriais, garantindo mínimos sociais e provimento de condições para atender contingências sociais, promovendo a universalização dos direitos sociais (BRASIL,1993).

A assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas (BRASIL,1993, p. 1).

A expressão utilizada para apontarem uma atuação integrada aparece na política de saúde, assim como na Assistência Social, dando a entender que existe uma propensão à atuação intersetorial.

Em 2004, através da aprovação da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), originou-se o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), que se constitui como um sistema de proteção social, com serviços, programas, projetos e benefícios específicos, atendendo às situações de vulnerabilidade e risco social.

O SUAS tem como principais pressupostos a territorialidade, a descentralização e a intersetorialidade. Entende-se que o paradigma desse sistema articula a descentralização com a intersetorialidade, uma vez que o objetivo visado é promover a inclusão social ou melhorar a qualidade de vida, resolvendo os problemas concretos que incidem sobre a população de um dado território (MONNERAT; SOUZA, 2015, p. 5).

Com o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), uma das diretrizes adotadas é a necessidade de articulação em rede e com as demais políticas sociais setoriais, através da intersetorialidade, como possibilidade de acesso aos serviços sociais.

Art. 2º - Parágrafo único. Para o enfrentamento da pobreza, a assistência social realiza-se de forma integrada às políticas setoriais, garantindo mínimos sociais e provimento de condições para atender contingências sociais e promovendo a universalização dos direitos sociais (BRASIL, 1993a, Redação dada pela Lei nº 12.435, de 2011, p. 8).

Na PNAS a intersetorialidade tornou-se explícita, assim como a importância de sua efetivação. Ela também se torna destaque na execução de programas, serviços e benefícios de proteção social básica que deverão se articular com as demais políticas públicas locais, de forma a garantir a sustentabilidade das ações desenvolvidas. E o protagonismo das famílias e indivíduos atendidos, superando as condições de vulnerabilidade e capaz de prevenir as situações que indicam risco potencial.

A Assistência Social como política pública integrante da Seguridade Social e que considera as características da população que atende, deve, fundamentalmente, inserir-se na articulação intersetorial com outras políticas sociais, em especial, as públicas de Saúde, Educação, Cultura, Esporte, Emprego, Habitação, entre outras. Esta articulação garante que as ações não sejam fragmentadas e mantenham o acesso e a qualidade dos serviços para todas as famílias e indivíduos (PNAS 2004, p. 42).

Ademais, ela ainda deverá se articular aos serviços de proteção especial, garantindo a efetivação dos encaminhamentos necessários (PNAS, 2004). Portanto, a intersetorialidade é importante para a efetivação das ações da Política de Assistência Social, tanto na proteção social básica, quanto na proteção social especial, numa perspectiva de possibilidade de protagonismo das famílias e de superação da vulnerabilidade social.

De acordo com a PNAS "Os serviços de proteção social especial têm estreita interface com o sistema de garantia de direito, exigindo, muitas vezes, uma gestão mais complexa e compartilhada [...]" (MDS, 2004, p. 31). A política traz um tratamento da interface como inter-relação, ou seja, ao expor que "o Plano de Assistência Social expressa a política e suas inter-relações com as demais políticas setoriais e com a rede socioassistencial" (MDS, 2004, p. 37). Em outro ponto, a intersetorialidade é sinônimo de integração: "a Política Pública de Assistência Social realiza-se de forma integrada às políticas setoriais" (MDS, 2004, p. 27).

Observamos que a expressão intersetorialidade é utilizada quando se refere "à Assistência Social como política pública que compõe o tripé da Seguridade Social, e considerando as características da população atendida por ela, deve fundamentalmente inserir-se na articulação intersetorial" (MDS, 2004, p. 36).

No Sistema Único da Assistência Social (SUAS), a Proteção Social Básica (PSB) seria o equivalente à Atenção Primária à Saúde no SUS: há serviços e equipamentos que se pautam na territorialização e integralidade do cuidado e da atenção aos indivíduos, famílias e comunidades.

O princípio da integralidade, previsto legalmente tanto pela política de saúde quanto pela de assistência social, considera a pessoa inserida em um contexto dinâmico,

histórico e complexo, pressupondo que, para sua efetivação é necessária a articulação das políticas sociais, através da intersectorialidade.

Portanto, pensar a Integralidade na política de Saúde e de Assistência Social representa considerar a pessoa como uma totalidade, como um sujeito histórico, social, político e cultural, incluído num contexto de relações complexas e amplas, sejam elas no âmbito familiar, comunitário e na prevenção e enfrentamento de vulnerabilidades e de riscos sociais (CAMARGO, 2010).

A intersectorialidade incorpora a ideia de integração, de território, de equidade, de direitos sociais. Assim, esse novo arranjo requer mudanças de valores da cultura para um agir coletivo totalmente distinto (SILVA; TAVARES, 2016).

Para a PNAS “muitos dos resultados das ações da política de assistência social impactam em outras políticas sociais e vice-versa, é imperioso construir ações territorialmente definidas, juntamente com essas políticas” (BRASIL, 2004, p. 37). As políticas públicas operam sob um modelo descentralizado, com destaque para a Saúde e Assistência Social, sendo necessária a sinergia intersectorial para enfrentar a complexidade dos problemas sociais (MONNERAT, SOUZA, 2011). Devido a este fato,

(...) os profissionais podem buscar amparo na legislação e nos textos tanto da Política de Saúde quanto da Política Nacional de Assistência Social, os quais preveem a intersectorialidade como um dos principais pressupostos junto a outros princípios como a integralidade, universalidade e equidade na saúde ou territorialidade e descentralização na assistência social (BELLINI; FALER, 2014, p. 33).

Através da gestão dos serviços ofertados em determinado território e da perspectiva do trabalho em rede, torna-se possível o aumento da integração das políticas e a indução de processos de desenvolvimento social. A territorialização permite a oferta de serviços em maior proximidade com os usuários, na perspectiva da descentralização político-administrativa, o que aumenta a eficácia e efetividade dos serviços.

Diante das considerações acima, constatamos que a intersectorialidade abarca o conceito de integração, território, equidade e direitos sociais, considerando o indivíduo em sua totalidade, numa visão geral do problema social, por isto não pode

ser solucionada por políticas e ações setorializadas, verticalizadas desconexas e fragmentadas.

5 EM BUSCA DA INTERSETORIALIDADE

[...] o mundo é mudança contínua e incessante de todas as coisas e que a permanência é ilusão (MARILENA CHAUI, 2007).

Para alcançar os objetivos desta pesquisa, entrevistamos 18 participantes entre eles técnicos e gestores que atuam no município de Presidente Kennedy/ES. O objetivo foi verificar a compreensão sobre o conceito de intersectorialidade, descrever as ações intersectoriais por eles realizadas, identificando os entraves, dificuldades e elementos facilitadores destas ações.

Tal município do sul do Espírito Santo dista 130 km da capital e tem área aproximada de 594, 897 km² com baixa densidade demográfica de 17,66hab./km² (IBGE, 2019). Detém população estimada em 11.574 habitantes, sendo 60% em áreas rurais dedicadas à pecuária e agricultura (Censo 2010).

Segundo informações da ONU (Organização das Nações Unidas), o município de Presidente Kennedy possui Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM)³ de 0,657 e ocupa a 65^o posição no ES (IBGE, 2010). Há alguns anos, era um dos municípios mais pobres do estado, porém, em meados de 2001, com a descoberta do petróleo em suas águas, vieram os recursos oriundos dos *royalties*. Tal descoberta, entretanto, não trouxe resultados ao IDH, sendo ainda um município com muita pobreza e desigualdade.

Apesar dos recentes investimentos da Administração Municipal, a população continua a enfrentar falta de trabalho resultante da baixa qualificação da mão de obra, além dos baixos salários, que não condizem com o elevado custo de vida. Estes fatores tornam a população vulnerável, necessitando cada vez mais da intervenção do Governo, através de Políticas Públicas, para garantir a sobrevivência de um número cada vez maior de famílias.

Neste município, a Assistência Social tem enorme valor, habilitando-se, em setembro de 2008, na Gestão Básica do SUAS, além de implantar o CRAS em

³O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é uma medida composta de indicadores de três dimensões do desenvolvimento humano: longevidade, educação e renda. O índice varia de 0 a 1. Quanto mais próximo de 1, maior o desenvolvimento humano.

território referenciado por 2.500 famílias, com capacidade de atendimento de até 500 famílias/ano (BRASIL, 2020). Em fevereiro de 2019 o município assinou o Termo de Ajuste de Conduta (TAC) – Assistência Social, firmado com o Ministério Público Estadual, em que se comprometeu a estruturar a Gestão Municipal, o CRAS, o CREAS, Conselhos Municipais e Conselho Tutelar, Serviço de Convivência e Fortalecimentos de Vínculos e demais equipamentos da Assistência Social. Como consequência, hoje o município possui os seguintes equipamentos com sede própria:

- Centro de Referência de Assistência Social (CRAS);
- Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (Sede e Marobá);
- Cadastro Único e Programa Bolsa Família;
- Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS);
- Instituição de Acolhimento de Crianças e Adolescentes.

Quanto à política de saúde, podemos dizer que ela se constitui a partir de uma rede que conta com 11 Unidades Básicas de Saúde (UBS) distribuídas nas principais comunidades do seu território. Estas unidades estão divididas em 05 regiões, sendo 06 Unidades de Apoio, as demais contam com a atuação de 06 (seis) equipes multidisciplinares do programa ESF (Estratégia e Saúde da Família), principal programa do Governo Federal para a atenção básica, atingindo 100% de cobertura de atendimento.

Dentre os estabelecimentos de Saúde temos o Pronto Atendimento (PA), localizado na Sede do Município e o Centro Municipal de Especialidades, que oferta atendimento em diversas especialidades (CNE, 2020). Vale ressaltar que o município possui a Unidade de Atenção Psicossocial, inaugurada recentemente, por isso, ainda não consta no CNES. O município não possui hospital, sendo todos os procedimentos como internações e cirurgias de baixa, média e alta complexidade realizados nas cidades vizinhas, como Cachoeiro de Itapemirim, Itapemirim e Mimoso do Sul.

Entre os entrevistados, encontram-se 07 (sete) gestores e 11(onze) técnicos de nível superior que atuam nos serviços do PSB e na ESF. Destes, 15 (quinze) são do sexo feminino (05 gestores e 10 profissionais) e três do masculino (02 gestores e 01

profissional), com formação bastante heterogênea: médico, enfermeira, fonoaudióloga, nutricionista, dentista, assistente social e pedagogo. Os profissionais atuantes na PSB são servidores temporários; já entre os servidores da ESF, apenas 03 (três) são efetivos e os demais são temporários, contratados através de Processo Seletivo Simplificado. Todos têm tempo de trabalho superior a seis meses.

A fim de manter a privacidade dos entrevistados, os trechos das falas foram identificados com siglas, que correspondem ao cargo/função de cada entrevistado, seguido da secretaria onde atuam, sendo respectivamente: GS para os Gestores de Saúde e GAS para Gestor da Assistência Social. Para os profissionais da Saúde, utilizamos PS, e da Assistência Social PAS.

Para facilitar a compreensão da análise das entrevistas, os conteúdos foram agrupados em cinco categorias:

- Concepção de intersetorialidade segundo os gestores e profissionais da política de Assistência Social e Saúde;
- Ações intersetoriais:
- Planejamento das ações intersetoriais;
- Desafios/dificuldades para o exercício da intersetorialidade;
- Benefícios da intersetorialidade.

As categorias apresentadas estão presentes no roteiro de entrevista e foram eleitas após repetidas leituras das transcrições, retirando-se o que nelas se mostrou de maior relevância para o tema estudado.

As falas dos participantes foram agrupadas de acordo com as categorias empíricas e com a relação estabelecida entre a teoria (encontrada no material bibliográfico utilizado e nos documentos analisados), a prática da atuação nos serviços e gestão. Na análise que será apresentada a seguir, buscou-se discutir temas relevantes relacionados à intersetorialidade.

5.1 A CONCEPÇÃO DE INTERSETORIALIDADE SEGUNDO OS TÉCNICOS DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E SAÚDE:

Durante a pesquisa de campo realizada com os profissionais, verificamos que o conceito de intersectorialidade é apresentado associado à integração, interação, trabalho em conjunto, rede, comunicação, junção e articulação entre serviços e políticas.

Integração dos serviços, das ações que são realizadas no município, no local de serviço da gente (PAS).

Interação entre educação, saúde, assistência para que aconteça a viabilidade e até mesmo a execução e a concretização do direito desse usuário de uma forma mais global (PAS).

É a comunicação entre setores da prefeitura, aqui um ajudando ao outro (PS).

Alguns técnicos atrelaram a concepção de intersectorialidade à atuação em rede.

Trabalhar em rede com as outras políticas, de Saúde, de Educação, habitação eu vejo como o todo (PAS).

É notório que a articulação intersectorial através das redes é capaz de promover e facilitar o acesso às políticas sociais, expandindo seu alcance. Refere-se, portanto, a um arranjo potente e capaz de transformar a maneira como a política interfere no cotidiano dos sujeitos, mas carece de institucionalidade na gestão e crítica constante de suas ações (AVELAR; MALFITANO, 2018).

Agrega todas as redes (saúde, educação), eu entendo isso, faz um trabalho conjunto (...). Todos os setores estão reunidos, cada um coloca sua dificuldade, troca informações sobre o usuário (PAS).

Junqueira e Corá (2016) referem-se à prática da rede como capaz de produzir uma gestão intersectorial mais efetiva, a partir da geração de novas respostas aos problemas sociais e da geração de sinergia de saberes e práticas.

Logo, a intersectorialidade pode ser compreendida como a articulação entre as políticas públicas por meio do desenvolvimento de ações conjuntas designadas à proteção social, inclusão e enfrentamento das expressões da questão social. Presume a implementação de ações integradas que buscam a superação da fragmentação da atenção às necessidades sociais da população. Para tanto, envolve a articulação de diferentes setores sociais em torno de objetivos comuns, e

deve ser o princípio norteador da construção das redes municipais (CAVALCANTI; BATISTA; SILVA, 2013).

Na entrevista realizada com os profissionais, foi citada a compreensão da intersetorialidade como:

Vários setores se comunicando entre si para trabalhar em conjunto numa mesma situação (PS).

Após a análise das entrevistas foi possível perceber que a compreensão sobre intersetorialidade adotada pelos técnicos converge com aquela encontrada nos documentos, assim, a intersetorialidade se apresenta como uma forma de fortalecer as ações setoriais (PEREIRA, 2014).

Constatamos no estudo que entre os profissionais algumas percepções a respeito da intersetorialidade se aproximam dos conceitos adotados pela legislação e por diversos autores pesquisados, pois priorizam a integração, parceria, ação conjunta e união de todos os setores para a realização de um objetivo.

5.2 CONCEPÇÃO DOS GESTORES DA POLITICA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E SAÚDE EM RELAÇÃO À INTERSETORIALIDADE.

Conforme verificado nas entrevistas realizadas com os gestores, a intersetorialidade pode ser compreendida de várias formas. Constatamos essa polissemia na fala dos participantes, no entanto, houve referências à unificação, trabalho em conjunto, junção e articulação com a rede.

Um trabalho em conjunto entre os equipamentos, entre os setores, entre as políticas (GAS).

Primeiro é a questão de você trabalhar assim em conjunto, porque as pessoas acreditam que o trabalho, ele é muito individualista (GAS).

Apesar da tentativa de sistematizar o entendimento sobre o conceito de intersetorialidade, observamos que o sentido atribuído à intersetorialidade é o de unidade.

A unificação dos setores e serviços em prol de algo (GS).

Junção de vários profissionais de áreas diferentes para debater temas em comum (GAS).

De acordo com Yazbek (2014, p. 98), a intersectorialidade “supõe a implementação de ações integradas e a superação da fragmentação da atenção às necessidades sociais da população”.

Observamos entre os participantes a compreensão de intersectorialidade atrelada à rede.

É você articular com a rede, você articular com os setores onde você propõe medidas estratégicas para mover ações (GAS).

Neste sentido, Avelar e Malfitano (2018) caracterizam rede social como um conjunto de sujeitos unidos entre si por relações interpessoais, que permitem a transmissão de recursos, extrapolando os limites formais e incentivando, através da articulação entre os serviços das políticas sociais, a ampliação da efetividade na gestão pública.

Segundo Pereira (2014), a intersectorialidade possui um conceito polissêmico e, assim como a política social, tem identidade complexa. Em meio a essa imprecisão terminológica, a intersectorialidade nas políticas sociais é definida, revelando ambiguidades e incoerências.

Entre os gestores, observamos que há os que possuem noção sobre o significado do conceito de intersectorialidade; mas, nem todos compreendem a intersectorialidade.

É novo. A intersectorialidade está dividida em áreas. Há preocupação da estratégia em está trabalhando em cima (GS).

Seria a mistura entre educação, saúde e demais setores (GAS).

Akerman (2014) cita a ausência de uma robustez teórica para a conformação da intersectorialidade, fato este que, conseqüentemente, conduz a imprecisão quanto ao objetivo de sua execução prática.

A compreensão dos gestores acerca da intersectorialidade, assim como sua participação nas ações intersectoriais, é essencial, pois, se inserem nos espaços para negociação e pactuação, onde são enfrentadas inúmeras dificuldades em função da diversidade de interesses. Assim, o gestor deve ser capaz de analisar e interpretar o contexto social, político e institucional em curso. A negociação é o processo de interação entre os atores envolvidos, tornando-se um instrumento gerador de consensos e de disputas (SILVA, 2013).

Reconhecemos não ser tarefa fácil conceituar a intersectorialidade, dada a sua complexidade, mas, de uma forma generalizada, devemos compreendê-la como uma articulação envolvendo gestores e técnicos de diversos setores e saberes, com vistas a se alcançar um objetivo em comum mais amplo.

Desta forma, é necessário compreender que a intersectorialidade demanda articulação de saberes, sendo de necessidade das ações intersectoriais planejamento, execução, avaliação e monitoramento de acordo com a diversidade territorial para que sejam constituídas práticas que considerem as potencialidades e vulnerabilidades do território. Ademais, há a necessidade de criação de atividades que promovam atuação compartilhada e fortalecida para o enfrentamento de uma realidade complexa, objetivando o atendimento das necessidades do indivíduo em sua totalidade.

5.3 PLANEJAMENTO DAS AÇÕES INTERSETORIAIS

Notamos que o município de Presidente Kennedy realiza o planejamento das ações intersectoriais de forma tímida e inexpressiva. As ações são planejadas nas reuniões de Estudo de Caso e, mais precisamente, quando ocorrem ações pontuais como, por exemplo, o CRAS Itinerante e os eventos realizados em datas específicas.

Ainda a gente não faz. Eu só pude perceber esta intervenção com o estudo de caso. O estudo de caso a gente tem essa possibilidade e eu vejo que realmente é uma necessidade muito grande (GAS).

Então esse convite para planejar é no estudo de caso agora assim esporadicamente algumas questões a gente entra em contato (PAS).

Não consegue. Essa é uma ação que a gente não consegue executar, planejar com gerentes de outras áreas não (PAS).

Os participantes do estudo relataram terem mais facilidade de articulação junto às políticas, atuando caso a caso para troca de informações relativas ao acompanhamento das famílias e indivíduos. No entanto, tais ações são ainda pontuais e não institucionalizadas.

O planejamento é definido no estudo de casos. Ali se define qual ação, qual o representante dos equipamentos vai tomar e na reunião seguinte a gente pontua as ações que conseguiram ser executadas e traçam novas ações quando aquelas não foram suficientes para resolver os problemas (GAS).

Silva e Rodrigues (2010) citam a importância de se construir espaços que favoreçam a comunicação e que possibilitem a aceção de conceitos e objetivos

comuns, tornando viável o planejamento participativo das ações que requerem contribuições de outros setores.

Observamos que alguns profissionais negam participação no planejamento para realização das ações; referem ter conhecimento da ação, mas confirmam ausência no planejamento e execução.

A equipe não consegue sentar. Apenas o médico e a enfermeira (PS).

Até então na maioria das vezes é só comunicado. Ninguém nunca chegou e falou vamos sentar para fazer as programações (PS).

Infelizmente temos uma demanda grande, eles acabam tendo que atender esta demanda e acaba faltando tempo. Você fica muito preocupada em cumprir uma agenda e acaba não tendo tempo para planejar (PS).

Por sua vez, Pereira (2014) considera que intersectorialidade pode ser entendida como um instrumento de otimização de saberes; competências e relações sinérgicas em prol de um objetivo comum, se constituindo como uma prática social compartilhada, que requer pesquisa, planejamento e avaliação para a realização de ações conjuntas.

Constatamos que um dos desafios que se apresenta no município se refere ao Planejamento, à organização e ao gerenciamento da ação intersectorial, pois o planejamento das ações intersectoriais ocorre de forma individualizada e pontual. No território há várias possibilidades de articulação em rede, no entanto, para que se possa de fato estabelecer parcerias intersectoriais é imprescindível ir além da negociação de tarefas e da transferência de responsabilidades (SILVA; RODRIGUES, 2010).

Inojosa (2001) cita que a concepção de intersectorialidade visa o alcance da sinergia entre setores a partir da articulação de saberes e experiências, para que, desse modo, possam planejar a execução e a avaliação de políticas, programas e projetos de maneira integrada. Desta forma, os estudos de caso realizados no município de Presidente Kennedy são os que mais se aproximam dessa percepção de intersectorialidade, pois, buscam propor ações e cumprir, dentro da competência de cada política, metas de maneira integrada.

5.4 AÇÕES INTERSETORIAIS

Ao analisarmos como se estabelece a relação da política de Assistência Social e Saúde no município de Presidente Kennedy, constatamos que uma das formas de comunicação entre elas é o encaminhamento:

Ações são realizadas através dos encaminhamentos para saúde das demandas que são da saúde (PAS).

Outra ação reconhecida por unanimidade como intersetorial pelos técnicos da Assistência Social e alguns gestores do município é o Estudo de Casos.

Nós temos estudo de casos onde envolve educação, a saúde, a assistência, aí vem o CREAS a Saúde Mental tem todos profissionais da rede e ai discute vários casos eu vejo isso como crescimento, onde está interligação cresce bem a questão dos serviços, dos atendimentos e até mesmo para os usuários (PAS).

De fato, reconhecemos os estudos de casos e os encaminhamentos como importantes tentativas, no entanto, não se constituem como únicas estratégias de intervenção intersetorial e devem partir de propostas intersetoriais em busca da produção de resultados coletivos. O trabalho intersetorial supõe não apenas o diálogo ou o trabalho simultâneo entre os atores envolvidos, mas sim, a busca por resultados integrados (INOJOSA, 2001).

Chegamos a um acordo que é primordial trabalhar com estudo de caso que é realizado uma vez por mês, geralmente com todas as secretarias, todo serviço prestado pelo município. Cada setor leva o que nos agrava o que é mais importante daquele momento e a gente trabalha com todos os serviços (PAS).

Gomes (2012) acredita que a intersetorialidade deve ser construída através da pactuação de responsabilidades, para isso, os setores devem identificar “situações problema” e elaborar estratégias de intervenções que ultrapassem os programas implementados setorialmente e envolvam os vários setores.

É quando você consegue realizar um trabalho, consegue trabalhar em conjunto com outros setores, quando você consegue ter uma resposta dos outros serviços (PS).

A construção da intersetorialidade é processual, por isso compreendemos que a realização das reuniões da rede de serviços públicos (Estudo de casos) do município se constitui como um importante passo para o desenvolvimento de ações intersetoriais.

A gestão implantou o estudo de caso que tem como objetivo isso mesmo, discutir as situações mais graves, mais difíceis para que no caso favoreça a esta usuária, este cliente, este paciente a melhoria de vida. Hoje já temos este olhar e a gestão tem avançado e proporcionado este estudo de caso de uma forma intersetorial (PAS).

Quando os profissionais referem que o município possui uma ação que orienta o trabalho de forma intersetorial entre as políticas públicas, podemos entender que a intersetorialidade consiste em uma estratégia de gestão em diversos níveis, que buscam articulação entre si.

Então não sei se posso dizer se é uma intersetorialidade, mas no âmbito das proteções a gente tem feito os estudos de casos junto com o CREAS, CRAS, o Serviço de Convivência, a saúde e as outras políticas e debatendo ali algumas situações de nossos usuários, trabalhando mesmo na prevenção de nossos usuários para não correr o risco de uma violação de direitos (GAS).

O Estudo de caso realizado pelo município através de reuniões mensais se constitui como um importante passo para o desenvolvimento de um trabalho que se pretenda integral. Contudo, a articulação que se propõe nas reuniões deve ter o acompanhamento posterior para legitimar a integralidade exigida nos atendimentos à população.

Para Avelar e Malfitano (2018), a rede é compreendida como uma ferramenta de trabalho, ou uma estratégia, que oportuniza a interação entre os atores sociais, de um mesmo território, e possui como principal objetivo a efetivação dos direitos da população, devendo guiar-se pelo que é preconizado na política pública.

As demandas precisam ser assistidas por diversos setores que dialogam entre si, informando o que foi feito e sobre como as ações repercutiram nas famílias. O acompanhamento deve ser coletivo e responsável. Para que possa existir um modelo de ação pautado na intersetorialidade, é necessária uma atuação em rede, uma nova maneira de pensar e fazer a política (BRASIL, 2012).

(...) então assim está todo mundo ali reunido e cada um leva um caso e a gente discute o caso e na outra reunião leva o retorno, o que foi feito e se precisar fazer a visita como foi, se está sendo acompanhada pelo PAIF, então a família está participando (PAS).

Fleury (2013) menciona que é através da interação dos participantes na rede de políticas que as impressões e experiências alcançam significado para além dos interesses egoístas individuais, e a evidência deixa de ser a perseguição dos

objetivos comuns para focar no processo comunicacional, por meio do qual os membros da rede compartilham um conjunto de valores, conhecimentos e percepções dos problemas.

Para que os objetivos da PSB e da APS sejam alcançados, visando à integralidade, as unidades devem participar de ações realizadas por outros setores, divulgando os serviços e planejando ações específicas quando identificam necessidades. Estas ações foram verificadas na fala das técnicas:

Quando a saúde faz algum tipo de evento o SCFV vai, quando o CRAS faz algum evento na praça nós vamos, quando Marobá tem o Projeto VERÃO também. Ai a gente traz as pessoas da Saúde do Projeto Verão as nossas palestras que faz mensalmente com idosos, a gente vai pegando as pessoas de todos os setores (PAS).

Então a saúde convida e vamos levar os serviços da assistência social. Ano passado eu mesma fui dar uma palestra lá sobre o empoderamento feminino. Como temos uma parceria estamos ajudando também (PAS).

Nas entrevistas, foram citadas como ações intersetoriais o Programa Bolsa Família (PBF), o CRAS Itinerante e o Programa Saúde na Escola (PSE).

Tratando-se da intersectorialidade no município de Presidente Kennedy, ao solicitarmos exemplo de programa intersectorial, na maioria das vezes é citado o Programa Bolsa Família. No entanto, Santos (2011) expõe que um dos maiores desafios do Programa Bolsa Família está associado exatamente à necessidade dos diferentes setores atuarem de forma integrada na implementação destas políticas, compartilhando recursos, metas e desenvolvendo estratégias conjuntas a partir das experiências já vivenciadas.

O Bolsa Família tem que ser trabalhado saúde, assistência e educação se não o programa não funciona (PAS).

O Bolsa Família é um programa que está integrando. Os outros programas não (PS).

Então no âmbito do Cadastro único e Bolsa Família é feita as ações entre a gestão do programa bolsa família junto com a saúde e a educação (GAS).

Outra ação desenvolvida no município e reconhecida como intersectorial pelos profissionais foi o CRAS Itinerante.

O CRAS itinerante busca parceria com a saúde, a educação e leva para as comunidades que não conseguem chegar até aqui (PAS).

Assim como o PSE, Saúde na Escola que é um programa que a gente precisa ter abertura na secretaria de educação e nem sempre para gente é fácil acesso às escolas. A gente tem certa dificuldade (GAS).

As ações intersetoriais se constituem fundamentais para as Equipes Volantes que priorizam ampliar o acesso da população em situação de extrema pobreza aos serviços socioassistenciais de PSB, através do deslocamento no território de abrangência do CRAS (BRASIL, 2011).

Alguns técnicos e gestores da Saúde citaram como intersetorial o Programa Saúde na Escola (PSE).

Por exemplo, agora a gente vai ter um trabalho de PSE que é um trabalho feito em conjunto com as escolas em que a unidade é responsável. Então vão ser feito um trabalho educativo, de palestras de capacitação com os professores, com os alunos das creches, escolas, em conjunto com os profissionais da unidade, da saúde, dentro da escola (PS).

Segundo Souza, Esperidião e Medina (2017), o Programa Saúde na Escola foi implantado em 2007, como uma estratégia para a integração e a articulação permanente entre as políticas de educação e de saúde. O seu propósito é a ampliação das ações de saúde dirigidas aos alunos da rede pública de ensino, articulando as redes públicas básicas de saúde e educação, contribuindo para a formação integral dos estudantes, desenvolvendo ações de prevenção, promoção e assistência à saúde.

Entretanto, apesar dos participantes reconhecerem o PSE como intersetorial, notamos que sua execução não ocorre desta forma.

Então vocês vão fazer um atendimento que é dentro da escola, não necessariamente vai ter interação como os profissionais que trabalham lá. Eles só vão ceder espaço e alunos? Sim (PS).

Ademais, observamos que no município de Presidente Kennedy a Secretaria Municipal de Assistência Social (SEMAS) tem tomado a iniciativa das articulações com os demais setores, promovendo encontros intersetoriais mensais (Estudo de caso) como estratégia para melhorar o trabalho em rede. Tal articulação tem acontecido através do contato direto entre os gestores e profissionais das secretarias municipais, para organização de reuniões de rede. Percebemos, portanto, a necessidade de aprimoramento da articulação entre as políticas para

que a comunicação não parta apenas do âmbito da assistência, mas sim, que exista um protocolo para estabelecer o fluxo.

Sim, sempre a assistência social que puxou aqui, e aí geralmente o usuário está na rede, em todos os serviços e muitas vezes no estudo de caso a gente tem este feedback. A saúde mental como vem acompanhando, quais as dificuldades, a Assistência, o CREAS, se precisa mais o CREAS atuar, ou o CRAS, o PAIF o SCFV (PAS).

As profissionais relataram sentir necessidade de maior contato com outros setores para a melhoria do acompanhamento familiar, apontando que as reuniões intersectoriais organizadas pela SEMAS têm ajudado nesse sentido.

Conversa entre a equipe e leva para o estudo de caso que é o momento que conseguimos ter o contato com os outros setores. Lógico que não é aquele trabalho perfeito, mas consegue ter o contato com os outros setores (PAS).

A maior facilidade de relacionamento com a saúde foi justificada pelos participantes devido ao fato das equipes das Unidades de ESF terem bastante entendimento dos territórios atendidos e do acompanhamento sistemático. Por realizarem visitas domiciliares, possuem muitas informações sobre as famílias e indivíduos.

As agentes comunitárias estão abraçando, divulgando as ações que estão sendo planejadas enquanto CRAS itinerante (PAS).

Quando a gente tem alguma dificuldade com usuário de localização de saber mesmo o histórico familiar direitinho a gente procura um agente de saúde que é ele que está ali na comunidade ele passa as informações (PAS).

São nítidos os esforços da política de Assistência social em implantar canais de comunicação entre as outras políticas setoriais, indo para além do escopo do Programa Bolsa Família, principalmente o CRAS, por possuir papel fundamental nas ações intersectoriais do território.

É notório que a Política de Assistência Social - por ser transversal e pela complexidade dos problemas sociais e de seus enfrentamentos - tem como prioridade interagir com as demais políticas sociais. Porém, não é a única responsável por promover ações intersectoriais. A conexão destas ações não deve depender apenas da Assistência Social para ser realizada, mas sim, dos esforços de todas políticas sociais setoriais que tratem da proteção social e garantia de direito.

Observamos que parte das ações identificadas como ações intersetoriais são, em realidade, ações intrasetoriais, assim como existe aqueles que confundem a intersectorialidade com interdisciplinaridade.

Aqui a gente até tem uma interação entre os setores na área da saúde, mas só diz respeito a fisioterapia a fono. Mas a gente não tem com outras secretarias não (PS).

Às vezes é bom. A dá dengue com o pessoal da vigilância. O ano retrasado fez. Esse ano passado não foi feito nenhuma reunião (PS).

Acaba englobando mais coisas, tipo grupo de gestante. Eu atendo a gestante, a enfermeira às vezes pede para fazer uma palestra (PS).

Em suma, das entrevistas realizadas, notamos que alguns dos participantes identificaram como intersetoriais ações pontuais, tais como: Projeto Verão, Grupo de Gestante, Dengue, promoção da saúde bucal, entre outras.

Já entre os profissionais, verificamos um distanciamento das práticas intersetoriais, embora reconheçam a necessidade de se articularem com outros setores, apenas parte deles tomam iniciativas neste sentido.

A parte de Odonto fica muito fechada neste mundinho. A maioria dos problemas vai passando para enfermeira, médico (PS).

Aqui a gente até tem uma interação entre os setores na área da saúde como fisioterapia e fono, a gente trabalha junto com objetivo no paciente, mas não temos com outras secretarias (PS).

Mioto (2007) expõe que um dos desafios é a construção de relações interdisciplinares, essenciais na implementação da abordagem intersectorial nos serviços públicos. No entanto, os espaços institucionais acabam por ser tornar deficitários em função da cultura de especialistas, o que dificulta a execução de um trabalho coletivo, uma vez que as práticas continuam isoladas e fragmentadas.

Outro ponto importante deste estudo se refere à participação dos profissionais da ESF, em que foi observado que apenas um pequeno grupo se envolve com as ações intersetoriais, dentre eles o (a) enfermeiro (a).

A gente não participa de tudo aqui não. Se for para exigir alguma coisa de PSE, Saúde da família não é exigida para a gente. A gente é como se fosse à área do especializado (PS).

Questão dos estudos de casos, a gente vai para a reunião onde todos os setores estão presentes a gente consegue direcionar e caminhar juntos, isso aí em consigo. Com as referências com CRAS, Centro de Atenção

Psicossocial, Conselho Tutelar, eu consigo, área de educação, mas na unidade não (PS).

Ainda sobre o envolvimento de profissionais da equipe da ESF nas ações intersetoriais, Canesqui e Spinelli (2006) observaram pouco planejamento de ações intersetoriais e atribuem este achado à falta de capacitação das equipes.

Diante das ações reconhecidas como intersetoriais, notamos que romper com a setorialização destas ações, com a sua execução fragmentada e desconexa se constitui como um desafio. Destarte, verificamos a necessidade de avanços, de maturação para a efetivação da intersectorialidade. Entretanto, existem ações sendo desenvolvidas, mesmo que de forma esporádica, que podem resultar em uma articulação intersectorial.

5.5 ENTRAVES E DIFICULDADES PARA EXERCÍCIO DA INTERSETORIALIDADE

Alguns dos participantes elencaram como desafios a deficiência em relação aos processos de referência e contrarreferência entre os setores:

Então certo ponto eu acho até tranquilo, mas também uma questão que deixa a gente um pouco incomodada, não só eu mas a equipe toda, que são as contrarreferências que a gente encaminha o usuário, a gente quer um retorno do que está sendo feito, até mesmo para não ficar repetindo, não é de todos os setores mais a gente tem dificuldade (PAS).

Monnerat e Souza (2010) expõem que o caminho trilhado pelas políticas de Saúde, Assistência Social e Educação aponta para a existência de uma arena de possibilidades de interlocuções para a efetivação da intersectorialidade, contudo, isso se reveste em diversos desafios, fatos estes verificados durante a pesquisa de campo.

Foi citada ainda a burocratização no contato com outros setores. Segundo Mioto e Schutz (2011, p. 7), “a burocratização redundante num trato homogêneo e inflexível na prestação de serviços públicos, reforçando as dificuldades na sua resolutividade”.

Se precisar de alguma documentação, um relatório, uma relação de usuários, ainda algumas pessoas têm receio de entregar. Tem que fazer muita documentação e me entrega daqui um bom tempo, em precisava disso para ontem, daqui um mês, dois meses a demanda já é diferente (GAS).

Entre as dificuldades relatadas pelas entrevistadas, encontram-se (a) as que dizem respeito à adesão das políticas setoriais.

O desafio é realmente fazer com que outras políticas participem. É assim nós convidamos representantes de política de habitação, política de educação e na maioria das vezes eles não vão. É assim a assistência tem trabalhado muito com a Saúde, mas as demais políticas não participam efetivamente (GAS).

Silva (2010, p. 197) afirma que para o desenvolvimento de ações intersetoriais “é fundamental que todos os setores e atores envolvidos estejam, de fato, compartilhando desde seus objetivos e metas, as atividades, os processos, as questões, as dúvidas, os resultados, os erros e os acertos”.

No tocante às dificuldades intrasetoriais, os participantes destacaram: a grande rotatividade dos profissionais; a falta de recursos materiais para o trabalho da equipe; o transporte para deslocamento dos profissionais e usuários; e espaço físico.

Hoje tem muito a questão do local – aqui é área rural, chove muito não consegue chegar às localidades e nós, tudo dependemos do outro. O transporte, não é tão fácil conseguir para levar oficinairos e técnicos. O local em si, a estrutura básica não é todo lugar que possa colocar estes profissionais para trabalhar. Então a gente precisa de tendas, mas isso não é problema para que a gente possa levar, se a gente quer fazer as coisas a gente dá um jeito. Então assim são esses requisitos a gente meio que quando vai fazer uma ação encontra algum problema (GAS).

Hoje uma das dificuldades entre outras são nossos profissionais serem processo seletivo. A gente trabalha com o fortalecimento de vínculos e a gente fica muito triste porque na hora que o usuário pega esse vínculo com o profissional e o profissional com usuário às vezes tem aquela troca de profissional eu acho que fragiliza um pouco o nosso trabalho (GAS).

Inojosa (1998, p. 35) aponta como desfavorável à concretização da intersectorialidade a “sobrecarga de responsabilidades dentro da política setorial, a qual impede os profissionais de olharem além do objeto específico de atuação”, fato este vivenciado, em especial, pelos integrantes da ESF.

Infelizmente temos uma demanda grande, eles acabam tendo que atender esta demanda e acaba faltando tempo. Você fica muito preocupada em cumprir uma agenda e acaba não tendo tempo para planejar (PS).

Uma das dificuldades para a prática das ações intersetoriais constatada na fala dos profissionais da ESF se refere à desconexão entre os membros das equipes que desenvolvem ações na Atenção Primária e os equipamentos sociais.

Aqui a gente até tem uma interação entre os setores na área da saúde, mas só diz respeito assim outros setores com fisioterapia a fono, a gente trabalha junto com objetivo no paciente. Mas a gente não tem com outras secretarias não (PS).

Segundo a Organização Pan-americana de Saúde (Opas, 1999, p.28), “a ação intersetorial demanda da área de saúde não somente iniciativa, mas, sobretudo receptividade”.

Minha dificuldade é, por exemplo, uma reunião de hiperdia. Ah convidei, mas não quer ir, tem um monte de situações que eles colocam, não tem adesão da própria equipe é como se a equipe passasse todo tempo, porque ninguém aqui é novo tirando a enfermeira e médico. Não entende importância de estar realizando este trabalho, não tem adesão (PS).

Conforme citado acima, a ação intersetorial para a Equipe de Saúde da Família (EqSF) representa um grande desafio na articulação e planejamento do processo de trabalho. O diálogo intersetorial é difícil, pois requer respeitar a visão do outro e sua contribuição para a construção de decisões no enfrentamento dos problemas e situações levantados, sendo uma estratégia importante de reconstrução das práticas de saúde (SILVA; TAVARES, 2016, p. 194).

Portanto, a existência de desconexão entre os membros das equipes que desenvolvem ações na ESF e os equipamentos sociais pode ser considerada um desafio, um obstáculo para a consolidação da intersetorialidade.

5.6 BENEFÍCIOS DA INTERSETORIALIDADE.

Na opinião dos participantes, a integração das políticas deve ocorrer para melhor atender seus usuários, constituindo-se como um benefício.

Junção de atendimento. O nosso atendimento, junto com a saúde que tem outro atendimento, esse cuidado, eu vejo a percepção de olhares para chegar a um denominador comum do que vai ser feito (PAS).

Para Junqueira (1999), a complexidade da realidade social não se esgota no âmbito de uma única política. O trabalho intersetorial objetiva superar a fragmentação dos serviços e assistir o usuário de forma integral, como um todo, tendo em vista que a mesma pessoa está inserida em serviços diferenciados. Desta forma, contribui para o fechamento de lacunas, para a agilidade do atendimento, para a percepção ampla das necessidades, sobretudo para a minimização da fragmentação e segmentação das políticas e ações.

A gente não consegue andar sozinho, a gente precisa de todos os serviços, a gente sozinha fica meio perdida, sem ação. Enquanto prática agrega. A gente está aqui para lutar por cada um deles (PAS).

Junqueira (1997) ainda cita que quando não existe ação conjunta entre os diferentes departamentos, tem-se uma visão fragmentada das necessidades e problemas sociais. Neste sentido, o autor destaca a importância da integralidade dos atendimentos.

Então eu vejo o olhar de cada um sobre o fato, que acontece para a vida do usuário às vezes uma coisa que eu imaginava a pessoa me mostra de outra forma, com outro olhar (PAS).

As estruturas setorializadas tendem a tratar o cidadão e os problemas de forma fragmentada, com serviços executados individualmente, embora as ações se dirijam ao mesmo indivíduo e ocorra no mesmo espaço territorial e meio ambiente. Conduzem a uma atuação desarticulada e obstaculizam os projetos de gestões democráticas e inovadoras (JUNQUEIRA; INOJOSA; KOMATSU; 1997).

Além da ênfase para a questão da integração, a busca pela superação da fragmentação das políticas, para Junqueira (1997), se torna possível com a compreensão do indivíduo na sua integralidade. Nos depoimentos, verificamos esse entendimento:

Quando está todo mundo junto, a gente consegue solucionar a situação mais rápida. Já que ele está em uma situação de vulnerabilidade é horrível você sentir desprotegido tanto do Estado, tanto do Município, quanto do governo, acho que o maior benefício é esse ele se sentir protegido pela sociedade (GAS).

Destacamos, portanto a associação entre intersetorialidade, integralidade e totalidade. Junqueira (2000) aponta que, além de integração e superação, há o entendimento sobre “considerar o cidadão na sua totalidade”. Para o autor, a intersetorialidade incorpora a noção de integração, transcende um único setor e busca superar a fragmentação das políticas ao considerar o cidadão na sua totalidade (JUNQUEIRA, 2000).

É de suma importância esse vínculo essa união com outros setores, e flui muito mais as ideias porque vem trazendo as ideias. Essa troca de saberes é muito importante para o usuário e para nós técnicos, até mesmo nossos atendimentos, quando ele traz a demanda, a gente pensa: Nossa! Aquele setor falou isso (PAS).

Neste contexto, os estudos de casos realizados de forma conjunta pelo município possibilitam enxergar a família por uma perspectiva ampla, inserida em um todo complexo, o que permite o maior acesso aos direitos sociais e à garantia dos mesmos.

E esse usuário, paciente, cliente (qual terminologia for adotada) é atendido de uma forma global (PAS).

O atendimento integral, por meio do trabalho intersetorial, necessita, primeiramente, partir de uma visão que contemple o usuário como um todo indivisível, e não como sujeito passível de fracionamento, em que cada uma de suas partes recebe atenção e cuidado isolados.

A intersetorialidade no município se encontra em processo de construção, com ações incipientes que necessitam ser ampliada. Isto se constitui como um desafio, como um objetivo a ser alcançado. A rede é fragilizada e cabe à Política de Assistencial Social o esforço de realizar sua articulação.

Assim, o conceito e a prática da intersetorialidade precisam ser inseridos na rotina de gestores e técnicos para que, gradualmente, obtenham habilidades no desenvolvimento de ações e busquem melhoria das condições de saúde da população (SILVA; TAVARES, 2016).

Após a análise dos resultados das entrevistas realizadas, observamos avanços em relação à intersetorialidade. Contudo, averiguamos que - apesar da ESF se configurar como espaço privilegiado para o desenvolvimento de ações intersetoriais, em articulação com outras políticas sociais - no município de Presidente Kennedy as ações intersetoriais possuem maior visibilidade na política de Assistência Social. A ela cabe a responsabilidade de incentivar a intersetorialidade a fim de amenizar os problemas sociais trazidos pelas diversas expressões da questão social e atingir a efetividade das ações do acompanhamento familiar.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A instituição da Seguridade Social foi um marco para o sistema de proteção social brasileiro. A Constituição Federal de 1988, ao estabelecer a Seguridade Social constituída pelas políticas de Saúde, Assistência Social e Previdência Social, instaurou uma nova lógica para as políticas sociais, propondo romper com suas ações setoriais e desarticuladas e passou a apresentar a necessidade de realizar ações integradas, intersetoriais e interinstitucionais.

Apesar de não apresentar o termo intersetorialidade no texto constitucional, expressões com sentidos semelhantes afirmam a importância da realização das ações intersetoriais entre as políticas de Saúde e Assistência Social, contudo, diversos são os entraves verificados para sua operacionalização.

Os obstáculos aparecem a partir da proposição da Seguridade Social, pois, o princípio da articulação entre as políticas não se materializou, entre outras razões, em face da não criação de um orçamento próprio e da instituição setorializada, na qual as políticas estão organizadas por meio de sistema único, descentralizado, adotando orçamento, dinâmica e características próprias.

De acordo com Inojosa (2001, p. 103), as políticas são fatiadas por conhecimentos, por saberes, por corporações, assim como possui “outra herança, que é a hierarquia verticalizada, piramidal, em que os processos percorrem vários escalões, mas as decisões são tomadas no topo (...) é objeto de loteamento político partidário e de grupos de interesse”.

Outrossim, a indefinição terminológica da intersetorialidade se constitui em um desafio para sua concretização, revelando a importância de se investigar em qual proporção os projetos vigentes dizem respeito à efetivação de uma proposta de articulação intersetorial sinérgica, que envolva compartilhamento de saberes para um objetivo comum (NASCIMENTO, 2010).

De acordo com Tumelero (2018), a intersetorialidade apresenta distintas abordagens conceituais: na execução de políticas públicas tem o sentido de complementaridade de setores; como prática vislumbra ações integradas sob diversos saberes; na gestão pública se apresenta como articulação política através

das orientações de governos na sua implementação; na tarefa de otimização de recursos públicos e como trabalho com redes, isto é, ações conjuntas com objetivo de atender os segmentos vulnerabilizados através de ações complementares e integradas.

Assim, atuar com ações intersetoriais compreende o envolvimento de diversos atores, sujeitos e serviços, por meio de saberes, poderes e vantagens, na busca por identificar soluções para problemas que permeiem a multidimensionalidade das necessidades humanas (INOJOSA, 2001). Portanto, as questões em sua totalidade e o reconhecimento da intersetorialidade se apresentam como um instrumento indispensável para o atendimento ao usuário de forma integral, e permite o enfrentamento da fragmentação das políticas sociais.

Destarte, Monnerat e Souza (2011) definem a intersetorialidade como construção de interfaces entre setores e instituições governamentais (e não governamentais), buscando o enfrentamento de problemas sociais complexos que ultrapassem a competência de um só setor de governo ou área de política pública.

Desta forma, na política de Saúde e Assistência Social, verificamos que a intersetorialidade incorpora a ideia de equidade, integração e territorialidade, perpassa pelas políticas setoriais e aspira romper com a fragmentação destas políticas através da articulação e da oferta de ações conjuntas voltadas para o enfrentamento das expressões da questão social.

Apuramos na pesquisa realizada que as ações intersetoriais no município de Presidente Kennedy se constituem em um processo incipiente, caracterizado por ações desenvolvidas de forma esporádicas, pontuais, focadas e muitas vezes individualizadas, indicando a necessidade de se avançar para alcançar a concretude da intersetorialidade.

Ainda são muitos os avanços necessários para a efetivação da intersetorialidade, entretanto, existem ações sendo desenvolvidas - mesmo que esporádicas - em níveis primários. Apesar da comunicação entre a política de Saúde e Assistência estar em processo de estabelecimento, necessita de amadurecimento desse modelo de gestão que pode resultar em uma articulação intersetorial constante. Estas ações demonstram a necessidade do trabalho conjunto, articulado e construído entre

diferentes setores, para assim, responder à multidimensionalidade da questão social.

Observamos na fala de alguns participantes notório avanço do município em relação às ações intersetoriais, apresentando resultado positivo quanto ao atendimento das demandas dos usuários, evitando, assim, que percorram diferentes serviços para conseguir o atendimento desejado. No entanto, constatamos que a intersetorialidade apresenta fragilidades e se constitui como um processo embrionário, que requer avanços na estruturação das políticas de Assistência Social e Saúde, quer seja no planejamento, na perspectiva de comunicação entre os atores, na criação de espaços de discussão conjunta, no reconhecimento do papel da gestão e da execução, na efetivação da intersetorialidade ou de um fortalecimento dos espaços existentes.

Para a concretização da intersetorialidade é necessária a articulação das políticas públicas no âmbito de sua formulação, do planejamento, execução, monitoramento e avaliação.

Destarte, concluímos que este estudo é passível de limitações, sendo que a discussão sobre os limites e as possibilidades da intersetorialidade entre a política de Saúde e Assistência Social no município de Presidente Kennedy não se esgotam nessa análise. Contudo, esperamos trazer contribuições importantes para futuras pesquisas relacionadas à temática aqui abordada, além de fomentar a discussão sobre esse modelo de gestão.

REFERÊNCIAS

AGUM, Ricardo; RISCADO, Priscila; MENEZES, Monique. Políticas Públicas: Conceitos e Análise em Revisão. **Revista Agenda Política**. Vol.3 – n.2 – julho/dezembro – 2015.

AKERMAN, Marco *et al.* Intersetorialidade? IntersetorialidadeS! **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4291-4300, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4291.pdf>. Acesso em: 25 maio 2018. <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4291.pdf>.

AVELAR, Mariana Rossi; MALFITANO, Ana Paula Serrata. Entre o suporte e o controle: a articulação intersetorial de redes de serviços. **Ciência & Saúde Coletiva**. Vol. 23, no. 10, pp.3201-3210, 2018.

BARALHAS, Marilisa; PEREIRA, Maria Alice Ornellas. Prática diária dos agentes comunitários de saúde: dificuldades e limitações da assistência. **Revista brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 3, p. 358-365, junho de 2013.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 4. Ed. Lisboa: Edições70, 2010.

BARRA, Sabrina Alves Ribeiro. **Gestão da Estratégia Saúde da Família: o desafio de consolidar a intersetorialidade**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2013. Disponível em <http://www.ufjf.br/ppgservicosocial/files/2013/04/sabrina.pdf>. Acesso em 08 de maio 2020.

BEHRING, Elaine Rosseti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. Volume 7. São Paulo: Cortez Editora, 2010.

BELLINI, Maria Isabel Barros; FALER, Camília Suzana. Intersetorialidade & fragmentação: partículas a respeito *in* **Intersetorialidade e políticas sociais: interfaces e diálogos**. Porto Alegre, EDIPUCRS, 2014.

BRASIL. **Relatório da 8ª conferência nacional de saúde**. Brasília, DF, mar. 1986.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988**, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. – Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e da outra providência**. Diário oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 19 set. 1990.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). **Norma Operacional Básica NOB/SUAS**. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS). **Política Nacional de Assistência Social: PNAS/2004**. Brasília, DF, 2005.

BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Sistema Único de Assistência Social – SUAS. **Norma Operacional Básica (NOB/SUAS)**. Construindo as bases para a implantação do Sistema Único de Assistência Social. Brasília, jul de 2005.

BRASIL. **Política Nacional da Atenção Básica**. Diário Oficial da União, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154**, de 24 de janeiro de 2008 (Publicada no D.O.U. nº 43, de 04/03/2008, Seção 1, fls. 38 a 42). Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_18_03_08.pdf. Acesso em 20 de maio de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Tipificação nacional de serviços socioassistenciais: texto da **Resolução nº 109**, de 11 de novembro 2009 publicada no Diário Oficial da União em 25 de novembro de 2009. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS). **Orientações técnicas: Centro de Referência de Assistência Social – CRAS**. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Presidência da República. **Altera a Lei no 8.742**, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social. Publicada no DOU em 07 de julho de 2011.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS). Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS - NOBRH/SUAS. Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011** – Brasília: CONASS, 2011.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS). Sistema Único de Assistência Social (SUAS). **Orientações técnicas sobre o PAIF**. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. CapacitaSUAS, Caderno 3 - **Vigilância Socioassistencial**: Garantia do caráter público da política de assistência social. Brasília, DF, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 17/SAS**, de 15 de janeiro de 2013. Inclui na tabela de tipos de equipes do SCNES, equipes de Saúde Bucal e fica redefinida a composição das equipes que agregam profissionais de saúde bucal e a composição mínima de profissionais para o serviço especializado 101 Estratégia de Saúde de Família. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, 17 jan. 2013, p. 37.

BRASIL. **Resolução nº01**, de 21 de fevereiro de 2013. Dispõe sobre o reordenamento do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos – SCFV, no âmbito do Sistema Único da Assistência Social – SUAS, pactua os critérios de partilha do cofinanciamento federal, metas de atendimento do público prioritário e, dá outras providências. Diário Oficial, DF, 26 fev 2013. Seção 1, nº38.

BRASIL, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. INTERMINISTERIAL Nº 1, de 2 de janeiro de 2014 **Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP)** no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2014.

BRASIL. **Caderno de orientações Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família e Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (MDS)**. Brasília, DF, 2016.

BRASIL. **Perguntas Frequentes Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos**. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Brasília, DF, 2017.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; CapacitaSUAS. Fundação Oswaldo Cruz. **Curso de introdução à atualização sobre especificidade e interfaces da proteção social básica no SUAS**. -- Brasília, DF: MDS, Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, Secretaria Nacional de Assistência Social, 2017.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Fundação Oswaldo Cruz. **Curso de introdução à atualização sobre especificidade e interfaces da proteção social básica no SUAS**. Brasília, DF: MDS, Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, Secretaria Nacional de Assistência Social, 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Assistência Social. **Política e NOB's**. Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 2.539**, de 26 de setembro de 2019 Altera as Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir a equipe de Atenção Primária – e AP e dispor sobre o financiamento de equipe de Saúde Bucal – e SB com carga horária diferenciada. Brasília, 2019.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário (MDSA). **Relatórios de informações sociais.** Disponível em: <https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/ri/relatorios/mds/index.php>. Acesso: 10/05/2020.

BRASIL, Ministério da Saúde Secretaria de Atenção Primária à Saúde Departamento de Saúde da Família **Nota Técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS.** Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne. Brasília, 2020.

BRAVO. Maria Inês Souza. **As lutas pela saúde:** desafios da frente nacional contra a privatização da saúde. Anais da 64ª Reunião Anual da SBPC – São Luís, MA – julho/2012.

BRECHT, Bertold. **Os que lutam.** [s. l.]: [s.d.].

BRONZO, Carla. Intersetorialidade, autonomia e território em programas municipais de enfrentamento da pobreza: experiências de Belo Horizonte e São Paulo. **Revista Planejamento e Políticas Públicas**, n. 35, p. 119-160, jul./Dez.2010. Disponível em <http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/200/194>. Acesso em: 01 jul.2019.

CAMARGO, Karen Ramos. A interface entre saúde e assistência social: subsídios para algumas reflexões na perspectiva de seguridade social. **Revista Escola de Gestão Pública**, Secretaria Municipal de Administração, Porta Alegre, 2010.

CANESQUI Ana Maria; SPINELLI Maria Angélica dos Santos. **Saúde da família no Estado de Mato Grosso, Brasil:** perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. Caderno de Saúde Pública, 2006.

CARMO, Michelly Eustáquio do; GUIZARDI, Francini Lube. Desafios da intersectorialidade nas políticas de saúde e assistência social: uma revisão do estado da arte. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 2017, p. 1265-1286. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v27n4/0103-7331-physis-27-04-01265.pdf>. Acesso em 22 jun. 2019.

CAVALCANTI, Patrícia Barreto; BATISTA; Kátia Gerlânia Soares; SILVA, Leandro Roque. A estratégia da intersectorialidade como mecanismo de articulação nas ações de saúde e assistência social no município de Cajazeiras-PB. **Anais do Seminário Internacional sobre Políticas Públicas**, Intersetorialidade e Famílias. Porto Alegre, PUC/RS, v. 1, 2013. Disponível em: <http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/anais/sipinf/edicoes/l/9.pdf>. Acesso em 14/05/2020.

CHAUI, Marilena. **Introdução à história da filosofia:** dos pré-socráticos a Aristóteles, 2. Ed. rev. e ampl. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

CHRISPINO, Álvaro. **Introdução ao estudo das políticas públicas: uma visão interdisciplinar e contextualizada.** Rio de Janeiro, FGV Editora, 2016.

COLIN, Denise; JACCOUD, Luciana. “Assistência social e construção do Suas”. In: Colin, Denise et al. (Orgs.). **20 anos da Lei Orgânica da Assistência Social**. Brasília: MDS, 2013, v. 1, pp. 42-65.

CORDEIRO. Tiago Gomes. Política Social e Direito Social: uma abordagem histórico-conceitual. **6º Seminário Nacional Estado e Políticas Sociais, 2º seminário de Direitos Humanos. Capitalismo contemporâneo na América Latina: Políticas Sociais Universais?** Paraná, 2014.

COUTO, Berenice Rojas. **O direito social e a Assistência Social na sociedade brasileira: uma equação possível?** São Paulo. Cortez, 2004.

DALBELLO-ARAÚJO, M. Comunidade Ampliada de Pesquisa. In: ROSA, E. M.; SOUZA, L.; AVELAR, L. (Orgs). **Psicologia Social: temas em debate**. Vitória: GM. Editora-ABRAPSO-ES, 2008.

DIAS, M. S. A; PARENTE, J. R. F; VASCONCELOS, M. I. O; DIAS, F. A. C. Intersetorialidade e Estratégia Saúde da Família: tudo ou quase nada a ver? **Ciência & Saúde Coletiva**. Sobral, SE – 19 (11): 4371- 4382, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4371.pdf>. Acesso em: 12 maio 2020.

DIAS R.; MATOS, F. “O conceito de política pública” In: DIAS, R e MATOS, F. **Políticas públicas: princípios, propósitos e processos**. São Paulo: Atlas, 2012, p. 1-21.

DURIGUETTO, Maria Lúcia;MOLJO, Carina Berta. **Sistema Único de Assistência Social, Organizações da Sociedade Civil e Serviço Social – Uma análise da realidade de Juiz de Fora**. Editora UFJF. Juiz de Fora, 2012.

ESTEVÃO, Renildo Barbosa; FERREIRA, Maria. D’ALVA. Análise de políticas públicas: uma breve revisão de aspectos metodológicos para formulação de políticas. **Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas– UFPI**. Holos, Ano 34, Vol. 03. 2018.

FARIA, R. M. A territorialização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território urbano. **Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 9, n. 16, p. 121 - 130, 19 jun. 2013.

FAUSTINO, Taiane Queithe da Silva. A INTERSETORIALIDADE NO SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL: um diálogo com a literatura atual. In: **Revista Perspectivas em Políticas Públicas**. Editora: UEMG. Belo Horizonte – MG. dezembro de 2014.

FERNANDES, B. Marco. Territorialidade. In: Di Giovanni, Geraldo; Nogueira, Marco Aurélio (orgs). **Dicionário de Políticas Públicas**. 2 ed. São Paulo: Editora da Unesp; Fundap, 2015.

FEUERWERKER, L.M.; COSTA, H. Intersetorialidade na rede Unida. **Saúde em**

Debate. Rio de Janeiro, v.22, p. 25-35,2000.

FLEURY, Sonia. As redes e a difusão de inovações. Conferência apresentada no **I Seminário Conhecimento, Inovação e Comunicação em Serviços de Saúde - I CIC-SAÚDE BRASIL – 2013.**

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa.** 2 eds. Porto Alegre, RS: Bookman, 2004.

GARAJAU, Narjara Incalado; AFONSO, Maria Lúcia Miranda Afonso. **Articulação intersetorial como estratégia de gestão na Política de Segurança Alimentar e Nutricional no Brasil:** análise do Programa Cozinha Comunitária. Segurança Alimentar e Nutrição, Campinas, v.23, n.esp, p.1065-1079, dez.2016.

GIANEZINI, Kelly *et al.* POLÍTICAS PÚBLICAS: definições, processos e constructos no século XX. **Revista de Políticas Públicas.** Mar/2017.

GIL, Antonio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 6. ed., **São Paulo: Atlas, 2008.**

GOES, Flavia Tempone; MACHADO, Lucilia Regina de Souza. Políticas educativas, intersetorialidade e desenvolvimento local. **Educação & Realidade,** Porto Alegre, v. 38, n. 2, p. 627-648, abr./jun. 2013.

GOIS. Juliana Carla da Silva. A gênese da pauperização da classe trabalhadora na sociedade capitalista. **Seminário Nacional de Serviço Social, trabalho e política social.** Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Out/2017.

GOMES, Livia Cardoso. **O desafio da intersetorialidade:**a experiencia do Programa Saúde na Escola (PSE) em Manguinhos, no município de Rio de Janeiro.2012.Dissertação(Mestrado em Saúde Pública). Fundação Osvaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Jorge Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

GUERRA, Yolanda. A dimensão investigativa no exercício profissional. In: CFESS/ABEPSS. *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais.* Brasília: CFESS/Abepss, 2009.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na Contemporaneidade:** trabalho e formação profissional. 9 ed. São Paulo, Cortez, 2005.

INOJOSA, Rose Marie. Intersetorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional. **Revista de Administração Pública.** Rio de Janeiro: FGV, v. 32, n. 2, p. 35-48, mar. /abr.1998.

INOJOSA. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade. *In: Cadernos FUNDAP,* 22, 2001.

INOJOSA. **Intersetorialidade, redes de compromisso social e o governo da cidade de São Paulo.** São Paulo: [s.n.], 2002.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: ibge.gov.br. Acesso em out. 2019.

Instituto Jones Santos Neves. Disponível em: www.ijnsn.es.gov.br. Acesso em out. 2019.

IPEA- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada 2020. Disponível em http://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&id=2048:catid=28. Acesso em 22 de out.2019.

JUNQUEIRA Luciano. A. Prates. Descentralização, intersectorialidade e rede como estratégias de gestão da cidade. *In: Revista FEA-PUC-SP*, São Paulo, v. 1, p. 57- 72, nov. 1998.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates; & INOJOSA, Rose Marie. **Desenvolvimento social e intersectorialidade: a cidade solidária**, São Paulo, FUNDAP (mimeo), 1997.

JUNQUEIRA Luciano A. Prates. Descentralização, intersectorialidade e rede como estratégias de gestão da cidade. *In: Revista FEA-PUC-SP*, São Paulo, v. 1, p. 57- 72, nov. 1999.

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

JUNQUEIRA, Luciano Antonio Prates, Org.; Corá, Maria Amelia Jundurian, Org. **Redes sociais e intersectorialidade** / Organização de Luciano Antonio Prates Junqueira e Maria Amelia Jundurian Corá – São Paulo: Tiki Books, 2016.

JUNQUEIRA, Luciano Antônio Prates; INOJOSA, Rosa Marie; KOMATSU, Suely. Descentralização e intersectorialidade na gestão pública municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza. **XI Concurso de ensayos del clad “el tránsito de la cultura burocrática al modelo de la gerencia pública: perspectivas, posibilidades y limitaciones”**. Caracas, 1997. Disponível em: http://nute.ufsc.br/bibliotecas/upload/junqueira_inojosa_komatsu_1997.pdf Acesso em: 14/05/2020.

KOGA, Dirce. A disputa territorial redesenhando relações sociais nas cidades brasileiras. *In: Revista Serviço Social e Sociedade*. Nº. 94, São Paulo: Cortez, 2008.

MAGALHÃES, Edgar Pontes de. Inclusão social e intersectorialidade: o longo caminho dos princípios às estratégias de ação. *In: CARNEIRO, Carla Bronzo e COSTA, Bruno Lazzarotti Diniz (Org.). Gestão Social: o que há de novo?* Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 2004, v.1 (desafios e tendências): 35-45.

Manual do (a) gestor (a) municipal do sus diálogos no cotidiano. Conasems, Cosems-RJ. 1ª Edição, Rio de Janeiro, CEPESC, 2016.

MARTINS, G. A.; THEÓPHILO, C. R. **Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas**. 2. Ed. São Paulo: Atlas, 2009

MATTOS, Ruben Araújo de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, outubro. 2004.

MARX, Karl. **O Dezoito Brumário de Louis Bonaparte**. São Paulo: Centauro, 2006.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma Agenda para a Saúde**. 1996. Ed. Hucitec, São Paulo.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

MIOTO, Regina Célia Tamasso; SCHUTZ, Fernanda. **Intersectorialidade na Política Social: Reflexões a partir do exercício profissional dos Assistentes Sociais**. Pelotas-RS, 2011.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. **As ações profissionais do assistente social na Atenção Básica da Saúde: contribuições para o debate sobre a intersectorialidade e família na construção da integralidade**. Projeto de Pesquisa apresentado ao CNPq. 2007.

MONNERAT, Giselle; SOUZA, Rosimary. Política Social e Intersectorialidade: consensos teóricos e desafios práticos. **Revista SER SOCIAL**, Brasília, n. 26, 2010.

MONNERAT, Giselle Lavinias; SOUZA, Rosimary Gonçalves. **Da Seguridade Social à intersectorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil**. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 15 jun.2019.

MONNERAT. Política Social e Intersectorialidade: consensos teóricos e desafios práticos. *In* **Ser Social**, v.12, n.26, Universidade de Brasília, 2011.

MONNERAT, Giselle Lavinias; ALMEIDA, Ney Luiz Teixeira; SOUZA, Rosimary Gonçalves de. (Org.). **A intersectorialidade na agenda das políticas sociais**. Campinas: Papel Social, 2014. p. 21-39.

MONNERAT, Giselle Lavinias; SOUZA, Rosimary Gonçalves de. Intersectorialidade e Políticas Sociais: Contribuições ao debate contemporâneo. **I Congresso Internacional de Política Social: Desafios Contemporâneos**, Paraná, 09-12 de junho de 2015.

NASCIMENTO. Sueli do. Reflexões sobre a intersectorialidade entre as políticas públicas. *In: Revista Serviço Social e Sociedade*. São Paulo: Cortez, n.101. 2010.

NETO, Otávio Cruz. O trabalho de campo como descoberta e criação. *In: Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 29 eds. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

NETTO, José Paulo. Cinco notas a propósito da questão social. *In: Temporalis/Associação de Ensino e Pesquisa em Serviço Social*. Ano 2, nº 3. Brasília.ABEPSS, Grafile,2001.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Assimetrias e tendências da Seguridade Social brasileira. *In: Revista Serviço Social e Sociedade*. São Paulo: Cortez, n. 65, p. 95 - 123,2001.

OPAS. Organización Panamericana de la Salud. **Planificación local participativa: metodologías para la promoción de la salud en América y El Caribe**. Washington, D. C., 1999.

PEREIRA, Potyara Amazoneida. Política Social do segundo pós-guerra: ascensão e declínio. **Revista Serviço Social & Saúde**. UNICAMP Campinas, v. IX, n. 10, dez.2010.

PEREIRA, Potyara Amazoneida. **Política social: temas & questões**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2009a.

PEREIRA, Potyara Amazoneida. A Intersetorialidade das Políticas Sociais na Perspectiva Dialética. *In: ALMEIDA, Ney Luiz Teixeira de; SOUZA, Rosimary Gonçalves de (Orgs). A Intersetorialidade na Agenda das Políticas Sociais*. Campinas, SP: Papel Social, 2014.

PEREIRA, Karine Yanne de Lima; TEIXEIRA, Solange Maria Teixeira. Redes e intersectorialidade nas políticas sociais: reflexões sobre sua concepção na política de assistência social. **Textos & Contextos**. Porto Alegre, 2013.

RIBEIRO,Ana Cândida Aires.**Um estudo sobre o suas na paraíba: um olhar a partir da territorialização dos serviços de proteção social nas 14 regiões geoadministrativas**, 2015, Paraíba. Dissertação apresentada à Universidade Federal da Paraíba, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, para obtenção do Título de Mestre em Serviço Social.

ROSA, João Guimarães. **Grande sertão: veredas**. 13. ed. Rio de Janeiro, J. Olympio, 1979.

SANTOS, Natália Navarro dos. Os Desafios da Gestão Intersetorial do Programa Bolsa Família: o Caso do Município de Guarulhos. **XXXV Encontro da ANPAD**. Rio de Janeiro 4 a 07 setembro de 2011.

SILVA, Carlos dos Santos. **Promoção da Saúde na escola: modelos teóricos e desafios da intersectorialidade no Município do Rio de Janeiro**. 2010.

SILVA, K. L.; RODRIGUES, A. T. Ações intersectoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 5, p. 7.62-769, set-out 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n5/11.pdf>. Acesso em: 23/03/2020.

SILVA, Denise Alves José da. **Ação intersectorial: potencialidades e dificuldades do**

processo de trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família. FIOCRUZ, 2013.

SILVA, Denise Alves José da. TAVARES, Maria de Fátima Lobato. Ação intersetorial: potencialidades e dificuldades do trabalho em equipes da Estratégia Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro. **Saúde debate** [online]. 2016, vol.40, n.111, pp.193-205. ISSN 2358-2898.

SCHUTZ, Fernanda. MIOTO, Regina Célia Tamasso. Intersetorialidade e Política Social: Subsídios para o debate. *In: Sociedade em Debate*, Pelotas, v. 16 n° 1. 2010. Disponível em: <http://revistas.ucpel.tche.br/>. Acessado em: 20 de jul. 2019.

SPOSATI, Aldaíza. **A menina Loas**: um processo de construção da assistência social. São Paulo: Cortez, 2004.

SPOSATI, Aldaíza. **Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, UNESCO, 2009.

SPOSATI, Aldaíza. Descaminhos da seguridade social e desproteção social no Brasil. **Ciência Saúde Coletiva**, vol.23, n.7, pp.2315-2325, 2018.

SOUZA, Marta Caires de; ESPIRIDIANO, Monique Azevedo; MEDINA, Maria Guadalupe. A intersectorialidade no Programa Saúde na Escola: avaliação do processo político-gerencial e das práticas de trabalho. **Ciênc. Saúde coletiva**. 2017.

TRIVINOS, ANS. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação: o positivismo, a fenomenologia e o Marxismo**. Atlas. São Paulo, p.128-30, 1997.

VALLE, Maria Izabel Marques do. **A intersectorialidade e territorialidade**: Novos enfoques para a Efetividade da Gestão Social. Enanpad. 2008.

VEIGA, Laura da; BRONZO, Carla. Estratégias intersectoriais de gestão municipal de serviços de proteção social: a experiência de Belo Horizonte. *In: Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, v. 48, n. 3, p. 595-620, maio-jun. 2014.

VIANNA, Maria Lúcia Teixeira Werneck. Que reforma? O sistema brasileiro de proteção social, entre a previdência e a seguridade. **Ser Social**. Brasília, n. 11, p. 75 - 104, 2002.

VIEIRA, Nayara de Holanda. Proteção social básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosos: cenário de (des)proteção social?. **IX Jornada Internacional de Políticas Públicas**, Maranhão, 2019.

YAZBEK, Maria Carmelita. **Sistemas de Proteção Social, Intersetorialidade, e Integração de Políticas Sociais**. Centro Português de Investigação em História e Trabalho Social. Pag. 1-31. 2010.

YASBEK, Maria Carmelita. As ambiguidades da Assistência Social brasileira após dez anos de LOAS. *In: Revista Serviço Social e Sociedade*. São Paulo, n. 77,2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A

ROTEIRO DA ENTREVISTA

1. O que você entende por intersectorialidade?
2. Quais ações intersectoriais são desenvolvidas por este serviço?
3. Este serviço realiza ações de planejamento integrado com outras políticas? Caso realize como se dá essas ações; qual setor este serviço mais se relaciona, por que e como é esse relacionamento?
4. Quais os desafios/dificuldades para o exercício da intersectorialidade?
5. Quais os benefícios da intersectorialidade?

APÊNDICE B



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRESIDENTE KENNEDY
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

CARTA DE ANUÊNCIA

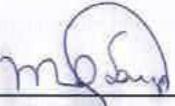
De: **Maria da Conceição Oliveira Souza**

Para: **Rejane Fernandes das Neves**
 Secretária Municipal de Assistência Social de Presidente Kennedy-ES

Prezada Secretária,

Eu, **MARIA DA CONCEIÇÃO OLIVEIRA SOUZA**, solicito autorização institucional para realização de projeto de pesquisa intitulado **INTERSETORIALIDADE: POSSIBILIDADES E LIMITES**, com o seguinte objetivo: Analisar as ações intersetoriais realizadas entre as políticas de Saúde e Assistência Social segundo a perspectiva dos gestores e profissionais, com a metodologia qualitativa, necessitando, portanto, ter acesso a dados a serem colhidos com os profissionais da instituição. Aproveito a oportunidade para informar que esta pesquisa **NÃO ACARRETA ÔNUS PARA A SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DE PRESIDENTE KENNEDY-ES.**

Atenciosamente,



MARIA DA CONCEIÇÃO OLIVEIRA SOUZA

Contato: **zileldifariasouza@hotmail.com**

E-mail: zileldifariasouza@hotmail.com

Telefone: (28) 999816835

1

Rua Átila Vivacqua, 69- centro - Presidente Kennedy/ES
 CEP: 29.350-000 – Tel.: (28) 3535-1900



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRESIDENTE KENNEDY
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

Concordamos com a solicitação () Não concordamos com a solicitação

Declaro que estou ciente dos objetivos, métodos e técnicas que serão utilizados nessa pesquisa, conforme me foi apresentado em projeto escrito e que a instituição possui a infraestrutura necessária para o desenvolvimento da pesquisa. Concordo em fornecer subsídios para seu desenvolvimento, desde que seja assegurado o que segue:

- 1) O cumprimento das determinações éticas da Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde;
- 2) A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa;
- 3) Que não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação nessa pesquisa;
- 4) No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

O referido projeto será realizado na Secretaria Municipal de Assistência Social de Presidente Kennedy-ES e poderá ocorrer somente a partir da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

Informo ainda, que para início do projeto esta direção deve ser informada da aprovação do CEP, pelo (a) pesquisador (a), através do envio de cópia da carta de aprovação.

() Pendência(s) para anuência:

.....
.....

Presidente Kennedy, 01/07/2019

Rejane Fernandes das Neves
Secretaria Municipal
de Assistência Social
Decreto nº 0079/19

REJANE FERNANDES DAS NEVES

Secretaria Municipal de Assistência Social de Presidente Kennedy-ES

2

APÊNDICE C



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRESIDENTE KENNEDY
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CARTA DE ANUÊNCIA

De: Maria da Conceição Oliveira Souza

Para: Valdinei Costalonga
 Secretário Municipal de Saúde de Presidente Kennedy-ES

Prezado Secretário,

Eu, **MARIA DA CONCEIÇÃO OLIVEIRA SOUZA**, solicito autorização institucional para realização de projeto de pesquisa intitulado **INTERSETORIALIDADE: POSSIBILIDADES E LIMITES**, com o seguinte objetivo: Analisar as ações intersetoriais realizadas entre as políticas de Saúde e Assistência Social segundo a perspectiva dos gestores e profissionais, com a metodologia qualitativa, necessitando, portanto, ter acesso a dados a serem colhidos com os profissionais da instituição. Aproveito a oportunidade para informar que esta pesquisa **NÃO ACARRETA RÔNUS PARA A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PRESIDENTE KENNEDY-ES.**

Atenciosamente,



MARIA DA CONCEIÇÃO OLIVEIRA SOUZA

Contato:
 E-mail: ceicaobj@bol.com.br
 Telefone: (22) 999013744

1

Rua Átila Vivacqua, 69- centro - Presidente Kennedy/ES
 CEP: 29.350-000 – Tel.: (28) 3535-1900



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PRESIDENTE KENNEDY
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

CARTA DE ANUÊNCIA

Concordamos com a solicitação Não concordamos com a solicitação

Declaro que estou ciente dos objetivos, métodos e técnicas que serão utilizados nessa pesquisa, conforme me foi apresentado em projeto escrito e que a instituição possui a infraestrutura necessária para o desenvolvimento da pesquisa. Concordo em fornecer subsídios para seu desenvolvimento, desde que seja assegurado o que segue:

- 1) O cumprimento das determinações éticas da Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde;
- 2) A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa;
- 3) Que não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação nessa pesquisa;
- 4) No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

O referido projeto será realizado na Secretaria Municipal de Saúde de Presidente Kennedy-ES e poderá ocorrer somente a partir da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

Informo ainda, que para início do projeto esta direção deve ser informada da aprovação do CEP, pelo (a) pesquisador (a), através do envio de cópia da carta de aprovação.

Pendência(s) para anuência:

.....
.....

Presidente Kennedy, 01/07/2019



VALDINEI COSTALONGA

Secretário Municipal de Saúde de Presidente Kennedy-ES

APÊNDICE D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar de uma pesquisa como voluntário. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir e no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador (a) responsável. Em caso de recusa você não será prejudicado (a) de forma alguma. Se tiver alguma dúvida você poderá pedir esclarecimento aos pesquisadores a qualquer momento. Você poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da EMESCAM, que avaliou este trabalho, no telefone (27)33343586, no email comite.etica@emescam.br ou no endereço Comitê de Ética em Pesquisa - Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - Av. N. S. da Penha, 2190, Santa Luiza - Vitória - ES - 29045-402.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Título do projeto de pesquisa: INTERSETORIALIDADE: POSSIBILIDADES E LIMITES EM UM MUNICÍPIO SUL CAPIXABA

Instituição: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM).

Telefone: (27)33343586.

Pesquisador Responsável: Maria da Conceição Oliveira Souza

RG: 08717242-5-IFR/RJ.

Endereço: Rua Dr. Adir Gomes, 397, Monte Aghá, Piúma/ES

Telefone: (22) 999013744

Orientadora: Profª Dra Maristela Dalbello Araújo

Contato: maristela.araujo@emescam.br.

Objetivos da pesquisa:

- **Objetivo Geral:** Analisar as ações intersetoriais realizadas entre as políticas de Saúde e de Assistência Social, segundo a perspectiva dos gestores e profissionais.

Objetivos Específicos:

- Verificar a compreensão que os técnicos e gestores do Sistema Único de Saúde (SUS – Atenção Primária a Saúde) e do

Sistema Único de Assistência Social (SUAS) possuem sobre o conceito de intersetorialidade;

- Apontar pontos comuns presentes nas políticas do SUS e ao SUAS, quanto à Intersetorialidade;
- Identificar os entraves, as dificuldades e os elementos facilitadores ações intersetoriais.

Procedimentos da pesquisa: a metodologia de coleta de dados na qual se dará a participação do entrevistado, será por meio da utilização de um roteiro de entrevista semiestruturada, desenvolvido pela pesquisadora em conjunto com sua orientadora, contendo questões relativas às ações intersetoriais realizadas entre as políticas de Saúde e de Assistência Social, segundo a perspectiva dos gestores e profissionais.

Riscos e desconfortos: de acordo com a resolução 466/2012, toda pesquisa realizada com seres humanos é perpassada por risco em tipos e gradações variados. No contexto desta pesquisa, o risco está ligado à quebra de privacidade, além de constrangimentos nas respostas. Tais riscos serão minimizados com compromisso formal da pesquisadora em assegurar aos participantes o sigilo, o anonimato e a confidencialidade das informações enunciadas. Elenca-se que a pesquisadora guardará o material somente durante a pesquisa, após a finalização, o material será destruído.

Benefícios: Acredita-se que esta pesquisa irá contribuir para desvendar as possibilidades e limites para efetivação da intersetorialidade entre as políticas públicas municipais (Saúde e Assistência Social), de modo que os resultados sejam analisados e possam gerar mudanças nas práticas e no seu alcance.

Custo / Reembolso para o participante: a participação na pesquisa se dará de forma espontânea, sem que acarrete para o entrevistado qualquer incentivo ou ônus, haja vista que a entrevista tem a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa.

Confidencialidade da pesquisa: apenas a pesquisadora e sua orientadora terão acesso às informações prestadas, e estas serão guardadas somente durante a pesquisa, visto que após a finalização, o material será destruído de forma adequada. A colaboração do entrevistado será forma confidencial e privativa, na

qual o anonimato do participante será assegurado. Para isso, serão omitidas quaisquer informações que permitam identificá-lo.

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO

Eu, _____, RG _____
____/____, CPF _____, abaixo assinado, autorizo a participação no estudo referido. Fui devidamente informado e esclarecido pelos pesquisadores sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer prejuízo.

Presidente Kennedy, _____ de março de 2020.

Assinatura do (a) participante: _____.

Assinatura da pesquisadora: _____

APÊNDICE E

PESQUISA DOCUMENTAL POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

Documento	Termo	Síntese dos resultados da análise documental
Constituição Federal de 1988	Conjunto; integrado	Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social
Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993, atualizada pela Lei n. 12.435, de 2011(Dispõe sobre a organização da Assistência Social);	Conjunto, integrado (a), território, rede, territorial, articulação, interface, articulam, integra, articulando.	<p>Art. 1º A assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas.</p> <p>Art. 2º Parágrafo único. Para o enfrentamento da pobreza, a assistência social realiza-se de forma integrada às políticas setoriais, garantindo mínimos sociais e provimento de condições para atender contingências sociais e promovendo a universalização dos direitos sociais.</p> <p>Art. 6º § 1º As ações ofertadas no âmbito do SUAS têm por objetivo a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice e, como base de organização, o território.</p> <p>Art. 6º-A. A assistência social organiza-se pelos seguintes tipos de proteção:</p>

		<p>I - Proteção social básica: conjunto de serviços, programas, projetos e benefícios da assistência social que visa a prevenir situações de vulnerabilidade e risco social por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições e do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários;</p> <p>Art. 6º-B. As proteções sociais básica e especial serão ofertadas pela rede socioassistencial, de forma integrada, diretamente pelos entes públicos e/ou pelas entidades e organizações de assistência social vinculadas ao SUAS, respeitadas as especificidades de cada ação. A vinculação ao SUAS é o reconhecimento pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome de que a entidade de assistência social integra a rede socioassistencial.</p> <p>Art. 6º-C § 1º O CRAS é a unidade pública municipal, de base territorial, localizada em áreas com maiores índices de vulnerabilidade e risco social, destinada à articulação dos serviços socioassistenciais no seu território de abrangência e à prestação de serviços, programas e projetos socioassistenciais de proteção social básica às famílias.</p> <p>§ 3º Os CRAS e os CREAS são unidades públicas estatais instituídas no âmbito do SUAS, que possuem interface com as demais políticas públicas e articulam, coordenam e ofertam os serviços, programas, projetos e benefícios da assistência social.</p>
--	--	--

		<p>Art. 24-B. Fica instituído o Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI), que integra a proteção social especial e consiste no apoio, orientação e acompanhamento a famílias e indivíduos em situação de ameaça ou violação de direitos, articulando os serviços socioassistenciais com as diversas políticas públicas e com órgãos do sistema de garantia de direitos.</p>
<p>Política Nacional de Assistência Social — PNAS (2004)</p>	<p>Rede, intersetorial, intersetoriais, articulação, intersetorialidade, integrados, territorialização, descentralização.</p>	<p style="text-align: center;">INTRODUÇÃO</p> <p>Faz-se relevante nesse processo, a constituição da rede de serviços que cabe à assistência social prover, com vistas a conferir maior eficiência, eficácia e efetividade em sua atuação específica e na atuação intersectorial, uma vez que somente assim se torna possível estabelecer o que deve ser de iniciativa desta política pública e em que deve se colocar como parceira na execução.</p> <p>Centro de Referência da Assistência Social e os Serviços de Proteção Básica</p> <p>Realiza, ainda, sob orientação do gestor municipal de Assistência Social, o mapeamento e a organização da rede socioassistencial de proteção básica e promove a inserção das famílias nos serviços de assistência social local. Promove também o encaminhamento da população local para as demais políticas públicas e sociais, possibilitando o desenvolvimento de ações intersectoriais que visem a sustentabilidade, de forma a romper com o ciclo</p>

		<p>de reprodução intergeracional do processo de exclusão social, e evitar que estas famílias e indivíduos tenham seus direitos violados, recaindo em situações de vulnerabilidades e riscos</p> <p>3.1.1. Matricialidade Sócio-Familiar</p> <p>Além disso, a Assistência Social como política pública que compõe o tripé da Seguridade Social, e considerando as características da população atendida por ela, deve fundamentalmente inserir-se na articulação intersetorial com outras políticas sociais, particularmente, as públicas de Saúde, Educação, Cultura, Esporte, Emprego, Habitação, entre outras, para que as ações não sejam fragmentadas e se mantenha o acesso e a qualidade dos serviços para todas as famílias e indivíduos</p> <p>3.1.2. Descentralização político-administrativa e Territorialização</p> <p>Menicucci (2002) afirma que “o novo paradigma para a gestão pública articula descentralização e intersetorialidade, uma vez que o objetivo visado é promover a inclusão social ou melhorar a qualidade de vida, resolvendo os problemas concretos que incidem sobre uma população em determinado território”. Ou seja, ao invés de metas setoriais a partir de demandas ou necessidades genéricas, trata-se de identificar os problemas concretos, as potencialidades e as soluções, a partir de recortes territoriais que identifiquem conjuntos populacionais em situações similares, e intervir através das políticas públicas, com o objetivo de alcançar resultados</p>
--	--	--

		<p>integrados e promover impacto positivo nas condições de vida. O que Aldaíza Sposati tem chamado de atender a necessidade e não o necessitado Dessa forma, uma maior descentralização, que recorte regiões homogêneas, costuma ser pré-requisito para ações integradas na perspectiva da intersectorialidade.</p> <p>Para Menicucci (2002), “a proposta de planejamento e intervenções intersectoriais envolve mudanças nas instituições sociais e suas práticas”. Significa alterar a forma de articulação das ações em segmentos, privilegiando a universalização da proteção social em prejuízo da setorialização e da autonomização nos processos de trabalho. Implica, também, em mudanças na cultura e nos valores da rede socioassistencial, das organizações gestoras das políticas sociais e das instâncias de participação. Torna-se necessário, constituir uma forma organizacional mais dinâmica, articulando as diversas instituições envolvidas.</p> <p>É essa a perspectiva que esta Política Nacional quer implementar. A concepção da assistência social como política pública tem como principais pressupostos a territorialização, a descentralização e a intersectorialidade aqui expressos.</p> <p>3.1.4. Financiamento</p> <p>Ainda compõe o rol das propostas da Política Nacional de Assistência Social a negociação e a assinatura de protocolos intersectoriais com as políticas de</p>
--	--	--

		<p>saúde e de educação, para que seja viabilizada a transição do financiamento dos serviços afetos a essas áreas, que ainda são assumidos pela política de assistência social, bem como a definição das responsabilidades e papéis das entidades sociais declaradas de utilidade pública federal, estadual e, ou, municipal e inscritas nos respectivos conselhos de assistência social, no que tange à prestação de serviços inerentes a esta política, incluindo-se as organizações que contam com financiamento indireto mediante isenções oportunizadas pelo Certificado de Entidades Beneficentes de Assistência Social - CEAS.</p> <p>3.1.6. A Política de Recursos Humanos</p> <p>Considerando que a assistência social é uma política que tem seu campo próprio de atuação e que se realiza em estreita relação com outras políticas, uma política de recursos humanos deve pautar-se por reconhecer a natureza e especificidade do trabalhador, mas também o conteúdo intersetorial de sua atuação</p>
--	--	---

POLÍTICA DE SAÚDE

Documento	Termo	Síntese dos resultados da análise documental
Constituição Federal de 1988	Integrado, integram, rede, descentralização, integral, participação.	<p>Artigo 194: “a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”. (1998, p. 54)</p> <p>Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.</p> <p>Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:</p> <p>I - Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;</p> <p>II - Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;</p> <p>III - participação da comunidade.</p>
Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990	Universal, integrada, integralidade, conjunto, articulado, integração,	<p style="text-align: center;">DAS DISPOSIÇÕES GERAIS</p> <p>Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.</p>

	intersetoriais	<p>§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.</p> <p>Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS:</p> <p>III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.</p> <p>Art. 7ºII - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;</p> <p>X - Integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;</p> <p>Art. 12. Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.</p> <p>Parágrafo único. As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva</p>
--	----------------	--

		<p>áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).</p> <p>Ao tratar do direito à saúde, o art. 196 deixa claro que esse será “garantido mediante políticas sociais e econômicas” tendo sua execução “feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado”, conforme art. 197.</p> <p>E, somente no art. 198 é que se apresenta o direito à saúde como decorrente da atuação do Estado, na forma de serviços que “integram uma rede regionalizada e hierarquizada” constituindo um “sistema único” (BRASIL, 2009)</p>
<p>Portaria n. 2436, de 21 de setembro de 2017(Política Nacional de Atenção Básica).</p>	<p>Integração, integralidade, intra e intersetorialidade, territorialização, intersetoriais, território (s), RAS, horizontal, integrada, integral, redes, participação, integração, ações intersetoriais, articular.</p>	<p>Art. 5º A integração entre a Vigilância em Saúde e Atenção Básica é condição essencial para o alcance de resultados que atendam às necessidades de saúde da população, na ótica da integralidade da atenção à saúde e visa estabelecer processos de trabalho que considerem os determinantes, os riscos e danos à saúde, na perspectiva da intra e intersetorialidade.</p> <p>1 - PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DA ATENÇÃO BÁSICA</p> <p>1.2 - Diretrizes</p> <p>I- Territorialização e Adstrição: de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com foco em um território específico, com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das pessoas e</p>

		<p>coletividades que constituem aquele espaço e estão, portanto, adstritos a ele.</p> <p>Para efeitos desta portaria, considera-se Território a unidade geográfica única, de construção descentralizada do SUS na execução das ações estratégicas destinadas à vigilância, promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde.</p> <p>Os Territórios são destinados para dinamizar a ação em saúde pública, o estudo social, econômico, epidemiológico, assistencial, cultural e identitário, possibilitando uma ampla visão de cada unidade geográfica e subsidiando a atuação na Atenção Básica, de forma que atendam a necessidade da população adscrita e ou as populações específicas.</p> <p>VII - Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articulando também as outras estruturas das redes de saúde e intersectoriais, públicas, comunitárias e sociais.</p> <p>IX - Participação da comunidade: estimular a participação das pessoas, a orientação comunitária das ações de saúde na Atenção Básica</p>
--	--	---

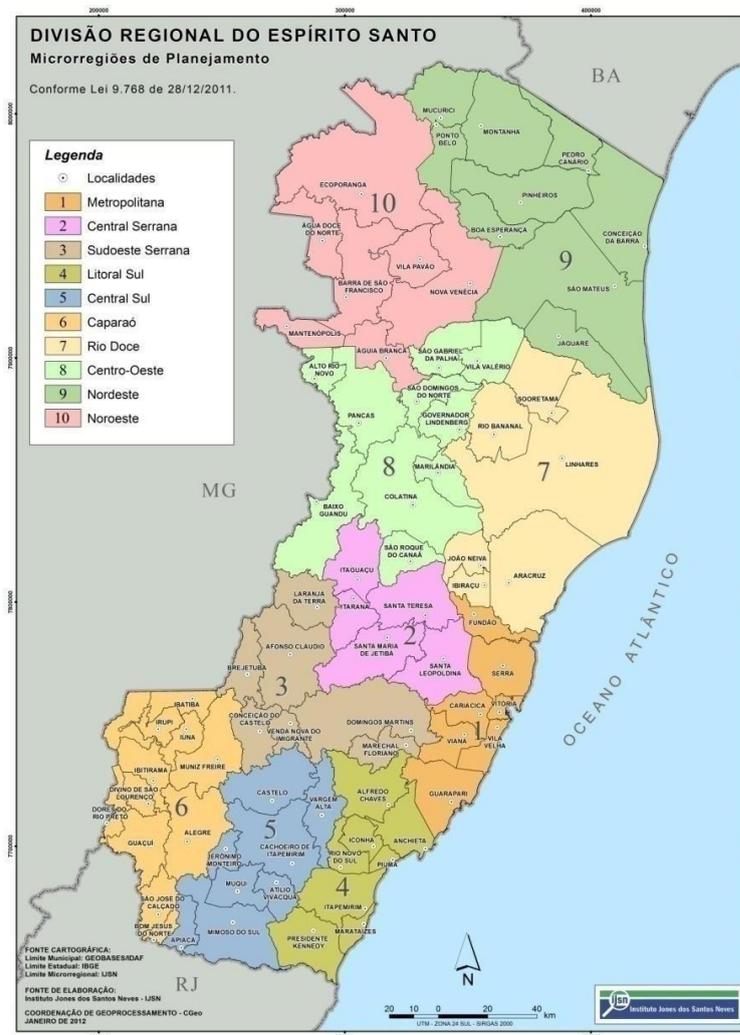
		<p>e a competência cultural no cuidado, como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território. Considerando ainda o enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, através de articulação e integração das ações intersetoriais na organização e orientação dos serviços de saúde, a partir de lógicas mais centradas nas pessoas e no exercício do controle social.</p> <p>2 - A ATENÇÃO BÁSICA NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE</p> <p>Os estados, municípios e o distrito federal, devem articular ações intersetoriais, assim como a organização da RAS, com ênfase nas necessidades locorregionais, promovendo a integração das referências de seu território.</p> <p>4 - Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) Deve estabelecer seu processo de trabalho a partir de problemas, demandas e necessidades de saúde de pessoas e grupos sociais em seus territórios, bem como a partir de dificuldades dos profissionais de todos os tipos de equipes que atuam na Atenção Básica em suas análises e manejos. Para tanto, faz-se necessário o compartilhamento de saberes, práticas intersetoriais e de gestão do cuidado em rede e a realização de educação permanente e gestão de coletivos nos territórios sob responsabilidade destas equipes.</p>
--	--	--

		<p>Compete especificamente à Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf- AB):</p> <p>c. Realizar discussão de casos, atendimento individual, compartilhado, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais de todos os ciclos de vida, e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes dentre outros, no território.</p> <p>4.1 Atribuições Comuns a todos os membros das Equipes que atuam na Atenção Básica:</p> <p>XXV. Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais;</p>
--	--	---

ANEXOS

ANEXO I

Mapa 1: Microrregiões do Espírito Santo Fonte: IJSN, 2011



ANEXO II

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
EMESCAM



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INTERSETORIALIDADE: POSSIBILIDADES E DESAFIOS

Pesquisador: Maristela DalbelloAraujo

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 23007019.6.0000.5065

Instituição Proponente: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.730.399

Apresentação do Projeto:

O projeto intitulado "INTERSETORIALIDADE: POSSIBILIDADES E LIMITES", vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local está sob a Coordenação da proponente e será executado por 3 mestrados. O objetivo do mesmo é analisar as ações intersetoriais realizadas no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e no Sistema Único de Saúde (SUS) de dois municípios capixabas, segundo a perspectiva dos gestores e profissionais. Será adotada abordagem qualitativa de cunho exploratório. Os dados serão obtidos por meio de entrevistas baseadas em roteiro semiesturado e analisadas segundo Análise de conteúdo. Participarão da pesquisa 66 profissionais e gestores de assistência social e saúde de 2 municípios capixabas.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar quais ações intersetoriais estão sendo realizadas entre os profissionais responsáveis pelas políticas de Saúde e Assistência Social, segundo a perspectiva dos gestores e profissionais em dois municípios capixabas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS:

A pesquisadora reconhece que poderá ocorrer desconforto ao participante e que há risco ligado à quebra de privacidade, e assume o compromisso formal com o sigilo, o anonimato e a

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
EMESCAM



Continuação do Parecer: 3.730.399

confidencialidade das informações enunciadas, na relação entre pesquisador e pesquisado.

BENEFÍCIOS:

De acordo com a pesquisadora "os participantes, assim como responsáveis pela implementação das políticas nos municípios estudados serão contatados para uma devolutiva, de modo que os resultados sejam analisados e possam gerar mudanças nas práticas e no seu alcance".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante, pois visa analisar a existência de ações intersetoriais realizadas entre os profissionais responsáveis pelas políticas de Saúde e Assistência Social, segundo a perspectiva dos gestores e profissionais em dois municípios capixabas. Busca-se produzir reflexão sobre a necessidade de sinergia entre essas políticas, visando otimizá-las.

A metodologia e a análise dos dados são compatíveis com o desenho da pesquisa. Os participantes da pesquisa da Saúde são aqueles vinculados à Estratégia Saúde da Família e na Assistência Social são vinculados à Proteção Social Básica (CRAS e SCFV) e Proteção Social Especial (CREAS e Acolhimento institucional). A pesquisadora cumpriu todos os requisitos solicitados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentadas:

Cartas de Anuência assinadas pela Secretária Municipal de Assistência Social de Presidente Kennedy e pelo Prefeito Municipal de Divino de São Lourenço.

Apresentadas Folha de rosto, projeto completo e cronograma adequados.

TCLE adequado às normas vigentes. Após revisão apresenta de forma explícita que o participante da pesquisa tem direito à indenização em caso de danos decorrentes do estudo.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Favorável à aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética.

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

**ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
EMESCAM**



Continuação do Parecer: 3.730.399

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado por decisão do CEP. Conforme a norma operacional 001/2013:

- riscos ao participante da pesquisa deverão ser comunicados ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- ao final de cada semestre e ao término do projeto deverá ser enviado relatório ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- mudanças metodológicas durante o desenvolvimento do projeto deverão ser comunicadas ao CEP por meio de emenda via Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1441907.pdf	12/11/2019 11:51:40		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodetalhadoss.docx	12/11/2019 11:49:40	Maristela DalbelloAraujo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEmodificados.docx	12/11/2019 11:46:43	Maristela DalbelloAraujo	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	respostaparecerista.docx	05/11/2019 17:09:59	Maristela DalbelloAraujo	Aceito
Folha de Rosto	folha.PDF	04/10/2019 14:02:29	Maristela DalbelloAraujo	Aceito
Outros	cartas.PDF	01/10/2019 16:51:48	Maristela DalbelloAraujo	Aceito
Orçamento	custos.docx	01/10/2019 15:40:55	Maristela DalbelloAraujo	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	01/10/2019 15:28:33	Maristela DalbelloAraujo	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

