

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

JOSÉ ANTÔNIO DELECRODE

**AÇÕES INTERSETORIAIS DE PSICÓLOGOS NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE
SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL DE PRESIDENTE KENNEDY - ES**

VITÓRIA-ES
2020

JOSÉ ANTÔNIO DELECRODE

**AÇÕES INTERSETORIAIS DE PSICÓLOGOS NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE
SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL DE 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 título de mestre.

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

Área de concentração: Políticas de Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local.

Linha de pesquisa: Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais.

VITÓRIA - ES

2020

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

D346a Delecrode, José Antônio
Ações intersetoriais realizadas por psicólogos em Presidente Kennedy – ES / José Antonio Delecrode. - 2021.
105 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Maristela Dalbello-Araujo.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2021.

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

CDD 361

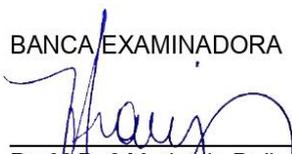
JOSÉ ANTÔNIO DELECRUDE

**AÇÕES INTERSETORIAIS REALIZADAS POR PSICÓLOGOS 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 de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 14 de dezembro de 2020.

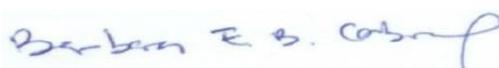
BANCA EXAMINADORA



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



Prof.^a Dr.^a Angela Maria Culyt Santos da Silva
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM



Prof.^a Dr.^a Bárbara Eleonora Bezerra Cabral
Universidade Federal do Vale do São Francisco -
UNIVASF

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus por estar sempre norteando meu caminho e me mostrando que eu posso sempre mais.

À minha esposa Danielle, que sempre soube incentivar e entender meus momentos de ausência em todo processo de estudo para a realização deste sonho, estando sempre ao meu lado dando apoio, inspiração, suporte e amor.

Aos meus pais que plantaram em mim desde cedo o gosto pelo estudo e da importância de sempre me atualizar.

À minha orientadora, Dr^a Maristela, seus apontamentos, orientações, conhecimento e saber contribuíram muito para que eu procurasse buscar cada vez mais, me oferecendo todo suporte e segurança desde a fase embrionária até este momento final. Muito obrigado é pouco a dizer.

Ao corpo docente do programa do pós-graduação da Escola Superior de Ciência da Santa Casa de Misericórdia pelos ensinamentos e conteúdos transmitidos e que me propiciaram amadurecimento e crescimento profissional.

As professoras membros da banca de qualificação e dissertação, a Prof^a Dr^a Angela Maria Caulyt Santos da Silva e Prof^a Dr^a Bárbara Eleonora Bezerra Cabral, seus apontamentos e orientações contribuíram muito para o fortalecimento desta dissertação.

Aos colegas do grupo de estudo de pesquisa muito obrigado pelos momentos onde compartilhamos insegurança, mas também fortalecimento e crescimento mútuo.

Aos participantes desta pesquisa, colegas profissionais da classe dos Psicólogos, suas angústias e dificuldades, mas também esforço e vontade da evolução enquanto profissionais foi sem sombra de dúvida o principal motivo e interesse pelo desenvolvimento deste tema.

Uma vez descoberto o voo, estarás condenado a caminhar olhando para o céu,
pois terás descoberto porque os pássaros cantam.

Leonardo da Vinci (1452-1519)

RESUMO

No momento em que a Seguridade Social foi implantada por meio da Constituição Federal de 1988, a Intersetorialidade passou a integrar a agenda pública, buscando a efetivação de ações integradas para propiciar direitos relativos à saúde, assistência social e previdência social e a consolidação do sistema de proteção social. Portanto, a Intersetorialidade e as ações intersetoriais emergem como metas a serem alcançadas, seja no setor da saúde ou da assistência social. A pesquisa procurou investigar os desafios e possibilidades do exercício da Intersetorialidade entre os psicólogos que atuam nas políticas de saúde e assistência no município de Presidente Kennedy-ES. A abordagem utilizada foi qualitativa de caráter exploratório tendo como base a pesquisa documental e de campo. Foram realizadas 13 entrevistas individuais baseadas em roteiros semiestruturados e posteriormente à transcrição, os conteúdos foram analisados por meio da Análise de conteúdo. Foram então agregados em quatro categorias: Compreensão de Intersetorialidade; Execução das ações intersetoriais; Desafios/dificuldades na realização das ações intersetoriais; Articulação com a rede das ações intersetoriais. Os resultados do estudo demonstram que ações intersetoriais estão sendo desenvolvidas por eles, os desafios encontrados para a efetivação, de fato, destas ações são muitos, porém, de acordo com estes profissionais, existe uma articulação, comunicação e estratégia integrativa entre eles, elementos que podem ser potencializados para um confronto frente às desigualdades sociais, e que acabam gerando, mediante a relato dos mesmos, e que ficou bem claro nos resultados da pesquisa, angústia e impossibilidade de se fazer muito mais enquanto profissionais quando esses eventos não conseguem ocorrer na prática. Assim é preciso consolidar através do envolvimento, não só dos Psicólogos, mas de todos os profissionais e gestores para um fortalecimento da proteção social.

Palavras-chave: Assistência Social; Intersetorialidade; Políticas Públicas; Saúde.

ABSTRACT

At the moment when Social Security was implemented in the Federal Constitution of 1988, Intersectorality was part of the public agenda where a set of means, actions and decisions developed by different actors concentrated their efforts aiming at changing a reality, realizing rights and meeting needs social-public analyzing in this way the effectiveness of integrated actions to provide rights related to health, social assistance and social security seeking the consolidation of the social protection system. In this way, the reflexive development of Intersectorality in social policies was strengthened due to the importance of carrying out intersectoral actions in view of the demands of the social issue. Therefore, Intersectorality and its intersectoral actions emerge as goals to be achieved, whether in health or social assistance policy. In this way, this dissertation presents the results of a research that sought to investigate the challenges and possibilities of Intersectorality, and as an objective we sought to verify the intersectoral actions carried out by psychologists working in the health and social assistance policies of the municipality of Presidente Kennedy-ES. The exploratory approach used was qualitative based on documentary and field research. The professional category chosen to carry out the analysis was that of psychologists, where the contents were aggregated in four positions: Understanding of Intersectorality; Execution of intersectoral actions; Challenges / difficulties in carrying out intersectoral actions; Articulation with the network of intersectoral actions. The results of the study expressed by these professionals pointed out that intersectoral actions are being developed by them, as well as the challenges and difficulties encountered in actually implementing these actions, and that there are many, but according to these professionals there is an articulation, communication and an integrative strategy between them, elements that can be enhanced for a confrontation in the face of social inequalities, and that end up generating through their report, and that was very clear in the research results, anguish and inability to do much more as professionals when these events fail to occur in the practice But which needs to be consolidated through the involvement not only of Psychologists, but of all professionals and managers in order to strengthen social protection.

Keywords: Social Assistance; Intersectorality; Public policy; Health.

LISTA DE SIGLAS

AIDS- Síndrome de Imunodeficiência adquirida
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CENTRO POP -Centro de Referência Especializado para população em situação de rua
CF - Constituição Federal
CFESS – Conselho Federal de Serviço Social
CFP – Conselho Federal de Psicologia
CNAS – Conselho Nacional de Assistência Social
CNS – Conferência Nacional de Saúde
CRAS – Centro de Referência de Assistência Social
CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social
ECRIAD – Estatuto da Criança e do Adolescente
EMESCAM – Escola de Medicina da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
ESF – Estratégia Saúde da Família
HIV- Human Immunodeficiency Virus
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LA – Liberdade Assistida
LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social
MDS – Ministério do Desenvolvimento Social
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
OSC – Organização da Sociedade Civil
PAEFI – Proteção e atendimento Especializado à Família e ao Indivíduo
PAIF – Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família
PAM – Pronto Atendimento Municipal
PAS – Psicólogo da Assistência social
PIB – Produto Interno Bruto
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNAS – Política Nacional de Assistência Social
PS – Psicólogo da Saúde
PSB - Proteção Social Básica

PSC – Prestação de Serviço à comunidade

PSE – Proteção Social Especial

SCFV – Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos

SEMAS – Secretaria Municipal de Assistência Social

SEMUS – Secretaria Municipal de Saúde

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNESA - Universidade Estácio de Sá

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	14
2.1 OBJETIVO GERAL	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
3 METODOLOGIA	15
4 POLÍTICAS PÚBLICAS E INTERSETORIALIDADE	24
4.1 POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE	28
4.2 POLÍTICA PÚBLICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL	34
4.3 INTERSETORIALIDADE	40
5 PSICOLOGIA NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE E O EXERCÍCIO DA INTERSETORIALIDADE LOCAL	46
5.1 A PSICOLOGIA NO SETOR DA ASSISTÊNCIA SOCIAL.....	51
5.1.1 A Psicologia no Sistema Único de Assistência Social	53
5.2 A PSICOLOGIA NO SETOR SAÚDE	56
5.2.1 A Psicologia no Sistema Único de Saúde	58
6 AÇÕES INTERSETORIAIS NA PRÁTICA SEGUNDO OS PROFISSIONAIS DA PSICOLOGIA ATUANTES NA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E SAÚDE DE PRESIDENTE KENNEDY-ES	64
6.1 COMPREENSÃO DA INTERSETORIALIDADE	65
6.2 EXECUÇÃO DAS AÇÕES INTERSETORIAIS.....	68
6.3 DESAFIOS E DIFICULDADES PARA A REALIZAÇÃO DAS AÇÕES INTERSETORIAIS	72
6.4 ARTICULAÇÃO COM A REDE DAS AÇÕES INTERESETORIAS	75
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
REFERÊNCIAS	82
APÊNDICE	93
ANEXO	100

1 INTRODUÇÃO

“A verdadeira viagem de descobrimento não consiste em procurar novas paisagens, mas em ter novos olhos” (Marcel Proust)

A presente dissertação foi desenvolvida a partir das observações das experiências profissionais do autor. Graduado em Psicologia pela Universidade Estácio de Sá – UNESA, no município de Campos dos Goytacazes-RJ em 2006, atuou por quatro anos consecutivos (2008 a 2012) na Secretaria de Assistência Social no equipamento Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) do município de Cachoeiro de Itapemirim-ES. Atuou, também por cinco anos (2012 a 2017), na Secretaria de Assistência Social e no equipamento CRAS no município de Castelo - ES. Desde 2017 exerce suas atividades profissionais no município de Presidente Kennedy-ES sendo que atuou durante dois anos (2017 a 2019) na Secretaria de Assistência Social nos equipamentos CRAS e Instituição de Acolhimento, e desde 2019 atua na Secretaria de Saúde do município de Presidente Kennedy nas Unidades Básicas de Saúde da Sede e em São Salvador, interior do município.

Desta forma, o interesse pelo tema ocorreu pela experiência profissional adquirida enquanto profissional da Psicologia em todas as Secretarias e equipamentos aos quais obteve contato e as diferentes perspectivas mediante as particularidades referentes a ações intersetoriais que os psicólogos desenvolviam nos equipamentos inseridos nas Secretarias de Saúde e de Assistência Social nos quais atuam.

Conforme pontua o Conselho Federal de Psicologia (CFP) (2012, p. 61), o exercício da profissão de Psicologia direciona a um

Conjunto de atividades e ações psicossocioeducativas, de apoio e especializadas desenvolvidas individualmente e em pequenos grupos (prioritariamente), de caráter disciplinar e interdisciplinar, de cunho terapêutico, não confundir, com níveis de verticalização e planejamento (início, meio e fim), de acordo com o plano de atendimento desenvolvido pela equipe.

Partindo desta argumentação, a presente pesquisa pretende abordar a significância da Intersetorialidade e do trabalho em rede enquanto importante ferramenta integrativa entre as políticas públicas e seu impacto não só nos usuários dos serviços,

mas também nos profissionais que buscam pelo desenvolvimento de ações intersetoriais, através de uma análise destas ações realizadas pelos profissionais psicólogos que estão atuando nas políticas de saúde e assistência no município de Presidente Kennedy-ES, bem como o reconhecimento das possibilidades, limites e dificuldades encontrados pelos mesmos para efetivação das referidas ações.

De acordo com Feuerwerker e Costa (2000), Intersetorialidade é a articulação que ocorre entre sujeitos de diversos setores sociais no enfrentamento de problemas complexos, sendo uma nova forma de trabalhar e construir políticas públicas, objetivando a superação da fragmentação não só de conhecimento, mas também das estruturas sociais para a produção de efeitos significativos na população.

A importância da perspectiva intersetorial, segundo Inojosa (1998), é tentar abordar e atender à questão de que os problemas são reais, e acabam, de certa forma, cruzando os setores que possuem atores que são beneficiados ou prejudicados por eles.

Portanto, a motivação encontrada para o desenvolvimento desta dissertação, originou-se a partir de uma pergunta: Quais ações intersetoriais estão sendo realizadas por Psicólogos atuantes nas Políticas de Saúde e de Assistência no município de Presidente Kennedy-ES?

A relevância desta pesquisa em abordar ações intersetoriais ocorreu devido ao fato de se tratar de um tema que pode ser bem explorado e, principalmente, aprofundado, pois o presente estudo se desenvolveu a partir de um projeto guarda-chuva intitulado: “Intersetorialidade: Possibilidades e limites” onde quatro pesquisadores, todos inseridos no Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da EMESCAM, se articularam em outros subprojetos, cada um abordando, mediante as suas escolhas, profissionais específicos do Sistema único de Assistência Social (SUAS) e Sistema Único de Saúde (SUS).

Assim, o motivo do interesse deste estudo ter como alvo as atividades dos psicólogos, refere à visão destes profissionais atuantes e relato de profissionais que, assim como ele, atuam nas Políticas Públicas de Saúde e de Assistência Social no município de Presidente Kennedy-ES.

O resultado da pesquisa poderá contribuir para um entendimento das possibilidades e limites das ações intersetoriais que estão sendo ou não desenvolvidas por Psicólogos inseridos e atuando nos equipamentos das Secretarias de Saúde e de Assistência Social no município de Presidente Kennedy-ES a partir da visão destes profissionais atuantes.

Portanto, no desenvolvimento da dissertação, o leitor poderá de forma geral ter acesso ao desenvolvimento teórico de Políticas Públicas e Intersetorialidade, bem como, de forma mais específica, Políticas Públicas de Saúde e de Assistência Social, a Psicologia dentro dessas políticas e abordar o exercício da Intersetorialidade local mediante relato de profissionais da Psicologia no exercício de suas atribuições e que estão atuando nas Secretarias de Saúde e de Assistência Social no município de Presidente Kennedy-ES.

Serão descritos os procedimentos metodológicos que foram desenvolvidos para que a pesquisa fosse construída a fim de alcançar os objetivos almejados. E os resultados foram apresentados referenciando a discussão com autores específicos.

Considerando que o objetivo deste estudo foi analisar as ações intersetoriais realizadas pelos profissionais psicólogos atuantes nas Políticas Públicas de Saúde e de Assistência Social no município de presidente Kennedy-ES, iremos identificar através dos relatos desses profissionais os seus entendimentos acerca da Intersetorialidade, as ações intersetoriais que estão sendo desenvolvidas ou não, bem como os principais motivos dos elementos dificultadores deste processo, sendo que a compreensão deste contexto poderá contribuir para ampliação de conhecimento acerca do tema proposto.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar as ações intersetoriais realizadas pelos profissionais psicólogos atuantes nas políticas de saúde e assistência no município de Presidente Kennedy-ES.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar ações intersetoriais dos psicólogos atuantes nas secretarias de saúde e de assistência social do município de Presidente Kennedy-ES;
- Reconhecer as possibilidades, limites e dificuldades encontrados pelos psicólogos para efetivação das ações intersetoriais no município de Presidente Kennedy-ES.

3 METODOLOGIA

A presente pesquisa originou-se a partir de um projeto integrado/guarda-chuva¹ que abordou dois municípios do sul capixaba e empreendido por uma equipe de quatro pesquisadores inseridos no Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da EMESCAM.

Sendo assim, os locais de estudos definidos no projeto integrado/guarda-chuva foram os municípios do Estado do Espírito Santo: Presidente Kennedy (Sul do Estado) e Divino São Lourenço (próximo à região do Caparaó), sendo escolhidas as secretarias de Saúde e Assistência Social. Participaram 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.

Porém, é importante ressaltar que, para esta pesquisa, foram elencados apenas os profissionais da Psicologia atuantes nos programas e serviços desenvolvidos pelas políticas de Saúde e de Assistência Social. Os demais profissionais de nível superior e gestores foram abordados pelos outros pesquisadores em suas respectivas pesquisas.

Objetivou-se investigar as ações intersetoriais realizadas pelos profissionais da Psicologia atuantes nas secretarias de Saúde em suas Unidades básicas de saúde e também na secretaria de Assistência Social através dos serviços de proteção social básica e especial nos equipamentos CRAS, Centro Especializado de Assistência Social (CREAS) e Instituição de Acolhimento do município de Presidente Kennedy-ES.

A abordagem metodológica utilizada para o presente estudo foi desenvolvida por meio de pesquisa qualitativa, pois levou-se em conta que o objeto pesquisado é construído por pessoas que pertençam a um determinado contexto e a realidade que estes

¹ Projetos Integrados/ "Guarda-Chuva" possuem essa denominação devido a possibilidade de articulação e/ou desdobramento a outros (sub) projetos que podem ser desenvolvidos conjuntamente com profissionais de outras instituições e/ou centros de pesquisa ou também com estudantes em formação nos cursos *lato e stricto sensu*.

vivenciam, focando na subjetividade das respostas a partir de suas experiências profissionais.

Conforme descreve Minayo (2010, p. 57), o método qualitativo pode ser definido quando:

Se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. Embora já tenham sido usadas para estudos de aglomerados de grandes dimensões (IBGE, 1976; Parga Nina et.al 1985), as abordagens qualitativas se conformam melhor a investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análises de discursos e de documentos.

Assim, Dalbello-Araujo (2008) pontua que a pesquisa qualitativa pode ser entendida como sendo uma abordagem que foca na análise de intenções e de significados das ações humanas, visualizando a processualidade da dinâmica desenvolvida. Busca, desta forma, analisar as percepções dos sujeitos pesquisados a partir de sua realidade.

A escolha desta abordagem originou-se a partir destas pontuações e que ainda se leva em conta o ambiente natural como sendo uma fonte direta de dados e o pesquisador como instrumento fundamental, ou seja, o profissional da Psicologia em seu próprio ambiente no qual exerça suas atividades. E, também, o caráter descritivo e o significado que estes profissionais darão ao objeto a ser pesquisado.

Possui ainda caráter exploratório, que permitiu a busca por meio de seus métodos e critérios, com uma maior proximidade da realidade do objeto pesquisado, uma vez que o tema pode ser mais explorado e que proporcionou uma visualização de procedimentos a serem adotados.

Por ser uma pesquisa bastante específica, utilizou-se também de outras fontes de base como a pesquisa bibliográfica. Segundo Gil (2007), a pesquisa exploratória possui como objetivo proporcionar uma maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses, onde a grande maioria destas pesquisas envolve: (a) levantamento bibliográfico; (b) entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado e, (c) análise de exemplos

que estimulem a compreensão. E estes fatores contribuíram para o desenvolvimento do presente estudo.

De forma mais direta, nesta avaliação buscou-se conhecer as ações intersetoriais que são desenvolvidas entre as políticas de saúde e de assistência social no município de Presidente Kennedy-ES a partir das percepções e expectativas dos profissionais da área, estudando desta forma as particularidades e experiências vivenciadas, entre outros aspectos, objetivando um esclarecimento sobre essas ações, sua funcionalidade, bem como aspectos que possam estar favorecendo ou dificultando possíveis elaborações de estratégias para que as referidas ações possam ser desenvolvidas de forma a atingir e atender as demandas existentes em um município sul capixaba.

E para se chegar a esta realidade, a coleta de dados foi realizada a partir de entrevistas individuais, onde os entrevistados foram impelidos a se sentirem à vontade para dar a sua real opinião sobre os assuntos relacionados na pesquisa, bem como também foram estimulados para verbalizarem sobre quaisquer elementos que entendam como necessários para uma efetivação mais consistente das ações intersetoriais entre as políticas públicas de saúde e de assistência social, onde buscou-se compreender e identificar possíveis hipóteses para um problema, a partir da visualização de percepções e expectativas dos profissionais da área, facilitando desta forma a aplicação e desenvolvimento de ações mais congruentes e adequadas às pesquisas científicas.

Isto posto, a pesquisa foi desenvolvida a partir de três fases, sendo a primeira a pesquisa documental, a segunda partiu-se para a pesquisa de campo e a última fase evoluiu na avaliação e análise dos dados qualitativos.

O presente estudo foi realizado nas secretarias de saúde e assistência de Presidente Kennedy-ES. O interesse para ser realizado nestes locais reside no fato do pesquisador estar exercendo suas atividades enquanto profissional no referido município, o que acabou facilitando desta forma o acesso aos equipamentos e aos profissionais da Psicologia, e, outrossim, por fazer parte de um projeto maior que

também está sendo realizado no município, o projeto integrado guarda-chuva, citado anteriormente.

O município de Presidente Kennedy está localizado no litoral Sul do Espírito Santo. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2019), o município possui hoje cerca de 11.742 (onze mil e setecentos e quarenta e dois) habitantes, em um território de 583,932 km². Presidente Kennedy é uma das cidades menos populosas do Espírito Santo, porém, com o maior produto interno bruto (PIB) per capita do país, em grande parte devido a explorações em alto-mar da chamada camada pré-sal no Oceano Atlântico pela Petrobras e outras empresas do ramo. Todavia, continua sendo um município com muita vulnerabilidade. E, com esta realidade presente, acabou também sendo interesse do estudo, porém, com foco direcionado às ações intersetoriais dos profissionais da Psicologia atuantes nas secretarias de assistência social e de saúde do município.

A secretaria de saúde (SEMUS) possui objetivo de atender a população com a atuação multiprofissional nos seguintes equipamentos: Pronto atendimento municipal (PAM) que fornece atendimento 24 horas a pacientes que estejam em estado de urgência ou emergência. Também existem várias Unidades Básicas de Saúde (UBS), 11 (onze) em sua totalidade. Sendo distribuídas: Uma na Sede, e 10 (dez) interior (Marobá, Jaqueira, Santa Lúcia, Santo Eduardo, Gromogol, Mineirinho, São Salvador, São Paulo, Cancelas e Boa Esperança) e que acabam sendo a porta de entrada de forma específica do SUS.

O objetivo dessas unidades é atender até 80% dos problemas de saúde da população, sem que haja a necessidade de encaminhamento para outros serviços, como emergências e hospitais. Fornece um atendimento com mais rapidez e efetividade à população, pois conta com equipes multidisciplinares do programa Estratégia e Saúde da Família (ESF), programa central do Governo Federal para atenção básica com foco na busca de atendimento em sua totalidade.

É importante mencionar que existe também uma equipe de Saúde Mental com local físico específico de atendimento que se encontra na sede, e que possui em seu quadro

multiprofissional coordenadores de saúde mental, profissionais da Psicologia e enfermeira. Esta equipe procura fornecer cobertura a todo município.

Em relação à secretaria de assistência social (SEMAS) esta mantém o mesmo objetivo, atender a população também com a presença de uma equipe multiprofissional que atuam em seus equipamentos que são: Centro de Referência de Assistência Social (CRAS); Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS); Instituição de Acolhimento para Criança e Adolescente "Alcimara Moretti Fabelo"; Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para Idosos; Núcleo dos Idosos (Sede e também em Marabá); Setor de Cadastro Único; Setor de Segurança Alimentar e Nutricional; Setor de Habitação Popular; Conselho Tutelar.

É importante referir ainda que existe a execução de Serviço de Proteção Especial para Pessoas com Deficiência e suas famílias, com a oferta de atendimento especializado às famílias com pessoas com deficiência com algum grau de dependência, que tiveram suas limitações agravadas por violações de direitos, tais como: exploração da imagem, isolamento, confinamento, atitudes discriminatórias e preconceituosas no seio da família, falta de cuidados adequados por parte do cuidador, alto grau de estresse do cuidador, desvalorização da potencialidade/capacidade da pessoa, dentre outras que agravam a dependência e comprometem o desenvolvimento da autonomia.

O serviço tem a finalidade de promover a autonomia, a inclusão social e a melhoria da qualidade de vida das pessoas participantes. Este conta com equipe específica e habilitada para a prestação de serviços especializados a pessoas em situação de dependência que requeiram cuidados permanentes ou temporários.

Existe ainda a Organização da Sociedade Civil (OSC) – Mãos que Criam, cuja ações são direcionadas para o público adulto, com viés de inclusão produtiva e geração de emprego e renda, na área de Artesanato Funcional, através do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) para adultos, com faixa etária de 18 a 59 anos, que define a Promoção da Integração ao Mercado de Trabalho no campo da Assistência Social, porém, sem a existência de uma contratualização entre a OSC e a gestão municipal.

Em relação aos profissionais que participaram da pesquisa, são profissionais psicólogos que atuam nas Secretarias de Saúde nas UBS e de Assistência Social na proteção social básica e proteção social especial de média e alta complexidade com no mínimo de 1 (um) ano de atuação no município.

Em princípio foi almejado um quantitativo de 15 (quinze) profissionais, que é o total de profissionais da Psicologia que atuam nestas referidas unidades no município atualmente, porém 2 (dois) profissionais não se mostraram interessados e preferiram não participar da entrevista. Totalizando desta forma um quantitativo final de 13 (treze) profissionais da Psicologia entrevistados.

Assim, as entrevistas com estes profissionais ocorreram em seu próprio local de atuação onde exercem suas atividades objetivando a facilidade ao acesso e presença e, em uma sala onde ocorrem atendimentos individualizados. Estes profissionais se encontram lotados e exercendo suas atividades nos seguintes equipamentos: Na Secretaria de Assistência Social: CRAS, CREAS e Instituição de Acolhimento e na Secretaria de Saúde em todas as UBS do Município, sendo sede e interior.

A partir deste panorama, as principais facilidades encontradas para que a entrevista ocorresse foram em primeiro plano a localização, já que a entrevista ocorreu no mesmo município onde também atuo e, em segundo, a boa vontade, abertura e disponibilidade da grande maioria dos profissionais em oportunizar o seu tempo e espaço para execução da entrevista onde já concordaram no primeiro contato. Como única e principal dificuldade foi o desinteresse e recusa de 2 (dois) profissionais em participarem, mesmo explicando como seria feito todo o processo, garantia do sigilo e anonimato, e que este projeto poderia contribuir para o estudo das ações intersetoriais realizadas pela nossa categoria profissional no município de Presidente Kennedy-ES.

A coleta de dados foi realizada através de entrevista semiestruturada. A entrevista semiestruturada se apresenta onde o entrevistador possui um foco a ser investigado, porém permite uma flexibilidade na medida em que a entrevista vai evoluindo. Assim, foi realizado um conjunto de perguntas já desenvolvidas e predeterminadas (roteiro semiestruturado), procurou-se contemplar nestas perguntas questões relevantes para o estudo, sendo aplicado o mesmo roteiro a todos os entrevistados, porém o

desenvolvimento das repostas foi baseado nas experiências vivenciadas pelos entrevistados o que dirigiu a diferentes focos. Este roteiro se encontra em anexo.

Para Triviños (1987), a entrevista semiestruturada tem como característica questionamentos básicos que são apoiados em teorias e hipóteses que se relacionam ao tema da pesquisa. Os questionamentos dariam frutos a novas hipóteses surgidas a partir das respostas dos informantes. O foco principal seria colocado pelo investigador-entrevistador.

O mesmo autor ainda complementa:

A entrevista semiestruturada “[...] favorece não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também sua explicação e a compreensão de sua totalidade [...] além de manter a presença consciente e atuante do pesquisador no processo de coleta de informações (TRIVIÑOS, 1987, p. 152).

O interesse ao se utilizar este tipo de entrevista foi identificar a partir das informações e opiniões dos entrevistados quais ações intersetoriais são realizadas entre aqueles que atuam nas políticas de saúde e de assistência social. Qual o entendimento que eles têm sobre a importância da Intersetorialidade, bem como se eles acreditam que estão conseguindo realizar estas ações, e se não estão conseguindo realizar, quais fatores estão dificultando este processo.

De forma prévia à execução das entrevistas estabeleceu-se contato direto com os respectivos secretários atuantes nas secretarias de Saúde e de Assistência social do município, sendo seguido então estabelecida comunicação direta com os constituintes da entrevista, ou seja, os profissionais da Psicologia, e este contato foi realizado por via telefônica e presencialmente, onde procurou-se apresentar de forma resumida o estudo e seus objetivos para em seguida realizar o convite para a participação.

Desta maneira, todas as entrevistas foram pré-agendadas e se desenvolveram nos locais onde os profissionais da Psicologia, que foi a categoria profissional escolhida, executam suas atividades. A entrevista ocorreu de forma individualizada e com a comunicação e consentimento deles, com assinatura de TCLE (termo de consentimento livre e esclarecido), e também com a aprovação da gravação em áudio

das respostas verbalizadas onde foram transcritas contribuindo para uma maior abrangência e fidelidade de seu conteúdo.

A análise processou-se de acordo a quatro categorias, mediante a perspectiva destes profissionais:

- Compreensão de Intersetorialidade;
- Execução das ações intersetoriais;
- Desafios/dificuldades na realização das ações intersetoriais;
- Articulação com a rede das ações intersetoriais.

Em relação à análise de conteúdo, a mesma pode ser constituída como sendo um tipo de metodologia de pesquisa utilizada como forma de descrever e entender o conteúdo de documentos e textos. Esta análise procura ser conduzida por descrições sistemáticas, qualitativas ou quantitativas, pode ajudar no sentido de interpretação e compreensão dos significados em um nível além daqueles que são desenvolvidos a partir de uma simples leitura.

Segundo Olabuenaga e Ispizúa (1989), a análise de conteúdo se apresenta como sendo uma técnica para ler e interpretar o conteúdo de toda classe de documentos, e se forem analisados adequadamente, podem nos abrir as portas do conhecimento, de fenômenos e aspectos da vida social de outro modo e que estavam inacessíveis. Desta forma, todos os dados coletados, foram analisados, conforme análise de conteúdo de Laurence Bardin, e que pode ser entendida como sendo um conjunto de técnicas de análise das comunicações que se utilizam de procedimentos sistemáticos e objetivos, de descrição do conteúdo das mensagens, e que, aposta altamente no rigor como forma de não se perder na heterogeneidade de seu objeto (ROCHA; DEUSDARA, 2005).

De acordo com Bardin (2010), a principal função do método é se aprofundar no crítico. Assim, Santos (2012) fortalece ao pontuar que este permite a compreensão, a utilização e a aplicação de um determinado conteúdo. E Bardin (2010) esclarece que tudo depende do momento, da escolha dos critérios de classificação, daquilo que se pesquisa ou que se espera pesquisar.

Para Bardin (1977), as fases de análise de conteúdo se organizam em três: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Foram utilizados na análise do conteúdo das entrevistas desta pesquisa: Na pré-análise foi realizada organização das ideias iniciais, organização do material analisado para torná-lo operacional, na exploração do material, a transcrição das entrevistas foi lida e relida várias vezes e com marcadores de texto pudemos verificar as principais categorias de análise. Na última fase, o tratamento dos resultados, foi feito baseado no conteúdo das entrevistas e com o apoio da literatura. Importante ressaltar que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da EMESCAM sob o Parecer nº 3.730.399.

4 POLÍTICAS PÚBLICAS E INTERSETORIALIDADE

De acordo com Furtado (1999), o Brasil se configura como um país latino-americano, extenso, populoso e economicamente expressivo, porém, imensamente desigual. E as desigualdades socioeconômicas, fincadas através de raízes no passado colonial, ainda buscam ser superadas pelo progresso da forma de produção capitalista desenvolvida entre 1930 e 1980, qualificada pela industrialização em segmentos estratégicos, em geral, sob regimes autoritários e insuficiente redistribuição social. Este modo de produção capitalista acabou gerando trabalhos formais similares ao de escravo, prática ilegítima que perdura em nosso país desde a aprovação da Lei Áurea, em 1888.

Desta maneira, devido ao modo de produção capitalista, muitas pessoas se submetem a condições desumanas de trabalho, objetivando a sobrevivência e saída da miséria e uma busca do mínimo de dignidade humana. Nutrindo esperança de se obter algum rendimento vendendo sua força de trabalho para poder prover suas famílias.

Desde 1822 até a Constituição de 1988, não havia até então sido realizado algum pacto político que não tivesse como objetivo favorecer aos interesses dos grandes proprietários (MARTINS apud FIGUEIRA, 2009, p. 91). Inclusive ficando bem evidente na literatura de Política Brasileira, a exemplo de alguns títulos: “Mandonismo, coronelismo, clientelismo: uma discussão conceitual” (CARVALHO, 1997), “Os barões da federação brasileira” (ABRUCIO; PEDROTI; PÓ, 2010).

Na segunda metade do século XX, após a II Guerra mundial, ocorrida entre 1939-1945, as Políticas Públicas começaram a ganhar espaço a partir de uma nova situação econômica e política, geradas devido a uma maior necessidade de intervenção do Estado com uma tentativa de garantir o “bem-estar social” e o crescimento dos direitos de cidadania. Desta forma surgiram os sistemas de Previdência, Saúde, Educação, marcando assim a presença do Estado a partir das demandas da sociedade.

O conceito de Políticas Públicas se caracteriza como ações focadas ao coletivo, ou, como é denominado no próprio nome, ao público. Elas podem ser desenvolvidas em todas áreas da gestão pública como educação, habitação, assistência social, saúde

entre muitos outros. E mais do que somente estar direcionadas à população, não só podem como devem ter uma participação social em sua construção, pois será através das necessidades da população, que são usuários dessas políticas, que os gestores públicos poderão as desenvolver.

Considera-se como política pública o espaço de tomada de decisões autorizada ou sancionada por intermédio de atores governamentais, compreendendo atos que viabilizam agendas de inovação em políticas ou que respondem a demandas de grupos de interesse (COSTA, 1998, p. 7).

Com a Constituição Federal de 1988 e as legislações complementares – como o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECRIAD) e a Lei 8.080/90, que criou o Sistema Único de Saúde (SUS), baseando-se na forma que as Políticas Públicas do Brasil poderiam assumir, avançando desta forma em nível de perspectiva para o país.

Desta maneira, Políticas públicas caracterizam-se não como ações de um governo, mas políticas do Estado em sua interação com os movimentos do público e direcionadas para o atendimento de demandas e necessidades. E, este modo de pensar estas políticas apresentam resultados positivos, os quais a permanência seria adequada, independente da gestão que assumir o governo em determinada época. Contudo, para que isso ocorra, não só os gestores devem possuir compromisso social, mas também a própria sociedade que deve buscar ter conhecimento sobre seus direitos e sempre reivindicar para que os mesmos sejam respeitados.

[...] embora as políticas públicas sejam reguladas e frequentemente providas pelo Estado, elas englobam preferências, escolhas e decisões privadas podendo (e devendo) ser controladas pelos cidadãos. A política pública expressa assim, a conversão de decisões privados em decisões e ações públicas, que afetam a todos (CUNHA; CUNHA, 2002, p. 12).

Podemos entender Políticas Públicas como sendo um conjunto de políticas, programas e ações do Estado. São estratégias que podem direcionar uma ação do poder público nas questões sociais, econômicas, políticas, culturais e ambientais. São desenvolvidas através de leis, programas, planos e projetos que levem a favorecer o desenvolvimento de ações e, também, na utilização dos recursos públicos para estes fins. Desta forma podem ser desenvolvidas através de um conjunto de ações através de bens e serviços e em fundos (financeiro), que são geridos pelo poder público.

A partir de ações do coletivo, elas podem ser realizadas com foco nos direitos sociais, que são declarados e garantidos em lei, através de bens e serviços com foco para atender as demandas sociais, sendo que o principal é atender ao direito de todos e não ao individual, tendo como responsável o Estado, mas, toda a sociedade não só pode como deve participar de como as Políticas Públicas são desenvolvidas e aplicadas.

Políticas Públicas são ações de Governo, portanto, são revestidas da autoridade soberana do poder público. Dispõem sobre “o que fazer” (ações), “aonde chegar” (metas ou objetivos relacionados ao estado de coisas que se pretende alterar) e “como fazer” (estratégias de ação) (RODRIGUES, 2010, p. 53).

Madeira (2014) entende as Políticas Públicas como um conjunto de políticas, programas e ações do Estado, completamente ou por meio de delegação, que tem como objetivo enfrentar desafios e usufruir de ocasiões de importância coletiva. No entanto, Saravia e Ferrarezi (2006) consideram as Políticas Públicas como estratégias que assinalam para distintos fins, todos eles, de algum modo, almejados pelos diferentes grupos que compartilham do processo decisório.

Para Lucchese (2004, p. 3), as Políticas Públicas podem ser definidas como “conjuntos de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público”. E podem ser ainda definidas pela mesma autora como todos os atos de governo, divididos em ações “diretas de produção de serviços pelo próprio Estado e em atividades de regulação de outros agentes econômicos”.

Howlett, Ramesh e Perl (2013, p. 5) desenvolvem uma definição mais funcional para as políticas públicas. De acordo com eles, a elaboração de políticas trata essencialmente de atores circundados por ressalvas que tentam tornar compatíveis as finalidades/metapas políticas com meios políticos, numa ação que pode ser caracterizada como “resolução aplicada de problemas”.

Em sua diversidade, as políticas públicas, estabelecem o sistema de respostas aos problemas que ao Estado compete resolver. Para Fadigas (2015), a sua relevância,

importância, ininterruptão e legitimidade se encontram, por isso, integradas à aquisição ou não dos resultados esperados.

Com a Constituição Federal de 1988, significativos avanços foram feitos no sentido da ampliação de direitos e na correção de iniquidades, ou seja, de se fazer cumprir as normas e leis destinadas à sociedade de forma igualitária, de acordo com os princípios dos Direitos Humanos, de moral e da ética. E estes avanços tiveram uma relevância consistente na área da Seguridade Social, desenvolvendo um modelo de proteção social que até aquele momento não era focado na legislação e em modelos nacionais de proteção pública.

Com este foco, o Estado passou a reconhecer a importância da Seguridade Social e seu desenvolvimento por meio das Políticas Públicas de Saúde e de Assistência Social. Assim, segundo o art. 194 da Constituição Federal e de acordo com Brasil (2016) a seguridade social pode ser entendida como uma integração de iniciativas advindas dos poderes públicos e também da sociedade como forma de propiciar direitos relacionados à saúde, à previdência e à assistência social.

Então, o direito universal à Saúde, garantido pelo Estado, e a positividade da Assistência Social, a ser desenvolvida como Política Pública de direitos na Constituição de 1988, acabou, de certa forma, representando avanços relacionados a todo um atendimento à população em suas áreas estabelecidas.

Assim, o Sistema de Seguridade Social pretendeu incorporar três Políticas Sociais em torno de dois eixos diferenciados: um contributivo, representado pela previdência social, e outro não contributivo e distributivo, representado pelas políticas de Saúde e de Assistência Social, que, por sua vez, foram organizadas por meio de sistemas únicos: o SUS e o SUAS e obtiveram, em suas respectivas Leis Orgânicas, a inclusão da diretriz e do objetivo de atuação intersetorial (BRASIL, 1990; 1993).

De acordo com Junqueira (2004), ao associar saberes e experiências relacionadas a políticas setoriais, a Intersetorialidade acaba se constituindo como um fator de mudança na gestão da política, propiciando, desta maneira, a possibilidade de

articulação de numerosas organizações que operam no campo das políticas sociais, concebendo as redes sociais.

A Intersetorialidade e a rede, para dar eficiência e eficácia a gestão das políticas sociais, exigem mudanças significativas na lógica da gestão tanto das organizações públicas estatais como das organizações sem fins lucrativos, integrando-as para atender os interesses coletivos (JUNQUEIRA, 2004, p.1).

Já Abreu (2009, p. 130-131) defende que:

A Intersetorialidade não possui um único significado, mas vários, ou seja, é “ação política e técnica de articulação entre setores visando a construção, reafirmação ou oposição de projetos coletivos que potencializam ou obstaculizam interesses coletivos”, concepção que será aqui adotada.

De modo que, em procedimento, ao se implantar os serviços públicos após a Constituição Federal de 1988, relacionado ao eixo distributivo Saúde e Assistência Social, consegue-se identificar a temática da Intersetorialidade e da articulação como elementos desafiadores aos objetivos da gestão pública. Embora o contexto político-econômico em que se processou a implantação das mudanças constitucionais e a implementação das políticas públicas setoriais tenha sido marcado por disputas ideológicas, é muito importante pontuar que as trajetórias institucionais e o legado político e técnico das políticas de Saúde e Assistência Social acabaram exercendo influência direta sobre os caminhos tortuosos em direção à integração das áreas sociais (MONNERAT; SOUZA, 2009).

4.1 Política pública de saúde

Ao se ter acesso a Constituição Federal de 1988, mais precisamente onde se comenta sobre Seguridade Social, o artigo 196 profere que “a saúde é um direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 2012, p.116), que devem ser desenvolvidas através de políticas públicas sociais e econômicas que objetivem a diminuição do risco da doença e de outros agravos e ao ingresso universal e igual às ações para o acesso, assistência e recuperação da saúde.

Desta forma, a política pública de saúde se direciona para contribuir no sentido de uma melhora das circunstâncias de saúde das pessoas e dos espaços nos quais estão

inseridos, sejam eles natural, social e do trabalho e, na qual possui como função específica, em analogia “às outras políticas públicas da área social, organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade” (LUCCHESI, 2004, p. 3).

O SUS foi implantado por meio da Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, que apresenta uma relação de concepções, finalidades e garantias próprias à concretização da saúde, afirmando de tal modo a atenção do direito básico de proteção à saúde (DIAS, 2015).

O SUS emergiu como sendo parte de uma construção institucional buscando a garantia do direito universal à saúde que, por sua vez, se manifestou da reforma sanitária no Brasil, conhecida como projeto e trajetória de uma constituição e reformulação no campo do saber. Sendo que os 4 (quatro) princípios que direcionaram ao processo de reforma sanitária foram:

- Ético-normativo: que insere a saúde como parte dos direitos humanos;
- Científico: que compreende a determinação social do processo saúde-doença;
- Político: que assume a saúde como direito universal inerente à cidadania em uma sociedade democrática;
- Sanitário: que entende a proteção à saúde de uma forma integral, desde a promoção, passando pela ação curativa até a reabilitação.

O movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) constituiu-se em um processo de muitas mobilizações da sociedade brasileira por redemocratização. Manifestou a indignação da sociedade mediante humilhantes desigualdades, à mercantilização da saúde (AROUCA, 2003) e se caracterizou como ação política estabelecida em torno de um projeto civilizatório de uma sociedade mais inclusiva, solidária, focando a saúde como direito universal de cidadania.

De acordo com Paim (2009), a questão da saúde tem centralizado a atenção de muitas pessoas, governos, empresas e comunidades, assim, a sociedade acaba esperando do setor da saúde um cuidado com as pessoas através de ações individuais ou coletivas. Em contrapartida, na sociedade brasileira, o SUS foi se organizando a partir

dos últimos 20 anos, mas as ideias para seu desenvolvimento e proposta de implantação já duram mais de 30 anos. Mesmo com todo este tempo, muitas pessoas, mesmo que já tenham ouvido falar sobre o SUS, ainda não o conhecem de fato, gerando muitas dúvidas relacionadas ao seu significado e principalmente sobre sua importância referente à saúde.

Desta maneira, ao se fazer questionamento sobre o que é o SUS, as possíveis repostas nem sempre darão uma visão clara, objetiva e com uma certeza sobre a sua definição. Para Paim (2009), conhecer apenas o significado da sigla SUS não quer dizer sobre o entendimento de seu conceito. Assim, as pessoas podem ter uma ideia do que seja saúde, relacionando a médicos, hospitais, remédios. Também podem saber o significado da palavra único, associando muitas vezes a “filho único”, expressão essa que é reconhecida no cotidiano. Já o termo “sistema” pode não fornecer um entendimento mais rápido, pois pode ser associado a diferentes conceitos, como “sistema solar”, “sistema nervoso”, “sistema de freios”, mas ao associar “Sistema de Saúde”, podem imaginar um conjunto de serviços, profissionais, medicamentos, equipamentos etc. Assim, ao associar apenas os significados das palavras representadas na sigla SUS (Sistema Único de Saúde), fica mais complexo o seu significado no sentido mais abrangente, pois o SUS é diferenciado, e não seria adequado reduzi-lo apenas à reunião das palavras, sistema, único e saúde.

O SUS pode ser entendido como sendo o esforço mais relevante no Brasil, na forma de desenvolver a garantia ao acesso universal de todos nós aos cuidados em saúde como forma de proporcionar uma vida mais longa, produtiva e saudável, mesmo que saibamos que bons indicadores de saúde dependerão de um conjunto de políticas econômicas e sociais mais direcionadas, como por exemplo, habitação, emprego, saneamento, alimentação, segurança, educação e muitos outros.

Assim, ter a certeza da importância de se desenvolver uma política pública de saúde, e que, muito mais do que atender a universalidade, possa garantir a equidade, a integralidade, e possuir qualidade no cuidado em saúde e que, deve ser ofertado a todas as pessoas.

Dentro da política do SUS existe a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que foi consolidada através da Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que estabeleceu a nova PNAB (BRASIL, 2012).

Porém, uma nova versão da PNAB foi aprovada através da Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, em contexto de muitas controvérsias, esta aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUAS (BRASIL, 2017).

Essa política pública de saúde engloba diversos programas, ações e outras políticas em saúde, sendo um deles a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que possui como objetivo, reestruturar os serviços e reorientar os exercícios profissionais na coerência.

“Da promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação, enfim, da promoção da qualidade de vida da população, constituindo-se em uma proposta com dimensões técnica, política e administrativas inovadoras” (FIGUEIREDO, 2010, p. 55).

Matta (2007) revela que o SUS possui como princípios e diretrizes: a universalidade, a equidade, a integralidade, a descentralização, a regionalização e a hierarquização e, também, a participação da comunidade. Sendo estes definidos como:

A universalidade:

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 (BRASIL, 1988, p. 63).

Na concepção de universalidade o SUS apresenta um conceito ampliado de saúde, questão do direito à vida e à igualdade de acesso sem diferenciação de raça, sexo, religião ou qualquer outra forma de discriminação do cidadão brasileiro, que se inclina um projeto de reformulação não apenas referente ao setor da saúde, mas objetivando uma sociedade mais justa, igualitária e democrática. E esta forma de expressão se encontra descrita na definição de saúde da VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS, 1986):

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, 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).

De acordo com Matta (2007), a equidade possui como princípio ser fruto de um longo e histórico problema: as iniquidades sociais e econômicas. Assim, essas iniquidades se movem a desigualdades relacionadas ao acesso, a gestão e a produção de serviços de saúde, ou seja, tratar desigualmente o desigual, e se atentar para as necessidades coletivas e também individuais buscando atentar onde seja maior a iniquidade.

Já a integralidade, segundo Matta (2007), se revela onde a Constituição afirma que um atendimento integral deve focar em ações preventivas, sem que haja prejuízo das ações de assistência. E esta concepção significa pontuar que o usuário do SUS tem o direito a serviços que atendam as suas necessidades, ou seja, desde os casos mais simples até os mais complexos e que tenham necessidade do desenvolvimento de ações preventivas. Não se deve ocorrer divisões de atendimento, desta forma é que existe a denominação sistema único de saúde. Não existem dois sistemas, um para prevenção e outro para ações curativas e mais complexas. Portanto, significa dizer que, na direção do SUS, em cada esfera de governo, devem ser desenvolvidas ações e serviços que visem à integralidade.

A descentralização que trata o SUS é uma diretriz que corresponde à distribuição de poder político, de responsabilidades e de recursos da esfera federal para a estadual e municipal. Tirar a concentração do poder da União para os estados e municípios, objetivando a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS.

Matta (2007) ainda pontua que regionalização e hierarquização se relacionam a uma organização do sistema que deve se concentrar no território, determinando assim perfis populacionais, indicadores epidemiológicos, condições de vida e suporte social, norteando ações e serviços de saúde de uma região. E esta visualização acaba aproximando a gestão municipal dos problemas de saúde, das condições de vida e da cultura que estão presentes nos distritos ou regiões que compõem o município. A

ideia seria de que quanto mais próximo da população, maior seria a capacidade de se identificar as necessidades desta mesma população.

A participação da comunidade se apresenta como sendo um dos principais marcos históricos da Reforma Sanitária Brasileira. No fim dos anos 1970, sanitaristas, trabalhadores da saúde, movimentos sociais organizados e políticos envolvidos na luta pela saúde, objetivando um direito, propuseram um novo sistema de saúde, tendo como base a universalidade, a integralidade, a participação da comunidade, elementos que se constituem na estruturação legal e organização do SUS. A Reforma Sanitária no Brasil procurava lutar, no sentido de uma maior abertura democrática, e por um projeto de sociedade mais justa, participativa e equitativa, indagando as bases de produção da desigualdade e da opressão advindas do sistema capitalista. E, desde então, a participação da comunidade transfigurou-se em uma diretriz da forma de organização e operacionalização do SUS em todas as suas esferas de gestão.

Portanto, todos os investimentos e esforços objetivando o desenvolvimento e aplicabilidade da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, podem ser entendidos a partir da consolidação do SUS e de toda extensão dos benefícios concedidos a milhões de brasileiros. E, de acordo com Santos (2007), todos os avanços conseguidos na área da saúde foram, entre outros, a partir da criação e funcionamento dos conselhos de saúde, e, fundamentalmente, com influência dos valores éticos e sociais da política pública do SUS perante a população usuária, bem como com os trabalhadores de saúde, os gestores públicos e os conselhos de saúde, levando a grandes expectativas de alcançar os direitos sociais decorrentes da força e da pressão social.

Segundo Brasil (1990), através da lei 8.142/90, determinou-se duas formas de participação da população na gestão do SUS: Conferências de Saúde e Conselhos de Saúde. Referente às Conferências de Saúde, – no artigo 1º da 8.142/90, em seu parágrafo 1º define que a Conferência de Saúde deve se reunir a cada 4 (quatro) anos com a presença de muitos segmentos sociais com o objetivo de avaliar a realidade da saúde e a propor diretrizes para o desenvolvimento de políticas de saúde.

Já Conselhos de Saúde, de acordo com a 8.142/90 consistem em “Órgão colegiado de caráter permanente e deliberativo do SUS”. O colegiado do Conselho de Saúde é composto por 25% de representantes do governo e prestadores de serviços, 25% de profissionais de saúde e 50% de usuários, onde atua na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde e nos aspectos econômicos e financeiros.

4.2 Política pública de assistência social

A assistência social, em seu contexto histórico, surgiu por intermédio de ações que focavam em organizar a assistência social, que estava se formando por intermédio de assistencialismo. E, através disto, eram fortalecidas as relações de dominação de classe, através da articulação da burguesia juntamente com a igreja. E, através deste sistema de organização social capitalista, a burguesia se aliava com a igreja e o Estado para profissionalizar a assistência social.

Assim, a assistência social, antes de se estabelecer enquanto política pública, sofreu influência da caridade da igreja a partir da doação de auxílios e favores, envolvidas por ações imediatistas para as pessoas economicamente menos favorecidas. E, apesar de já existir ações assistenciais de caráter religioso e filantrópico, o Estado só começaria a intervir na área assistencial a partir do desenvolvimento do capitalismo, mas no sentido de minimizar conflitos e tentar abrandar a situação do empobrecimento da força de trabalho, porém, essa perspectiva assistencialista, de certa forma, ainda perdura e se atualiza.

De acordo com Nogueira (2001), o conceito de proteção social sob a responsabilidade do Estado foi ocorrendo lentamente, pois historicamente foi uma das formas de controle sobre a classe trabalhadora através da igreja ou de organizações religiosas e leigas.

Segundo este mesmo autor, a pobreza e a miséria não tinham como foco a questão social como decorrência de uma sociedade injusta, mas sim como “frouxidão moral” e “desígnio divino”, cabendo à Igreja e à sociedade ajudar os pobres e desfavorecidos. Essa concepção “deslocava a origem da desigualdade para o âmbito moral ou

religioso, e não para a esfera dos direitos e da responsabilidade pública” (NOGUEIRA, 2001, p. 94). Significando, portanto, a questão da assistência que, historicamente, tem sua origem deslocada de um foco mais universal de direito, mas sim baseada em um ponto de vista moral, individualista e culpabilizadora do indivíduo.

Desta maneira, a assistência social como política social, se caracterizava por não só focar na intervenção social, mas também por sua inter-relação com os interesses econômicos da classe dominante, onde qual demonstra toda sua incapacidade de interferir na realidade da questão social brasileira. Apoiada por décadas na matriz do favor, do clientelismo, do apadrinhamento e do mando, onde acabou sendo configurada através de um padrão arcaico de relações, enraizado na cultura política brasileira, esta área de intervenção do Estado caracterizou-se, historicamente, como não política, renegada como secundária e marginal do conjunto das políticas públicas.

A questão social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e repressão (IAMAMOTO; CARVALHO, 1983, p. 77).

Assim, a assistência social era vista de forma dividida, bem próxima das práticas filantrópicas, através da reprodução e da exclusão de privilégios, e não como uma maneira de universalização de direitos sociais. A Constituição Federal de 1988 é que acabou sendo um marco legal da passagem da assistência como sendo uma ação de caridade para uma compreensão das necessidades das transformações e de se definir o perfil histórico das políticas sociais classificando-a como uma política de seguridade social e de direito do cidadão e dever do Estado, sendo assim um grande passo e conquista para as pessoas e para a sociedade.

De acordo com Simões (2010, p. 294), “a Constituição Federal concebe a assistência social como política de seguridade social de responsabilidade do Estado e direito do cidadão (arts. 203 e 204 da CF)”. Esta constituição foi o início da construção da política de assistência social na condição de política pública, dever do Estado e direito da população. Focava em um trabalho com os mínimos sociais e combatendo os

agravamentos da questão social através dos seus programas e serviços sócioassistenciais.

Com a Constituição Federal de 1988 foram desenvolvidos vários avanços ao ordenamento legal brasileiro, aumentando os direitos e corrigindo iniquidades. E, estes avanços tiveram importância dentro do âmbito da Seguridade Social ao conceituar um modelo de proteção social que até então não se encontrava na legislação nem em modelos nacionais de proteção pública.

Com este direcionamento, o Estado Brasileiro passava a reconhecer a Seguridade Social e, como consequência sua, as políticas públicas de Saúde e de Assistência Social, segundo o art. 194, caput da Constituição Federal, como sendo um conjunto constituído de iniciativas dos poderes públicos e da sociedade, determinados a assegurar os direitos que envolvam a saúde, a previdência e a assistência social (BRASIL, 2016).

Segundo a Lei e, de acordo com Simões (2010), a assistência tem por finalidade assegurar a prestação das necessidades básicas, com base nas quais, as políticas públicas, com a participação da comunidade, definem os mínimos sociais de natureza mais ampla. Para reduzir os níveis de pobreza, prevê diversas estratégias: criação de programas de geração de trabalho e renda; proteção à maternidade, as crianças e aos adolescentes; apoio a gestantes; pessoas com deficiência ou pessoas idosas, desde que carentes por meio de ações continuadas de assistência social.

Assim, a assistência social deixa de ser apenas mais uma ação, onde eram ditados os interesses da classe dominante sobre os dominados e passa a focar em um direcionamento de política pública de direito, não contributiva, de responsabilidade do Estado, inserindo-se no tripé da Seguridade Social e no conjunto das demais políticas setoriais, vislumbrando o enfrentamento à pobreza, e a proteção social.

A Lei nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993, transforma a organização da assistência social em Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS). Em seu primeiro artigo, assegura a assistência social como direito do cidadão e dever do Estado e também como Política de Seguridade Social não-contributiva. Desenvolve também a participação de organizações públicas e privadas na realização de ações de

assistência social para o atendimento de necessidades básicas no provimento de mínimos sociais.

A LOAS sistematizou e institucionalizou, como permanentes, os serviços assistenciais as famílias em situação de vulnerabilidade e risco social. Representou a maioria jurídica da assistência social, na história brasileira, instituindo em seu estatuto como política pública de Estado, integrada a seguridade social (SIMÕES, 2010, p. 295).

O Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), em outubro de 2004, acabou aprovando a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), que significou um avanço bem significativo para a história da assistência social no Brasil, porém, esta ainda era influenciada por um histórico da caridade, do clientelismo e da filantropia.

A PNAS, aprovada pelo CNAS, promove sobretudo, a defesa e atenção dos interesses e necessidades sociais, particularmente das famílias, seus membros e indivíduos mais empobrecidos e socialmente excluídos. Cabe, por isso, a assistência social, segundo esta política, as ações de prevenções, promoção e inserção; bem como o provimento de um conjunto de garantias ou seguranças que cubram, reduzam ou previnam a vulnerabilidade, o risco social e eventos; assim como atendam às necessidades emergentes ou permanentes, decorrentes de problemas pessoais ou sociais dos seus usuários e beneficiários (SIMÕES, 2010, p. 309).

A criação do Sistema Único da Assistência Social (SUAS) foca no princípio constitucional do direito socioassistencial como mecanismo de proteção de seguridade social, regulado pelo Estado como seu dever e direito de todo cidadão, direcionado diretamente e, que tenha como ponto de partida, a unidade de concepção quanto ao âmbito e conteúdo da política, do social, e sobre o paradigma do direito e da cidadania.

Com esse novo foco era necessário a ruptura com o paradigma conservador que organiza a Assistência Social por projetos sociais focados e seletivos; a fragmentação de serviços por segmentos sociais; a privatização da concepção da Política de Assistência Social repassando a responsabilidade para organizações não governamentais; prevalência do princípio de ajuda, merecimento e generosidade e a execução das ações de assistência social através de agentes isolados da sociedade civil sem desenvolver articulação em rede.

O Sistema Único de Assistência Social se tornou o elemento fundamental para implementação da Política Nacional de Assistência Social, pois se utiliza de procedimentos técnicos e políticos em termos de organização e prestação das medidas sócioassistenciais, e também da nova processualidade em relação à gestão e ao financiamento das ações que são organizadas no âmbito desta política pública.

Portanto o SUAS foi desenvolvido a partir das diretrizes e princípios da Política Nacional de Assistência Social (PNAS/2004), e também da Norma Operacional Básica do SUAS (NOB-SUAS/2012), que regulamenta a gestão pública da Política de Assistência em todo o país, e que a partir de então atualizou a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS (NOB-RH/2006) que foi desenvolvida para normatizar as operações, profissionalizando a execução da Política de Assistência Social de forma a garantir a sua efetividade.

Com esta realidade de conquistas, o Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), através da Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009, aprova a Tipificação Nacional dos Serviços Sócioassistenciais. Assim, a presente normativa contribuiu para a padronização em todo território nacional dos serviços de proteção social básica e especial, estabelecendo seus conteúdos necessários, qual o público focado e o propósito de cada um deles, assim como os resultados esperados para a garantia dos direitos sócioassistenciais. E, também as provisões, aquisições, condições e formas de acesso, unidades de referência para a sua realização, período de funcionamento, abrangência, a articulação em rede, o impacto que se deseja alcançar e suas regulamentações específicas e gerais.

Assim, a aprovação da Tipificação Nacional dos Serviços Sócioassistenciais acabaram representando uma importante conquista para a assistência social brasileira, organizando e pontuando os serviços ofertados pela Assistência Social de acordo com grau de complexidade: proteção social básica e proteção social especial de média e alta complexidade, apresentando de forma especificada a concepção e estrutura para o desenvolvimento através de conceito e metodologia para a execução dos serviços de proteção social:

- Proteção social básica: visa a prevenção de situações de vulnerabilidade e risco social por meio do desenvolvimento de potencialidades e aprendizagem, e também através do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários;
- Proteção social especial: objetiva 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 relação aos equipamentos públicos, onde estas ações possam ser desenvolvidas, estão: CRAS, CREAS, Centros de Referência Especializados para População em Situação de Rua (Centro POP) e Instituições de Acolhimento Institucional.

A depender da organização, em níveis de disposição de complexidade, estas se organizam em:

I - Serviços de Proteção Social Básica:

- Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF);
- Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos;
- Serviço de Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosas.

II - Serviços de Proteção Social Especial de Média Complexidade:

- Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI);
- Serviço Especializado em Abordagem Social;
- Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida (LA), e de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC);
- Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias;
- Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua.

III - Serviços de Proteção Social Especial de Alta Complexidade:

- Serviço de Acolhimento Institucional, nas seguintes modalidades: Abrigo Institucional; Casa-Lar; Casa de Passagem; Residência Inclusiva.
- Serviço de Acolhimento em República;
- Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora;
- Serviço de Proteção em Situações de Calamidades Públicas e de Emergências.

Sendo importante mencionar que a Proteção Social Básica (PSB) objetiva prevenir situações de risco pessoal ou social, por meio do desenvolvimento de potencialidades e do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários.

Essa modalidade de proteção é destinada às pessoas que se encontram em situação de vulnerabilidade social, decorrente da pobreza, privação (ausência de renda, precário/nulo acesso aos serviços públicos etc.) e/ou fragilização de vínculos afetivos (relacionais ou de pertencimento social, tais como discriminações etárias, de gênero, étnicas, por deficiência etc.). Esses serviços são oferecidos nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e também podem ser ofertados nas organizações e entidades de assistência social da área de abrangência do CRAS (BRASIL, 2005).

E Proteção Social Especial (PSE) objetiva intervir em casos em que a situação de risco pessoal e social já se encontra instaurada, como ocorre, por exemplo, quando há abandono, maus tratos físicos e/ou psíquicos, trabalho infantil, abuso sexual, drogadição, cumprimento de medida socioeducativa e situação de rua (MDS, 2005). Este nível de proteção é composto por ações que requerem acompanhamento individual e maior flexibilidade nas soluções protetivas, implementadas pelos Centros de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS), Centros POP e pelos serviços por eles referenciados.

A Proteção Social Especial está dividida em dois níveis de complexidade: média e alta.

- Proteção Social especial de Média Complexidade: é composta por serviços voltados a famílias e indivíduos que tiveram seus direitos violados, mas cujos vínculos familiares e comunitários não foram rompidos.
- Proteção Especial de Alta Complexidade: envolve serviços destinados a famílias e indivíduos que se encontram sem referências familiares e comunitárias ou que, por enfrentarem situações de ameaça, precisam ser retirados de seu núcleo familiar e/ou comunitário (BRASIL, 2005).

4.3 Intersetorialidade

A Intersetorialidade das políticas públicas passou a ganhar mais força na medida em que não se observava a eficácia, a eficiência e efetividade que eram esperadas com

a implementação das políticas setoriais, principalmente, no que se refere ao atendimento das demandas da população e aos recursos disponibilizados para sua execução (NASCIMENTO, 2010). E com esta reflexão a Intersetorialidade acabou ganhando repercussão no processo de implementação das políticas setoriais, visando a sua efetividade e menor custo de execução por meio da articulação entre instituições governamentais e entre essas e a sociedade civil, no intuito ainda de enfrentar a complexidade dos problemas sociais contemporâneos (REZENDE; BAPTISTA; AMÂNCIO FILHO, 2015; COMERLATO et al., 2007; MONNERAT; SOUZA, 2009).

De acordo com Menicucci (2002), a Intersetorialidade pode ser entendida como uma nova maneira de abordar os problemas sociais, visualizando as pessoas em sua totalidade e estabelecendo uma abordagem diferenciada para a gestão da cidade, transpondo-a de forma desarticulada e segmentada, como geralmente são desenvolvidas as mais diversas ações públicas engessadas nos mais diferentes setores que acabam sobressaindo às subdivisões profissionais ou disciplinares. Isto acaba sendo entendido como um esforço de síntese de conhecimentos e também de articulações de práticas, com a busca de se unir a maneira de produção e de desenvolver conhecimento e também das estratégias de ação, tendo como meta a inclusão social como um meio e ações de combate à exclusão aos benefícios da vida em sociedade, oferecendo a todos a oportunidade de igual acesso de bens e serviços.

A Intersetorialidade, para Junqueira (2004), está relacionada a uma ideia na qual se deve esclarecer e visualizar uma maneira diferente de planejar, executar e controlar a prestação de serviços, objetivando um acesso de forma igualitária dos desiguais, alcançando, desta forma, a todas as pessoas de forma efetiva. E esta maneira de pensar altera a forma de se articular os diversos segmentos de uma organização governamental e dos seus interesses, já que se deve entender as reais necessidades e a forma mais adequada se não de saná-las de início, pelo menos minimizá-las.

Desta forma pode-se pensar na Intersetorialidade como sendo uma contribuição para a elaboração de saberes que podem ser resultantes da concentração entre as áreas setoriais. Assim, Sposati (2006) compreende Intersetorialidade não apenas como um espaço de aprendizagem entre os agentes institucionais, mas também entende e visualiza como sendo caminho ou um procedimento estruturador da construção de

diferentes e novas respostas, e também novos caminhos e focos para as políticas públicas.

A intersectorialidade desta forma, pode se encontrar como princípio na qual pode-se constituir e organizar os serviços de proteção social, desenvolvidos a partir da constituição de 1988 (BRASIL, 1988). Assim, a busca pela efetivação e eficiência das instituições públicas, na maioria das vezes, absorve o discurso do trabalho intersectorial como sendo uma maneira de agir, operar ou executar uma atividade seguindo geralmente os mesmos procedimentos de operações técnicas. Na realidade, a intersectorialidade acaba emergindo frente uma renovação da gestão pública, assim como no papel social do Estado, como também dos princípios que possam organizar a produção dos serviços públicos (COSTA, BRONZO, 2012).

Na visão de Inojosa (1998), os modelos aos quais um governo mantém sua estrutura governamental acabam não atendendo de forma adequada as demandas que uma sociedade apresenta, atuando, desta forma, não diferente de uma proposta assistencialista. Portanto, para se obter um atendimento referente a uma concepção de um Estado direcionado ao desenvolvimento social, uma mudança na estrutura organizacional do governo se faz necessária, para assim atender a um outro tipo de relação com a sociedade. Assim, para a autora, um modelo alternativo que se possa propor seria a Intersectorialidade, para aí sim buscar uma modificação da estrutura organizacional do governo, objetivando a articulação de diferentes conhecimentos e experiências para a busca de soluções de problemas sociais.

E, com isso, a introdução de práticas de planejamento e avaliação participativas e integradas, compartilhando informações, e favorecendo a escuta e permeabilização ao controle social. Desta maneira, ao se desenvolver este modelo na prática, geram-se riscos e negociação, porém, se direciona para uma possibilidade de transformação e mudança no cenário da administração pública, que tem como objetivo uma busca por resultados positivos, para assim fornecer uma qualidade de vida para a população.

De acordo ainda com Costa, Bronzo (2012), a Intersectorialidade pode ser entendida como uma proposta, objetivando o rompimento em parte com a fragmentação setorial, devido a ideia do enfrentamento coletivo dos problemas sociais, tendo como princípio

a construção de um processo de gestão transversal, na qual a política, a execução, o monitoramento e a avaliação possam ser realizadas de uma maneira intersetorial, contribuindo para a garantia de direitos fundamentais, tanto materiais como não materiais, por exemplo, a saúde, educação, habitação e trabalho à população.

Assim, a Intersetorialidade não pode ser apenas visualizada como sendo um princípio imaterial político, mas também como sendo uma ação precisa, pois pode se transformar em uma estratégia integrante, relacionada aos serviços e políticas sociais, em consonância a isto, Mendes (1996, p. 253) sinaliza que “a intersetorialidade não anula a singularidade do fazer setorial pela instituição de uma polivalência impossível”; ao contrário, reconhece os domínios temáticos, comunicando-os para a construção de uma síntese.

Para Tumelero (2011), de forma inicial, a Intersetorialidade foi problematizada, de uma forma conceitual imersa em teorias de administração pública, a partir de reflexões relacionadas a sua finalidade e sua utilização ética, política e também em projetos societários. Porém, com seu desenvolvimento, os espaços foram ampliados para serem desenvolvidas reflexões em outros âmbitos relacionados a campos de conhecimento, de acordo com áreas de interação e a questões abordadas.

Na medida em que a base intersetorial pode ser incorporada nas agendas das políticas públicas sociais, três esferas de conceitos vão sendo idealizadas a este tema.

A primeira dimensão é a problematização e/ou abordagem epistemológica conceitual [...] a segunda chamada dimensão ético-política com a explicitação dos projetos ideo-políticos envolvidos e em disputa no espaço público, correlações de força e jogos de interesse [...] e a terceira é a gestão jurídico-administrativa [...] que explicita marcos legais de suporte à gestão intersetorial (TUMELERO, 2011, p. 7-8).

Portanto, seria de vital importância encontrar um meio de relatar e de se discutir as experiências intersetoriais que são desenvolvidas na elaboração, execução e implementação das políticas públicas (KOGA, 2003), e também se há a possibilidade de uma ruptura em modelos na qual exista o predomínio da política econômica sobre a política social. Sendo que o autor cita exemplos como a mercantilização crescente dos serviços entendidos como sendo básicos à população, como por exemplo, a educação, saúde, transporte público, assistência social e habitação.

A intersetorialidade seria uma forma de tentar alcançar, paralisar pelo menos, os mecanismos mais aviltantes e revoltantes de reprodução da pobreza e das desigualdades. As diversas políticas sociais nada mais são que tentativas de neutralizar a desigualdade de propriedade que leva à desigualdade de renda que gera desigualdades nutricionais, educacionais, culturais que vão se somando, tornando a pobreza um problema cada vez mais complexo (RIBEIRO, 2014, P. 9).

Podemos entender que as desigualdades foram criadas pela sociedade, ela não surgiu simplesmente do nada, sempre objetivando a sustentabilidade de uma classe dominante, fazendo com que as demais classes se tornassem cada vez mais dependente dos direcionamentos e decisões dirigidas devido ao sistema de produção econômica. Desta maneira a classe dominante acaba de certa forma sendo inclinada a uma direção de sobrevivência econômica, atuando no sentido de incitar a situação de dependência das demais classes.

Portanto os poucos recursos e conseqüentemente a pobreza acabam sendo advindas das ações realizadas pela própria classe dominante, onde o que temos hoje é resultado de ações decorrentes em situações tangíveis.

O destino não estava traçado e o caminho não era único, ainda que o passado tenha o seu peso no presente. O Brasil foi fundado sobre o signo da desigualdade, da injustiça, da exclusão: capitânicas hereditárias, sesmarias, latifúndio, Lei de Terras de 1850 (proibia o acesso à terra por aqueles que não detinham grandes quantias de dinheiro), escravidão, genocídio de índios, importação subsidiada de trabalhadores europeus miseráveis, autoritarismo e ideologia antipopular e racista das elites nacionais. Nenhuma preocupação com a democracia social, econômica e política. Toda resistência ao reconhecimento de direitos individuais e coletivos (GARCIA, 2003, p. 9).

A desigualdade social e a pobreza estão vinculadas em todo processo histórico, estando presentes muitas vezes em pautas de discussão, porém não como objetos para a formulação de ações efetivas no sentido do enfrentamento desta situação.

Ou seja, foram criadas riqueza e renda suficientes para produzir alterações significativas nas condições de vida da grande massa da população brasileira que é carente de tudo. No entanto, a riqueza existente, a produzida e a renda criada sempre foram apropriadas concentradamente por minorias que sofrem de um estado crônico de "ganância infecciosa" (GARCIA, 2003, p. 10)

É importante presumir que no Brasil sempre existiu um alto grau populacional existente à margem da sociedade, com dificuldades de inclusão no trabalho formal e sem participação efetiva em processos de decisões. E não ser incluído se configura com e uma realidade estrutural que vem se repetindo e marcando gerações. Pontuar o contexto de exclusão social no Brasil consistiria em admitir uma "perda virtual de uma condição nunca alcançada" (SPOSATI, 1999, p. 133).

Considera-se uma sociedade, no dizer de Kowarick (1999), extremamente marginalizadora referente ao ponto de vista econômico e social o qual foi constituindo massas de trabalhadores autônomos ou assalariados com escassos rendimentos, levando a uma precária vida sem proteção social. Assim, no Brasil, as diferenças gritantes referentes à distribuição de capitais foram acentuadas mediante um desenvolvimento concentrador da riqueza produzida socialmente e também dos espaços territoriais.

Isto posto, estas desigualdades devem ser consideradas mediante ao processo do pensar ações intersetoriais através de políticas públicas de saúde e de assistência.

Portanto, inúmeros são os desafios, como também são inúmeras as oportunidades de ações de abordagem intersetorial para tratar demandas específicas, pois fortalecendo a reflexão que se as desigualdades foram desenvolvidas pela sociedade, as mesmas podem ser resolvidas. Uma possibilidade seria através de ações integrativas que podem estar sendo desenvolvidas por meio de políticas públicas através de seus atores envolvidos.

5 PSICOLOGIA NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE E O EXERCÍCIO DA INTERSETORIALIDADE LOCAL

As relações entre Políticas Públicas e Psicologia são complexas e muito variadas. Podemos encontrar uma extensa literatura que aborda a temática do exercício da Psicologia nas Políticas Públicas em suas mais diversas áreas, como por exemplo na saúde, assistência social, direitos humanos, segurança pública, habitação, entre outros. A produção destes textos ocorreu sob perspectivas de uma gama de repertórios teóricos, conceitos, metodologias de pesquisa e intervenções direcionadas para cada situação.

Porém, apesar de algumas conquistas alcançadas, existem ainda muitos problemas a serem abordados. Como por exemplo, as desigualdades sociais e as suas consequências no âmbito individual e também no familiar. E, neste contexto, os profissionais da Psicologia podem desenvolver um importante papel na contribuição de sua prática e reflexões para uma construção de políticas que sejam de fato públicas.

Na realidade atual, o profissional da Psicologia se apresenta ocupando diversos espaços, abordando discussões e reflexões relacionadas à violação de Direitos Humanos vinculados aos direitos de crianças e adolescentes, idosos e também pela luta de igualdade de gêneros, contra a homofobia, na defesa por uma ampliação da Reforma Psiquiátrica, na implementação e defesa do SUS e do SUAS, bem como de outras realidades.

Podemos encontrar, em relação atividades dos profissionais da Psicologia que atuam nas Políticas Públicas, uma delimitação muito específica relacionada as áreas de atuação, como pode-se exemplificar, um deslocamento da clínica psicológica individual ao contexto das Unidades Básicas de Saúde (DIMENSTEIN,1998) e, por outro lado, atividades que possuem como característica a generalidade – possível de ser encontrada nas atividades dos Psicólogos atuantes no âmbito do SUAS, a qual pode propiciar possíveis restrições e dificuldades para a atuação da autonomia e do trabalho psicológico. Como afirmam Macedo e Dimenstein (2012, p.184):

O encontro das (os) psicólogas (os) com esses campos trouxe uma série de problematizações para a profissão, inclusive sobre a necessidade de se operar mudanças na sua base conceitual e técnica para atuação na saúde pública e na assistência social. Tais saberes e práticas quase sempre não levam em consideração as necessidades sociais de saúde e de proteção social, além de não atuarem na defesa de direitos que as populações em suas localidades requerem.

Assim, com a intenção de se desenvolver a política social, é de vital importância abordar a “questão social”. Sem o objetivo de se aprofundar muito nesta explanação, ela pode ser entendida como um conjunto de problemas sociais, políticos e econômicos postos pela emergência da classe trabalhadora nos marcos de fortalecimento do Modo de Produção Capitalista, sua manifestação se dá no cotidiano da realidade capital-trabalho (IAMAMOTO; CARVALHO, 1983; NETTO, 2007). Sendo que o que direciona esta realidade não é a divisão da sociedade entre ricos e pobres, o que não é uma situação nova na história da humanidade, mas sim a necessidade de se desenvolver medidas sociais. Desta forma, o modo de produção capitalista que vai se fortalecendo cada vez mais, acaba apontando para a necessidade de que sejam desenvolvidas medidas sociais.

As manifestações desta contradição acabam desenvolvendo os mais variados problemas advindos da pauperização onde o trabalhador acaba padecendo da pobreza, a fome, o desemprego, o trabalho infantil, a criminalidade e a violência, só para citar alguns.

Através da relação trabalho/trabalhador, a “questão social” acaba sendo direcionada para uma intervenção sistemática do Estado por meio da política social. Porém, sob o discurso da otimização, o Estado acaba fragmentando a “questão social” e setoriza a política social, dividindo-a em políticas sociais que abordam a “questão social” de forma particular. Então surgem, a partir daí, sistemas regulados da assistência social, da saúde, da educação, de habitação entre outros mais. Com a reflexão e ideia que política, segundo Abranches (1985), é ‘conflito’, seja conflito de escolhas, de interesses, de classes que se opõem, a política social como aplicação de valores se enquadra como um. E, em relação a este “conflito”, quanto mais poder de pressão que uma classe desenvolver sobre a outra, mais a política se desenvolverá para lhe

fornecer ganhos. Assim, a política social acaba tendo característica de um campo de conflito e tensão.

Portanto vai se desenvolvendo e ficando cada vez mais clara a questão das desigualdades sociais com divisão de classes, contendo de um lado detentores do capital e, do outro, as pessoas economicamente menos favorecidas, e essas profundas desigualdades contribuem para que um campo de tensão seja instaurado.

Porém, em uma tentativa de se amenizar este campo de tensão, medidas acabaram sendo tomadas, mas o impacto da diminuição dessa desigualdade acabou sendo enfraquecido por uma negação dos serviços públicos com uma maior qualidade em áreas como educação, saúde, saneamento e moradia das pessoas economicamente menos favorecidas. A visão do social acabou sendo ressignificada a partir do ano de 1990, o que foi afastando-a, de certa forma, dos sistemas universais dos direitos sociais, onde converteram-se em programas mais focados à pobreza.

Para Yazbeck (2012), é relevante pontuar que essas ações e medidas acabaram sendo desenvolvidas na sociedade em uma realidade de significativas transformações que acabam influenciando na “questão social”, trazendo com base a essas transformações, o questionamento sobre a possibilidade ou não da correspondência entre direitos, políticas sociais e as possibilidades de relações entre Estado, sociedade e mercado nos modelos de acumulação capitalista.

Circunstância onde a articulação entre trabalho, direitos e proteção social pública sentem os impactos das transformações estruturais do capitalismo e que afetam de modo intenso o trabalho assalariado e as relações que são desenvolvidas no trabalho, gerando, desta forma, uma redefinição dos sistemas de proteção social e política social de uma forma geral.

Por consequência, o trabalho clínico do profissional da psicologia acaba se relacionando a uma dimensão política e transformadora, sucedendo a brechas em modos instaurados de existência. Macedo e Dimenstein (2012, p. 190) afirmam que:

O encontro das (os) psicólogas (os) com o campo das Políticas Sociais exige o reconhecimento dos modos com que nós produzimos nesses espaços, tanto quanto a reflexão sobre as estratégias provisórias que esses espaços demandam da nossa profissão. Ou seja, são campos que pedem um profissional que circule por entre os espaços da comunidade: ruas, becos, esquinas, casas, praças, etc. Portanto, uma profissão que possa se misturar com o cheiro, o suor e o sol impiedoso da rua, captar/cartografar os mais ínfimos e invisíveis movimentos em nossos territórios afetivos e psicossociais, que seja sensível às variações das formas e fluxos da vida, bem como de seus espaços de luta – devir clínico-político.

A inclusão do profissional da Psicologia na área das políticas sociais pode ser entendida a partir da evolução da ciência e da prática da Psicologia. Ao se utilizar a visão da história da Psicologia desenvolvida por Brozek e Massimi (1998), que pontuam que é importante possuir uma compreensão do contexto social, político e científico de determinados períodos históricos que se utilizaram da produção e aplicação do saber psicológico direcionado a serviço de um modelo de sociedade ideal. Pode-se condicionar a produção e também a necessidade não apenas de conhecimentos e práticas psicológicas, mas, de forma similar, acabou impulsionando uma maior abrangência nos campos de atuação profissional.

Mas, de forma exata e sistemática, não há um marco específico da entrada dos psicólogos imersos no campo da política social, uma vez que estes profissionais já vinham atuando em suas áreas bem antes da abertura de espaços que acabaram promovendo sua inclusão.

Muito antes da instauração do SUS, só para citar como exemplo, já se encontravam psicólogos desenvolvendo suas atividades em UBS, hospitais, centros de reabilitação e também em outros equipamentos. Da mesma maneira que estes profissionais também já trabalhavam em instituições assistenciais em um período antes do estabelecimento do SUAS.

Assim, dois sistemas estatalmente regulados, acabaram se tornando os grandes empregadores de Psicólogos: O Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

Com esta reflexão pode-se perceber que a Psicologia vem sendo introduzida de forma cada vez mais consistente na área da saúde, observando-se assim, considerável crescimento do número de hospitais e postos de saúde da área da Saúde Mental (CAMARGO-BORGES; CARDOSO, 2005) e do quantitativo de psicólogos que trabalham na saúde pública (DIMENSTEIN, 1998).

As necessidades básicas das pessoas atendidas no SUAS possuem um caráter de urgência, e para estas pessoas receberem atendimento adequado sugerem que deveríamos:

"Atender às emergências, mas, também, valorizar os aspectos subjetivos e intersubjetivos dessas pessoas. Assim, com a presença dos profissionais da Psicologia, caberia uma intervenção que dê voz a essas dimensões" (COSTA, CARDOSO, 2010, p. 227).

A inserção nestes campos se converteu em um período de expansão e diversificação das atividades e práticas psicológicas, desenvolvendo novos debates, girando em torno de direcionamentos ético-políticos do trabalho dos psicólogos com seu novo público-alvo: as pessoas economicamente menos favorecidas.

Isto posto, ao estabelecer um aprofundamento em relação às Políticas Públicas, podemos adentrar em um universo de coletividade, relações interpessoais e, especialmente, em políticas que se constituem para mais além das dimensões intrassubjetivas e/ou individuais.

Conseqüentemente, e mesmo que se leve em consideração a escuta, referente fala das pessoas em suas dificuldades as quais estejam vivenciando, podemos considerar que ao exercer suas atribuições profissionais na rede de instituições que integram as Políticas Públicas, os profissionais da Psicologia são cada vez mais "convidados" a refletir o foco de sua atuação, especificamente na compreensão mais direcionada ao fato de que a constituição subjetiva pode se estruturar também por intermédio de relações de violência e de exclusões (CARVALHO, 2012).

De forma notória pode-se perceber que a Constituição Federal de 1988 tornou-se um divisor de águas no que se refere à garantia de direitos no Brasil, que foi resultado de

um clamor popular e, de certa forma, inserção política no sentido de se absorver a proposta de uma reforma do Estado. Portanto, desenvolve entre outros avanços, as bases da formação de uma nova Seguridade Social constituída pela Saúde, Assistência Social e Previdência Social (SILVA, 2003).

Essa movimentação não ocorreu apenas em um nível técnico-normativo, mas cada um destes campos desenvolveu uma trajetória própria, com seus respectivos impactos. E no campo assistencial, de forma específica na saúde e na assistência social, o profissional da psicologia começou a fazer parte de seus quadros profissionais.

Em consequência disso, a atuação destes profissionais em novos e diferentes espaços, como em conselhos e comissões, reuniões e também em outros locais de debates reflexivos e deliberação se mostra igualmente significativo. E o exercício da ação dos psicólogos nestes espaços poderá propiciar a construção de uma *práxis* muito mais crítica, e que pode ser relacionada a:

“Experiências individuais e coletivas, onde se constituem coletivos autônomos que se expressam politicamente nas relações com outros coletivos, com as autoridades instituídas, com outros segmentos da sociedade” (MATOS, 2007, p. 334).

5.1 A psicologia no setor da assistência social

A inclusão da Psicologia na área das Políticas Públicas de Assistência Social traz muitos desafios aos profissionais, devido a um cenário de profundas desigualdades sociais no Brasil que foram se convertendo em um elemento bem marcante, muito por razão de um distanciamento histórico da própria Psicologia referente às questões sociais.

De forma tradicional, a Psicologia estava voltada a interesses da elite no Brasil. Mas, a partir da década de 1970, o objetivo da Psicologia começa a ser indagado e suas reflexões se direcionam mais ao contexto social, tanto em relação a um aprofundamento em seus estudos como na intervenção.

No período após a Segunda Guerra Mundial, a Ditadura Militar no Brasil, juntamente a muitos outros fatores sociais e também econômicos acabaram contribuindo para um maior aprofundamento da questão social, e que, cada vez mais, ocorria a intensificação das desigualdades sociais e empobrecimento da população.

Este cenário proporcionou a aproximação da *práxis* do Psicólogo a uma realidade que não era explorada anteriormente, desenvolvendo assim o desafio de se construir uma prática profissional que pudesse atender as demandas expostas pelos usuários. Dificuldades encontradas pelos Psicólogos, pois a graduação nem sempre propiciava referenciais técnicos e teóricos direcionados a contextos de inclusão social onde estes mesmos profissionais se encontram inseridos dentro da Política de Assistência Social.

Com a implementação de diversas Políticas públicas a partir da Constituição de 1988, principalmente a partir dos anos 2000, pôde-se observar uma participação social dos profissionais da Psicologia cada vez mais associados às demandas sociais. Estes profissionais passam então a desenvolver um importante papel referente à discussão, defesa, proteção e promoção dos direitos, principalmente frente às camadas sociais mais vulneráveis.

Portanto, a atuação dos profissionais da Psicologia na Assistência Social não se configura como recente, pois estes profissionais já vêm desenvolvendo e contribuindo com seu saber profissional em comunidades, instituições de acolhimento institucional, serviços direcionados à inclusão de pessoas com deficiência, dentre muitos outros. Mas é fato que, a partir de 2005, com a implantação do SUAS, o quantitativo de profissionais da Psicologia aumentou consideravelmente, e, podemos vislumbrar que este acabou se tornando um significativo campo de empregabilidade para a profissão.

E isto ocorre, sobretudo, através de uma das normativas da Política de Assistência Social, a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS (NOB-RH/SUAS) (BRASIL, 2011) que pontua a contratação dos profissionais da Psicologia para atuar em equipes de referência nos diversos serviços ofertados da assistência

social, e que, nos dias atuais, emprega mais de 22 mil profissionais (BRASIL, 2017), o que representa cerca de 8% das (os) psicólogas (os) em atividade no Brasil².

Assim, nas últimas décadas, a inclusão dos profissionais da Psicologia nas equipes de trabalho das Políticas Públicas aumentou de forma significativa, especialmente nas áreas de saúde, saúde mental, nas políticas de proteção à criança e adolescente.

Para enfrentar as dificuldades que surgiam e apontar diretrizes para o trabalho, o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) em união com o Conselho Federal de Psicologia (CFP) publicou em 2007 os “Parâmetros para atuação de assistentes sociais e psicólogos (as) na Política de Assistência Social” (CFSS/CFP, 2007). Sendo assim, este é o primeiro guia contendo orientações gerais e direcionamentos a serem seguidos pelas equipes de proteção social. E, a partir daí, vários documentos foram produzidos, tanto pelos órgãos governamentais como também pelo sistema de conselhos com orientações e debates para auxiliar a atuação do psicólogo na Assistência Social, com foco no compromisso social e de um projeto ético e político para o desenvolvimento da profissão.

A subjetividade precisa ser compreendida dentro do contexto social ao mesmo tempo que este contexto social precisa ser refletido a partir da compreensão das subjetividades emergentes da sociedade. E, para que isto ocorra, é importante que o fazer do psicólogo na Política de Assistência Social, esteja, de certa forma, claro e consolidado (FONTENELE, 2008).

5.1.1 A Psicologia no Sistema Único de Assistência Social

O SUAS não é um programa, mas uma forma de gestão da assistência social como política pública (SPOSATI, 2006). É um mecanismo de proteção social não contributivo, de responsabilidade dos três entes federativos que compõem o poder

² Apuração foi feita com base no número total de psicólogas (os) em atividade no país, disponível em (<http://www2.cfp.org.br/infografico/quantos-somos/>) e no Censo-Suas 2016 (BRASIL, 2017). Conforme esse documento, em 2016, havia 4376 psicólogas (os) trabalhando em CREAS, 9448 em CRAS, 2626 em Centros de Convivência, 598 em Centros POP, 1267 em Centros Dia e 3896 em Unidades de Acolhimento.

público brasileiro (municípios, governos estaduais e governo federal) (BRASIL, 2005). E, como o próprio nome sugere, ele é um sistema único, ou seja, suas diretrizes e princípios direcionam às ações sócioassistenciais em todo o território nacional e que implica a:

“Determinação de oferta contínua e sistemática de uma rede constituída e integrada, com padrões de atendimento qualificados e pactuados, com planejamento, financiamento e avaliação” (COUTO, 2009, p. 209).

Objetivando a regulamentação de equipes de referência, sendo elas da proteção social básica e especial de média e alta complexidade, em 17 de junho de 2011 o Conselho Nacional de Assistência Social promulgou a Resolução nº 017/2011, com a finalidade de:

[...] ratificar a equipe de referência definida pela Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social – NOB-RH/SUAS e reconhecer as categorias profissionais de nível superior para atender as especificidades dos serviços sócioassistenciais e das funções essenciais de gestão do Sistema Único de Assistência Social. (BRASIL, 2011, p. 1).

As ações e serviços do SUAS desenvolvem, com a inserção do profissional da Psicologia, a oferta de seus serviços em locais próximos às pessoas, considerando as singularidades – econômicas, culturais, geográficas, populacionais, dos municípios e das regiões de um país tão grande e desigual como o Brasil (BRASIL, 2008; 2009).

A partir da criação do SUAS, o Psicólogo acaba sendo inserido nesta política pública em diversos níveis de proteção previstos pela Tipificação dos Serviços Sócioassistenciais. E passa também a integrar a Proteção Social Básica, nas equipes dos CRAS, e a Proteção Social Especial, nos CREAS que atuam na média complexidade, além de unidades de alta complexidade, como os serviços de acolhimento institucional, os centros socioeducativos, entre muitos outros.

A Tipificação Nacional dos Serviços Sócioassistenciais (BRASIL, 2009) pontua os serviços que devem ser ofertados nesses dois níveis de proteção e quais devem ser seus objetivos, estrutura, usuárias (os), formas de acesso, abrangência etc., e que, o profissional da Psicologia, pode atuar em qualquer uma dessas abordagens e níveis de proteção.

Como o foco de atendimento à população objetiva a diminuição das vulnerabilidades e desigualdades sociais e também da violação de direitos, o profissional da Psicologia procura atuar na atenção e prevenção frente situações de risco e vulnerabilidades, e também da possibilidade do desenvolvimento de potencialidades e aquisições coletivas e pessoais no enfrentamento do problema (FONTENELE, 2008; CFP, 2007).

Aprofundando ainda mais, Barros citado pelo Conselho Federal de Psicologia (2013), sugere que a atuação do profissional da Psicologia deve levar em consideração três dimensões. A teórica, na qual conceitos e categorias das teorias funcionem como lente para poder aprofundar o conhecimento da realidade; a dimensão ético-política, na qual leva-se em consideração aspectos éticos, princípios, visão de homem e de mundo e que ajuda o profissional a desenvolver sua forma de atuação; e, por último, a dimensão metodológica, que pode ser entendida como um conjunto de técnicas, instrumentos, estratégias que proporcionem questões como:

[...] inserção no modo de vida comunitário, acesso, sensibilização e mobilização das pessoas e dos grupos ali existentes, formas de abordar determinados temas, disponibilidade de recursos materiais e organização das pessoas para realizar determinada ação (BARROS apud CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013, p. 53).

Podem ser desenvolvidas diversas maneiras na qual o profissional da Psicologia consiga contribuir no exercício de sua função para o SUAS. Como por exemplo, “propiciar a descoberta de possibilidades coletivas de ação” (ANSARA;DANTAS, 2010); melhorar a qualidade de vida das(os) usuárias(os) da política (ALMEIDA;GOTO, 2011; REIS;CABRERA, 2013; SENRA;GUZZO, 2012); promover bem-estar social e psíquico (RIBEIRO;GOTO, 2012); empoderar famílias (ROMAGNOLI, 2012); trabalhar o fortalecimento e a conscientização das pessoas para reivindicarem seus direitos (RIBEIRO; GUZZO, 2014); auxiliar jovens a construir novos projetos de vida (ROSSATO; SOUZA, 2014); contribuir para a redução das injustiças sociais que marcam a realidade brasileira (SOBRAL; LIMA, 2013); ampliar a compreensão dos fenômenos sociopsicológicos implicados na promoção da proteção social (MOTTA; SACARPARO, 2013); “contribuir para que pessoas e grupos comunitários ampliem suas possibilidades de se construírem criativamente” (XIMENES et al., 2009, p. 697), facilitar relacionamentos (COSTA;CARDOSO, 2010);

intermediar a comunicação entre a instituição e a família (KOELZER et al., 2014); intervir nos processos de sofrimento instalados na comunidade e, conectar as necessidades dos sujeitos, com ações de desnaturalização da violação de direitos (FLOR; GOTO, 2015; SOBRAL; LIMA, 2013).

E, se por um lado, a possibilidade de entrada e atuação do profissional da Psicologia, neste contexto, acabou trazendo uma série de desafios, por outro lado, abriu um campo de inúmeras possibilidades de atuação. Trouxe à tona, por exemplo, a necessidade de se criar práticas, que além de escapar do modelo de clínica tradicional, ou seja com atenção voltada somente ao indivíduo (que são muito fortalecidos e enfatizados pelos cursos de graduações), são de vital importância, pois também é importante saber produzir saberes e desenvolver práticas para poder atender as demandas e as potencialidades do território e da equipe de referência ao qual se pertença, já que o trabalho intersetorial é uma realidade nestas abordagens.

Para Bock (2011), é preciso colocar a Psicologia a serviço da sociedade e, a serviço, para que ocorra uma construção de mundo melhor, de condições dignas de vida, de respeito aos direitos e da construção de Políticas Públicas que possam disponibilizar desse olhar psicológico para quem dele tiver necessidade, a partir do compromisso social.

5.2 A PSICOLOGIA NO SETOR SAÚDE

No contexto social, a realidade a qual se encontra envolvida pela política, educação, economia, tecnologia, lazer, trabalho, renda, família e saúde, pode trazer consequências significativas, relacionadas ao processo saúde/doença nas pessoas. E, a circunstância desses segmentos, pode contribuir para que ocorram pressões positivas ou negativas, exigindo, desta forma, às pessoas um acompanhamento mais direcionado com a possibilidade de inclusão neste processo. Assim, a saúde pode ser entendida como sendo um processo o qual envolve vários fatores da vida humana de forma completa, ou seja, desde do individual, familiar até o social.

De acordo com Lancetti (2001), a saúde de uma população possui um direcionamento social, de responsabilidade coletiva, que é o resultado das suas condições de vida e de trabalho. Portanto não se consegue distanciar do sofrimento físico do mental. Para

este autor, é preciso entender muitos aspectos que estão relacionados na condição de vida.

As pessoas não padecem de sofrimento físico e mental separadamente. As condições ambientais, sociais e mentais formam parte de ecologias inter-relacionadas. E é produzindo mudanças nessas esferas que se poderá alcançar o impacto desejado pelo programa. Isto é, reduzir a internação psiquiátrica, o suicídio, o consumo suicida e patológico de drogas ilegais e legais (LANCETTI, 2001, p. 117).

Para Kahhale (2003), deve-se olhar a saúde de forma ampliada, muito além da doença. Pois para ele, a saúde é entendida como um processo e como uma possibilidade de enfrentamento das questões cotidianas.

“Saúde não é dada, mas é uma conquista de cada um, da comunidade e da sociedade em geral. Envolve uma atitude ativa de fazer face às dificuldades do meio físico, psíquico e social, de entender sua existência e, portanto, de lutar contra elas” (KAHHALE, 2003, p. 167).

Portanto esta visão de um conceito mais ampliado de saúde acaba exigindo dos profissionais que atuam no âmbito da saúde, principalmente o profissional da Psicologia, um redimensionamento em sua prática, voltado para a realidade e as necessidades dos sujeitos. Então este profissional, em sua prática, necessita ir além das quatro paredes e do mundo individualizado.

É preciso trocar experiências e conhecimentos com outros profissionais, realizar um compartilhamento de experiências, desenvolvendo uma postura mais crítica, ativa, reflexiva, coletiva e criativa em sua prática profissional, podendo também utilizar tecnologias que favoreçam a condição de saúde (CAMPOS, 2001).

Segundo Martinez (2003),

O compromisso social do Psicólogo, e, em primeiro lugar dos que formam psicólogos, é hoje mais que nunca necessário se pretendemos uma prática profissional e social na qual a Psicologia possa ser utilizada a serviço de uma sociedade mais justa. Não basta reconhecê-lo no discurso, é necessário senti-lo e praticá-lo (p. 158).

A inclusão do profissional da Psicologia dentro dos sistemas relacionados à saúde pública, transformou-se com o passar dos anos. Dimenstein (1998)–pontua que a

inserção da psicologia no campo da saúde pública ainda é recente e teve como favorável o fator, as transformações ocorridas no sistema de saúde no país e o crescimento do exercício da profissão no Brasil.

Um outro fator que contribuiu para a inserção da psicologia nesse contexto foi quando a saúde mental passou a ser entendida como fator crucial de cuidado. Assim, pode-se entender o texto publicado pelo Ministério da Saúde, que pontua que:

"A saúde mental não está dissociada da saúde geral e, por isso, faz-se necessário reconhecer que as demandas de saúde mental estão presentes em diversas queixas relatadas pelos pacientes que chegam aos serviços de Saúde, em especial da Atenção Básica" (BRASIL, 2013, p. 11).

5.2.1 A Psicologia no Sistema Único de Saúde

A partir do desenvolvimento do Sistema Único de Saúde na Constituição Federal de 1988, as práticas em saúde mudaram do paradigma de um modelo assistencialista e curativista para visão mais ampliada e que prioriza a promoção, proteção e recuperação da saúde. E, com este novo direcionamento, procurou-se levar em consideração características biopsicossociais (BENZONI, 2019). O Ministério da Saúde desenvolve algumas diretrizes norteando os processos de trabalho de atenção à saúde, sendo um deles a "Política Nacional de Humanização em Saúde do SUS", focando no atendimento ao usuário em sua integralidade, e também nos diferentes papéis sociais.

Sendo importante mencionar que o SUS vem exigindo a mudança dos profissionais que atuam na área para que se tornem 'sujeitos dinamizadores' e que também possa contribuir para alinhar suas *práxis* às diretrizes e fundamentos do sistema (DIMENSTEIN, 2001).

O objetivo da psicologia na atenção à saúde pública, assim como no SUS, vai se transformando, dando forma às necessidades da demanda e encontrando novas formas de auxiliar nas transformações sociais. Neto (2011) expõe que o SUS apresenta aos Psicólogos uma conjuntura amplamente diferente daquela ofertada em consultórios particulares, devido ao encontro com uma clientela que é originada de

segmentos com poucos recursos financeiros da população e o encontro com outros saberes mais remotos da saúde pública, contribuindo para que ocorram novos questionamentos e busca de uma possibilidade de articulação entre a prática clínica e o novo contexto da realidade da saúde pública.

Partindo do princípio da universalidade do SUS com o objetivo de atender as necessidades da população, o CFP reuniu-se com variados conselhos de Saúde para refletir sobre políticas para a inclusão de psicólogos nos atendimentos ofertados pelo SUS nas mais diversas redes a fim de ofertar saúde em um sentido bem amplo, ou seja, abordando desde o aspecto físico, como o emocional e psicológico do indivíduo, para que possa contribuir para uma diminuição de possíveis transtornos ao próprio indivíduo como também para seus familiares.

Leva-se em consideração a compreensão deste indivíduo inserido em seu contexto e a realidade a qual faz parte, propiciando que Políticas Públicas possam garantir os seus direitos e aplicando os princípios do SUS, ou seja, a promoção à saúde e prevenção de doenças, pois, a partir do seu olhar mais aprofundado, poderá, assim, visualizar aspectos subjetivos que são construídos dentro de seu processo social (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2011).

Ao adquirirem conhecimento científico a partir de estudos, aprendizagem e experiências vivenciadas dentro de suas áreas de atuação e através de um contato direto com a população e na realidade a qual estão inseridas, os psicólogos acabam desenvolvendo uma base para que ocorram estudos para um direcionamento às possíveis soluções de problemas que são visualizados.

Acaba sendo uma forma adequada, segundo Brandão e Steck (1999) e também o CFP (2011), para que possam ocorrer mudanças, atraindo para a realidade a possibilidade de uma prática bem abrangente e que se identifique com as reais necessidades e interesses da população, estendendo o acesso e também o compromisso social, mirando uma possibilidade de mudança muito mais positiva, trazendo para a realidade o compromisso que possibilitará uma prática muito mais ampla e identificada com as necessidades da população, de modo a ampliar o acesso e o compromisso social, visando uma mudança para o bem de toda a sociedade.

Quando se encontra aplicada à saúde, a Psicologia, pode abranger conhecimentos científicos e específicos com psicólogos que possam contribuir para promoção, manutenção da saúde e também possibilidade de prevenção e auxílio no tratamento de doenças, com identificação da etiologia e diagnósticos relacionados à saúde e, também a doenças e as disfunções associadas, assim como no aperfeiçoamento de políticas de saúde (GRUBITS; GUIMARÃES; FREIRE, 2007).

É importante mencionar que, na área da saúde, Psicólogos são ativos desde o início no campo da HIV/AIDS, e sua contribuição produziu valiosas reflexões sobre a formação do campo e a sua evolução. Então, com a implantação e desenvolvimento do SUS, que se inicia na década de 1990, foi o primeiro sistema a admitir psicólogos em seu quadro funcional.

Esta inserção ocorreu com muitos desafios, principalmente a uma proposta de criação de equipes mínimas de saúde mental em Unidades Básicas de Saúde, porém estas equipes acabaram não se formalizando, e, o profissional de forma isolada acaba sendo direcionado ao trato com portadores de transtornos mentais crônicos. (PAIVA, 2009)

Estes profissionais acabaram não conseguindo manejar adequadamente esta demanda, que em vez de absorvê-la, continuavam a encaminhá-la para hospitais psiquiátricos, construindo o que Boarini (1996) pontua como sendo uma demanda artificial para a Psicologia, composta eminentemente por queixas escolares e usuários de saúde mental não tão cronificados (ARCARO; MEHIAS, 1990). E que, mesmo para ele, os psicólogos desenvolvem modelos de atuação tradicional da clínica, realizando, desta forma, psicoterapia, reproduzindo assim, setting psicoterápicos nos serviços de saúde.

Essa atuação acaba sendo avaliada como reforçadora de uma ação de uma perspectiva individualizante, e que muitas vezes desconsidera os determinantes sociais das doenças, psychologiza os problemas sociais e que pode adotar uma relação de responsabilização do sujeito pela superação de sua condição de sofrimento

(BOCK, 2003; DIMENSTEIN, 1998; OLIVEIRA et al., 2004; OLIVEIRA, 2005; OLIVEIRA; AMORIM, 2012).

E avançar na saúde mental significa desenvolver uma organização nos serviços relacionados à saúde de uma forma abrangente e ativa que focalize no trabalho em equipe com envolvimento de toda rede intersetorial. Desta maneira, os profissionais da saúde mental produzem suas intervenções de acordo com o que se é vivenciado nos territórios. Assim, o cuidado em saúde mental percorre por ações do cotidiano, na qual o relevante é conhecer como cada pessoa significa o que lhe acontece (SILVA, 2001).

Desta maneira, o profissional da Psicologia pode contribuir para o desenvolvimento da saúde mental e uma promoção do cuidado da pessoa que se encontra em sofrimento psíquico através de uma qualificação na escuta, da reflexão, do acolhimento/vínculo, objetivos de vida e muitos outros.

Entendendo que pobreza não seria, por definição, o alvo do trabalho do Psicólogo na saúde, muito menos que o SUS fosse um sistema voltado para somente as pessoas economicamente menos favorecidas, a situação é que a forma com a qual ele se estruturou acabou o transformando em um sistema de fortes características de discriminação positiva, ou seja, um sistema dirigido apenas aos que não podiam acessar os seguros de saúde privado. E, frente a este quadro, os agravos de saúde se caracterizavam pela precariedade dos condicionantes de saúde.

Em seu sentido mais abrangente, saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, 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 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986, p. 4).

Então, o SUS, embora ancorado em princípios democráticos, com um ideal de proteção social, de cuidado em saúde e na humanização, manteve sua operacionalização de forma muito engessada e pautada em uma lógica procedimental hierarquizada, se conferindo a espaços predefinidos e com responsabilidade por ações específicas.

Portanto, a Psicologia procura muito mais do que desenvolver e adaptar sua atuação, o que significa abandonar certos hábitos, saindo do campo tradicional de intervenção, criando novos postos de trabalho e investindo na construção de políticas de relações que valorem a vida e permitam o protagonismo (GUARESCHI, 2014).

Desta forma a atuação e efetivação das práticas psicológicas se encontram ligadas a questões de Políticas Públicas, e que está diretamente ligada a demandas e configurações particulares, relacionadas a contextos e tempo específicos na qual estas práticas podem ser aplicadas, bem como está conectada com seu projeto enquanto uma profissão de interesse social.

Para Fagundes (2004, apud NASCIMENTO et al., 2004), existe um crescente avanço da Psicologia nesta direção, devido a formulação de propostas voltadas para a garantia da cidadania e dos direitos humanos na gestão dos serviços, em formação vinculada a práticas públicas, na produção de conhecimento, na promoção da saúde, atenção e cuidados integrais, controles sociais, com participação nos conselhos de saúde, audiências públicas, nos encontros e nas conferências setoriais.

No IV Seminário Nacional de Psicologia e Políticas Públicas, ocorrido em Maceió/Al em 23 de maio de 2007, foi reforçado que o controle social se configura como um espaço potente de intervenção da Psicologia nas políticas públicas, pelo seu potencial transversalizador das práticas sociais e institucionais, que possui capacidade de contribuir para invenção de diferentes modos de vida.

Com esta reflexão, pode-se perceber a complexidade dos fenômenos sobre os quais a Psicologia pode ser embasada, bem como a sua atuação nos vários programas e ações de saúde na esfera pública. E, tendo como base para a Saúde o destaque dado por Rauter (1995), esta pontua a problematização da prática do psicólogo na rede pública, principalmente sobre a necessidade de o profissional habitar a contradição de sua função, e de construir estratégias provisórias e singulares.

Deste modo, a atuação da Psicologia no SUS corresponde aos problemas da subjetividade contemporânea, e a produção de subjetividade e de suas políticas, na

qual sua prática deve orientar-se para o campo de interfaces disciplinares, objetivando o rompimento com os modelos institucionalizados. É a partir desta realidade que a relação da Psicologia com a esfera pública deve cada vez mais avançar, se fortalecer e disponibilizar o conhecimento de suas práticas e atuações como referências na elaboração e na adesão às políticas de Saúde voltadas e comprometidas com a garantia de direitos.

Assim, a atuação do profissional da Psicologia nas Secretarias de Assistência Social e de Saúde se mostram não só apenas importante, mas extremamente necessária, para que, em conjunto a outros atores atuantes em suas respectivas funções, possam desenvolver ações intersetoriais para atender a demanda e necessidade da população.

6 AÇÕES INTERSETORIAIS NA PRÁTICA SEGUNDO OS PROFISSIONAIS DA PSICOLOGIA ATUANTES NA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E SAÚDE DE PRESIDENTE KENNEDY-ES

No município de Presidente Kennedy atuam, hoje, 15 profissionais da Psicologia, lotados nas Secretarias de Saúde e de Assistência Social. Com o propósito de alcançar os objetivos da pesquisa, foram entrevistados o quantitativo de 13 profissionais da Psicologia que atuam nas referidas secretarias, pois 2(dois) profissionais não manifestaram interesse em participar, sendo assim, 8(oito) psicólogos da Secretaria de Saúde e 5(cinco) psicólogos da Secretaria de Assistência Social foram entrevistados.

A intenção desta pesquisa foi apurar a percepção destes profissionais sobre a concepção de Intersetorialidade, especificar as ações intersetoriais que são desenvolvidas pelos mesmos, bem como os possíveis elementos dificultadores e adversidades que possam estar criando obstruções para que estas ações ocorram na prática.

A entrevista, sendo utilizada como técnica metodológica, pode ser compreendida como um diálogo entre duas ou mais pessoas interlocutoras, objetivando o provimento de informações congruentes a um objeto de pesquisa (MINAYO, 2010).

Para prevalecer à privacidade dos entrevistados, houve um acordo firmado e informado no momento da entrevista e confirmado no Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE), os fragmentos das falas foram identificados com siglas correspondentes ao profissional atuante de cada secretaria, sendo respectivamente identificados como (PS) para psicólogo/a da Saúde e (PAS) para psicólogo/a da Assistência Social.

Objetivando um maior direcionamento na captação da análise das entrevistas com os profissionais da Psicologia atuantes nas secretarias de saúde e de assistência social no município de Presidente Kennedy-ES, os conteúdos foram agregados em quatro categorias:

- Compreensão de Intersetorialidade;

- Execução das ações intersetoriais;
- Desafios/dificuldades na realização das ações intersetoriais;
- Articulação com a rede das ações intersetoriais.

6.1 Compreensão da intersetorialidade

No decurso da pesquisa de campo, desenvolvida através das entrevistas, cada profissional exteriorizou o seu entendimento acerca à compreensão sobre Intersectorialidade, e que foi manifestada e relacionada segundo estes profissionais a diálogo, articulação entre profissionais, ações setoriais e envolvimento entre vários setores e a rede.

Entendo a Intersectorialidade dentro do serviço público como sendo uma conversa entre os diferentes setores para se chegar a um objetivo comum, e que é extremamente essencial para a qualidade do serviço (PS).

Intersectorialidade ao meu entendimento é você conseguir desenvolver um trabalho onde se consiga uma articulação com profissionais de diversas redes e setores. É conseguir ter uma articulação com diferentes setores para abordar uma questão, uma demanda que deve ser de interesse mútuo para se conseguir chegar a um objetivo comum que é poder ajudar a uma pessoa ou a sua família que estejam precisando naquele momento (PS).

Acredito que Intersectorialidade são articulações entre as ações setoriais para que ocorra fortalecimento das políticas públicas que são desenvolvidas em cada localidade de acordo com a realidade ali vivenciada, sendo desta forma essencial para o trabalho e objetivos que se deseja alcançar (PAS).

Entendo que Intersectorialidade é um conjunto de ações articuladas envolvendo diversas áreas e políticas públicas. O objetivo da intersectorialidade na minha atuação é a construção de vínculos entre diversos profissionais técnicos e entre outros servidores, onde são desenvolvidas ações em conjunto para proporcionar aos usuários um melhor atendimento e acompanhamento diante de suas demandas (PAS).

A Intersectorialidade envolve diretamente as políticas públicas, com implementação de políticas setoriais com atendimento das demandas da população, visando assim, a articulação entre instituições governamentais e a sociedade civil (PAS).

O entendimento acerca da Intersectorialidade caracteriza-se nas práticas envoltas na promoção da saúde. Sua intenção, como diretriz, é desenvolver uma linha de atuação sobre os determinantes da saúde. Enquanto eixo operacional, baseia-se em um método de efetivar ações de promoção à saúde através da articulação e participação intersectorial, isto é, de se desenvolver meta, planos, recursos e objetivos comuns entre os mais diversos setores de forma cooperativa (BRASIL, 2015).

Foi sinalizado ainda, como sendo compreensão da Intersetorialidade pelos profissionais da Psicologia, a importância do trabalho ser realizado em conjunto, mas através de encaminhamentos entre toda rede.

Intersetorialidade para mim são as políticas públicas conseguindo trabalhar em conjunto. É fazer com que os serviços que estão disponíveis para o cidadão sejam desenvolvidos na prática através de encaminhamentos, das referências, contrarreferência (PS).

Entendo a Intersetorialidade como sendo um envolvimento em conjunto para se chegar a objetivos comuns, realizados através de encaminhamentos. (PAS)

É de extrema importância o desenvolvimento efetivo da referência e contrarreferência nos fluxos das diversas esferas que constituem a rede de atenção à saúde e que podem propiciar um processo dinâmico e focado nos principais pontos de atenção (MENDES, 2011).

Alguns profissionais relataram sua compreensão de Intersetorialidade associando a gestão, setores da gestão e gestão de ações na rede.

No meu entendimento, são 2(dois) ou mais setores da gestão unidos para resolver um assunto específico de um usuário, com objetivo de construir planos de ação para intervenção (PAS).

Trata-se de uma forma de gestão de ações, saberes de diferentes setores da política pública, com o objetivo de construir objetos comuns de intervenção entre eles para o enfrentamento mais efetivo dos problemas sociais (PS).

Para Feuerwerker e Costa (2000), o conceito de Intersetorialidade está ligado a articulação entre saberes de diferentes setores e esta articulação pode ser positiva no enfrentamento dos problemas complexos. Sendo uma forma diferenciada de trabalho, governabilidade e na composição de políticas públicas adequadas.

Foi informado ainda, sobre o conceito de Intersetorialidade, como sendo este um trabalho em rede com outras secretarias.

Eu entendo Intersetorialidade como sendo um trabalho em rede, com outras secretarias, todos trabalhando juntos, como equipamentos, para se conseguir

atender o cidadão no todo com as demandas que ele apresenta, pois sabemos que não só a educação, a assistência e a saúde irão suprir o que ele procura. Em casos muito raros uma questão e demanda apresentada é um caso específico. Na maioria das situações tem que se ter uma conversa com os diferentes setores, para se chegar ao objetivo comum que é atender aquela pessoa e a sua família (PAS).

A Intersetorialidade quando realizada a partir de um trabalho conjunto e em rede, possui muito mais possibilidades de se chegar ao objetivo almejado. (PS)

De acordo com Junqueira (2000), a Intersetorialidade entrelaça fundamentos de sistema e rede, objetivando a articulação de distintos atores sociais para conceber alicerces, propiciando intervenção.

Foi referido ainda, sobre a importância de ver o ser humano como um todo, e não em partes, para assim, a Intersetorialidade acontecer na prática com o trabalho em rede.

Sabemos que o ser humano é múltiplo. Não podemos concentrá-lo em uma só via. Precisamos juntar as partes e vê-lo como um todo. Assim, Intersetorialidade para mim é isso. É um trabalho de um todo, uma rede em que vamos juntando as partes com vários saberes como saúde, assistência, educação dentre outros e se desenvolver um trabalho em conjunto para atender uma demanda comum. É o meu atendimento relacionado com o outro, em conjunto para se atender de forma mais adequada e melhor (PS).

Quando se consegue visualizar o indivíduo como um todo, não fragmentado, pode-se criar muito mais mecanismos para que a Intersetorialidade possa ocorrer de fato. (PAS)

Nessa circunstância, a Intersetorialidade vai além de um montante de políticas distintas, fragmentando assim as demandas e o ser humano dividindo-o em partes. É importante que a Intersetorialidade seja vista como articulação entre sujeitos de setores distintos, com diferentes saberes e funções, objetivando enfrentamento das demandas mais complexas que estão direcionadas a um objetivo significativo para a saúde da população (WARSCHAUER; CARVALHO, 2014).

Foi percebido, durante as entrevistas e após a análise das respostas, que o entendimento e conhecimento dos profissionais acerca Intersetorialidade se aproximam bastante dos pensamentos de diversos autores pesquisados, pois está pautada em articulação, contribuição de saberes, práticas de planejamento participativo e integradas, compartilhamento de informações e estratégia integrativa.

6.2 Execução das ações intersetoriais

Ao se averiguar a maneira como os profissionais da Psicologia executam as ações intersetoriais, inseridos em seus serviços no município de Presidente Kennedy-ES, através de suas respostas foi percebido como forma de execução a participação efetiva, a intervenção, comunicação, dedicação, mobilização e trabalho em conjunto. Ou seja, contribuir de forma determinante e ativa com seu saber.

Eu vejo o psicólogo trabalhando como sendo um interventor mesmo, intervindo entre as partes, e conscientizando e trazendo uma reflexão maior de que não existe um problema da assistência ou da saúde, mas sim existe um sujeito integral, e que precisa tanto da assistência como da saúde, precisa tanto do conhecimento da assistência como da saúde (PS).

Podemos contribuir enquanto psicólogos atuantes no município, a partir de nossa participação. Assim, penso que a nossa contribuição seria neste sentido, de se doar, ofertar sugestões de melhorias, e que para nós fazermos, primeiramente temos que querer, temos que nos mostrar enquanto profissionais, e que temos sugestões de melhorias, mesmo sabendo que existam entraves que possam dificultar este processo (PS).

Deve ser trabalhado em conjunto e de forma ampla. Aí é que entra a questão da Intersetorialidade. Entrar em contato com profissionais da assistência, da educação, não olhar aquela pessoa apenas na parte clínica, ou apenas na parte psicológica, mas olhar também na parte social, e que muitas vezes acaba influenciando o psicológico. Por exemplo, que a falta de alimentação em casa irá influenciar o emocional, a educação, em tudo. E eu enquanto profissional devo estar atento a isso. E ao estabelecer contato com outros colegas, irei ter acesso a outros saberes, que irão agregar ao meu trabalho. Então deve ser uma atuação em conjunto, estabelecendo contato, estudo de caso, trabalhando junto, fortalecendo desta forma o trabalho desenvolvido (PS).

Buscando uma comunicação assertiva e efetiva com os demais setores e secretarias, informando e solicitando feedback dos casos que avalie que seja necessário trabalho em conjunto com outras áreas, reuniões periódicas com equipes onde atua e também demais setores (PS).

O profissional da Psicologia pode contribuir de uma maneira muito mais positiva quando agrega todo seu conhecimento e saber adquiridos para o desenvolvimento de ações intersetoriais. (PAS)

Para Silva e Tavares (2016), o trabalho em equipe propicia o desenvolvimento de redes que podem ser caracterizadas como sendo trabalho coletivo, envolvimento de diversos atores que possuam conhecimentos e habilidades específicas para propiciar transformações. Através dessa profundidade, Mendonça (2007) pontua sobre o conceito de campo e núcleo. Para este autor, núcleo seria um conjunto de saberes e específicas responsabilidades referentes a cada profissão e, ele define campo como

sendo os saberes e responsabilidades de diversas profissões ou especialidades que possam ser compartilhadas.

Foi ainda mencionado como sendo forma de execução das ações intersetoriais a mobilização e comunicação através de trabalho em rede por meio de reuniões, fóruns e outros eventos.

Para que o nosso trabalho ocorra de fato, deve ser desenvolvido no sentido de se fazer uma mobilização, sentar e conversar, falar na mesma língua. Então o psicólogo é importante para se fazer essa mobilização, de que temos que trabalhar em conjunto, fazendo reuniões em rede, para se chegar a uma reflexão, através de uma visão diferente da qual a outra profissão não tenha, gerando reflexões (PAS).

O fazer profissional precisa de muita dedicação, participando de reuniões, fóruns, e outros eventos que englobam as diversas áreas de atendimento aos usuários dentro das políticas públicas. E isso depende também do grau de comprometimento do profissional para propiciar um fazer profissional com qualidade. Sendo que o conhecimento, e principalmente sua ética profissional, contribuam para um bom andamento do serviço, pois os dois precisam andar juntos para aí sim, conseguir chegar ao objetivo almejado (PAS).

É de suma importância o fator comunicação. Eu como profissional entendo que ações devem ser realizadas através de reuniões, fóruns e seminários entre os setores, com informações pertinentes e fortalecendo assim as ações conjuntas, onde com meu saber profissional possa contribuir de forma positiva para se chegar ao objetivo desejado (PAS).

Quando ocorrem reuniões entre os mais diversos setores e profissionais da área objetivando uma mobilização para abordar situações específicas, ações intersetoriais podem surgir neste debate, o que acaba sendo extremamente importante para se chegar ao objetivo almejado. (PS)

De acordo com Faleiros (1999), o exercício profissional, através do trabalho em rede, estimula os meios para contribuir, no sentido da superação da sensação de impotência frente às condições de trabalho que os profissionais que estão na linha de frente muitas vezes encontram. Este mesmo autor ainda afirma que, “a rede é uma articulação de atores em torno [...] de uma questão ao mesmo tempo política, social, profundamente complexa e processualmente dialética” (FALEIROS, 1999, p. 25).

Outra ação desenvolvida, que foi mencionada e percebida como sendo importante para execução das ações intersetoriais, são os encaminhamentos.

Posso contribuir fazendo encaminhamentos com acompanhamentos. Porque muitas vezes fazemos encaminhamentos, mas não acompanhamos, então não ficamos sabendo se a pessoa foi atendida. Por isso, acredito ser de extrema importância, que além do encaminhamento seja feito o acompanhamento, pois o nosso trabalho não pode ser apenas encaminhar. (PS).

Entendo os encaminhamentos como sendo muito importantes para que a partir dos mesmos, ações intersetoriais possam ser desenvolvidas de acordo com a realidade vivenciada. (PAS)

A Intersectorialidade, como uma conjectura de melhora da qualidade de vida dos munícipes, se apresenta como uma possibilidade de ação através de encaminhamento dos problemas sociais da população situada em um determinado território de maneira integrada (JUNQUEIRA,1997).

O estudo de caso também foi pontuado como sendo importante para a identificação de quais ações intersetoriais possam ser desenvolvidas para cada situação.

É importante conhecer pessoalmente a realidade das demandas apresentadas pelo usuário e sugerir entre as redes intersetoriais o estudo de caso para que essas demandas sejam atendidas através de:

- Estudo junto à rede, quais possibilidades essas famílias ou usuário possuem para uma possível emancipação;
- Propiciar à rede propostas construtivas em relação ao desenvolvimento biopsicossocial das famílias referenciadas;
- Promoção de discussão entre as políticas públicas do município, assuntos relacionados a prevenção e combate ao uso abusivo de substâncias psicoativas, violência doméstica, violência contra idosos, exploração e abuso sexual infantil, homofobia e entre outros.
- Atendimento domiciliar as pessoas idosas que possuem dificuldade de locomoção, e crianças e adolescentes com deficiência (PAS).

Assim como os encaminhamentos, os estudos de caso são de extrema importância para que ações intersetoriais específicas para cada situação possam ser desenvolvidas. (PS)

Para Yin (2010), o estudo de caso pode ser entendido como uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto de vida real, principalmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão definidos de forma compreensível.

E, investindo nesta reflexão, Carneiro (2018) sinaliza que, entender fenômenos contemporâneos em contrapartida aos históricos, requer, muitas vezes, do

pesquisador, o direcionamento do olhar e uma atuação no cenário onde está acontecendo o fenômeno. Assim como, fatos da vida a qual esteja vivenciando, não são suscetíveis a elementos controlados e com previsibilidade. Desta forma, para este mesmo autor, o estudo de caso objetiva o conhecimento e entendimento dos complexos fenômenos sociais e psicológicos e que possuem profundas dimensões.

Outro ponto que também foi mencionado como sendo necessário para ocorrência de desenvolvimento das ações intersetoriais é o conhecimento do mecanismo da gestão e fluxograma do município, bem como de toda a rede atuante.

Deve-se levar em conta o mecanismo de gestão e integração de ações, saberes e esforço de diferentes setores de políticas públicas, objetivando a construção de objetos comuns de intervenção entre eles, para o enfrentamento mais articulado dos problemas sociais. Assim, com meu saber adquirido em conjunto com outros saberes, podemos contribuir em conjunto para que demandas específicas possam ser abordadas de forma mais abrangente, de forma mais completa. Pois cada profissional em sua área técnica específica contribuirá de forma a se chegar a um objetivo comum (PS).

Primeiramente temos que conhecer o fluxograma do município ou da gestão, assim como toda a rede e equipe disponibilizada. Outro ponto a se destacar é que para entender o sujeito ou usuário, precisamos de um olhar ampliado, procurar conhecer sua história completa, devemos estar integrados entre os setores. Agir em conjunto e buscar saídas coletivas (PAS).

Ao profissional da Psicologia é fundamental que busque a compreensão dos aspectos histórico-culturais que estão estabelecidos na conjuntura da vulnerabilidade, assim como, os processos e recursos psicossociais de que dispõem os sujeitos que ali vivem. E, mais ainda, este profissional deve possuir, como sendo importante elemento norteador em sua prática na PSB, o conhecimento prévio do território de abrangência onde atuará, para poder planejar ações e intervenções apropriadas aos propósitos da PSB (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2007).

De acordo com os relatos dos profissionais da Psicologia, pôde ser observado que para que os mesmos consigam desenvolver ações intersetoriais, seria necessária uma participação efetiva e comunicativa enquanto profissional e seu saber adquirido com toda a rede, setores e demais profissionais onde, em conjunto, consigam chegar a um consenso, a um objetivo comum, para não ocorrer ações fragmentadas, dificultando assim o processo integral de atendimento às demandas. Isso se constitui

um desafio para que a Intersetorialidade aconteça de fato. Todavia e segundo entendimento dos próprios profissionais, são desenvolvidas ações intersetoriais objetivando cada vez mais um fortalecimento de articulação intersetorial.

6.3 Desafios e dificuldades para a realização das ações intersetoriais

Um dos desafios para que as ações intersetoriais possam acontecer de fato e na qual foi identificado pelos profissionais, seria a falta de comunicação e diálogo.

O que falta é conseguirmos sentar e se ver como uma unidade, se ver como sendo um serviço público como um todo. Não se ver apenas como secretaria de saúde, secretaria de assistência, secretaria de educação, mas se ver como uma unidade. Assim, o que poderia facilitar isso, seriam reuniões entre setores e secretarias para tratar os assuntos afins que são muitos. Então se tivéssemos um espaço dentro de nossas agendas, dentro do meu trabalho pré-estabelecido como eu não tenho hoje, facilitaria muito o processo. Pois hoje eu tenho um espaço pré-estabelecido para fazer atendimento, mas eu não tenho um espaço pré-estabelecido para me reunir com a educação e assistência social por exemplo (PS).

No local onde exerço minha atividade, não consigo perceber o funcionamento de um trabalho em rede com outras secretarias. Eu vejo ações, mas de forma isoladas, cada um fazendo sua parte. Por exemplo: Ao se realizar uma visita domiciliar, ficamos sabendo que alguém da assistência já foi lá, e que está sendo acompanhando. Mas em momento algum recebemos um contato, uma troca, ficamos sabendo pelo usuário, pela própria pessoa (PS).

Percebo que uma maior comunicação, ampliação e aproximação com diferentes setores seria a chave para que ações intersetoriais possam ser desenvolvidas de forma muito mais eficaz, pois na prática, isto nem sempre acontece (PS).

A comunicação entre os setores quando não é desenvolvida de forma adequada, acaba sendo um grande elemento que dificulta o processo da intersectorialidade e das ações intersetoriais. (PAS)

Monnerat e Souza (2011) ressaltam sobre a importância de uma atuação de ações intersetoriais por meio da conformação de uma rede de proteção social com a composição da comunicação e interfaces entre setores e instituições governamentais (e não governamentais). Desta maneira, esta rede procura se opor aos significantes problemas sociais que vão além do campo de atuação de um só setor, seja ele do governo ou área de política pública.

Outro fator que foi considerado como elemento que dificulta no processo de realização das ações intersetoriais é a resistência frente a ideias compartilhadas, o trabalho em conjunto e, também, o desinteresse do poder público.

Diversos fatores acabam por dificultar o processo, como resistência a ideias compartilhadas, a não visão da importância e necessidade do trabalho em conjunto, e até questões políticas podem interferir neste processo. Assim, uma visão mais abrangente, sensível e comprometida dos profissionais envolvidos é que fará toda a diferença para a execução da teoria para a prática (PAS).

É necessário um maior interesse do poder público pelas ações conjuntas dos setores e principalmente uma melhor administração e aplicabilidade dos recursos repassados ao município e suas secretarias. Além disso, é fundamental que haja mais engajamento e participação por parte do servidor público, para que as ações possam ser realizadas de forma concreta (PAS).

Eu vejo que em alguns momentos as divergências de ideias acabam sendo um elemento dificultador no processo para a realização das ações intersetoriais, pois levam-se muitas vezes mais em conta interesses particulares do que interesses do conjunto. (PS)

Para que as ações intersetoriais possam ocorrer, deve-se considerar também vontades e decisões políticas dos agentes públicos, considerando as especificidades e as diversidades de cada setor, “que não deveria se sobrepor, contudo, aos processos pactuados entre as políticas setoriais no espaço institucional” (COUTO; YAZBEK; RAICHELIS, 2010, p. 40).

Foi reconhecido ainda, que o próprio desinteresse dos profissionais da Psicologia influencia no desenvolvimento de ações intersetoriais.

Eu vejo que o que falta muitas vezes é o empenho dos próprios profissionais. É claro que a questão da gestão colabora também ao favorecer ou não o desenvolvimento das ações intersetoriais, mas o que vale mais mesmo somos nós enquanto profissionais desenvolvendo nossas atividades nos equipamentos para propiciar reflexões e mudanças significativas nas pessoas que necessitam. (PS).

Em alguns momentos percebo em alguns profissionais da Psicologia um certo desinteresse no desenvolvimento das ações intersetoriais, talvez por medo de ousar mais, se mostrar mais, de se arriscar. (PAS)

Para Cintra e Bernardo (2017), o trabalho da/o psicóloga/o deve se apresentar nas circunstâncias que rodeiam um fato, que estão inseridas em um contexto. Desta

forma, o grau de atenção dessa/e profissional deve se direcionar na direção de empoderar indivíduos e coletividades, possibilitando que os mesmos consigam desenvolver mudanças significativas em suas vidas.

A falta da oficialização de decretos, alinhamentos, pactuações e financiamento, também foram identificadas como elementos dificultadores no processo de execução de ações intersetoriais.

No caso dos Psicólogos, acredito que carecemos de espécie de um núcleo de psicologia (um centro de comando), algo capaz de centralizar as diferentes demandas, necessidades. Ações intersetoriais ainda não são vistas como obrigatória, como crucial [...] Falta talvez haver decretos, ordem formais, diretrizes estabelecidas, instituir essas ações. As ações intersetoriais ainda se encontram no plano virtual. Uns sabem bem sobre o assunto, outros não sabem e isso precisaria ser homogeneizado, equalizado (PS).

É necessário, primeiramente, o interesse de gestores, pactuação e alinhamento em relação a conceito, objetivos, diretrizes e metas e avaliação dos projetos comunicação entre os diversos setores. Assim, levando-se em conta a necessidade destas ações, podemos não chegar à forma plena, mas uma forma mais positiva e adequada poderá se fazer realidade (PS).

Ainda falta algumas questões a serem trabalhadas e fortalecidas como: Setores que trabalham isolados ou até mesmo que não buscam a integridade e ausência de financiamento intersetorial para continuidade dos projetos que foram traçados (PAS).

Em relação a esta reflexão dos profissionais, Moyses et al. (2004) sinaliza uma dificuldade na gestão da saúde pela via da Intersetorialidade, através dos segmentos que detém o poder e os orçamentos públicos:

[...] ao rompimento de relações tradicionais de trabalho, em que o segmento que detém o poder acaba prevalecendo nos processos de decisão, aliada à dificuldade de profissionais de saúde em olhar para além do objeto específico de sua atuação, muitas vezes em situações contaminadas pelo corporativismo profissional, caracterizam aspectos da cultura institucional geral do setor público. Além disso, as rubricas dos orçamentos públicos são predominantemente setorializadas, o que reforça a dificuldade de compartilhamento de poder entre os atores envolvidos e dificulta a agilização e resolutividade das ações (MOYSES et al., 2004, p. 631).

Outro ponto relevante, que foi mencionado e que influencia na execução das ações intersetoriais, seria a falta de informação e conhecimento sobre serviços ofertados no município e os profissionais atuantes em determinado equipamento.

Muitas vezes por falta de conhecimento e informação sobre o equipamento, os serviços ofertados e os profissionais que ali trabalham acabam por dificultar no desenvolvimento das ações intersetoriais. Assim, mais informação, é de vital importância para uma divulgação do serviço. Realidade da qual já tenho empenhando em fazer, desde informando nos relatórios encaminhados a partir de uma breve introdução, e também nas visitas domiciliares realizadas, onde apresento o serviço e forneço informações acerca a importância de suas funções (PS).

Percebi em muitos momentos que muitos profissionais não conhecem os serviços ofertados não só no município de Presidente Kennedy, mas também nas próprias secretarias, o que acaba levando a dificultar a execução de ações intersetoriais. (PAS)

Leão et al. (2014) apontam que, a falta de informação sobre os serviços que podem ser ofertados no território, acaba propiciando o desenvolvimento de ações intersetoriais fragmentadas e com dificuldades em entender as necessidades reais do sujeito e de sua família.

Desta forma, a falta de uma comunicação mais eficaz entre todos os envolvidos, um maior interesse do poder público, uma maior conscientização da própria classe dos Psicólogos e a falta de informação e conhecimento dos serviços existentes no município são ainda muitas das dificuldades que foram identificadas e que precisam ser repensadas para não servir de obstáculos para que ações intersetoriais ocorram de fato.

6.4 Articulação com a rede das ações intersetoriais

Em relação às ações intersetoriais desenvolvidas, foi identificado pelos profissionais da Psicologia características de proximidade e articulação com a rede como sendo relevante para que a Intersetorialidade ocorra.

Trabalhamos com encaminhamentos que nos chegam e que são direcionadas por nós, mas como disse, podemos fazer muito mais do que isso, para contribuirmos no sentido de uma aproximação com a rede, para que se possa ser desenvolvida de forma mais adequada (PAS).

As principais ações desenvolvidas são as articulações com a rede, pois como estamos ligados ao judiciário, percebo uma maior atenção dos setores, principalmente por causa desta realidade. Conseguimos desenvolver muito mais ações com a rede do que por exemplo colegas que estão em outros equipamentos. Assim conseguimos desenvolver ações em conjunto desde com a secretaria de saúde, através de atendimentos psicológico, médico, vacinações no posto de saúde, como também através da secretaria de

assistência social por meio de acompanhamento familiar no CRAS, CREAS, e inserção no serviço de convivência e fortalecimento de vínculos (PAS).

O trabalho da assistência social no município e que atuo tem um bom desenvolvimento através das parcerias de rede. Temos o exemplo da saúde, que interage com os usuários do CRAS Itinerante e suas equipes, às quais são formadas por diversos profissionais como: psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, médicos, nutricionistas, fonoaudiólogos e demais colaboradores. Essa interação acontece uma vez por semana com vários temas apresentados de acordo com as demandas dos usuários (PAS).

Iniciamos um trabalho que chamamos de trabalho em rede. Eu enquanto profissional da saúde juntamente com representantes do conselho tutelar, CRAS, CREAS e Educação. É excelente, pois cada setor separa os casos mais complexos e discutimos a qual setor compete aquele caso visando o melhor para os pacientes e usuários. E este movimento tem se mostrado bastante positivo. Pois vê o problema de forma conjunta, mas de forma conjunta também conseguimos visualizar possibilidades para atuação, onde cada profissional em sua área contribui para o atendimento daquela demanda (PS).

A Intersetorialidade e, conseqüentemente o desenvolvimento de ações intersetoriais, podem desenvolver resoluções para os problemas sociais por meio de articulações entre os setores e as políticas sociais locais (ABREU, 2009).

A busca ativa também foi mencionada como elemento importante para execução das ações intersetoriais.

Para desenvolvermos a execução de ações intersetoriais realizamos busca ativa, interação e comunicação entre técnicos da rede, palestras, campanhas de proteção e prevenção contra: abuso sexual infantil, violência doméstica e violência contra a pessoa idosa através de estudo de caso (PAS).

A busca ativa realizada, acaba sendo um importante fator para o desenvolvimento de ações intersetoriais, já que os profissionais vão até o local onde possam estar acontecendo situações que necessitem de uma intervenção profissional. (PS)

De acordo com Camolesi e Teixeira (2015), a busca ativa pode ser caracterizada como sendo um recurso do Ministério do Desenvolvimento Social (MDS), focado na aproximação do indivíduo com o objetivo de reverter à sistematização pública comum de espera pela diligência. Fortalecem ainda que, este procedimento do Estado, relacionado à população mais financeiramente vulnerável, procura atender a todos que de forma geral não chegam até os serviços públicos, ficando desta forma à

margem da rede de proteção por diferentes razões, tais como, não conhecer seus direitos, residirem em regiões isoladas e outros tantos.

As reuniões intersetoriais foram pontuadas como determinante para o desenvolvimento das ações intersetoriais.

É realizado estudo de caso com diferentes setores para colher suas demandas, assim como encaminhamentos para os setores relacionados na rede e seguindo o fluxograma criado pelo município. Dentre os trabalhos de Intersetorialidade, estão as condicionalidades do Programa do Bolsa Família, que precisamos estar integrados com o setor de saúde e educação (PAS).

Há reuniões de rede uma vez por mês onde vários setores (secretarias) participam, enviando um técnico pelo menos, para debater os casos e buscar sanar as demandas que surgem de cada paciente, e em cada reunião é pontuado o que já foi feito e sempre há novos estudos de casos. Muitos profissionais participam e tem surtido efeito (PS).

Dessa maneira pode-se supor que, para a Intersetorialidade e conseqüentemente suas ações intersetoriais possam ocorrer, as articulações entre sujeitos atuantes em áreas onde, levando-se em consideração suas especificidades e experiências particulares, consigam ser capazes de propiciar propostas e procedimentos conjuntos de intervenção pública para o enfrentamento de demandas complexas e que são difíceis de serem sanadas de forma isolada (COUTO; YAZBEK; RAICHELIS, 2010).

Assim, após estudo feito através da análise dos resultados de todas as entrevistas realizadas, pôde-se perceber que apesar de alguns elementos e situações dificultarem o desenvolvimento da Intersetorialidade, os profissionais da Psicologia buscam realizar as ações intersetoriais da melhor forma possível e de acordo com a Política na qual estejam inseridos seja ela da assistência social ou da saúde.

Inúmeros são os desafios encontrados e descritos por estes profissionais, porém a busca por articulação com a rede, entre setores e com demais profissionais se mostraram imprescindíveis para que ocorra a efetivação das ações intersetoriais na prática, para aí sim poder atenuar as adversidades sociais advindas de várias significâncias da questão social.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Seguridade Social foi concebida como um conjunto integrativo com ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, objetivando proporcionar acesso aos direitos relacionados à saúde, à previdência e à assistência social. Foi garantida através da Constituição Federal de 1988, onde começou a reconhecer e ampliar os direitos individuais e também da sociedade de forma geral, como tentativa da diminuição das desigualdades e iniquidades sociais, ou seja, das carências determinadas socialmente e que acabam levando às desigualdades de acesso a bens materiais, imateriais e patrimônios humanos e que são agentes em propiciar um grau de vida humana.

Sendo, desta maneira, uma concepção estrutural das políticas sociais, objetivando a garantia universal da prestação de benefícios e serviços de proteção social e que se manifestou devido à indispensabilidade do designo de proteção contra as mais variadas possibilidades de riscos ao ser humano.

Proporcionou assim, um novo conceito para o desenvolvimento das políticas sociais, dispondo-se ao rompimento de suas ações setoriais e desarticuladas, iniciando assim a importância da apresentação de ações mais integradas e intersetoriais.

Assim, as políticas públicas, através de ações e programas específicos, vieram com o propósito de garantir o compromisso social e colocar em prática direitos previstos na Constituição Federal e que possam atingir a todas as pessoas das mais diferentes escolaridades, independente de sexo, religião, raça ou de nível social, e podendo assim, fortalecer o protagonismo do indivíduo e da comunidade como um todo.

Deste modo, a Intersetorialidade, a partir de suas ações intersetoriais, se apresenta como ação de promoção da saúde modificadora dos determinantes sociais de doença preconizados através dos fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que possam instigar ocorrências relacionadas a problemas de saúde e seus elementos de risco nas pessoas. E, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), que relaciona saúde como sendo um completo bem-estar físico, mental e social, não sendo, desta forma, apenas ausência de doença

ou enfermidade. E essa conceituação de 1946 foi inovadora e bastante ambiciosa para a época, já que ampliou o conceito de saúde abrangendo aspectos físicos, mentais e também sociais.

As ações intersetoriais se apresentam então como forma integrativa de saberes, esforços dos mais variados setores e atores pertencentes às políticas públicas para a construção de objetivos comuns de intervenção, objetivando o enfrentamento de forma mais articulada dos problemas sociais. E áreas como saúde e assistência social podem fornecer elementos na qual, de forma integrada, e a partir de ações trabalhadas em conjunto, possam ajudar os diversos setores que atuam no combate às vulnerabilidades e fragilidades, contribuindo para possíveis soluções coletivas desenvolvidas a partir destas ações intersetoriais.

Assim, com a internalização da importância das ações intersetoriais e dos atores que possam estar contribuindo para que estas ações ocorram, pode-se citar os profissionais da Psicologia como sendo uma classe atuante neste processo.

Desta forma, esta dissertação procurou contribuir para uma visualização sobre as ações intersetoriais realizadas por estes profissionais que estão inseridos nas Políticas Públicas de saúde e de assistência social no município de Presidente Kennedy-ES, bem como os entraves e dificuldades que possam estar dificultando este processo.

Foi alcançado o propósito ao conseguir responder às questões construídas e fundamentadas no objeto da pesquisa sobre ações intersetoriais realizadas por estes profissionais, assim como, o entendimento e compreensão a partir da visão deles acerca da Intersectorialidade, da execução das ações, os desafios e dificuldades encontradas e a articulação com a rede, aprofundando bastante nestes conceitos, apresentando riqueza de detalhes a partir da visão desses profissionais com realidade profissional vivenciada.

Foi percebido, através dos relatos, que as ações intersetoriais em muitos momentos não acontecem de forma efetiva, pois foi reconhecida como sendo uma prática que deve ser desenvolvida através de um trabalho em equipe de forma integrada, e que considera que só um setor, agindo de forma isolada, apresentará muito mais

dificuldades em desenvolver estas ações e práticas de promoção da saúde, uma vez que, para que isso ocorra, todo processo conjunto deve ser envolvido como saúde, assistência, educação, cultura, habitação dentre outros.

E, para que ocorra o desenvolvimento das ações intersetoriais, deve-se percorrer os caminhos tanto através de decisões políticas como decisões técnicas. A decisão política, devido a articulações e diálogos necessários das gestões, e, as decisões técnicas, ao proporcionar uma infraestrutura e comprometimento das relações intersetoriais. Assim, é de vital importância existir um entendimento mútuo com foco na mesma direção e mesmos objetivos a alcançar para que, a efetividade destas ações, possam ser alcançadas.

As ações intersetoriais, que para os profissionais da Psicologia que foram entrevistados, ainda se estabelece como um processo desafiante a ser desenvolvido, figura mesmo com os elementos trabalhosos como sendo um objetivo a ser alcançado devido a busca por superação da fragmentação, fragilização e da execução de políticas sociais, buscando responder às desigualdades sociais, desigualdades de forma geral e também às iniquidades nas políticas públicas.

Apesar de estar bem claro a necessidade da ocorrência de avanços para que seja desenvolvida a Intersetorialidade, existem ações intersetoriais ocorrendo, mesmo que de formas casuais. Existe sim, no município, comunicação entre as políticas de saúde e de assistência social, entre setores, entre os diversos profissionais e ações ocorrendo, porém, necessita-se uma maior constância para que se proporcione uma articulação intersetorial mais consistente. E que, o profissional da Psicologia, pode, neste contexto contribuir para o desenvolvimento destas ações a partir de seu saber e de suas práticas.

No contexto histórico, a Psicologia exercida se apresentava com foco mais politizado de atuação voltada para o não coletivo, e seus serviços, por serem privados, atendiam apenas a determinados grupos sociais. Hoje podemos perceber um viés muito mais abrangente de atuação, principalmente na realidade social e estando presente nas políticas públicas. Com isso percebe-se, cada vez mais, um amadurecimento da Psicologia enquanto profissão.

Observou-se, na fala dos profissionais da Psicologia, empenho e dedicação constantes dos mesmos para que, enquanto profissionais imersos nas políticas de saúde e assistência social do município de Presidente Kennedy-ES, as ações intersetoriais apresentem cada vez mais avanços significativos para sua execução, mesmo reconhecendo os limites, desafios, dificuldades e fragilidades que este processo ainda possua.

Portanto, após toda a pesquisa realizada através das referências bibliográficas e análise das entrevistas, percebeu-se que a atuação dos psicólogos nestes espaços possui importante função intercessora como sendo agentes formativos, no sentido de serem intermediários de mudança para rever, ampliar, renovar de forma individual ou coletiva o seu compromisso social e profissional. Serem ainda agente articuladores, educativos e agentes de transformação social.

Como forma de se realizar a devolutiva acerca do presente estudo, pode-se pensar sua ocorrência a partir das reuniões de rede que já são executadas, aproveitando desta forma a presença dos gestores e da equipe multiprofissional, objetivando elencar elementos significativos para minimizar ocorrências que possam estar dificultando o processo de desenvolvimento das ações intersetoriais, bem como potencializar as ações que já são desenvolvidas nas Secretarias de Saúde e de Assistência Social do Município de Presidente Kennedy-ES

Portanto, o presente estudo pretendeu mais do que apenas produzir informações acerca do processo de identificação e execução das ações intersetoriais realizadas por profissionais da Psicologia inseridos nas políticas de saúde e de assistência social do município de Presidente Kennedy-ES, e as reflexões e discussões acerca deste tema não se esgotam nesta análise, pois espera-se fornecer contribuições que sejam relevantes para pesquisas futuras que possam ter relação ao conteúdo aqui desenvolvido.

REFERÊNCIAS

- ABRANCHES, S. H. **Os despossuídos: crescimento e pobreza no País do Milagre.** Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar, 1985.
- ABREU, C. C. **A Intersetorialidade na Plenária Nacional de Saúde.** 2009, 20f. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Programa de Pós-Graduação em Política Social, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2009.
- ABRUCIO, F. L.; PEDROTI, P.; PÓ, M. V. A formação da Burocracia brasileira: a trajetória e o significado das reformas administrativas. In: LOUREIRO, Maria R.; ABRUCIO, Fernando L.; PACHECO, Regina S. (Org.). **Burocracia e política no Brasil.** Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas (FGV), 2010.
- ALMEIDA, B. P.; GOTO, T. A. Intervenção e cuidado com crianças e adolescentes vitimizadas: Atuação do psicólogo no Programa Sentinela (CREAS) em Poços de Caldas (MG). **Mudanças – Psicologia da Saúde**, v. 19, n. 1-2, p. 89-98.2011.
- ANSARA, S.; DANTAS, B. S. A. Intervenções psicossociais na comunidade: Desafios e práticas. **Psicologia & Sociedade**, 2010. v. 22, n. 1, p. 95-103. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822010000100012> Acesso em:10 ago. 2020.
- ARCARO, N. T.; MEHIAS, N. P. A evolução da assistência psicológica e em saúde mental: do individual para o comunitário. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 6, p. 251-266.1990.
- AROUCA, A. S. **O dilema preventivista.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 1977.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** 4. ed. Lisboa: Edições70, 2010.
- BENZONI, P. E. **Práticas psicossociais em saúde mental: da diversidade teórica ao encontro das atuações.** Novo Hamburgo, RS: Sinopsys editora, 2019.
- BOARINI, M. L. A formação (necessária) do psicólogo para atuar na saúde pública. **Psicologia em Estudo**, v. 1, n. 1, p. 93-132. 1996.
- BOCK, A. M. B. (Org.). **Psicologia e compromisso social.** São Paulo, SP: Cortez. 2003.
- BOCK, A. M. Psicologia e Educação e a questão da América Latina. In: AZZI, R.G.; GIANFALDONI, M.H.T.A. (Org.) **Psicologia e Educação.** (Série ABEP Formação vol.1). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011. p.271-284.
- BOTARELLI, A. **O psicólogo nas políticas de proteção social: uma análise dos sentidos e das práxis.** 133 p. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2008.

BRANDÃO, C. R.; STECK, D. Participar-pesquisar. In: BRANDÃO, C. R. (Org). **Repensando a pesquisa participante**. São Paulo: Brasiliense, 1999. p. 7-14.

BRASIL. **Base Nacional Comum Curricular (BNCC)**. Educação é a Base. Brasília, MEC/CONSED/UNDIME, 2017. Disponível em: http://basenacionalcomum.mec.gov.br/images/BNCC_publicacao.pdf. Acesso em: 15 set. 2020.

BRASIL. **Caderno SUAS**. Volume 1 - Configurando os eixos da mudança. Brasília, DF. 2008.

BRASIL. **Censo SUAS 2016**: resultados nacionais. Brasília, DF, 2017

BRASIL. Conselho Nacional do Meio Ambiente. **Resolução n.001, de 23 de janeiro de 1986**. Dispõe sobre critérios básicos e diretrizes gerais para o Relatório de Impacto Ambiental – RIMA. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 17 fev. 1986.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nos 1/1992 a 68/2011, pelo Decreto Legislativo nº 186/2008 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/1994. 35ª ed. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2012 - (Série textos básicos; nº 67).

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 8 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 set. 1990. Seção 1.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 31 dez. 1990. Seção 1.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: . Acesso em 27 set. 2020.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome [MDS]. **Política Nacional de Assistência Social** – PNAS/2004 e Norma Operacional Básica – NOB/SUAS. Brasília, DF, 2005. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

BRASIL. **Lei Orgânica da Assistência Social**, nº 8.742, de 7 de setembro de 1993.

BRASIL. **Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS – NOB-RH/SUAS**. Brasília, DF, 2011.

BRASIL. **Orientações Técnicas**: Centro de Referência de Assistência Social - CRAS. Brasília, DF. 2009.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2012 – (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. **Resolução nº 17, de 20 de junho de 2011**. Que institui “Ratificar a equipe de referência definida pela Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social – NOB-RH/SUAS e Reconhecer as categorias profissionais de nível superior para atender as especificidades dos serviços sócioassistenciais e das funções essenciais de gestão do Sistema Único de Assistência Social – SUAS”. Brasília: Conselho Nacional de Assistência Social.

BRASIL. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Tipificação Nacional de Serviços Sócioassistenciais**. Brasília, DF, 2009c. Disponível em: <http://aplicacoes.mds.gov.br/snas/documentos/livro%20Tipificaca%20Nacional%20-%2020.05.14%20%28ultimas%20atualizacoes%29.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2020.

BROZEK, J. ; MASSIMI, M. **Historiografia da Psicologia Moderna**. São Paulo, SP: Loyola, 1998.

CAMARGO-BORGES, C.; CARDOSO, C. L. A psicologia e a estratégia saúde da família: compondo saberes e fazeres. **Psicologia & Sociedade**, v. 17, n. 2, p. 26-32, 2005.

CAMOLESI, A. B.; TEIXEIRA, E. A busca ativa no cotidiano dos assistentes sociais: um estudo de caso a partir dos CRAS de um município de médio porte da região Baixa Mogiana – SP. **Universitas** - Ano 82, n. 135, Julho/Dezembro 2015. Disponível em: [revistauniversitas.inf.br › index.php › article › download](http://revistauniversitas.inf.br/index.php/article/download). Acesso em: 1º out. 2020.

CAMPOS, R. O. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos da Saúde Mental. **Saúde em Debate**, v. 25, n. 58, p. 98 – 111, maio/ago. Rio de Janeiro, 2001.

CARNEIRO, C. O estudo de casos múltiplos: estratégia de pesquisa em psicanálise e educação. **Psicologia USP**. V. 29, n. 2, p. 314-321, 2018.. Acesso em: 1º out. 2020.

CARVALHO, P. R. Violência e submissão: a gênese da consciência. In: NETO, A. N.; MANSANO, S. R. V. (Org.). **Paixões tristes**: retratos contemporâneos. São Paulo: Via Lettera. 2012, p. 11-22.

CARVALHO, J. M. **Mandonismo, Coronelismo, Clientelismo**: Uma Discussão Conceituall. Dados: Rio de Janeiro, v. 40, nº 2, 1997. Disponível em: script=sci_arttext&pid=S001152581997000200003&Ing=en&nrm=iso. Acesso em: 28 ago. 2020.

CINTRA, M. S.; BERNARDO, M. H. Atuação do Psicólogo na Atenção Básica do SUS e a Psicologia Social. **Psicologia: Ciência e Profissão** Out/Dez. 2017 v. 37 n°4, 883-896. Acesso em: 1º out. 2020.

COMERLATTO, D. et al. Gestão de Políticas Públicas e Intersetorialidade: diálogo e construções essenciais para os conselhos municipais. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 265-271, jul./dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rk/v10n2/a15v10n2.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL; CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais e psicólogos (as) na Política de Assistência Social**. Brasília, DF: CFSS/CFP, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL; CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências Técnicas para atuação do(a) psicólogo(a) no CRAS/SUAS**. Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas, Brasília, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL; CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas-CREPOP. **Referências Técnicas para a prática de Psicólogas(os) no Centro de Referências Especializado da Assistência Social-CREAS. Conselho Federal de Psicologia**. Brasília, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL; CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Senhoras e senhores gestores da saúde: como a psicologia pode contribuir para o avanço do SUS**. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL; CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências Técnicas para Prática de Psicólogas (os) no Centro de Referência Especializado da Assistência Social – CREAS**. Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas, Brasília, 2013.

COSTA, N. do R. **Políticas públicas, justiça distributiva e inovação: saúde e saneamento na agenda social**. São Paulo: Hucitec, 1998.

COSTA, B. L. D.; BRONZO, C. Intersetorialidade no enfrentamento da pobreza: o papel da implementação e da gestão. In: FARIA, C.A.P.F. (Org.). **Implementação de Políticas Públicas**. Teoria e Prática. Minas Gerais: Editora PUC Minas, 2012.

COSTA, A. F. S.; CARDOSO, C. L. Inserção do psicólogo em Centros de Referência de Assistência Social - CRAS. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 3 n. 2, p. 223-229, 2010.

COUTO, B. R. O Sistema Único de Assistência Social – Suas: na consolidação da Assistência Social enquanto política pública. In: CRUZ L. R.; GUARESCHI, N. (Orgs.). **Políticas públicas e assistência social: diálogo com as práticas psicológicas** (pp. 41-55). Petrópolis, RJ: Vozes. 2009.

COUTO, B. R.; YAZBEK, M. C.; RAICHELIS, R. A Política Nacional de Assistência Social e o SUAS: apresentando e problematizando fundamentos e conceitos. In: COUTO, B. R. et al. (orgs). **O Sistema Único de Assistência Social no Brasil: uma realidade em movimento**. São Paulo: Cortez, 2010, p. 32-65.

CUNHA, E. da P.; CUNHA, E. S. M. Políticas públicas sociais. In: CARVALHO, A.; SALLES, F., GUIMARÃES M.; U. D. E., W. **Políticas públicas**. Belo Horizonte: UFMG; PROEX, 2002, p. 11-26.

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, p. 109-126.

DIAS, H. **Políticas públicas de saúde no Brasil**. Disponível em: <https://helenadmab.jusbrasil.com.br/artigos/190097706/politicas-publicas-de-saude-nobrasil#:~:text=%E2%80%9CArt.,e%20recupera%C3%A7%C3%A3o%5B2%5D%E2%80%9D>. Acesso em: 09 set. 2020

DIMENSTEIN, M. D. B. O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. **Psicologia em Estudo**, v. 6 n. 2, p. 57-63, 2001. Disponível em: 10.1590/S1413- 73722001000200008. Acesso em: 15 set. 2020

DIMENSTEIN, M. D. B. O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para formação e atuação profissionais. **Estudos de Psicologia**, v. 3, n. 1, p. 53-81. 1998.

FADIGAS, Leonel. **Urbanismo e território: as políticas públicas**. Lisboa, Portugal: Edições Sílabo, 2015.

FALEIROS, V. P. **Estratégias em Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1999.

FEUERWERKER, L.M.; COSTA, H. Intersectorialidade na rede Unida. **Saúde em Debate**, v. 22, p. 25-35, Rio de Janeiro, 2000.

FIGUEIRA, R. R. A escravidão contemporânea no Brasil: de 1985 a 2009. In: SYDOW, E.; MENDONÇA, M. L. **Rede social de justiça e direitos humanos no Brasil 2009** - Relatório da Rede Social de Justiça e Direitos Humanos. Disponível em: <http://www.social.org.br/dh%20no%20brasil%202009.pdf>. Acesso em: 1º set. 2020.

FIGUEIREDO, E. N. **Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: diretrizes e fundamentos**. Módulo Político Gestor, 2010.

FLOR, T. C., & GOTO, T. A. Atuação do psicólogo no CRAS: Uma análise fenomenológico-empírica. **Revista Abordagem Gestáltica**, v. 21, n. 1, p. 22-34, 2015.

FONTENELI, A. F.G.T. **Psicologia e sistema único de assistência social – SUAS: estudo sobre a inserção dos psicólogos nos Centros de Referência de Assistência Social (SUAS)**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.

FURTADO C. **O longo amanhecer**: ensaios sobre a formação do Brasil. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1999.

GARCIA, R. C. **Iniquidade Social no Brasil: Uma aproximação e uma tentativa de dimensionamento**. Brasília: IPEA, 2003.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2007.

GRUBITS, S.; GUIMARÃES, L.A.M.; FREIRE, H.B.G. Psicologia da Saúde: conceitos e evolução do campo. In: GRUBITS, S; GUIMARÃES, L.A.M (org.). **Psicologia da Saúde: Especificidades e diálogo interdisciplinar**. São Paulo: Vetor, 2007, p. 27-36.

GUARESCHI, N. (2014). **Psicologia, formação política e produção em saúde**. Porto Alegre, RS: EDIPUCRS, 2014.

HOWLETT, M.; RAMESH, M.; PERL, A. **Política pública**: seus ciclos e subsistemas: uma abordagem integradora. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier, 2013.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil**. São Paulo, SP: Cortez, 1983.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/to/presidente-kennedy.html> Acesso em: 10 nov. 2019.

INOJOSA, R. M. **A Intersetorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional**. Acesso em: 18 fev. 2020.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 1, p. 25-36, jan. /abr., São Paulo, 2004.

INOJOSA, R. M. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. **Revista de Administração Pública – RAP** -, v. 34, n. especial, p. 35-45, nov. /dez., Rio de Janeiro, 2000.

INOJOSA, R. M. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. **Saúde e Sociedade**, n. 6, p. 31-46, São Paulo, 1997.

KAHHALE, E. M. P. Psicologia na Saúde: em busca de uma leitura crítica e de uma atuação compromissada. In: BOCK, A. M. B. **A perspectiva sócio-histórica na formação em psicologia**. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

KOELZER, L. P. et al. Psicologia e CRAS: Reflexões a partir de uma experiência de estágio. **Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 7, n. 1, p. 132-139, 2014.

KOGA, D. **Medidas de cidades**: entre territórios de vida e territórios vividos. São Paulo, Cortez, 2003.

KOWARICK, L. **O Conceito de exclusão social**. In: VÉRAS, M. P. B.; SPOSATI, A.; KOWARICK, L. (Ed.). O debate com Serge Paugan. Por uma sociologia da exclusão social. São Paulo: EDUC, 1999.

LANCETTI, A. (org.). **Saúde e Loucura – Saúde Mental e saúde da família**. Campo Belo/SP: Hucitec, 2001.

LEÃO, S. M. et al. O Psicólogo no Campo do Bem-Estar Social: Atuação junto às famílias e indivíduos em situação de vulnerabilidade e risco social no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 14, n. 1, p. 264-289, 2014.

LUCHESE, P. T. R. (Coord.) **Políticas públicas em Saúde Pública**. São Paulo, SP: BIREME/OPAS/OMS, 2004.

MACEDO, J. P. S. & DIMENSTEIN, M. O trabalho dos(as) psicólogos(as) nas políticas sociais no Brasil. **Avances em Psicologia Latino-americana**, v. 30, n. 1, p. 189-199, 2012.

MADEIRA, L. M. (Org.). **Avaliação de Políticas Públicas**. Porto Alegre, RS: UFRGS/CEGOV, 2014.

MARTINEZ, A. M. Psicologia e compromisso social: desafios para a formação do psicólogo. In BOCK, A. M. M. (org.). **Psicologia e o compromisso social**. São Paulo, Cortez, 2003.

MATOS, A. G. A democracia e a organização social de base. In: JACÓ-VILELA, A. M.; SATO, L. (Org.). **Diálogos em psicologia social**. Porto Alegre: Evangraf, 2007, p. 301-314.

MATTA, G. C. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, G. C.; MOURA, A. L. **Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007, p. 61-79.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

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

MENDONÇA, A. V. M. Os processos de comunicação e o modelo todos-todos: uma relação possível com o Programa Saúde da Família. Brasília: Editora do Departamento de Ciência da Informação e Documentação da UnB, 2007.

MENICUCCI, T. M. G. Intersetorialidade, o desafio atual para as políticas sociais. **Revista Pensar BH Política Social**, Belo Horizonte: Edição Temática, n. 03, p. 10-13, maio/jul., 2002.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. (12ª edição). São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - MDS. **8ª Conferência Nacional de Saúde** - Relatório Final. Brasília, DF: autor, 1986. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_fin_al.pdf. Acesso em: 20 dez. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **VIII conferência nacional de saúde**, 1986, Brasília. Relatório Final. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_fin_al.pdf. Acesso em: ago. 2020.

MONNERAT, G. L.; SOUZA, R. G. Da Seguridade Social à intersectorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. **Revista Katálysis**. v. 14, n. 1, p. 41-49, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141449802011000100005&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 15 nov. 2019.

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

MOTTA, R. F., & SCARPARO, H. B. K. A psicologia na assistência social: transitar, travessia. **Psicologia & Sociedade**, v. 25, n. 1, p. 230-239. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822013000100025> Acesso em: 05 jun. 2020

MOYSÉS, S.J. et al. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. **Cienc. Saúde Colet**. v. 9, n. 3, p. 627-41, 2004.

NASCIMENTO, C. et al. **Psicologia e políticas públicas: experiências em saúde pública**. Porto Alegre: Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul CRP 7, 2004. 148 p. Disponível em: <http://www.crprs.org.br/upload/edicao/arquivo15.pdf>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2020.

NASCIMENTO, S. do. Reflexões sobre a intersectorialidade entre as políticas públicas. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo. 2010.

NETTO, J. P. **Capitalismo monopolista e serviço social**. São Paulo: Cortez, 2007.

NOGUEIRA, V. M. R. Estado de bem-estar social – origens e desenvolvimento. **Katálysis**, n. 5, jul. /dez., 2001. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/view/5738> Acesso em: 1º set. 2020.

OLABUENAGA, J.I. R.; ISPIZUA, M.A. **La descodificacion de la vida cotidiana: metodos de investigacion cualitativa**. Bilbao, Universidad de deusto, 1989.

OLIVEIRA, I. M. F. **A Psicologia no Sistema de Saúde Pública: diagnóstico e perspectivas**. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo). Disponível em: www.teses.usp.br Acesso em 03 jun. 2020:

OLIVEIRA, I. F.; AMORIM, K. M. O. Psicologia e política social: o trato à pobreza como sujeito psicológico? **Psicologia Argumento**, v. 30, p. 567-573, 2012.

OLIVEIRA, I. F. et al. O Psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: formação acadêmica e prática profissional. **Interações**, v. 9, n. 17, p. 71-89, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) 1946**. 2017 [cited Mar 21 2017].

PAIM, J. S. **O que é SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. 148 p. (Coleção Temas em Saúde).

PAIVA, V. Prevenção Positiva. A abordagem psicossocial, emancipação e vulnerabilidade. In: RAXACH, Juan Carlos. MAKSUD, L.; PIMENTA, C.; TERTO JUNIOR, V. **Prevenção Positiva: estado da arte**. Rio de Janeiro, RJ: ABIA. 2009, p. 33-49.

RAUTER, C. O psicólogo e sua inserção na área de saúde. **Revista do Departamento de Psicologia (UFF)**, v. 7, n. 2/3, p. 70-74, 1995.

REIS, R. G., & CABREIRA, L. As políticas públicas e o campo: E o Psicólogo com isso? **Psicologia: Ciência e Profissão**, 2013, v. 33 (n.p.), p. 54-65.

REZENDE, M. de; BAPTISTA, T. W. de F.; AMÂNCIO FILHO, A. O legado da construção do sistema de proteção social brasileiro para a intersectorialidade. **Trabalho Educação Saúde**. v. 13, n. 2. Ago., Rio de Janeiro, 2015.

RIBEIRO, V. M. C. Prefácio. In: MONNERAT, G. L.; ALMEIDA, N. L. T.; SOUZA, R. G. **A Intersectorialidade na Agenda das Políticas Sociais**. 1ª edição. Campinas, São Paulo: Ed. Papel Social, 2014.

RIBEIRO, M. E., & GOTO, T. A. Psicologia no sistema único de assistência social: uma experiência de clínica ampliada e intervenção em crise. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 5, n. 1, p. 184-194, 2012.

RIBEIRO, M. E., & GUZZO, R. S. L. Psicologia no Sistema Único de Assistência Social (SUAS): Reflexões críticas sobre ações e dilemas profissionais. **Pesquisas e Práticas psicossociais**, v. 9, n. 1, p. 83-96, 2012.

ROCHA, D.; DEUSDARA, B. Análise de Conteúdo e Análise do Discurso: aproximações e afastamentos na (re) construção de uma trajetória. **Revista Alea Estudos Neolatinos** [online], v. 7, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2005.

RODRIGUES, M. M. A. **Políticas Públicas**. São Paulo: Publifolha, 2010.

ROMAGNOLI, R. C. O SUAS e a formação em psicologia: Territórios em análise. **ECOS: Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, v. 2, n. 1, p. 120-132, 2012.

ROSSATO, L.; SOUZA, T. M. C. Psicologia e adolescentes em conflito com a lei: Reflexões a partir do estágio. **Revista SPAGESP**, v. 15, n. 1, p. 112-122, 2014.

SANTOS, F. M. dos. Análise de conteúdo: a visão de Laurence Bardin. **Revista Eletrônica de Educação**, v. 6, n. 1. 2012.

SANTOS, N. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 429-435, abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232007000200019&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28 ago. 2019.

SARAVIA, E.; FERRAREZI, E. (Org.). **Coletânea políticas públicas**. Vol. 2, Brasília-DF: ENAP, 2006.

SENRA, C. M. G., & GUZZO, R. S. L. Assistência social e psicologia: Sobre as tensões e conflitos do psicólogo no cotidiano do serviço público. **Psicologia & Sociedade**, v. 24, n. 2, p. 293-299, 2012.

SILVA, I. G. (2003). **Democracia e participação na “reforma” do Estado**. São Paulo, SP: Cortez. 2003.

SILVA, D. A. J. e TAVARES, M. F. L. Ação intersetorial: potencialidades e dificuldades do trabalho em equipes da Estratégia Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 193-205, out. /dez. 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n111/0103-1104-sdeb-40-111-0193.pdf>>. Acesso em: 26 set. 2020.

SILVA, É. R. da. Psicologia clínica, um novo espetáculo: dimensões éticas e políticas. **Revista Psicologia Ciência e Profissão**. Brasília, v. 21, n. 4, Dezembro, 2001.

SIMÕES, C. **Curso de direito do serviço social**. São Paulo: Cortez, 2010.

SOBRAL, M. F. C., & LIMA, M. E. O. Repensando as práticas e praticando as representações nos CRAS de Sergipe. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 33, n. 3, p. 630-645, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932013000300009>. Acesso em: 17 ago. 2020.

SPOSATI, A. Exclusão social abaixo da linha do Equador. In: VÉRAS, M. P. B.; SPOSATI, A.; KOWARICK, L. (Ed.). **O debate com Serge Paugan**. Por uma sociologia da exclusão social. São Paulo: EDUC, 1999.

SPOSATI, A. Gestão pública intersetorial: sim ou não? Comentários de experiência. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 85. Mar. 2006.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

TUMELERO, S. M. **Intersetorialidade nas Políticas Públicas**. Florianópolis, SC: UFSC, 2011.

WARSCHAUER, M.; CARVALHO, I. M. O conceito de “intersectorialidade”: contribuições a debate a partir do Programa Lazer e Saúde da Prefeitura de Santo

André/SP. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 1, p. 191-203, 2014. Disponível em: <https://goo.gl/47ioAJ>. Acesso em: 20 set. 2020.

XIMENES, V. M.; PAULA, L. R. C.; BARROS, J. P. P. Psicologia Comunitária e política de Assistência Social: diálogos sobre atuações em comunidades. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 29, n. 4, p. 686-699, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932009000400004> Acesso em 09 fev. 2020:

YAZBEK, M. C. Pobreza no Brasil contemporâneo e formas de seu enfrentamento. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 110, p. 288-322, abr./jun., 2012.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre, RS: Bookman, 2010.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Roteiro da entrevista

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Setor: _____

Tempo de trabalho na equipe _____

Perguntas

- 1- Qual seu entendimento acerca intersectorialidade?
- 2- Como você enquanto profissional pode contribuir para que ações intersectoriais possam ser fortalecidas mediante as políticas públicas desenvolvidas no município?
- 3- Estas ações ocorrem de forma plena? Caso negativo, o que falta para que essa realidade aconteça de fato?
- 4- No local onde você desenvolve suas atividades, consegue perceber que o trabalho em rede com outras secretarias e serviços do município estão sendo desenvolvidos? Caso positivo, que ações são desenvolvidas?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar de uma pesquisa como voluntário (a). 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 responsável. Em caso de recusa você não será prejudicado (a) de forma alguma. Se tiver alguma dúvida você poderá procurar pedir esclarecimento ao pesquisador 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 ou no e-mail 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: “Ações intersetoriais realizadas entre as políticas de saúde e de assistência social em Presidente Kennedy na visão de Psicólogos atuantes na área”.

Instituição: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) **Telefone:** (27)33343586

Pesquisador Responsável:

Nome: José Antônio Delecrode RG: 772.874-ES

Endereço: Rua Sérgio Afonso Costa, Nº 21, Dr. Luiz Tinoco da Fonseca, Cachoeiro de Itapemirim-ES.

Telefone: (28) 99903-7994

Orientadora:

Nome: Prof.^a Dr^a Maristela Dalbello-Araujo Contato: maristela.araujo@emescam.br.

Objetivos da pesquisa:

Objetivo Geral: Analisar as ações intersetoriais realizadas entre as políticas de saúde e assistência, segundo perspectiva dos profissionais da área da Psicologia.

Objetivos Específicos: Realizar a revisão integrativa sobre a inserção dos psicólogos nas Políticas Públicas de Saúde e de Assistência, e também verificar através dos profissionais psicólogos atuantes nas secretarias de saúde e de assistência, quais ações intersetoriais são realizadas.

Assinatura do (a) participante: _____.

Assinatura do pesquisador: _____.

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 pelo pesquisador em conjunto com sua orientadora, contendo questões relativas à sua vivência e atuação nos equipamentos aos quais estão desempenhando suas funções relacionadas as ações intersetoriais entre as Políticas de Saúde e de Assistência Social no município de Presidente Kennedy-ES.

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 do

pesquisador de assegurar aos participantes o sigilo, o anonimato e a confidencialidade das informações enunciadas. Elenca-se que o pesquisador guardará o material somente durante a pesquisa, após a finalização, o material será destruído.

Benefícios: Acredita-se que esta pesquisa trará contribuições significativas para o campo de estudo na qual se insere as ações intersetoriais realizadas entre as Políticas de Saúde e de Assistência Social no município de Presidente Kennedy-ES, possibilitando a avaliação acerca do serviço que é oferecido por estas políticas no município.

Custo / Reembolso para o paciente: 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 o pesquisador 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 de 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 (a) e esclarecido (a) pelo pesquisador 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.

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura do (a) participante: _____.

Assinatura do pesquisador: _____.

APÊNDICE C – Carta de Anuência

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

CARTA DE ANUÊNCIA

De: José Antonio Delecrode

Para: Valdinei Costalonga

Secretário Municipal de Saúde de Presidente Kennedy-ES

Prezado Secretário,

Eu, **JOSÉ ANTONIO DELECRUDE**, solicito autorização institucional para realização de projeto de pesquisa intitulado **INTERSETORIALIDADE: POSSIBILIDADES E LIMITES**, com o seguinte objetivo: Analisar as ações intersectoriais 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 ACARRETARÁ ÔNUS PARA A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PRESIDENTE KENNEDY-ES**.

Atenciosamente,


JOSÉ ANTONIO DELECRUDE

Contato:

E-mail: jantdel13@gmail.com

Telefone: (28) 999037994

1



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

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

2

APÊNDICE D – Carta de Anuência

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

CARTA DE ANUÊNCIA

De: José Antônio Delecrode

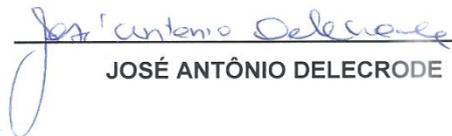
Para: Rejane Fernandes das Neves

Secretária Municipal de Assistência Social de Presidente Kennedy-ES

Prezada Secretária

Eu, **JOSÉ ANTÔNIO DELECRODE**, 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 ACARRETARÁ ÔNUS PARA A SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DE PRESIDENTE KENNEDY-ES.**

Atenciosamente,



JOSÉ ANTÔNIO DELECRODE

Contato:

E-mail: jantdel13@gmail.com

Telefone: (28) 999037994

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
Secretária Municipal
de Assistência Social
Decreto nº 0079/19

REJANE FERNANDES DAS NEVES

Secretária Municipal de Assistência Social de Presidente Kennedy-ES

2

ANEXO

ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP

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 intersectoriais 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 intersectoriais 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_P ROJETO_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

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



Continuação do Parecer: 3.730.399

VITORIA, 27 de Novembro de 2019.

Assinado por:
PATRICIA DE OLIVEIRA FRANCA
(Coordenador(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