

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

SILMARA APARECIDA ANDRADE AZEVEDO SILVEIRA

**INTERSETORIALIDADE: DIÁLOGO ENTRE TEORIA E PRÁTICA NAS
POLÍTICAS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL**

VITÓRIA

2020

SILMARA APARECIDA ANDRADE AZEVEDO SILVEIRA

INTERSETORIALIDADE: DIÁLOGO ENTRE TEORIA E PRÁTICA NAS POLÍTICAS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL

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 para obtenção do título de mestre.

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

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

Linha de pesquisa: Processos de Trabalho, Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

VITÓRIA

2020

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

S587i Silveira, Silmara Aparecida Azevedo Andrade
Intersetorialidade : diálogo entre teoria e prática nas políticas
de saúde e assistência social / Silmara Aparecida Azevedo
Andrade Silveira. - 2020.
81 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, 2020.

1. Políticas públicas – Divino de São Lourenço (Caparaó, ES).
2. Política de assistência social. 3. Intersetorialidade. 4. Política
de saúde. I. Dalbello-Araujo, Maristela. II. Escola Superior de
Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM.
III. Título.

CDD 320.6

SILMARA APARECIDA ANDRADE AZEVEDO SILVEIRA

**INTERSETORIALIDADE: DIÁLOGO ENTRE TEORIA E PRÁTICA NAS
POLÍTICAS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL**

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 19 de agosto de 2020.

BANCA EXAMINADORA

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

Prof^aDr^a Gissele Carraro
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM

Prof^aDr^a Maria Angélica Carvalho Andrade
Universidade Federal do Espírito Santo - UFES

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus e à Nossa Senhora Aparecida, pela iluminação e proteção nesta jornada, amparando-me em todos os momentos.

À minha família por todo o amor e compreensão. Pai, mãe, irmão, marido e filha, eu os amo infinitamente, vocês são a minha força.

À minha orientadora, que se portou como só fazem os mestres, acreditando no meu trabalho e encorajando-me a acreditar em mim mesma. A forma leve de orientar me trouxe a este momento sem que a construção se tornasse pesada. Foi um processo prazeroso e de muito aprendizado. Minha especial admiração e gratidão.

Aos colegas e professores do Programa de Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da EMESCAM, pelos momentos de convívio e trocas, que contribuíram para meu amadurecimento acadêmico.

Ao prefeito de Divino de São Lourenço, Eleardo Aparício Costa Brasil e à Secretária Municipal de Assistência Social, Jeruza Nery Miranda, que permitiram que essa pesquisa fosse realizada no município, assim como foram compreensivos nos momentos em que tive que me ausentar de minhas atividades na execução do mestrado.

Aos gestores e profissionais das Secretarias de Saúde e Assistência Social de Divino de São Lourenço, pela colaboração nesta pesquisa, sem os quais a mesma não seria possível.

Aos meus colegas de trabalho de Alegre e de Divino de São Lourenço, os quais considero minha segunda família, que sempre foram incentivadores e companheiros. Vivemos este processo juntos e serei grata eternamente por todo o carinho.

Aos meus amigos, tão queridos, que torceram para que eu realizasse esse grande sonho.

Por fim, e não menos importante, aos usuários das políticas de saúde e de assistência social com quem convivi nesses 19 anos de atuação profissional. Vocês dão sentido ao que sou e busco profissionalmente.

DEDICATÓRIA

Dedico este estudo a Deus e à minha família, fonte de inspiração e força, que me move e sustenta.

RESUMO

A presente pesquisa analisou como a intersectorialidade entre as políticas públicas de saúde e assistência social é vivenciada por profissionais e gestores, tomando como base o município de Divino de São Lourenço, na região do Caparaó, Estado do Espírito Santo. A metodologia adotada foi o estudo qualitativo, com coleta de dados através de análise documental e entrevistas semiestruturadas junto aos profissionais e gestores atuantes no CRAS, CREAS, ESF e NASF. Os dados coletados foram trabalhados através de análise de conteúdo, quando foram delimitadas 05 categorias de análise: concepção de profissionais e gestores sobre a intersectorialidade; desenvolvimento de ações intersectoriais; planejamento das ações intersectoriais; reconhecimento da importância da intersectorialidade; e dificuldades para o exercício da intersectorialidade no município. Foi identificado que, no que se refere às políticas públicas de saúde e assistência social, existem contradições no diálogo entre a teoria e a execução da intersectorialidade no território municipal. A pesquisa identificou que a mesma é entendida pelos entrevistados como pertencente mais ao nível de ação do que de planejamento e da estratégia. Identificamos como entraves para esse processo fatores como a ausência de planejamento, a visão setorial, a falta de diálogo e a sobrecarga de trabalho dos atores envolvidos. Entretanto, apesar das dificuldades apontadas, os entrevistados reconhecem a importância das ações intersectoriais na garantia da integralidade da assistência aos usuários e no crescimento profissional dos envolvidos, mesmo que no momento ela seja vivenciada apenas através de ações pontuais.

Palavras-Chave: Políticas Públicas, Política de Assistência Social, Política de Saúde, Intersetorialidade.

ABSTRACT

This research analyzed how the intersectoriality between public health and social assistance policies is experienced by professionals and managers, based on the municipality of Divino de São Lourenço, in the Caparaó region, State of Espírito Santo. The methodology adopted was a qualitative study, with data collection through document analysis and semi-structured interviews with professionals and managers working at CRAS, CREAS, ESF and NASF. The collected data were worked through content analysis, where 05 categories of analysis were delimited: conception of professionals and managers about intersectoriality, development of intersectoral actions, planning of intersectoral actions, recognition of the importance of intersectoriality and difficulties for the exercise of intersectoriality in the municipality. It was identified that, with regard to public health and social assistance policies, there are contradictions in the dialogue between theory and the implementation of intersectoriality in the municipal territory. The research identified that it is understood by the interviewees as belonging more to the level of action than to planning and strategy. We identified as obstacles to this process factors such as the lack of planning, the sectorial view, the lack of dialogue and the work overload of the actors involved. However, despite the difficulties pointed out, the interviewees recognize the importance of intersectoral actions in guaranteeing the integrality of assistance to users and in the professional growth of those involved, even if at the moment it is experienced only through specific actions.

Keywords: Public Policies, Social Assistance Policy, Health Politics, Intersectoriality.

LISTA DE SIGLAS

CADÚNICO	Cadastro Único para Programas Sociais
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CF	Constituição Federal
EAB	Equipe de Atenção Básica
EACS	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
EMESCAM	Escola Superior de Ciências da santa Casa de Misericórdia
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
LA	Liberdade Assistida
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social
MS	Ministério da Saúde
MSE	Medidas Sócio Educativas
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAEFI	Serviço de Proteção e Atendimento Especial à Famílias e Indivíduos
PAIF	Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família
PBF	Programa Bolsa Família
PNAB	Política Nacional da atenção Básica
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PSC	Prestação de Serviço à Comunidade
PSB	Proteção Social Básica
PSE	Proteção Social Especial
RAS	Rede de Atenção à Saúde

SCFV	Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Princípios em comum entre LOS e LOAS.....	42
Quadro 2 – Diretrizes em comum entre LOS e LOAS.....	43
Quadro 3 – Indicadores segundo IBGE.....	50
Quadro 4 – Indicadores do ano de 2018 com dados da SESA/ES e Secretaria Municipal de Saúde de Divino São Lourenço.....	50

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	OBJETIVOS.....	16
3	METODOLOGIA.....	17
4	A INTERSETORIALIDADE E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL.....	20
4.1	SOBRE A INTERSETORIALIDADE.....	20
4.2	O CAMINHO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL.....	25
4.2.1	Política Pública de Saúde.....	32
4.2.2	Política Pública de Assistência Social.....	36
4.3.	SUS E SUAS: SEMELHANÇAS ORGANIZATIVAS QUE SÃO BASE PARA O TRABALHO INTERSETORIAL.....	42
5	A INTERSETORIALIDADE NA PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS E GESTORES NO TERRITÓRIO MUNICIPAL.....	48
5.1	UM CANTINHO DIVINO NO CAPARAÓ CAPIXABA.....	48
5.2	CONCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS E GESTORES SOBRE A INTERSETORIALIDADE.....	54
5.3	DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES INTERSETORIAIS.....	55
5.4	PLANEJAMENTO DE AÇÕES INTERSETORIAIS.....	59
5.5	DIFICULDADES E ENTRAVES PARA O EXERCÍCIO DA INTERSETORIALIDADE.....	61
5.6	RECONHECIMENTO DA IMPORTÂNCIA DA INTERSETORIALIDADE.....	63
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	66
	REFERÊNCIAS.....	69
	APÊNDICES.....	72
	ANEXOS.....	76

1 INTRODUÇÃO

As políticas públicas e seus processos são campo de estudo para diversas disciplinas que pesquisam as inter-relações entre estado política e sociedade, assim como os direitos sociais.

A presente pesquisa buscou responder às inquietações que surgiram ao longo da vivência de dezenove anos de atuação como assistente social nas políticas públicas de assistência social e saúde. Neste sentido, buscou conhecimentos que amparasse respostas a um problema cotidiano como a setorialização, que fragmenta e fragiliza a integralidade da assistência à população.

As políticas públicas de saúde e assistência social têm, tanto na história quanto na formatação, muitos pontos em comum. Um marco para ambas em nosso país é a Constituição Federal de 1988, com a garantia da seguridade social e suas legislações específicas, que vieram posteriormente. Embora o enfoque de tais políticas seja diferente, o modo de operacionalização de ambas segue uma mesma lógica.

A Constituição brasileira denota a saúde e a assistência social como políticas sociais que se caracterizam pela afirmação do dever do Estado, por um sistema de organização descentralizado e participativo, pela universalidade de acesso, pelo reconhecimento dos direitos sociais, por uma perspectiva de cogestão entre governo e sociedade, pela atenção integral ao usuário dos serviços e pela importância do controle social.

Neste sentido, torna-se imprescindível analisá-las como políticas complementares, que necessitam pensar estratégias comuns para os seus objetivos. Só assim será possível a assistência integral aos sujeitos assistidos.

Considerando que, na prática, essa complementariedade e não se dá de forma automática, uma estratégia que recentemente vem sendo bastante abordada no enfrentamento à setorialização das políticas públicas é a intersetorialidade.

A intersetorialidade é um conceito polissêmico, cujos estudos vem se aprofundando nas últimas décadas. Apesar da existência de consenso sobre a sua importância, existem desafios estruturais e culturais que dificultam sua incorporação nas práticas

dos envolvidos em sua operacionalização. Porém, é possível afirmar que seu debate representa a possibilidade de enfrentamento da lógica de fragmentação e setorialização já citadas.

A discussão da intersetorialidade entre as políticas de saúde e assistência social, enquanto objeto dessa pesquisa, tem grande relevância social. Já que se tem em vista que o modelo setorial em que elas se organizam desenvolvem ações de caráter isolado e fragmentado, sendo a inclusão social resultado da satisfação de um conjunto de direitos inter-relacionados. A tão sonhada integralidade do cuidado só é possível através do diálogo entre os setores nos níveis de planejamento, gestão e execução de ações, em que o mais importante passa a ser a organização a partir das necessidades dos usuários, não mais os protocolos dos setores.

Segundo Minayo (2010), na área social, a investigação busca sempre subsidiar a prática transformadora, contudo, essa destinação tem que se valer de teoria, método e técnicas, pois a contribuição da transformação não pode ser uma “ideologia travestida de ciência”. Neste sentido, este estudo parte de um fato cotidiano que ainda necessita ser explorado enquanto ciência. É um debate que necessita de provocação para que seu conhecimento possa ser ampliado, apropriado e implementado de fato.

Dentro desse escopo, a pesquisa buscou responder a seguinte questão: **Como profissionais e gestores do SUS e do SUAS vivenciam a intersetorialidade no território municipal?**

Para tanto, foi realizado um estudo exploratório qualitativo, através de análise documental e entrevistas a gestores e profissionais que atuavam nas políticas de saúde e assistência social do município de Divino de São Lourenço, localizado na Região Caparaó do Espírito Santo.

Após realização e transcrição das entrevistas foi realizada análise de conteúdo e definidas cinco categorias de análise: Concepção de profissionais e gestores sobre a intersetorialidade; desenvolvimento de ações intersetoriais; planejamento das ações intersetoriais; reconhecimento da importância da intersetorialidade; e dificuldades para o exercício da intersetorialidade no município.

O texto parte da discussão da intersectorialidade enquanto conceito, perpassa pelo contexto das políticas públicas, mais especificamente saúde e assistência social, para então chegar ao município, onde profissionais e gestores expressam como a vivenciam no contexto local.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar como a intersetorialidade se materializa no território municipal a partir da perspectiva de profissionais e gestores das políticas públicas de saúde e assistência social.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar os princípios organizativos do SUS e do SUAS, visando compreender seus aspectos convergentes;
- Conhecer a percepção dos trabalhadores e gestores do SUS e do SUAS a respeito da intersetorialidade no território municipal.
- Identificar limites e possibilidades para a prática da intersetorialidade no município.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, de natureza qualitativa - a qual evidencia uma análise interpretativa e natural do objeto em questão. Para Gil (1999), o uso dessa abordagem propicia o aprofundamento da investigação das questões relacionadas ao fenômeno em estudo e das suas relações, mediante à máxima valorização do contato direto com a situação estudada; buscando o que era comum, entretanto, permanecendo aberta para perceber a individualidade e os significados múltiplos.

Segundo Minayo (2010), a pesquisa qualitativa trabalha com simbologia de significados, motivos, desejos, ideologias, valores e conceitos. Caracteriza-se por uma profundidade no âmbito das relações processuais, cujos fenômenos não podem ser restritos à racionalização de variáveis, o que propicia interpretações valiosas. Neste sentido, seu uso é justificado pelo objetivo da pesquisa em analisar a percepção dos atores envolvidos no que tange a intersetorialidade entre as políticas de Saúde e Assistência Social no território municipal.

Para descrever as aproximações entre as Políticas Públicas de Saúde e Assistência Social, foi realizada análise documental. Segundo Kripka et al (2015), a pesquisa documental é aquela em que os dados obtidos são estritamente provenientes de documentos, com objetivo de, a partir das informações ali contidas, compreender um determinado fenômeno. Neste sentido, foram analisadas as principais legislações referentes às políticas de saúde e assistência social, na busca de identificar semelhanças na organização e integração das referidas áreas e sua vinculação com a intersetorialidade.

Na pesquisa de campo, a coleta de dados se processou através da realização de entrevistas individuais semiestruturadas, com utilização de um roteiro previamente elaborado (Apêndice A), com perguntas norteadoras que subsidiaram o diálogo entre pesquisador e participante.

De acordo com Gil (1999), a entrevista é uma das técnicas de coleta de dados mais utilizada nas pesquisas sociais, como recurso para a obtenção de informações acerca do que as pessoas sabem, creem, esperam, desejam, assim como suas razões para cada resposta. Ela apresenta vantagens, tais como: maior abrangência, eficiência na

obtenção dos dados, classificação e quantificação. Além disso, não restringe aspectos culturais do entrevistado; possui maior número de respostas; oferece maior flexibilidade, além de possibilitar que o entrevistador capte outros tipos de comunicação não verbal.

As entrevistas foram agendadas previamente com os participantes e realizadas individualmente, observadas as garantias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B). Foram entrevistados 12 participantes entre gestores municipais das políticas de saúde e assistência social, coordenadores de programas, além de profissionais de diferentes categorias: assistente social, psicólogo, médico, enfermeiro, nutricionista e fonoaudiólogo.

Foram excluídos da pesquisa os profissionais e gestores que no período da coleta de dados estavam licenciados, por motivos diversos como férias, licença médica, entre outros. Como no período de realização das entrevistas o município cumpria as medidas de segurança devido a pandemia da coronavírus, alguns profissionais se encontravam afastados por integrarem o grupo de risco e, por este motivo, não foram entrevistados.

A análise dos dados coletados foi norteadada pela técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2011), que define essa metodologia de análise como

um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2011, p. 47).

As entrevistas gravadas e posteriormente transcritas - em um quantitativo de 39 páginas - foram seguidamente lidas, separando as falas de gestores e profissionais. Com o uso de canetas coloridas, foram destacados os pontos que se repetiam na fala dos entrevistados, sendo estes agrupados por núcleo de sentidos, para então serem descritos e trabalhados de acordo com o referencial teórico apurado.

Esta pesquisa faz parte de um projeto maior, comumente chamado de “projeto guarda-chuva”, com o título: “Intersetorialidade: Possibilidades e Desafios”. O projeto abarca outras três pesquisas que discutem o tema da intersectorialidade em dois municípios

do Espírito Santo, sob enfoques de diferentes categorias profissionais. A pesquisa teve parecer favorável nº3.730.399 do Comitê de Ética da Emescam.

4 A INTERSETORIALIDADE E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL

4.1 SOBRE A INTERSETORIALIDADE

A intersectorialidade é um termo polissêmico, com diversos sentidos na literatura, que vem despertando interesse intelectual e político. É um conceito bastante discutido, inclusive mencionado na formulação de algumas políticas públicas em nosso país. Como estas estão organizadas em setores, mudar tal concepção implica na mudança de modelos de gestão, práticas profissionais e até concepção de organização social.

Pereira (2014) afirma que a intersectorialidade tem sido considerada uma nova lógica de gestão, que transcende a um único setor da política social, uma estratégia política de articulação entre setores sociais diversos e especializados. A autora entende ainda que se trata de um instrumento de otimização de saberes, competências e relações sinérgicas em prol de um objetivo comum; e prática social compartilhada, que requer pesquisa, planejamento e avaliação para a realização de ações conjuntas.

De acordo com Cavalcanti et al (2013), o termo intersectorialidade deriva da junção do prefixo “inter”, oriundo do latim, com a palavra “setorial”, tendo como sentido: o que se efetiva ou se desenvolve entre dois ou mais setores; que compreende mais de um ramo, domínio, subdivisão ou seção.

Para Junqueira (2004), a intersectorialidade constitui uma concepção que deve informar uma nova maneira de planejar, executar e controlar a prestação de serviços, de forma a garantir um acesso igual aos desiguais. Sposati (2006) a compreende não só como um campo de aprendizagem dos agentes institucionais, mas também como um caminho ou processo estruturador da construção de novas respostas e demandas para cada uma das políticas públicas. Já Inojosa (2001) a define como a articulação de saberes e experiências para o planejamento, a realização e a avaliação de políticas, programas e projetos, cujo fim é alcançar resultados cooperativos em situações complexas.

Amaral (2015) entende que a intersectorialidade é uma das maneiras de construir políticas sociais incorporando a quebra do pensamento isolacionista, fragmentário, originando paralelismo de atos, burocracia, endogenia de departamentos públicos e

de ações prescritivas que parecem reafirmar a fragmentação. Diante disso, ganha o status de estratégia frente à discussão da desigualdade e da pobreza, na tentativa de eliminar duplicidade de ações e serviços setoriais e acesso limitado da população aos direitos sociais.

Carvalho e Cavalcanti (2013) afirmam que, no que se refere a inclusão social, o modelo dividido por setores promove ações de caráter isolado e ineficaz, uma vez que a mesma passa pela satisfação de um conjunto de direitos inter-relacionados. Em uma forma de ilustração, não bastaria ao sujeito ter acesso à política de educação se suas demandas por saúde, habitação e emprego estiverem em negligência.

Monnerat e Souza (2015) entendem que, no tocante aos significados do termo intersectorialidade há o predomínio da noção de uma estratégia de gestão. Esta é voltada para a construção de interfaces entre setores e instituições governamentais (e não governamentais), visando o enfrentamento de problemas sociais complexos que ultrapassam a alçada de um só setor de governo ou área de política pública. As autoras ainda afirmam que na produção bibliográfica existente sobre o tema, ganham destaque as áreas da administração pública e saúde coletiva. Nas áreas de educação e assistência social este movimento é menor.

Na área da saúde coletiva o debate da intersectorialidade vem à tona com o conceito ampliado de saúde e o reconhecimento dos determinantes sociais, considerando a existência de problemas estruturais na sociedade que interferem sobre o processo saúde-doença. Desta forma, a promoção da saúde vai além da ausência de doença e está vinculada ao acesso aos outros direitos sociais como moradia, trabalho, educação, saneamento básico, assistência social.

Na área da assistência social, apesar do tema ganhar corpo desde a década de 90, é a partir de 2003, com a IV Conferência Nacional de Assistência Social, que a intersectorialidade passa a ser a tônica dos debates neste campo (MONNERAT; SOUZA, 2015). A Política Nacional de Assistência Social – PNAS (BRASIL, 2004) e o Sistema Único de Assistência Social – SUAS - apresentam como principais pressupostos a territorialidade, a descentralização e a intersectorialidade.

Um conceito comum chama a atenção por transitar entre as políticas de saúde e assistência social: o território, percebendo-se que a territorialidade é um princípio de

ambas as políticas. Monnerat e Souza (2015) afirmam que trabalhar focado em um determinado território se justifica no sentido de que cada política determina sua área geográfica de atuação. Logo, a definição de um território comum para a atuação de diversas políticas é condição primeira para a promoção da intersetorialidade. Contudo, isso exigiria o estabelecimento do diálogo e capacidade de negociações políticas entre os sujeitos e setores envolvidos.

No que se refere à área da educação, Monnerat e Souza (2015) afirmam que o olhar da mesma sobre a intersetorialidade tem como base o reconhecimento de que os problemas estruturais, que afetam as famílias, repercutem diretamente nas condições de aprendizagem das crianças e adolescentes. Entretanto, chama a atenção para a falta de registro de estudos cuja ênfase seja a implementação de experiências intersetoriais com protagonismo da área da educação. Assim, pode-se levantar a hipótese de que este setor, comparado à saúde e assistência social, apresenta legado histórico mais hermético e menos voltado para proposições de diálogo e inter-relação com outras políticas sociais.

A área da administração pública é a que apresenta maior produção sobre o tema, com abordagem que enfatiza a preocupação com a otimização de recursos e combate a ineficácia das políticas sociais.

Monnerat e Souza (2015) chamam a atenção para o fato de que, a partir dos anos 1990, os municípios passaram a ser responsáveis pela gestão da maior parte dos serviços, o que colocou enormes desafios institucionais e de infraestrutura para este ente governamental. Neste contexto, a intersetorialidade torna-se um instrumento para superar a fragmentação das políticas sociais no interior do aparelho de estado municipal e, com isso, impactar os indicadores sociais locais.

Carvalho e Cavalcanti (2013) reconhecem que a discussão da intersetorialidade vai além do campo gerencial, tendo em vista que também na prática é possível perceber inúmeras dificuldades de os agentes profissionais compreenderem, executarem e desenvolverem ações e movimentos intersetoriais. Portanto, não é apenas a integração de políticas por meio dos seus diversos setores, mas sim, a integração de diversos sujeitos sociais, com suas motivações, visões de mundo, formação profissional, subjetividades e aspectos culturais que interferem nessa relação.

Continuando o estudo da abordagem de Carvalho e Cavalcanti (2013, p. 166), os mesmos discorrem sobre desenhos metodológicos para aplicação da intersectorialidade a partir de suas pesquisas, que caracterizam “modos de fazer dos agentes profissionais e metodologias empregadas”. Estes modelos seriam de gestão; técnico-político e estratégico profissional.

No modelo de gestão, a intersectorialidade está presente nas agendas partidárias, nos discursos dos formuladores de políticas públicas de diferentes áreas que tentam trabalhar em conjunto, e nos documentos oficiais de várias políticas que apresentam e definem o conceito, criando uma agenda de trabalho compartilhada de responsabilidade técnica, gerencial e financeira.

No modelo Técnico-Político são criados grupos de discussões, câmaras técnicas, fóruns de gestores, grupos de trabalho que preservam a composição de diferentes setores e áreas de conhecimento de modo a proteger o caráter intersectorial e interdisciplinar.

Já no Modelo Estratégico-Profissional, espera-se uma incorporação dos modelos anteriores nas ações profissionais dos agentes envolvidos na execução das políticas, como: grupos de discussão nos serviços, criação de fluxos e rotinas de trabalho integrado, criação de parcerias entre os profissionais de diferentes políticas, criação de protocolos e modelos integrados de avaliação.

No que se refere a abordagem da intersectorialidade nas políticas sociais, Pereira (2014, p. 24) entende que a mesma deve ser pautada pela perspectiva dialética, uma vez que, assim como na política social, para além de um conceito, constitui-se em um

processo contraditório que, simultaneamente, atende a interesses opostos, o que exige esforço mais aprofundado de conhecimento dos seus movimentos, tendências, contra tendências e relações, com vista ao estabelecimento de estratégias políticas dialeticamente interligadas.

Neste sentido, considera ser “na perspectiva dialética e não linear ou meramente agregadora que a intersectorialidade das políticas sociais deve se pautar, caso queira ser fiel à realidade, que por natureza é dialeticamente histórica, contraditória e totalizante” (PEREIRA, 2014, p. 24), para que as decisões políticas não se reduzam a neutras prescrições administrativas..

Para o manejo dialético da intersectorialidade, Pereira (2014) considera necessário descobrir a importância de seus vínculos estruturais, conceituais e políticos com outros fenômenos e processos, além de conhecer os fundamentos teóricos e históricos dessa vinculação. Esta providência, ao seu ver, se faz necessária por dois motivos: em primeiro lugar para qualificar o termo intersectorialidade, e em segundo pela importância do caráter dialético do prefixo “inter”, que tem como significado, neste contexto, a superação da setorialidade e exigência de requalificação da disciplinaridade no conhecimento e na práxis dessas políticas.

Diante da diversidade conceitual e enfoques do termo intersectorialidade, Schultz e Miotto (2010) realizaram uma sistematização desse debate a partir de três aproximações, sendo: a intersectorialidade como complementaridade de setores; intersectorialidade como prática e intersectorialidade como princípio do trabalho em redes.

No que se refere à intersectorialidade como complementaridade de setores, a setorialidade das políticas públicas não é negada, contudo, não é vista como sobreposição. Ela é vista com uma lógica de complementaridade, apresentando-se como uma nova forma de abordagem das necessidades da população, nas suas diversas dimensões. Esta visão considera a organização dos serviços tendo em vista a singularidade, as determinações sociais e as condições de vida da população, que acessaria de forma articulada os saberes e ações de cada política. De acordo com Junqueira (1997), a partir desta perspectiva, a intersectorialidade se expande para além das políticas sociais a outras dimensões da cidade, como infraestrutura e meio ambiente. Ela mobiliza sujeitos, setores e conhecimentos em prol da articulação integrada de políticas públicas.

A intersectorialidade como prática possibilita a abordagem e atendimento conjunto dos problemas da população, podendo ser visualizada como uma construção que propicia aprendizado constante, com o encontro dos acúmulos setoriais e sua transformação. Nesta perspectiva, cada setor pode contribuir com seu fazer e perspectiva setorial, de maneira articulada; trata-se, na realidade, de prática intersectorial articulada forjada a partir de problemas concretos.

A intersectorialidade como princípio do trabalho em redes, como o próprio nome rede já pressupõe, sugere a ideia de articulação, conexão, vínculos, ações complementares, relações horizontais entre parceiros, interdependência de serviços. Nesta perspectiva a intersectorialidade é considerada uma alternativa ao enfrentamento da questão social. Para Junqueira (2000), as redes podem articular diversos sujeitos, que são mobilizados a participar dos processos de gestão de políticas sociais, gerando ações e saberes intersectoriais. A intersectorialidade, neste sentido, implica em compartilhar poderes e saberes, construir novas linguagens, práticas e conceitos, envolvendo serviços públicos e sociedade civil.

A partir desta classificação podemos perceber que a relação entre políticas públicas, seguridade social e intersectorialidade se dá em vários níveis, desde a concepção de suas legislações, passando pela gestão e organização de seus programas e serviços, chegando à prática dos profissionais e trabalhadores que a operacionalizam. Neste sentido, é latente que a discussão científica sobre este tema se intensifique, para que sirva de suporte ao aprimoramento das políticas públicas e essas possam ser de fato sinônimo de garantia de direitos.

Para melhor entendimento buscamos, através da pesquisa, identificar a presença da intersectorialidade no cenário nas políticas públicas. Assim se faz necessário entender melhor seu contexto histórico, mais especificamente na saúde e assistência social, para então conhecer e analisar como a mesma é vivenciada como prática, em um paralelo com o que temos de aporte teórico.

4.2 O CAMINHO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS E DOS DIREITOS SOCIAIS NO BRASIL

As políticas públicas não surgiram gratuitamente, como podem pensar muitos, tampouco são intrínsecas à existência humana. São frutos de construção social que se desenharam de diferentes formas entre os diferentes países do mundo. Na literatura seu surgimento tem origem com as políticas sociais.

Historicamente, o surgimento das primeiras ideias acerca do que se configurou como sendo política social no mundo esteve ligada ao crescimento do capitalismo, à luta de classes e ao desenvolvimento da intervenção estatal. De acordo com Behring & Boschetti (2011), não se pode indicar, com precisão, um período específico para o

surgimento das primeiras iniciativas, tendo em vista que mesmo nas sociedades pré-capitalistas – que não tinham o objetivo de privilegiar as forças de mercado - algumas responsabilidades sociais eram assumidas em conjunto com a caridade privada, ainda que essa não tivesse como finalidade o bem comum, e sim, a manutenção da ordem e punição dos desviantes.

As legislações de que se tem conhecimento desse período na Europa tinham como princípio estruturador a obrigatoriedade do exercício do trabalho, estabelecendo critérios restritivos para o acesso a algum tipo de assistência.

Essas legislações estabeleciam distinção entre “pobres merecedores” (aqueles comprovadamente incapazes de trabalhar e alguns adultos capazes considerados pela moral da época como pobres merecedores, em geral nobres empobrecidos) e “pobres não merecedores” (todos que possuíam capacidade, ainda que mínima, para desenvolver qualquer tipo de atividade laborativa). (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 49)

Com a ascensão do capitalismo, o trabalho ganha ainda mais peso para as relações sociais, contudo, não com o caráter de humanização, e sim como atividade para a troca. A força de trabalho passa a ser tratada como mercadoria. Segundo Behring & Boschetti (2011), as relações capitalistas constituem relações de produção de valores de troca (mercadorias) para acumulação de capital, através da expropriação da mais-valia adicionada ao valor do trabalho livre. Desta forma acontece a separação entre a força de trabalho e a propriedade dos meios de produção, gerando o trabalho abstrato.

Neste cenário, com a Revolução Industrial e o desejo da burguesia em aumentar os lucros, a carga horária do trabalhador é estendida a níveis sobre-humanos, passando a também ser explorado o trabalho de idosos, mulheres e crianças. Essa população, que antes ocupava os campos, passa a se acumular nas cidades, para ficar próxima às fabricas, mesmo que não haja nenhuma infraestrutura para tal, evidenciando o pauperismo. Isso então passa a ser uma questão social, aliada à luta da classe trabalhadora por melhores condições de trabalho, através de greves e manifestações. Como resposta, surge o protagonismo do Estado como mediador entre o capitalismo e a classe trabalhadora.

O Estado, então, reprimia duramente os trabalhadores, de um lado, e iniciava a regulamentação das relações de produção, por meio da legislação fabril, de outro. A luta em torno da jornada de trabalho e as respostas das classes e do Estado são, portanto, as primeiras expressões contundentes da questão social, já repleta naquele momento de ricas e múltiplas determinações. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 49)

A figura do Estado emerge, contudo, limitada a fornecer uma base legal para intermediar a relação da classe trabalhadora com o mercado. O Estado mínimo, como apontavam os liberalistas, deveria ser neutro e limitar-se às ações complementares ao mercado, garantindo a liberdade individual, a propriedade privada e assegurar o livre mercado. A política social deveria ser um paliativo assumido pela caridade privada.

Nas primeiras décadas do século XX foi vivenciado o crescimento do movimento operário, o surgimento da monopolização do capital, assim como a grande crise financeira, historicamente lembrada como Grande Depressão. Ela levou o Estado a ampliar seu papel para a esfera econômica e social, com o intuito de amortecer a crise e alavancar o crescimento econômico. Neste contexto, as políticas sociais compõem o rol de medidas do período, sendo também parte de um pacto social estabelecido com segmentos do movimento operário. O Estado assume o estabelecimento de políticas mais abrangentes para promover, entre outros pontos, o sistema de bem-estar, também conhecido como Welfare State, que tinha como pilares: educação, seguros e saúde.

O desenvolvimento das políticas sociais pelo Estado não obedeceu a um padrão único no mundo, sendo vivenciado de diferenciadas formas entre as nações e influenciado pelos contextos históricos e econômicos das mesmas, assim como pelo nível de organização social de seus povos.

Uma outra forma de abordagem do tema na literatura se dá pela terminologia de políticas públicas, com uma escola de autores diferenciada das bases ideológicas da política social aqui compiladas.

O campo das “políticas públicas”, enquanto área de conhecimento, ganhou destaque nas últimas décadas, sendo os Estados Unidos o primeiro a instituí-lo como disciplina acadêmica. Neste sentido, rompeu a tradição europeia de estudos e pesquisa na área, que até então concentrava suas análises mais sobre o Estado e suas Instituições do que na produção dos governos.

Segundo Souza (2006, p. 22),

na Europa, a área de política pública vai surgir como um desdobramento dos trabalhos baseados em teorias explicativas sobre o papel do Estado e de uma

das mais importantes instituições do Estado - o governo-, produtor, por excelência, de políticas públicas. Nos EUA, ao contrário, a área surge no meio acadêmico sem estabelecer relações com as bases teóricas sobre o papel do Estado, passando direto para a ênfase nos estudos sobre a ação dos governos.

A trajetória dessa disciplina, que nasce como subárea da ciência política, tem como pressuposto analítico que, em democracias estáveis, aquilo que os governos fazem ou deixam de fazer é passível de ser formulado cientificamente e analisado por pesquisadores independentes. Do ponto de vista teórico-conceitual, o campo é multidisciplinar e seu foco está na explicação na natureza das políticas públicas e seus processos. Sendo assim, busca as teorias construídas no campo da sociologia, da ciência política e da economia.

Souza (2006, p. 25) ainda afirma que

as políticas públicas repercutem na economia e nas sociedades, daí porque qualquer teoria da política pública precisa também explicar as inter-relações entre Estado, política, economia e sociedade. É também a razão pela qual pesquisadores de tantas disciplinas –economia, ciência política, sociologia, antropologia, geografia, planejamento, gestão e ciências sociais aplicadas – partilham um interesse comum na área e tem contribuído para avanços teóricos e empíricos.

Enquanto conceito, é considerado um termo polissêmico, com definições diferenciadas por autores diversos, que variam de acordo com seus significados, valores, viés ideológico, posição no governo, momento histórico, contexto, entre outros.

Chrispino (2016, p. 19) apresenta como metaconceito que política pública seria “a *ação intencional de governo que vise atender à necessidade da coletividade*”. E argumenta que a este metaconceito pode-se agregar variáveis, instituir valores, perceber arranjos de forças, identificar processos e metas, além de propor avaliações. No entanto, ao realizar uma discussão sobre a “intencionalidade do governo”, chama a atenção para o fato do mesmo nem sempre ser dirigido pelo interesse público, podendo haver em alguns momentos a supremacia dos interesses coletivos e, em outros, interesses individuais, que visam ganho financeiro, político e de poder.

Teixeira (2002, p. 2) define como

diretrizes, princípios norteadores de ação do poder público; regras e procedimentos para as relações entre poder público e sociedade, mediações entre atores da sociedade e do Estado. São, nesse caso, políticas explicitadas, sistematizadas ou formuladas em documentos (leis, programas,

linhas de financiamentos) que orientam ações que normalmente envolvem aplicações de recursos públicos. Nem sempre, porém, há compatibilidade entre as intervenções e declarações de vontade e as ações desenvolvidas. Devem ser consideradas também as 'não-ações', as omissões, como formas de manifestação de políticas, pois representam opções e orientações dos que ocupam cargos.

Souza (2006), após revisão de literatura sobre o tema, resume política pública como o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, “colocar o governo em ação” e\ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propõe mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente). Ainda segundo a autora, a formulação de políticas públicas é constituída no estado em que os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real.

Além da diversidade de conceitos em relação ao termo políticas públicas, também podemos encontrar variedade nos tipos, modalidades ou categorias. A tipologia mais conhecida é a de Theodor Lowi (1964 apud CHRISPINO, 2016), que afirma que ela pode assumir quatro formatos: distributivas – que visam distribuir benefícios para determinados grupos ou regiões em detrimento de outros; regulatórias - visam definir regras e procedimentos que regulem comportamento dos atores para atender interesses gerais da sociedade, não visando benefícios imediatos para qualquer grupo; redistributivas - visam redistribuir recursos entre os grupos sociais buscando certa equidade, que, em geral, são as políticas universais; ou constitutivas – que são as políticas de base e fundo, que mudam as normas que regem o sistema.

Contudo, além destas, encontramos uma série de outras classificações como: estruturais - buscam interferir em relações estruturais como renda, emprego, propriedade etc.; conjunturais/emergenciais - que tem como objetivo resolver uma situação temporária, imediata; universais - para todos os cidadãos; segmentais - para um segmento da população, caracterizado por um fator determinado - idade, condição física, gênero etc.; fragmentadas - destinadas a grupos sociais dentro de cada segmento; socioregulatórias - que propõe tratar questões morais e discutidas de forma controvertida; compensatórias - política focal que possui caráter complementar e residual voltada à compensação das desigualdades; complementares - que dão apoio a outras políticas prioritárias ou estratégicas; reparadoras - repara impactos causados por políticas prioritárias; afirmativas - que busca oferecer condições especiais a um determinado grupo para que este possa alcançar um patamar mínimo

em algum tipo de direito específico; de fomento -incentivo em determinadas áreas; de correlação - vinculadas a outra política pública; de confronto - classificada de acordo com a posição do seu formulador num determinado contexto político; topológicas - rotuladas como de esquerda ou de direita; e desprezíveis - que não produzem resultados positivos.

É interessante esclarecer que uma política pública pode tanto ser parte de uma política de Estado ou uma política de governo. Uma política de Estado é toda política que independente do governo e do governante e deve ser realizada porque é amparada pela Constituição Federal. Já uma política de governo pode depender da alternância de poder; cada governo tem seus projetos que, por sua vez, se transformam em políticas públicas.

Um marco para as políticas públicas no Brasil é a Constituição Federal, promulgada por uma Assembleia Constituinte em setembro de 1988, restabelecendo a inviolabilidade dos direitos e liberdades políticas. É nela que temos garantido o direito aos serviços básicos (saúde, educação e trabalho) e as liberdades individuais, consagrando-a como um dos textos constitucionais mais completos do mundo. No que diz respeito à sua influência no modo de se elaborar e executar as políticas públicas no Brasil, este documento inovou ao fomentar os processos participativos e garantir a obrigatoriedade de instrumentos e mecanismos de controle e transparência na execução do serviço público nos municípios, estados e na União.

Nomeada de Constituição Cidadã, por incorporar diversos direitos e grupos sociais até então não reconhecidas pelo Estado, foi fruto de muitas lutas dos trabalhadores e movimentos sociais, com participação social expressa em 122 emendas populares com 12 milhões de assinaturas e intensos embates envolvendo diferentes setores da sociedade. A Constituição de 1988 inaugurou o compromisso do Estado no enfrentamento à desigualdade social.

Os direitos sociais encontram-se positivados no art. 6º da Constituição Federal de 1988, sob o título dos direitos e garantias fundamentais. Segundo dispõe o referido artigo “são direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a

segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”.

A saúde, a assistência e a previdência social passaram a formar o tripé da seguridade social. Neste sentido, esta assume caráter de direito, sendo o Estado responsável por mantê-la. Segundo Schutz e Mioto (2010), a proposta da seguridade social é informada pela perspectiva da proteção integral, como modo de assegurar universalmente a proteção social dos brasileiros. O Artigo 194 da Carta maior, apresenta a seguinte definição:

Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Parágrafo único. Compete ao poder público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos:

- I - universalidade da cobertura e do atendimento;
- II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;
- III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;
- IV - irredutibilidade do valor dos benefícios;
- V - equidade na forma de participação no custeio;
- VI - diversidade da base de financiamento;
- VII - caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados.

Apesar dos percalços durante sua implementação, a ideia de proteção integral tem se constituído numa meta a ser perseguida por todos aqueles que apostam nas premissas colocadas pela Constituição de 1988.

As políticas de saúde e assistência social apresentam caráter não contributivo, diferentemente da previdência, em que o acesso é reservado aos que contribuíram. Como cada uma dessas políticas é regida por legislações específicas, vamos abordá-las separadamente para caracterização geral. O enfoque será dado às políticas de caráter não contributivo, saúde e assistência social, tendo em vista o seu caráter de política pública redistributiva e toda a complexidade e transversalidade que envolvem as suas execuções.

4.2.1 Política Pública de Saúde

Ao analisar a trajetória histórica da política de saúde pública no país, identificamos que a mesma é fruto de lutas e reivindicações desde o Brasil colônia, vinculadas à uma série de outras ausências que fazem parte da vida dos brasileiros, como habitação, saneamento básico, trabalho, assistência social, entre outros. Os direitos foram sendo conquistados paulatinamente com foco na manutenção da força de trabalho necessária ao desenvolvimento do país e não no bem-estar da população.

Um grande marco nesta trajetória é a oitava conferência nacional de saúde de 1986, que ampliou os conceitos de saúde pública no Brasil para além do paradigma médico-biológico, propondo mudanças baseadas no direito universal à saúde e melhores condições de vida. As discussões e o relatório dessa conferência foram tão importantes que serviram de base para a construção do capítulo de saúde da Constituição de 1988 e para a criação do Sistema Único de Saúde - SUS.

Na Carta Magna Brasileira, o direito à saúde está descrito entre os artigos 196 a 200, que a asseguram como direito social fundamental, sendo sua garantia de responsabilidade do Estado, com o objetivo de reduzir o risco de doença com acesso universal e igualitário às ações de proteção e recuperação.

O SUS é regulamentado por duas Leis Orgânicas - Lei nº8.080/90 e Lei nº8.142/90. A partir delas foram estabelecidas as condições para a promoção; proteção e recuperação da saúde; a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, além da regulamentação da participação popular através dos Conselhos de Saúde e do financiamento.

De acordo com o Art. 7º da Lei 8.080/90, as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios e diretrizes:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

- IV** - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V** - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI** - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII** - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII** - participação da comunidade;
- IX** - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a)** ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b)** regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X** - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI** - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII** - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;
- XIII** - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.
- XIV** - organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. (Redação dada pela Lei nº 13.427, de 2017).

A Saúde é uma política pública complexa e sua construção ainda está em curso. Para as diversas demandas que surgem a cada dia são organizadas e instituídas subpolíticas para organização de respostas. Em consulta realizada na Biblioteca Virtual em Saúde, encontramos 51 políticas nacionais específicas sendo: 06 Políticas Gerais de Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde; 05 Políticas de Controle de Doenças e Enfrentamento de Agravos à Saúde; 11 Políticas Voltadas à Saúde de Segmentos Populacionais; 03 Políticas de Promoção da Equidade em Saúde; 08 Políticas de Organização da Atenção à Saúde, 10 Políticas de Atenção à Agravos Específicos; e 08 Políticas de Organização do Sistema de Saúde (SUS).

Tomando como base o critério de focalização da pesquisa sobre intersectorialidade, a subpolítica a ser trabalhada será a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB, aprovada pela Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Ela estabelece as diretrizes para a organização do componente Atenção Básica na Rede de Atenção à Saúde - RAS. Considera os termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde como equivalentes, e tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação.

De acordo com o Art. 2º da Portaria nº 2.436, a Atenção Básica é definida como

o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

Dentro da Rede de Atenção à Saúde, é considerada a principal porta de entrada do usuário, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede. Sua organização e oferta de serviços devem estar de acordo com as necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde. É regida pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade, e tem como diretrizes: regionalização e hierarquização; territorialização e adscrição; população adscrita; cuidado centrado na pessoa; resolutividade; longitudinalidade do cuidado; coordenação do cuidado; ordenação da rede e participação da comunidade. Além do direcionamento organizacional, a PNAB também tipifica seus programas e serviços executores, assim como suas regras; estruturas; equipes mínimas; atribuições dos membros das equipes e processo de trabalho. Os programas voltados à essa política são: Estratégia de Saúde da Família (ESF); Equipe da Atenção Básica (EAB); Estratégia de Saúde Bucal (ESB); Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS).

A Estratégia de Saúde da Família - ESF, é a estratégia prioritária de atenção à saúde, em prática no país desde o ano de 1993. Busca a reorganização das ações de promoção da saúde, com foco no aumento da resolutividade dentro do nível de atenção em que está inserida. O equipamento onde é ofertada é a Unidade Básica de Saúde, através de equipe multiprofissional, composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Cada um desses profissionais tem atribuições definidas na PNAB, e são responsáveis por um número de famílias localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, além da manutenção da saúde desta comunidade.

As Equipes de Atenção Básica - EAB funcionam como um modelo análogo à ESF. Cumprem os mesmos princípios e diretrizes da Atenção Básica e tem a mesma composição de equipe, contudo, difere da primeira em relação ao cumprimento das

40 horas semanais de trabalho. Nesta, os profissionais podem desenvolver carga horária semanal a partir de 10 horas, sendo possível a presença de até 03 profissionais da mesma categoria. É considerado um modelo transitório para a estruturação, até que se adequem ao modelo prioritário que é a Estratégia de Saúde da Família.

A Equipe de Saúde Bucal – ESB é vinculada a uma equipe de atenção básica ou equipe da estratégia de saúde da família e responsável pela população do território adstrito. Composta por cirurgião dentista, auxiliar em saúde bucal e/ou técnico de saúde bucal, é responsável pela oferta de serviços odontológicos para além das atividades realizadas em consultório, compartilhando a gestão e o processo de trabalho com a equipe responsável pelo território.

O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica - NASF – AB se constitui em uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, que atua de forma complementar às equipes de atenção básica. A composição é formada por diferentes categorias profissionais, definidas pelo gestor de acordo com as necessidades do território, tais como: assistente social; psicólogo; nutricionista; fonoaudiólogo; profissional de educação física; especialidades médicas, entre outros profissionais de saúde. Essa equipe deve estabelecer seu processo de trabalho a partir de problemas, demandas e necessidades de saúde de pessoas e grupos sociais em seus territórios, bem como a partir de dificuldade de profissionais de todos os tipos de Equipes que atuam na atenção básica.

A Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde – EACS foi implantada no ano de 1991 e é executada pelo Agente Comunitário de Saúde, sob supervisão de um enfermeiro. Este profissional realiza atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde por meio de ações educativas em saúde, realizadas em domicílios ou junto às coletividades, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS. Sua atuação se efetiva em uma microárea do território da ESF, cuja população não deve ultrapassar à 750 pessoas. Entre suas atribuições está o cadastramento de todas as famílias da microárea de sua responsabilidade, sendo o elo entre elas e a equipe de saúde.

4.2.2 Política Pública de Assistência Social

O reconhecimento da Assistência Social como política pública concretizou-se com a Constituição de 1988. Até este momento, a mesma era marcada pela ausência de intervenção do Estado e predomínio da filantropia. Os artigos 203 e 204 da Constituição Federal descrevem o direito à assistência social pelos brasileiros:

Art. 203. A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivos:

- I - A proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;
- II - O amparo às crianças e adolescentes carentes;
- III - A promoção da integração ao mercado de trabalho;
- IV - A habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária;
- V - A garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei.

Art. 204. As ações governamentais na área da assistência social serão realizadas com recursos do orçamento da seguridade social, previstos no art. 195, além de outras fontes, e organizadas com base nas seguintes diretrizes:

I - Descentralização político-administrativa, cabendo a coordenação e as normas gerais à esfera federal e a coordenação e a execução dos respectivos programas às esferas estadual e municipal, bem como a entidades beneficentes e de assistência social;

II - Participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis.

* Parágrafo único. É facultado aos Estados e ao Distrito Federal vincular a programa de apoio à inclusão e promoção social até cinco décimos por cento de sua receita tributária líquida, vedada a aplicação desses recursos no pagamento de:

I - Despesas com pessoal e encargos sociais;

II - Serviço da dívida;

III - qualquer outra despesa corrente não vinculada diretamente aos investimentos ou ações apoiadas.

A regulamentação da política pública de Assistência Social, aconteceu em 1993, com a Lei Orgânica da Assistência – LOAS, que instituiu um comando único nos níveis de Governo Federal, Estadual e Municipal para articular, integrar e coordenar as ações da assistência social de acordo com as suas responsabilidades. Instituiu ainda os Conselhos, Planos e Fundos de Assistência Social como requisito para garantir o acesso aos recursos da união.

Posteriormente, foi publicada a Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004, que permitiu transformar as intenções da Constituição Federal de 1988 e da LOAS em ações mais práticas e diretas. De acordo com esse documento, são funções da Assistência Social: a proteção social hierarquizada entre proteção básica e proteção especial; a vigilância social; e a defesa dos direitos socioassistenciais.

De acordo com a PNAS (2004, p. 90), a hierarquização da proteção social segue a lógica de organização por níveis de complexidade, sendo ela definida:

A proteção social de Assistência Social consiste no conjunto de ações, cuidados, atenções, benefícios e auxílios ofertados pelo SUAS para redução e prevenção do impacto das vicissitudes sociais e naturais ao ciclo da vida, à dignidade humana e à família como núcleo básico de sustentação afetiva, biológica e relacional.

A proteção social básica é o nível inicial da assistência, que tem como objetivo a prevenção a situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, além do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Neste sentido, é destinada à população que apresenta alguma vulnerabilidade social e possui vínculos familiares que necessitem ser potencializados e fortalecidos. Os serviços desse nível de proteção são executados de forma direta nos Centros de Referência da Assistência Social – CRAS e em outras unidades básicas e públicas de assistência social, bem como de forma indireta nas entidades e organizações de assistência social da área de abrangência dos CRAS.

A Proteção Social Especial é destinada às famílias e aos indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social, seja por ocorrência de abandono; situação de violência; maus tratos físicos e, ou, psíquicos; abuso sexual; uso de substâncias psicoativas; cumprimento de medidas socioeducativas; situação de rua; situação de trabalho infantil; entre outros. Diferente da proteção social básica que tem seu foco na prevenção a situação de risco, este nível está voltado aos que já tiveram de alguma forma o seu direito violado. Ele é subdividido em média e alta complexidade: a Proteção Social de Média Complexidade oferece atendimentos às famílias e indivíduos com seus direitos violados, mas cujos vínculos familiares e comunitários não foram rompidos; já a Proteção Social de Alta Complexidade garante proteção integral, entendida aqui como garantia de moradia, alimentação, higienização e trabalho protegido para famílias e indivíduos que se encontram sem referência e, ou,

em situação de ameaça, necessitando ser retirados de seu núcleo familiar e/ ou comunitário.

Assim como a política de saúde, a política de assistência social é organizada a partir de um sistema único, o Sistema Único de Assistência Social - SUAS.

O SUAS, cujo modelo de gestão é descentralizado e participativo, constitui-se na regulação e organização em todo o território nacional das ações socioassistenciais. Os serviços, programas, projetos e benefícios têm como foco prioritário a atenção às famílias, seus membros e indivíduos e o território como base de organização, que passam a ser definidos pelas funções que desempenham, pelo número de pessoas que deles necessitam e pela sua complexidade. Pressupõe, ainda, gestão compartilhada, cofinanciamento da política pelas três esferas de governo e definição clara das competências técnico-políticas da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, com a participação e mobilização da sociedade civil, e estes têm o papel efetivo na sua implantação e implementação. (PNAS, 2004, p. 39)

Na tentativa de estabelecer bases de padronização nacional dos serviços e equipamentos físicos do SUAS, foi aprovada pelo CNAS a Resolução nº109/2009 que estabelece a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Ela apresenta uma descrição detalhada de todos os serviços, de acordo com seu nível de proteção, tais como: nome e descrição do serviço; objetivos; provisões; aquisições do usuário; condições e formas de acesso; unidade de atendimento; período de funcionamento; abrangência; articulação em rede e impacto social esperado. Desta forma, em qualquer estado do país o usuário tem uma referência de qual serviço buscar de acordo com suas necessidades, ressalvadas as particularidades de cada região.

À Proteção Social Básica estão ligados: Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF); Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV); e Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas.

Já à Proteção Social Especial estão vinculados: 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; Serviço de Acolhimento Institucional; Serviço de Acolhimento em República;

Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora; Serviço de proteção em situações de calamidades públicas e de emergências.

O Serviço de Proteção e Atendimento Integral à família - PAIF - é oferecido em todos os Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) e desenvolve ações junto às famílias no sentido de contribuir para a convivência; reconhecer direitos e possibilidades de intervenção na vida social das mesmas; estimular suas potencialidades e da comunidade onde está inserida; promover espaços coletivos de escuta e troca de vivências; sendo estas atividade realizadas por uma equipe de referência, definida de acordo com o número de família referenciadas. Para CRAS destinados ao atendimento de até 500 famílias – que representa o menor formato -, a equipe mínima deve ser formada por dois técnicos com nível médio e dois técnicos com nível superior, sendo um assistente social e outro preferencialmente psicólogo. Também faz parte da equipe o coordenador que deve ter nível superior em qualquer área.

O Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos é organizado a partir de percursos, de acordo com o ciclo de vida, oferecendo atividades de grupo para crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos, ampliando trocas culturais, vivências individuais e coletivas, além de fortalecer vínculos familiares e comunitários. O objetivo é garantir aquisições progressivas junto aos usuários como forma de complementar o trabalho social com famílias. Neste sentido, possui articulação com o PAIF, cujos profissionais de nível superior de referência, atuam como orientadores dos educadores sociais (profissionais com no mínimo nível médio) na prestação do serviço. O serviço pode ser executado tanto no CRAS como em centros de convivência, ou até mesmo em locais específicos.

O Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas tem a finalidade de garantir o acesso aos direitos e à prevenção de agravos de vulnerabilidades que possam fragilizar e romper os vínculos familiares e sociais dos usuários através do desenvolvimento de mecanismos para a inclusão social. Ele prevê atendimento em domicílio para construção gradativa de autonomia e convívio, prevenindo o rompimento de vínculos, em um contato mais estrito com o idoso ou pessoa com deficiência e sua família, em especial aos que apresentam dificuldades

de locomoção. Tem como referência a equipe do PAIF e pode ser prestado por equipe volante.

O Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos – PAEFI, oferta apoio, orientação e acompanhamento às pessoas em situação de ameaça ou violação de direitos, além de fortalecer ou restabelecer os vínculos familiares e comunitários, prevenindo a reincidência de violações. É ofertado no CREAS através de equipe de referência composta por no mínimo coordenador, assistente social, psicólogo, advogado e profissionais de nível médio.

O Serviço Especializado em Abordagem Social é ofertado de forma contínua, através da busca ativa, identificação e mapeamento de vulnerabilidade. Oferece atendimento e acompanhamento às crianças, adolescentes, jovens, adultos, idosos e famílias que estão em espaços públicos e/ou grandes concentrações, utilizando-os como moradia, obtenção de renda, sobrevivência, ou que passem por situações em que haja violações dos direitos fundamentais dos indivíduos ali inseridos.

O Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa – MSE é voltado aos adolescentes e jovens em cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto, determinadas judicialmente, com a finalidade de prover atenção sócio assistencial e acompanhamento dos mesmos. De acordo com a demanda, é prestado por equipe própria, composta por assistente social e psicólogo ou pela própria equipe do PAEFI. Apresenta duas modalidades: Liberdade Assistida – LA e Prestação de Serviço à Comunidade – PSC.

O Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias se constitui na oferta de atendimento especializado às famílias com pessoas com deficiência e idosos com algum grau de dependência, que tiveram suas limitações agravadas por violações de direitos. Para isso, conta com equipe especializada. Pode ser ofertado no Centro-Dia, no Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), em Unidade referenciada ao CREAS e/ou no domicílio do usuário.

O Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua é destinado às pessoas que utilizam as ruas como espaço de moradia e/ou sobrevivência. Oferece atendimento social para identificação das demandas dos usuários e possíveis

encaminhamentos no intuito de promover sua inclusão social. Deve promover o acesso aos espaços de guarda de pertences, de higiene pessoal, de alimentação e provisão de documentação civil. Também proporciona endereço institucional para utilização como referência do usuário.

O Serviço de Acolhimento Institucional é prestado em Casas-lares, abrigos institucionais, casa de passagem, Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), entre outros. Trata-se do acolhimento destinado às famílias e/ou indivíduos com vínculos familiares rompidos ou fragilizados, a fim de garantir proteção integral. A organização do serviço deverá garantir privacidade, o respeito aos costumes, às tradições e à diversidade de: ciclos de vida, arranjos familiares, raça/etnia, religião, gênero e orientação sexual. Cada um desses equipamentos possui uma equipe de referência, conforme estabelecido na NOB-RH/SUAS.

O Serviço de Acolhimento em República oferece proteção, apoio e moradia a grupos de jovens entre 18 e 21 anos, adultos em processo de saída das ruas e idosos em estado de abandono, situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social que não tenham condições de moradia e auto sustentação.

O Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora é um acolhimento dirigido às crianças e aos adolescentes afastados de suas famílias de origem por medida de proteção, amparados por famílias acolhedoras previamente cadastradas. É recomendado às crianças e aos adolescentes cuja avaliação da equipe técnica indique a possibilidade de retorno à família de origem, nuclear ou extensa, visando assim a reintegração familiar e evitando a institucionalização, ou, na sua impossibilidade, o encaminhamento para adoção.

O Serviço de Proteção em Situações de Calamidades Públicas e de Emergências visa o enfrentamento de situações de calamidades públicas e emergências devidamente reconhecidas com o objetivo de assegurar provisões de ambiente físico, recursos materiais, recursos humanos e trabalho social às vítimas.

4.3 SUS E SUAS: SEMELHANÇAS ORGANIZATIVAS QUE SÃO BASE PARA O TRABALHO INTERSETORIAL

Tendo em vista o histórico das políticas públicas de saúde e assistência em nosso país e o reconhecimento destas enquanto direito do cidadão e dever do Estado - pela Constituição de 1988 -, realizamos uma análise comparativa das principais legislações que as regem e as amparam. Tudo isso com o intuito de identificar semelhanças em seus princípios, diretrizes e forma de organização.

No que se refere à Saúde, analisamos a Lei 8.080 – Lei Orgânica da Saúde, de 19 de setembro de 1990, que regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde; e a Portaria Nº2.436, de 21 de setembro de 2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Além destes documentos, foram consultadas, entre outras, as Leis 8.142/90, 12.466/2011, Resolução CNS 453/12, NOBs da Saúde para entender melhor o contexto de organização deste sistema, tanto no que se refere à gestão quanto do processo de trabalho junto aos usuários.

Na área da Assistência Social foram analisadas a Lei 8.742 – Lei Orgânica da Assistência Social, de 07 de outubro de 1993 e subsequentes alterações; a Política Nacional de Assistência Social, aprovada pela Resolução 145/2004 do CNAS, e a NOB/SUAS, aprovada pela Resolução 33/2012 do CNAS. Também foram consultados outros documentos de forma complementar como resoluções do CNAS, entre elas a de Nº109/2009, que aprova a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais.

As primeiras análises foram dos princípios que regem a Lei Orgânica da Saúde – LOS e Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, quando identificamos que estas apresentam 04 princípios com termos comuns e significados similares, conforme descrito no quadro 01:

Universalidade	“Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência” (LOS)
	“Universalização dos direitos sociais, a fim de tornar o destinatário da ação assistencial alcançável pelas demais políticas públicas” (LOAS)
Autonomia	“Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral” (LOS)

	“Respeito à dignidade do cidadão, à sua autonomia e ao seu direito a benefícios e serviços de qualidade, bem como à convivência familiar e comunitária, vedando-se qualquer comprovação vexatória de necessidade” (LOAS)
Igualdade	“Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie” (LOS)
	“Igualdade de direitos no acesso ao atendimento, sem discriminação de qualquer natureza, garantindo-se equivalência às populações urbanas e rurais” (LOAS)
Divulgação ampla dos serviços	“Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário” (LOS)
	“Divulgação ampla dos benefícios, serviços, programas e projetos assistenciais, bem como dos recursos oferecidos pelo Poder Público e dos critérios para sua concessão” (LOAS)

Quadro 1 - Princípios em comum entre LOS e LOAS

No que se refere às diretrizes, as semelhanças se repetem, demonstrando que a organização de ambas segue também o que já estava estabelecido nos Artigos 198 e 204 da Constituição Federal, conforme pode ser visualizado no quadro 2:

LOS	LOAS
“Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo”	“Descentralização político-administrativa para os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, e comando único das ações em cada esfera de governo”
“Participação da comunidade”	“Participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis”
Apesar da ideia de primazia da responsabilidade não estar explicitamente especificada como diretriz, o Art. 4º afirma que o SUS é constituído por um conjunto de	“Primazia da responsabilidade do Estado na condução da política de assistência social em cada esfera de governo”

<p>ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, e no § 2º do mesmo fica explicitado que a iniciativa privada poderá atuar em caráter complementar, o que leva a interpretação de que a primazia da responsabilidade pela saúde também é do Estado.</p>	
---	--

Quadro 2 - Diretrizes em comum entre LOS e LOAS

Ainda na análise da gestão das duas políticas, identificamos que se organizam de forma hierarquizada e descentralizada, com responsabilidades específicas para cada ente. As instâncias de deliberação são os Conselhos Municipais, Conselhos Estaduais e Nacional; Comissão Intergestores Bipartite – CIB; Comissão Intergestores Tripartite - CIT. Os gestores também se organizam em colegiados e conselhos, em esferas regionais, estaduais e nacional (Ex. COGEMASES, COSEMS, CONGEMAS E CONASEMS).

As formas de financiamento seguem os mesmos critérios, com previsão de financiamento compartilhado entre União, Estados, Distrito Federal e os Municípios, por meio de transferências regulares e automáticas entre os Fundos, sendo observada a obrigatoriedade da destinação e alocação de recursos próprio pelos respectivos entes. Neste ponto, a saúde conseguiu um avanço a mais do que a política de assistência social, tendo em vista que tem garantido o mínimo de 15% da receita municipal para seu financiamento, enquanto a Assistência não fixou nenhum percentual, ficando o mesmo a critério de deliberação dos municípios. Em ambas as políticas há como requisitos para o recebimento de recursos a existência de Conselho em funcionamento e Plano Municipal elaborado e aprovado pelo mesmo e Fundos próprios.

Outro ponto relevante a ser destacado na organização geral das duas políticas é a hierarquização dos níveis de assistência de acordo com o grau de complexidade. A saúde é hierarquizada por “níveis de atenção”, sendo primário, secundário e terciário. A ideia é que o acesso seja progressivo, demandado do acesso ao nível primário/básico para os demais, conforme classificação de risco, protocolos clínicos,

sistema de regulação, entre outros. Já a assistência social é organizada por “níveis de proteção”, sendo proteção social básica, proteção social especial de média complexidade e proteção social de alta complexidade.

Seguindo o escopo desta pesquisa, conforme já explicitado em outros momentos, há uma intencionalidade de aproximação no que se refere à política de saúde, com o nível de atenção básica. Por isso analisamos o texto da Política Nacional de Atenção Básica em paralelo ao da Política de Assistência Social e NOB/SUAS, por estes contemplarem o cenário do município estudado.

Neste sentido, após leitura dos documentos, identificamos categorias que estruturam as duas políticas e que acreditamos ser relevante destacar. Tendo em vista o recorte do objeto de estudo, que é a intersetorialidade, são eles: Família, territorialidade e trabalho em rede.

A categoria família é de extrema relevância na organização de ambas as políticas. Na política nacional de atenção básica do SUS ela aparece em diversos momentos do texto, ressaltando que a Saúde da Família é a estratégia prioritária. Considera-se a família como um elemento relevante, muitas vezes condicionante ou determinante na vida das pessoas e, conseqüentemente, no cuidado. Por isso, o processo de trabalho se inicia com o cadastramento de cada núcleo familiar de uma determinada área, que fica sob os cuidados de uma equipe de saúde para a prestação de assistência nesse nível de atenção.

No SUAS a matricialidade sociofamiliar é uma diretriz estruturante do sistema. Ela ressalta o texto constitucional que declara que “família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado” (BRASIL, 1988), e deve ser apoiada e ter acesso às condições para responder ao seu papel na manutenção, não só da subsistência de seus membros, como também do convívio, da segurança, do afeto e condições de acesso a todas as políticas públicas. Neste sentido, temos duas políticas que tem um público alvo em comum, dentro de um mesmo território.

A territorialização é uma outra categoria comum, aliás, é um princípio tanto da PNAB quanto do SUAS. Ela é uma forma de organização dos serviços de saúde e assistência social para além de uma base geográfica, que possibilita entender os fatores determinantes e condicionantes de problemas sociais ou de saúde. A análise do

território, a partir dos seus recursos e limitações, deve ser considerada para possibilitar o entendimento de quais são as necessidades dos usuários, entendendo que as políticas públicas e seus serviços devem ser organizadas para o atendimento das mesmas de forma integrada. Neste sentido, território não é só espaço, é movimento, modo de vida, cultura, serviços, é território vivo.

A territorialização traz à tona uma outra categoria que permeia o texto das duas políticas, o trabalho em rede. A PNAB utiliza o termo “Rede de Atenção à Saúde – RAS”, que segundo a Portaria Nº4.279, de 30/12/2010, é definida como: “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.”

A Assistência Social trabalha com o conceito de rede socioassistencial, que seria

um conjunto integrado de iniciativa pública e da sociedade, que ofertam e operam benefícios, serviços, programas e projetos, o que supõe a articulação entre todas essas unidades de provisão de proteção social, sob a hierarquia de básica e especial e ainda por níveis de complexidade. (NOB/SUAS, 2005, p. 94)

Observamos que nas duas definições o conceito de rede é formalizado de forma interna à política da qual fazem parte. Apesar de estar em movimento em um mesmo território, a interlocução entre políticas públicas não fica explícita nestas definições.

Essa rede entre diferentes setores aparece de forma direta nos documentos estudados da assistência social, visto que nesta a intersectorialidade é um princípio organizativo do SUAS e de forma transversal no texto da PNAB.

De acordo com a PNAS,

trabalhar em rede significa ir além da simples adesão, pois há necessidade de romper com velhos paradigmas, em que as práticas se construíram historicamente pautadas na segmentação, na fragmentação e na focalização, e olhar para a realidade, considerando os novos desafios colocados pela dimensão do cotidiano, que se apresenta sob múltiplas formatações, exigindo enfrentamento de forma integrada. (PNAS/2004, p. 44)

A NOB-SUAS-2012 traz a intersectorialidade como um dos princípios organizativos do SUAS, no sentido de que a proteção social só pode ser garantida a partir da integração da rede socioassistencial com as demais políticas e órgãos setoriais. Já no texto da NOB-SUAS de 2004, a articulação entre SUS e SUAS era um dos princípios

organizativos, uma vez que já se entendia que somente através de uma rede de serviços complementares seria possível garantir a proteção integral aos indivíduos e às famílias em vulnerabilidade.

Na PNAB (2017, p. 27), a intersetorialidade aparece de forma transversal, contudo, mais explícita quando descreve o processo de trabalho na atenção básica, ressaltando que, “para o alcance da integralidade do cuidado, a equipe deve ter noção sobre a ampliação da clínica, o conhecimento sobre a realidade local, o trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar, e a ação intersetorial.” Para tanto recomenda

a interlocução com escolas, equipamentos do SUAS, associação de moradores, equipamentos de segurança, entre outros, que tenham relevância na comunidade, integrando projetos e redes de apoio social, voltados para o desenvolvimento de uma ação integral. (PNAB, 2017, p. 28)

Neste sentido, entendemos que pensar as políticas de saúde e assistência social exige o enfoque intersetorial. Este pensamento está presente desde o texto constitucional, passando pelas leis orgânicas e políticas específicas que regulam os serviços que estão mais próximos da população. Assim, a materialização do direito social é intrínseca à prática intersetorial.

5 A INTERSETORIALIDADE NA PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS E GESTORES NO TERRITÓRIO MUNICIPAL

5.1 UM CANTINHO DIVINO NO CAPARAÓ CAPIXABA

O local de realização do estudo foi o município de pequeno porte denominado Divino de São Lourenço, localizado no extremo sul do Estado do Espírito Santo, mais especificamente na Região denominada como Caparaó Capixaba.

A colonização de Divino de São Lourenço teve início em 1902, com a ocupação ligada ao processo de povoamento do município de Guaçuí, do qual se seccionou posteriormente. O primeiro nome do povoado foi Imbuí (rio das cobras, em Tupi), contudo, com a sua emancipação política ocorrida na data de 05 de junho de 194, passou a ser denominada de Divino de São Lourenço.

Seu território é limitado ao norte e leste com o município de Ibitirama, ao sul com o município de Guaçuí e a oeste com o município de Dolores do Rio Preto. Está situado a 690 metros de altitude, tem latitude de - 20° 37' 12" e longitude de 41° 41' 09". Localiza-se a 236 km da capital Vitória. Além da sede, é composto pelo distrito de Patrimônio da Penha (11 km da sede) e aproximadamente por 36 pequenas comunidades rurais.

Divino de São Lourenço tem sua base econômica alicerçada nas atividades agropecuárias com baixo nível tecnológico, e está assentada sobre a cafeicultura e a bovinocultura leiteira, apontando nos últimos anos para o crescimento da silvicultura, agroturismo e fruticultura. Entre as maiores riquezas do município são destacados os recursos hídricos presentes na região, sendo o município banhado pelo Rio Itabapoana.

De acordo com o censo IBGE 2010, o município possui uma população de 4.516 pessoas em uma área de 173, 881 Km², sendo a média de domicílio de 3,22 pessoas. A faixa etária com maior índice de pessoas está entre homens de 10 a 14 anos de idade (241) e mulheres de 20 a 24 anos de idade (198). Cerca de 38,57% da população se encontra na área urbana, enquanto a área rural chega-se ao percentual de 61,43, o que é explicado pela divisão territorial do município e por ter a agricultura como a sua principal fonte de renda

Em relação aos indicadores sociais, Divino de São Lourenço pode ser considerado um município vulnerável no que se refere aos fatores sociais e de saúde. No ranking de Índice de Indicadores de Desenvolvimento Humano dos Municípios - IDH-M -, está na 76ª colocação entre todos os 78 municípios do estado do Espírito Santo. Apresenta um índice de 0,632, considerado um índice médio (de 0,600 a 0,699) de acordo com os critérios do indicador, que é uma média geométrica entre os quesitos renda, longevidade e educação. Se avaliarmos esses quesitos separadamente e os compararmos com os critérios de categorias do índice, percebemos que se comportam de forma muito diferente.

No quesito renda, o índice é de 0,622, considerado como valor médio - 0,600 a 0,699. O PIB per capita do ano de 2017 foi de R\$14.542,53. De acordo com o IBGE, no ano de 2018, o número de pessoas ocupadas no município era de 491, o que significa 11,3% da população total. Dentre estes, o salário médio mensal é de 2 salários mínimos. Não existem indústrias no município, o maior empregador é a prefeitura municipal e os pequenos comércios existentes. Como a maior parte da população se encontra no meio rural, o trabalho informal é o que predomina, sendo esta explicação para que 46,4% da população viva com per capita de até $\frac{1}{2}$ salário mínimo, segundo censo de 2010.

Quanto à educação, no ano de 2010, tinha índice de 0,496, considerado muito baixo (0,000 a 0,499). Este, utiliza como medidas de educação a taxa de analfabetismo, considerando pessoas com 15 anos de idade ou mais e que não sabem ler ou escrever. Se compararmos aos dados dos últimos censos, observamos que este é um indicador que vem melhorando, já que em 1991 a taxa de analfabetismo era de 31,1%; em 2000 20,5% e 2010 15,5% da população era analfabeta. A expectativa é de que esses dados sejam um pouco melhores no próximo censo, tendo em vista que em 2010 a taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade era de 97,8%. Esse crescimento progressivo, porém, lento, se deve principalmente à legislação do Estatuto da Criança e do Adolescente de 1990 e às políticas públicas que surgiram com a sua instituição no que se refere ao comprometimento a educação. O mesmo podemos dizer da condicionalidade do Programa Bolsa Família, que exige que crianças e adolescentes estejam matriculados e frequentando escolas para que as famílias recebam o benefício.

A proporção de jovens entre 15 e 17 anos com ensino fundamental completo cresceu para 49,03% no período de 2000 a 2010 e 316,44% em relação ao período de 1991 a 2000. E a proporção de jovens entre 18 e 20 anos com ensino médio completo cresceu 39,10% entre 2000 e 2010 e 183,36% entre 1991 e 2000.

No quesito longevidade, o índice é 0,819, considerado muito alto (0,800 a 1000). Este refere-se à saúde, logo, avalia a esperança de vida ao nascer e a mortalidade infantil de todos os municípios. Ao observarmos a série histórica dos últimos censos demográficos (1991, 2000 e 2010), percebemos avanços nos indicadores que o subsidiam, conforme o quadro:

Indicador	1991	2000	2010
Esperança de vida ao nascer (em anos)	63,4	68,6	74,2
Mortalidade até 1 ano de idade (por mil nascidos vivos)	44,0	27,3	15,2
Mortalidade até 5 anos de idade (por mil nascidos vivos)	51,0	31,7	17,8
Taxa de fecundidade total (filhos por mulher)	4,1	3,3	1,9

Quadro 3 - Quadro de indicadores segundo o IBGE

Buscando dados mais atualizados, em consulta ao sistema TABNET do DATASUS, no ano de 2018 não houve registro de óbito infantil no município, sendo apresentado o registro de 63 nascidos vivos neste mesmo ano.

Outros indicadores importantes na área da saúde são os que compõem o SISPACTO, sistema do Ministério da Saúde, em que está estabelecido um rol único de indicadores para pactuação nacional, classificados em universais e específicos, de modo a monitorar e refletir sobre as políticas prioritárias no âmbito do SUS. De acordo com dados da SESA/ES e Secretaria Municipal de Saúde de Divino de São Lourenço, estão disponíveis os resultados dos indicadores do ano de 2018:

Nº	INDICADOR	RESULTADO 2018
1	TAXA DE MORTALIDADE PREMATURA (de 30 a 69 anos) PELO CONJUNTO DAS 4 PRINCIPAIS DCNT (DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO, CÂNCER, DIABETES E DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS)	6
2	PROPORÇÃO DE ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL (MIF) INVESTIGADOS	0
3	PROPORÇÃO DE REGISTRO DE ÓBITOS COM CAUSA BÁSICA DEFINIDA	100%
4	PROPORÇÃO DE VACINAS DO CALENDÁRIO BÁSICO DE VACINAÇÃO DA CRIANÇA COM COBERTURAS VACINAIS ALCANÇADAS	100%
5	PROPORÇÃO DE CASOS DE DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA IMEDIATA (DNCI) ENCERRADOS EM ATÉ 60 DIAS APÓS NOTIFICAÇÃO	0

6	PROPORÇÃO DE CURA DOS CASOS NOVOS DE HANSENIASE DIAGNOSTICADOS NOS ANOS DAS COORTES	0
7	NÚMERO DE CASOS AUTÓCNES DE MALÁRIA	NA
8	NÚMERO DE CASOS NOVOS DE SÍFILIS CONGÊNITA EM MENORES DE UM ANO DE IDADE	0
9	NÚMERO DE CASOS NOVOS DE AIDS EM MENORES DE 5 ANOS	0
10	PROPORÇÃO DE ANÁLISES REALIZADAS EM AMOSTRAS DE ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO QUANTO AOS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, CLORO RESIDUAL LIVRE E TURBIDEZ	36,6%
11	RAZÃO DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS DO COLO DO ÚTERO EM MULHERES DE 25 A 64 ANOS E A POPULAÇÃO DA MESMA FAIXA ETÁRIA	0,14
12	RAZÃO DE EXAMES DE MAMOGRAFIA DE RASTREAMENTO REALIZADOS EM MULHERES DE 50 A 69 ANOS E POPULAÇÃO DA MESMA FAIXA ETÁRIA	0,10
13	PROPORÇÃO DE PARTO NORMAL NO SUS E NA SAÚDE SUPLEMENTAR	22%
14	PROPORÇÃO DE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA ENTRE AS FAIXAS ETÁRIAS DE 10 a 19 ANOS.	14,2%
15	TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL.	0
16	NÚMERO DE ÓBITOS MATERNOS EM DETERMINADO PERÍODO E LOCAL DE RESIDÊNCIA	0
17	COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA PELAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA	100%
18	COBERTURA DE ACOMPANHAMENTO DAS CONDICIONALIDADES DE SAÚDE DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA (PBF)	58,2%
19	COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA	100%
20	PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS QUE REALIZAM NO MÍNIMO SEIS GRUPOS DE AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA CONSIDERADAS NECESSÁRIAS A TODOS OS MUNICÍPIOS NO ANO	83,0%
21	AÇÕES DE MATRICIAMENTO REALIZADAS POR CAPS COM EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA	NA
22	NÚMERO DE CICLOS QUE ATINGIRAM MÍNIMO DE 80% DE COBERTURA DE IMÓVEIS VISITADOS PARA CONTROLE VETORIAL DA DENGUE.	16,66
23	PROPORÇÃO DE PREENCHIMENTO DO CAMPO "OCUPAÇÃO" NAS NOTIFICAÇÕES DE AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO	100%

Quadro 4 - Indicadores do ano de 2018 com dados da SESA/ES e Secretaria Municipal de Saúde de Divino de São Lourenço

Os dados apontam para certos avanços no que se refere às políticas de atenção básica, como cobertura da Estratégia de Saúde da Família e taxa de mortalidade prematura, assim como imunização. Entretanto, apresenta fragilidades na área de vigilância em saúde, entre outros.

No que se refere a estrutura de Saúde, o município é habilitado na Gestão Básica, de acordo com a NOB 93, sendo responsável pela oferta de ações básicas de saúde e serviço ambulatorial próprio. Para tanto, possui três equipamentos: duas unidades da Estratégia de Saúde da Família (sede e Patrimônio da Penha) e uma unidade com serviço ambulatorial. Todos estes funcionando em prédios próprios. Os profissionais de saúde são, em sua maioria, contratados mediante processo seletivo para períodos de dois anos e não possuem plano de cargos e salário próprio.

Vinculado às duas equipes da Estratégia de Saúde da Família está o programa Estratégia Agentes Comunitários de Saúde, com 100% de cobertura. Além destes, o município também possui um Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF. Que completam os serviços da Atenção Básica no território.

Os serviços de média e alta complexidade são referenciados conforme Programação Pactuada Integrada – PPI - com a Secretaria Estadual de Saúde. Os atendimentos de urgência e emergência são realizados por um serviço de enfermagem que funciona 24 horas, anexo ao setor de especialidades municipais, e encaminhados à Santa Casa do município vizinho, Guaçuí. Além destes, também existe no território municipal os serviços de Vigilância em Saúde e Assistência Farmacêutica.

A política de Assistência Social no município tem uma história bem recente, com a primeira legislação no ano de 1999, quando também foi criado o Conselho Municipal de Assistência Social. Em 2013 foi homologada uma lei própria, instituindo o SUAS no território municipal. A partir de então houve uma aproximação da organização do município aos demais da federação, organizando a oferta de serviços por níveis de proteção, conforme preconizado na Política Nacional de Assistência Social.

Ainda de acordo com a Política Nacional de Assistência Social, o município foi classificado como de “Pequeno Porte 1” (municípios com até 20.000 habitantes), e habilitado na gestão Básica de Assistência Social, de acordo com pré-requisitos estabelecidos na NOB/SUAS. Neste sentido, é responsável pelas ações de Proteção Social Básica no Território.

O CRAS, principal equipamento desse nível de proteção, foi inaugurado em 2008 e suas ações são cofinanciadas pelos governos federal e estadual. Em suas instalações são ofertados o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família - PAIF, o Cadastro Único/ Bolsa Família e o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos.

O CREAS, serviço da proteção social de média complexidade, passou a funcionar em 2015, e conta somente com cofinanciamento estadual. Os serviços ofertados nesse equipamento são: Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos - PAEFI e Serviço de Medidas Socioeducativas (Serviço de Liberdade

Assistida - LA Prestação de serviço à Comunidade - PSC). Até a instituição desses serviços, todas as ações de assistência social eram prestadas na sede da Secretaria de Assistência Social.

Além desses dois equipamentos, esta política conta com um Centro de Convivência, onde são realizadas algumas ações do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, serviço tipificado e cofinanciado pelo Governo Federal. Todos eles funcionam em prédios próprios, na área central do município. Os serviços contam com as equipes mínimas de profissionais conforme NOB-RH/SUAS. Não existe um plano de carreira específico para os servidores atuantes nessa política pública. Os profissionais que atuam nos serviços são todos contratados por tempo determinado, de acordo com processos seletivos com validade de até dois anos.

Não são ofertados no território do município serviços de proteção social de alta complexidade do SUAS. O acesso se dá nos municípios vizinhos mediante determinações judiciais específicas.

Considerando o cenário do município, para a coleta de dados foram definidos programas estratégicos em cada uma das políticas públicas estudadas. Na política de Assistência Social foram delimitados os serviços de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF) e o Serviço de Proteção e Atendimento Especializado à Famílias e Indivíduos (PAEFI). Na política de Saúde, os serviços Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Os referidos serviços foram escolhidos por terem normativas específicas que subsidiam o funcionamento da rede pública em todo o país no que se refere à saúde e assistência social, além de se organizarem por princípios comuns como a territorialidade e a matricialidade familiar.

Visando conhecer a percepção dos trabalhadores e gestores a respeito da intersetorialidade, foram realizadas entrevistas, posteriormente analisadas a partir de 05 (cinco) categorias de análise: Concepção de profissionais e gestores sobre a intersetorialidade; desenvolvimento de ações intersetoriais; planejamento das ações intersetoriais; reconhecimento da importância da intersetorialidade; e dificuldades para o exercício da intersetorialidade no município.

Os extratos de entrevistas citados no texto serão sinalizados com a letra “G” para identificar fala de gestores e “P” para fala de profissionais.

5.2 CONCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS E GESTORES SOBRE A INTERSETORIALIDADE

Entre os profissionais entrevistados, o termo intersectorialidade é visto de forma variada, aparecendo os conceitos “integração e união entre as políticas”, “trabalho em equipe”, “compartilhamento de saberes”, “descentralização e decisão em nível local”, “trabalho em rede” e “ligação entre os setores”.

A ideia de articulação entre setores apresentada se compatibiliza com Pereira (2014), que considera que a intersectorialidade é uma nova lógica de gestão, que transcende um único setor da política social através da articulação entre os mesmos. Já o entendimento de que o compartilhamento de saberes e experiências são fundamentais para o alcance de resultados cooperativos em situações complexas vem a partir de Inojosa (2001).

Os profissionais trazem a ideia de trabalho em rede, bastante trabalhada por autores que discutem o tema intersectorialidade. Entre estes autores está Junqueira (2000), que considera que estas podem articular diversos sujeitos, gerando ações e saberes intersectoriais. Neste sentido, a intersectorialidade implica em compartilhar poderes e saberes, construção de novas linguagens, práticas e conceitos.

Na concepção de gestores, a intersectorialidade é entendida através de ideias de “participação”, “unificação” e “diálogo entre setores”. Aparece a visão de que o trabalho em conjunto com outras políticas é necessário, tendo em vista as necessidades dos indivíduos para as quais são direcionadas, como explicitado na fala de um dos gestores da Assistência Social:

“...as políticas públicas tem que estar caminhando junto com a outra, porque nada é separado, o indivíduo é um, então ele precisa de todas as políticas.”
(G)

O relato desse gestor afina-se com o que Carvalho e Cavalcanti (2013) pontuam, considerando que a inclusão social passa pela satisfação de um conjunto de direitos inter-relacionados, não podendo ser promovida por um setor isolado.

Segundo Monnerat e Souza (2015), o estabelecimento do diálogo, apontado por alguns entrevistados, e a capacidade de negociação política entre os setores é fundamental, tendo em vista que as políticas públicas se concretizam em um território comum.

De forma geral, os discursos entre profissionais e gestores se convertem no sentido amplo ao considerar a ideia de intersetorialidade como complementaridade de setores. De acordo com a classificação de Schultz e Miotto (2010), a ideia de complementaridade entre setores não nega a setorialização das políticas públicas, à medida que esta não é vista como sobreposição, e sim, como complementaridade, sendo uma forma de abordagem das necessidades da população sob diversas dimensões. Desta forma, a intersetorialidade não anula a singularidade do fazer setorial, mas reconhece seus domínios temáticos, possibilitando sua integração para construção de uma síntese a partir das necessidades da população.

5.3 DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES INTERSETORIAIS

Todos os profissionais relataram que o setor em que atuam desenvolvem ações intersetoriais. Foram citados exemplos de atividades coletivas como ações educativas, palestras, dia de campanhas com temas específicos e também demandas individuais de alguns usuários. Os profissionais da Estratégia de Saúde da Família relatam como exemplo de ações intersetoriais o contato que estabelecem com a assistência social na busca de resolução de problemas apresentados por usuários, principalmente, pacientes que apresentam problemas afetos a saúde mental, que demandam apoio familiar.

Os profissionais do NASF, relataram experiências com a política de educação, através do Programa Saúde na Escola – PSE. Contudo, consideram que a política que se relacionam com maior frequência é a de assistência social, através do CRAS, CREAS e Conselho Tutelar, principalmente devido ao perfil de vulnerabilidade social dos usuários.

Alguns profissionais desse programa consideram as ações que realizam dentro da própria política de saúde como intersetoriais, confundindo com o conceito de interdisciplinaridade. Citam, como exemplo, o Projeto Terapêutico Singular e as reuniões de equipe com outros serviços de saúde.

Os profissionais da Assistência Social, CRAS e CREAS também relatam procurar os serviços de saúde com frequência, devido às demandas de seus usuários e à assistência em saúde ser pré-requisito para acesso a outras políticas, como o Benefício de Prestação Continuada - BPC, internações compulsórias, situação de violência sexual, entre outros.

Percebe-se na fala dos profissionais que a interlocução entre os setores se efetiva a partir de situações problemas, de forma pontual, não existindo uma interlocução permanente. Também foi percebido que a adoção de tais condutas depende mais de uma iniciativa individual do profissional do que de fato parte do processo de trabalho. Os profissionais relatam que, nas reuniões de equipe, tentam sempre pensar em qual a melhor forma de abordagem de determinadas famílias, identificando qual rede de apoio podem contar.

“a gente sempre se reúne e tenta conversar qual a melhor forma de abordagem daquela família, quais os ganchos que a gente pode estar pegando, então, pensar: é educação? É assistência? Então tenta, a gente tenta cada um dar sua opinião para ver de quem a gente pode tirar ou não, “esse tem mais responsabilidade, esse tem menos”. ” (P)

Outra questão que os profissionais colocaram como tentativa de realização de ações intersetoriais foi a busca por canais de comunicação entre a própria equipe e com outros setores.

“Então, eu tenho essa preocupação de estar conversando pra gente chegar num ponto para não estar empurrando para o outro, que é a questão que a gente sempre fala: não empurrar para o outro, pegar essa responsabilidade, e não pegar sozinho. Então assim o que eu tento fazer mais é essa questão de conversar pra gente ver o que é de responsabilidade da equipe da ESF, do NASF, com essas outras equipes.” (P)

Apesar da tentativa dos profissionais em desenvolver um pensamento de integração entre os problemas apresentados pelos usuários e os recursos existentes no território, fica exposto o viés do pensamento fragmentado: “de quem é a responsabilidade por essa situação?”. Percebe-se que a intersetorialidade sendo pensada a partir de “casos” específicos, no interior das equipes, de certa forma, reforça o pensamento isolacionista.

A esse respeito, Schultz e Mioto (2010) discutem sobre a questão da integralidade da atenção nas diferentes políticas, especialmente na Saúde e na Assistência Social, afirmando que a intersetorialidade vem sendo colocada como grande desafio à

medida que se observa a configuração fragmentada e desarticulada das políticas públicas brasileiras. Cada política avalia, a seu modo, qual seria a melhor solução para determinada situação.

Carvalho e Cavalcanti (2013) chamam a atenção de como a fragmentação das políticas públicas é percebida e vivenciada pelos profissionais que prestam diretamente os serviços à população, e isso é potencializado pela própria segmentação das disciplinas que fatiam o conhecimento.

A questão do conhecimento da territorialidade também foi apontada como uma contribuição importante nesse processo conforme relato a seguir:

“Enquanto profissional considero importante para que as ações ocorram de forma mais eficientes conhecer a territorialidade, não só o território, mas seu comportamento, cultura, rede de apoio... Conhecendo o território temos mais instrumento para apoiar as tomadas de decisões que podem beneficiar o usuário de forma mais efetiva. Isso é muito importante, mas nem sempre temos tempo pra isso, o setor é muito dinâmico, e a gente se acomoda também, .mas gostaria de me dedicar mais nisso.” (P)

A fala da profissional vai ao encontro de Monnerat e Souza (2015), que afirmam que a definição de um território comum para a atuação de diversas políticas é condição primeira para a promoção da intersectorialidade. Entretanto, não um território como base geográfica com indicadores numéricos, mas sim, um que permita pensar e conhecer suas fragilidades e potencialidades, sendo necessário, para isso, um pensamento dinâmico e não estático.

No que se refere a fala dos gestores a respeito da realização de ações intersectoriais, em um primeiro momento, identificamos que existe a mesma confusão conceitual apresentada por alguns profissionais. Esta se refere à interdisciplinaridade, pois consideram que as ações internas das Secretarias, entre os seus setores, como intersectoriais. Os gestores da saúde, por exemplo, citaram como ações intersectoriais as reuniões de equipe realizadas entre as equipes de ESF, NASF, Pronto Atendimento, Vigilância em Saúde, e as consideram importantes para a união do setor, a avaliação de metas, e identificação de falhas na própria rede.

Esse também foi o relato de um dos gestores da Assistência Social:

“De uma certa forma a gente trabalha em conjunto com o CRAS, com o Conselho Tutelar, e até mesmo com a Assistência aqui, que é o pivô da situação.” (G)

Quando questionados sobre com quais políticas públicas mantem relacionamento mais frequente, foram citados: saúde, assistência social e educação. Os gestores da saúde citaram experiências intersetoriais com as políticas de educação e assistência social. Com a educação relatam o Programa Saúde na Escola - PSE, do Ministério da Saúde, programado para acontecer a cada dois anos, como ação intersetorial. Descreveram que a ação se executa da seguinte forma: os profissionais de saúde realizam palestras nas escolas a partir de temas pactuados previamente pelo programa. Estas ações são agendadas previamente, quando a escola inclui em sua programação a atividade desenvolvida pelos profissionais de saúde. Contudo, não é uma ação planejada e discutida conjuntamente, sendo os papéis pré-estabelecidos. Relatam que alguns professores que assistem aproveitam os conteúdos em suas aulas, mas não são todos. Os gestores consideram essa experiência bastante positiva.

Em relação à política de assistência social, os gestores da saúde citaram como exemplo de ação intersetorial o Programa Bolsa Família. Novamente, entendem que os papéis de cada política na operacionalização da ação são pré-estabelecidos. Durante as reuniões que a equipe do CRAS realiza com os beneficiários do Programa, os profissionais de saúde aproveitam para realizar a pesagem das crianças. As equipes não realizam planejamento conjunto, nem avaliação dos resultados e percepções das ações.

Neste sentido, não há interlocução entre as políticas públicas e seus agentes, apenas uma execução coordenada, onde cada um tem uma função que é executada com foco no cumprimento de uma meta. Logo, não necessariamente seria uma prática intersetorial, tendo em vista que a mesma prescinde de integração entre diversos sujeitos sociais, com suas motivações, visões de mundo, formação profissional, subjetividade e aspectos culturais (CARVALHO; CAVALCANTI, 2013).

Este fator é extremamente preocupante, tendo em vista que a intersetorialidade é fundamental para a promoção da saúde, sendo que esta não envolve somente a política análoga envolvida. Implica em qualidade de vida, ou seja, no modo como as pessoas vivem em um determinado território, considerando suas características geográficas, acesso ao saneamento básico, habitação, saúde, renda, lazer,

alimentação, educação, cultura, entre outros. Ou seja, é necessária a articulação de todas as políticas públicas.

Para os gestores da assistência social, as políticas públicas que mais se relacionam são a educação e a saúde. Em relação à educação, relatam que as escolas procuram os serviços da assistência social solicitando palestras e atividades educativas de acordo com problemas frequentes em suas unidades, como violência familiar, exploração sexual infantil, uso de drogas, suicídio, entre outros. Também solicitam apoio quando identificam que algum dos seus alunos relatam estar vivenciando uma das situações citadas. A relação com essa política não parte de um planejamento conjunto, mas a partir de demandas pontuais ao longo do ano.

Em relação à saúde, acontece da mesma forma. Na fala de um dos gestores da assistência social, nas ações coletivas a interação entre as políticas de saúde e assistência social ocorre de alguma maneira, mas quando aparecem demandas individuais, específicas a uma família, não existe o entrosamento necessário para análise e resolução do problema, como pode ser visto na fala a seguir:

“No individual a gente tem mais dificuldade com a saúde, até mesmo, em relação ao acompanhamento das famílias, por que a gente tem aqui várias famílias em acompanhamento, então, a gente não tem muito ganho com isso. E são casos, quando a gente fala de saúde é um setor assim que é necessário até para o bem-estar físico do usuário, e aí é onde acontece esses entraves”.
(G)

Chama a atenção na fala de gestores, que as ações intersetoriais mais citadas sejam Programas federais, que tem como premissa a interlocução entre os setores, sendo uma relação determinada e não orgânica. Além disso, pelos relatos, os papéis de cada política já estão pré-determinados, não é algo discutido e avaliado de acordo com a necessidade dos municípios ou do território.

Os gestores foram questionados sobre o que tem feito para contribuir para que as práticas intersetoriais aconteçam, alguns relataram que têm estimulado suas equipes a procurarem por outros setores, outros relatam que assumem, eles próprios, a postura de sempre buscar apoio e estar disponível.

5.4 PLANEJAMENTO DE AÇÕES INTERSETORIAIS

Todos os entrevistados relataram que não existe um planejamento coletivo. As experiências citadas partiram de demandas específicas, por exemplo, pesagem do

Bolsa Família, realização de campanhas como “outubro rosa” ou contato para buscar apoio em um caso específico.

“Então nós utilizamos a seguinte forma: Nós propomos e levamos. Assim, como acontece também de outras políticas proporem determinadas ações e nos convidarem a estar participando das nossas ações. Mas isso não é sentado, não é todo mundo junto. Cada um propõe lá na sua equipe, no seu grupinho, e depois propõe para o outro.” (P)

A falta de planejamento também foi apontada pelos gestores, que relatam que tem o hábito de planejar com suas equipes internamente, mas não com outras políticas públicas. Segundo eles, já houve tentativa de agendamento de reuniões, mas a rotina os leva para o relacionamento a partir de demandas pontuais. Reconhecem que este é um fato negativo, contudo, de difícil solução.

Um dos gestores exemplificou uma demanda que é prejudicada pela falta de planejamento conjunto, a questão da saúde mental. Como não existe um momento para esse planejamento, o segmento - que não tem um serviço específico no município - fica prejudicado, com ações fragmentadas.

“Quando surge a demanda a gente resolve, quando não tem demanda não tem diálogo, não tem planejamento. Eu acho errado isso, pois teria que ter na minha opinião... não em tudo, mas por exemplo, saúde mental que é um grande foco, que aproxima os dois, a gente tinha que andar mais alinhado, mas por conta da gente também não ter dentro da saúde hoje uma equipe específica em saúde mental atrapalha um pouco. Acaba a gente tendo que colocar um profissional, sobrecarregar um profissional, e não fica um serviço bem trabalhado.” (G)

A ausência de planejamento é algo muito significativo quando falamos em intersetorialidade. Conforme coloca Inojosa (2001), a concretização da proposta intersetorial deve ser articulada aos processos de planejamento, execução e avaliação, e mediada pela democracia participativa; somente desta forma existe a possibilidade de intervenção na qualidade de vida da população. Considerando que a execução das políticas públicas de saúde e assistência social se dá em territórios compartilhados, o fato se torna ainda mais evidente.

A fala dos entrevistados aponta que, apesar do discurso de reconhecimento da importância da intersetorialidade para a execução das políticas públicas, ela não faz parte das agendas políticas locais. Neste sentido, Carvalho e Cavalcanti (2013) constataam que esse aparato setorial, que amolda as políticas públicas, gera políticas endógenas, de dentro para fora, atendendo a realidade de modo desarticulado. Cada

setor desenvolve suas próprias soluções, em um movimento de si para si mesmo, sem resolutividade concreta para a população

5.5 DIFICULDADES E ENTRAVES PARA O EXERCÍCIO DA INTERSETORIALIDADE

Os profissionais da ESF entrevistados relataram não ter dificuldades na realização das ações citadas. Afirmam que sempre que solicitaram foram atendidos pelos colegas, assim como também o costumam fazer, contudo, essa não foi a realidade colocada pelos profissionais do NASF, CRAS e CREAS.

Os profissionais elencaram como entraves para a realização de atividades intersetoriais uma certa resistência entre os agentes das políticas públicas.

“Talvez enxerguem a saúde como alguém que impõe, uma ação impositora, e aí eu me resguardo e não quero ajudar/colaborar de repente, não sei. Mas eu sinto certa resistência. Mas assim, a gente tenta de uma certa forma trabalhar porque a gente sabe que um sozinho não vai dar conta mesmo (...) se a gente chega para apresentar algum caso, já fica parecendo que a gente está entregando aquele caso e saindo do caso. É como se fosse um jogo de empurra entre equipes e isso atrapalha, isso bloqueia o processo da intersetorialidade”. (P)

A expressão “jogo de empurra” foi recorrente entre os relatos. Segundo os mesmos, há uma discordância em quando e como agir entre as equipes de serviços das duas políticas, gerando disputas entre os serviços que extrapolam o campo profissional, sendo levado para o lado pessoal.

“Ao invés da gente trabalhar o conjunto todo, e trabalhar a família em questão, a problemática envolvendo aquele período, não acontece isso. Fica: isso é assistência, isso é saúde. Mas em momento nenhum a gente senta enquanto profissionais, enquanto políticas públicas, para solucionar o problema e buscando o melhor pra aquela família, não acontece essa relação. A família fica em segundo plano. E fica aquela bomba na mão de cada um...”a, não é meu, é de fulano”...e muita das vezes não tem resolução, né, daquele problema.” (P)

Outro entrave abordado foi a falta de diálogo entre os serviços. Alguns relatam que, como às vezes o próprio usuário é conflituoso, o atendimento exige entendimento e diálogo, como isso não acontece, a resolutividade é comprometida. Novamente, sobressai a ideia de que os profissionais apresentam fragmentação da assistência, cabendo a cada setor um papel delimitado, dedicando-se à sua “obrigação”. O fato de não planejarem conjuntamente delega ao usuário a responsabilidade total por identificar seus problemas e acessar o serviço que corresponda ao mesmo. Quando

um serviço aciona o outro, gera o sentimento de transferência de um problema e não a necessidade de usuário.

A sobrecarga de trabalho também foi apontada como um dificultador para a ação intersetorial. Como esta impõe ao profissional diversas demandas, eles acabam por direcionar as atividades a outros setores, sem que esse, de fato, fosse o procedimento ideal.

Alguns profissionais relataram que a inexistência de alguns serviços é uma dificuldade para a prática intersetorial no território, e cobram do gestor um posicionamento sobre a disponibilidade de recursos para que a rede funcione.

“A gente cobra muito nossos gestores também uma determinada posição para aquele caso, um posicionamento para os casos. O nosso problema hoje no município é a saúde mental (...) não temos recursos para nada, fica um furo na rede, e a responsabilidade sempre cai em cima do profissional e não na rede em si, o que está dificultando hoje em dia é isso.” (P)

Uma dificuldade que foi repetida por alguns profissionais foi o desânimo no exercício desse protagonismo, de tentar resolver os problemas que são demandados pelos usuários e que necessitam de interação entre os setores, tendo em vista o desgaste que as mesmas causam.

“Então, ultimamente, para ser sincero eu fiquei mais na minha, não bati de frente para não criar uma situação constrangedora. Tem horas que chega coisa aqui: isso é saúde...é saúde, mas não é do NASF. Então a gente fica assim, a gente fica recuado também, porque a gente não vai poder assumir uma coisa que não é nossa.” (P)

“A gente tenta, mas a gente desanima as vezes, porque são tantas resistências, são tantas barreiras, que as vezes a gente também, as vezes decide não ir mais à frente. A gente tenta... “ah, mas fulana não aceita”. ” (P)

O desânimo também foi um dos entraves apontados por um dos gestores, que relata que a rotina e as dificuldades diárias os desencorajam a buscar outros setores, os levando a buscar soluções sozinhos, sem a dependência de outros setores.

“A verdade é que eu tenho que tomar mais injeções de ânimo, né. Porque fala, fala disso, mas a gente vai até certo ponto, depois a gente começa a desanimar porque a gente vai encontrando esses entraves, né, aí a gente desanima. Mas eu também estou em falta por que eu tenho que procurar mais. De repente eu procurei mas tenho que ir na pessoa certa, e não parar de procurar, não desistir, porque, é, a gente acaba que as vezes esfria um pouco por causa das dificuldades, onde você vai as vezes a porta está fechada, aí você não quer voltar, mas enquanto gestora eu vejo que estou

errada. A gente tem sempre que estar insistindo para buscar melhoria nesse sentido.” (G)

Os gestores também apontaram a falta de diálogo entre os profissionais como uma dificuldade. Isso promove, segundo os mesmos, “um jogo de empurra”, em que os problemas são vistos como responsabilidade do outro, como pode ser visualizado na fala a seguir:

“O que eu vejo de mais crítico é a pessoa querendo empurrar responsabilidades para o outro, “isso não é comigo é com o outro”. As vezes até não é com ele mesmo, mas ele poderia contribuir, e não. As vezes até falta de informação mesmo. As vezes empurra para o outro “isso é da assistência” e a assistência diz: “isso é da saúde”. Um empurrando para o outro, ao invés de chamar o paciente, sentar, estudar e chamar o outro setor: “olha, a situação é assim, o que a gente pode fazer? A saúde pode contribuir nisso, a assistência naquilo” para resolver. As vezes falta um pouco o diálogo. Então acho que o ponto crítico, resumindo, é o diálogo. Acho que tendo um diálogo a gente consegue entrosar melhor.” (P)

Identificamos que alguns gestores entendem que o problema para o exercício da intersetorialidade está na postura de algumas pessoas. Segundo os mesmos, nem todos se mostram disponíveis a interagir, a “ser companheiros”, não sendo um fato específico de uma categoria profissional, podendo, inclusive, ser uma postura aplicada pelos secretários das pastas de outras políticas públicas. Novamente percebemos a visão dos entrevistados de que a intersetorialidade parte de um ato pessoal, e não de uma agenda de governo.

A ausência de planejamento foi uma das dificuldades relatadas por alguns gestores, contudo, existe o reconhecimento da necessidade de se dedicar mais ao mesmo, em conjunto com as demais políticas, não deixando que a rotina os afaste, e insistindo na busca de melhorias.

5.6 RECONHECIMENTO DA IMPORTÂNCIA DA INTERSETORIALIDADE

Apesar de todas as dificuldades apresentadas, os profissionais foram unânimes no reconhecimento de que a intersetorialidade apresenta benefícios tanto para os usuários que são atendidos pelas políticas públicas, quanto para eles como profissionais.

Mesmo com todos os entraves, alguns profissionais colocam que as ações coletivas realizadas em conjunto entre assistência social e saúde, durante as ações do Bolsa Família, por exemplo, levam informações aos usuários que apresentam maior

compromisso com sua situação de saúde. Isso pode ser percebido no cuidado com o cartão de vacinação, a realização de preventivo e às questões envolvendo a nutrição.

Se o mesmo acontecesse no dia a dia entre as equipes, os profissionais apontam que isso traria maior resolutividade para as famílias, sem que elas necessitassem ficar transitando pelos serviços, sem respostas às suas demandas.

“...a união de saberes da equipe, porque assim potencializamos a rede, criamos fluxos. O usuário não fica parado no setor, ele flui, fica mais autônomo. Percebo que queremos promover independência, mas não damos esses meios, porque estamos fechados, entende?” (P)

A intersectorialidade também foi citada por profissionais como caminho para o alcance da integralidade do usuário, tendo em vista que o indivíduo permeia todos os setores.

“O usuário, obviamente, vai ser beneficiado porque as coisas vão acontecer de forma mais objetiva, mais rápidas para ele. Então assim, se eu consigo fazer esse papel de integralidade com meu usuário que está em todos esses setores, porque o nosso município é muito pequeno, então ele permeia todos esses setores. Ele vai passar na educação, na ação social, na saúde, na agricultura, porque ele está lá na zona rural, ele tem uma agricultura familiar. Então ele vai passar por diversos setores que a gente acaba que, se a gente se encontra e encaixa as pecinhas, esse usuário vai ter o seu benefício do que ele precisa”. (P)

Outro ponto positivo das ações intersectoriais colocado foi a humanização das políticas públicas, pois o trabalho intersectorial evitaria a revitimização do usuário. Isso seria muito importante na visão dos profissionais do CREAS, que atendem às pessoas vítimas de violência. Neste sentido, os profissionais da saúde também afirmam que se houvesse trocas de informações, a abordagem poderia ser menos invasiva. Isto porque algumas famílias entendem que estão “perseguidas” pela presença constante de profissionais em sua casa.

Além de benefícios em relação aos usuários, também foram citados benefícios aos profissionais. Quando conseguem êxito através de uma ação conjunta, mesmo com todas as dificuldades em relação à resolução de problemas apresentados pelas famílias, a sensação de satisfação os motiva a continuarem tentando uma aproximação com as demais políticas. Além disso, foi citado que se todos se comprometessem, a sobrecarga de trabalho diminuiria, visto que todos estariam empenhados na solução de problemas, aliviando o sentimento de frustração, como citado pela profissional abaixo:

“Cada um se comprometendo mais, a carga de serviço diminui. E até mesmo a sensação do funcionário de frustração...”eu tô batendo naquela tecla e não tá resolvendo”. E você também vai ficando tão massacrado, que você fica frustrado, e acaba se sentindo até culpado por aquela situação não tá dando certo, ou até assim, se frustrando com a sua profissão, achando que você é incompetente, porque você não tá dando conta daquilo, sendo que você não tem que fazer sozinho. Tem toda uma equipe por traz, depende de vários pontos.” (P)

Outro ponto positivo citado entre os entrevistados é a troca de experiências e conhecimentos que o trabalho intersetorial pode proporcionar, considerando as diferentes visões entre as categorias profissionais sobre uma mesma problemática.

“Para mim, enquanto profissional, é um ganho de conhecimento muito grande, porque quando você troca conhecimentos, troca saberes, você acaba chegando no seu objetivo de forma mais rápida e objetiva (...) então os posicionamentos se interagem, e cada posicionamento facilita com que a gente chegue realmente naquele objetivo. “Ah eu havia pensado nessa verdade e essa verdade não é a verdade absoluta”, o outro pode complementar, então eu penso que isso ajudaria. “ (P)

Os gestores consideram que as práticas entre os setores trazem benefícios a eles, à medida que lhes permitem agregar conhecimentos, tendo em vista a possibilidade de ampliar sua visão sobre determinadas situações. Através do contato com outros setores, eles relatam compreender melhor o contexto das situações complexas, o que os auxilia na tomada de decisões.

A fala dos entrevistados aponta que há consenso no reconhecimento dos benefícios que a incorporação da intersetorialidade poderia trazer para o cotidiano das políticas públicas, contudo, há um dissenso na forma em que a mesma deve ser viabilizada no município.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A intersectorialidade é um tema abordado em diversas áreas de conhecimento, com diferentes enfoques, contudo, com semelhantes interpretações no que se refere ao seu reconhecimento como importante estratégia de enfrentamento à fragmentação das políticas públicas.

Verificamos nesta pesquisa que, apesar das políticas públicas estudadas preconizarem a intersectorialidade em suas agendas como um pilar importante para a integralidade da atenção ao usuário, existem entraves para a sua efetivação. Estes estão vinculados à forma com que políticas de saúde e assistência social estão estruturadas no município, ou seja, de forma setorial e fragmentada.

A gênese enquanto direito e as semelhanças organizativas afirmam que as políticas de saúde e assistência social são complementares, compondo o tripé da seguridade social. Porém, a organização em ministérios diferenciados, com orçamentos distintos e um processo de descentralização que segue moldes determinados em programas e serviços de ambas as políticas, resulta em processos de trabalho e oferta de serviços segmentados, não planejados a partir da necessidade dos usuários. e sim da capacidade de oferta de cada política.

Neste sentido, identificamos contradições entre o que o arcabouço teórico sobre intersectorialidade apresenta, a organização das políticas públicas de saúde e assistência social no país, e, sobretudo, a forma como é executada por gestores e profissionais de ambas as políticas no município e vivenciada por seus usuários. Sendo assim, o diálogo entre teoria e prática carece de muitos esforços, tanto estruturais quanto organizacionais.

Percebemos que cada política busca, à sua maneira, solucionar problemas da população de um mesmo território, sem considerar as pessoas que vivem nele em sua totalidade, e sem considerar as outras políticas que se fazem presentes, ou não, neste contexto. Esse modo de trabalho gera paralelismo de ações, desarticulação e peregrinação do usuário pelos serviços, de acordo com o que entendem ser a porta de entrada para solução de seus problemas.

Os profissionais e gestores entrevistados apresentaram concepções diversas sobre a intersectorialidade, contudo, sempre com a noção voltada ao nível de ação. Ou seja, técnico operativo, não a reconhecendo como parte integrante das agendas e pactuações locais.

Apesar dos entrevistados relatarem realizar ações intersectoriais, elas se dão de forma pontual, através da divisão de tarefas entre os atores envolvidos, sem que exista um planejamento contínuo que norteie ações articuladas no território municipal. Também foi percebida confusão conceitual com a ideia de interdisciplinaridade.

A ausência do planejamento relatada por profissionais e gestores explica a forma como ela é vivenciada no território, gerando desgaste entre os atores envolvidos, sobretudo entre os profissionais, que relatam repetidas vezes o “jogo de empurra” entre os serviços. Muitas vezes eles delimitam seu raio de ação esperando que os problemas apresentados pela população sejam resolvidos por meio do cardápio que cada uma tem a oferecer. Essa prática é validada por alguns gestores, que entendem que o protagonismo do profissional por si só daria conta de ativar a rede de políticas públicas locais. Este fator, aliado à falta de diálogo entre os setores e a sobrecarga de trabalho dos profissionais, acaba gerando desgaste na relação entre os setores, aumentando a distância e obliterando as práticas intersectoriais efetivas.

É imprescindível destacar a importância do planejamento para o êxito das políticas públicas, sobretudo quando estamos discutindo intersectorialidade. Mas planejamento como um processo vivido, e não somente produto técnico, haja vista que ambas políticas estudadas possuem seus planos nacionais, estaduais e municipais elaborados e registrados. A importância do planejamento ser um processo vivido e dinâmico entre os diversos atores envolvidos influencia diretamente em sua capacidade de implementação. Somente assim será possível visualizar seus resultados na qualidade de vida da população.

Apesar de todas as dificuldades apontadas, há o reconhecimento da importância da materialização da intersectorialidade por todos os entrevistados e dos benefícios que a mesma possibilitaria, tanto para a garantia da integralidade da assistência do usuário, quanto para o crescimento humano e profissional de profissionais e gestores, através

de trocas de saberes, experiências e vivências que agregam conhecimento e geram satisfação pelo objetivo comum alcançado.

Quando o local de estudo é o município, onde as políticas públicas deixam de ser apenas uma previsão legal para se materializarem em direito, as interpretações, relações e pactuações fazem toda a diferença no modo como um princípio ou diretriz é vivido pela população. O Brasil tem 5.570 municípios. No Espírito Santo somos 78, e Divino de São Lourenço é o de menor população. Indagamos: quantas concepções a respeito da intersectorialidade são pensadas e vivenciadas entre os demais?

Neste sentido, ressaltamos que pensar políticas públicas eficazes exige considerar a realidade de cada município, assim como é essencial dar importância aos processos de trabalho e atores envolvidos para que o foco se mantenha nas necessidades do seu território e das pessoas que o habitam, e não nas particularidades e pontualidades de seu processo de execução.

No caso específico de Divino de São Lourenço, que apresenta o terceiro pior índice de IDH entre os municípios capixabas, essa necessidade se apresenta ainda mais latente. Isso pois, percebe-se a vulnerabilidade social e econômica de seus habitantes e suas próprias características geográficas, que tornam o acesso aos meios de sobrevivência e serviços um desafio ainda maior para os gestores públicos para os municípios, que dependem dos mesmos para melhoria de sua qualidade de vida.

Ao final desse estudo permanece o desejo de investigação, tendo em vista o reconhecimento da importância do tema intersectorialidade em um país com tamanha desigualdade e exclusão social e, paradoxalmente, uma refração das políticas e direitos sociais.

Que venham novas pesquisas, novos olhares, novas construções. Ainda temos muito a caminhar.

REFERÊNCIAS

AMARAL, L. M. **A intersectorialidade na gestão das políticas sociais: o contexto da produção científica brasileira**. 2015. 162 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Biológicas e da Saúde) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2015.

Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/6907?show=full>

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo. Ed.70, 2011.

BEHRING, E.R.; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história**. 9.ed. São Paulo: Cortez,2011.

BOSCHETTI, I. Implicações da reforma da previdência na seguridade social brasileira. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 15, n. 1, p. 57-96, jan. 2003. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822003000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 22 nov. 2019.

BRASIL. Da Seguridade Social. **Constituição da República Federativa do Brasil. 1988**. Disponível em

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 02/08/2019.

_____. **Política Nacional de Assistência Social – PNAS**, Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS, 2004.

_____. **Ministério da Saúde. Pacto pela Saúde**.2006.

_____. **Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 02, Anexo XXII, de 28 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília:

Ministério da Saúde, 2017. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html.

Acessado em 27 de ago. de 2019.

_____. **Lei nº 13.427, de 30 de março de 2017**. Altera o art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", para inserir, entre os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), o princípio da organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral.

_____. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde

_____. **Lei nº 8080/1990** - Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Ministério da Saúde.

_____. **Lei nº 8142/1990** - 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.. Ministério da Saúde.

_____. **Lei nº 8.742/1993 - Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS** Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

_____. **Norma Operacional Básica do SUAS, de 2012.** Aprovada pela Resolução nº 33, de 12 de dezembro de 2012, do CNAS.

CARVALHO, R.N.; CAVALCANTI, P.B. O debate sobre as políticas públicas: o caso da intersetorialidade numa perspectiva compreensiva. **Revista de Políticas Públicas**, São Luís, v.17, n.1, p.161-170, jan./jun.2013.

CAVALCANTI, P.B.; CARVALHO, R.N.; MIRANDA, A.P.R.S.; MEDEIROS, K.T.; DANTAS, A.C.S.; A Intersetorialidade enquanto estratégia profissional do serviço social na saúde. **Revista Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n.39, p.192-215, jul./dez.2013.

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

GIL, A.C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social.** 5.ed. São Paulo: Atlas, 1999

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Brasileiro de 2010. Rio de Janeiro, 2012.

INOJOSA, R. M. Sinergia em políticas: desenvolvimento social com intersetorialidade. **Cadernos FUNDAP.** São Paulo. N.22, p.102-110. 2001. Disponível em: https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/sinergia_politicas_servicos_publicos.pdf

JUNQUEIRA, L. A. P. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. **Revista Saúde e Sociedade.** n. 6, p. 31-46, São Paulo, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v6n2/05.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2009.

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

_____. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. **Revista Saúde e Sociedade.** São Paulo, v.13, n.1, p. 25-36, Jan./Abr, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n1/04.pdf> Acesso em: 24 ago. 2009.

KRIPKA, R.M.L.; SCHELHER, M; BONOTTO, D. de L. Pesquisa documental na pesquisa qualitativa: conceitos e caracterização. **Revista de investigaciones UNAD.** Bogotá. Vol.14. N2. Julio-Diciembre 2015.

PEREIRA, P.A.P.; **A intersetorialidade das políticas sociais na perspectiva dialética.** In A intersetorialidade na agenda das políticas Sociais. Ed. Papel Social, 1ªed, Campinas, SP.

MINAYO, M.C.S.; Disciplinaridade, interdisciplinaridade e complexidade. **Revista Emancipação**, Ponta Grossa, 10(2): p.435-442, 2010.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MONNERAT, G.L.; SOUZA, R. G. Da seguridade Social à intersetorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. **Revista Katál**, Florianópolis, v.14, n.1, p.41-49. Jan/jun.2011.

_____. Políticas sociais e o debate emergente sobre a intersetorialidade. **Seminário Nacional de Serviço Social, trabalho e política social**. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC. 2015. Disponível em https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/180827/Eixo_3_221.pdf?sequence=1&isAllowed=y

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

RUI, M.P.; GONÇALVES, N.S.; ALVES, P.A.; GARCIA, M.L.T. Entre o discurso e o desejo: a intersetorialidade nas ações dos técnicos do CRAS e da ESF de Planalto Serrano, Serra/ES. **Revista de Políticas Públicas**. São Luís, v.14, n.2, p.245-253, jul/dez.2010.

SPOSATI, A. Gestão Pública intersetorial: sim ou não? Comentários de experiência. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n.85, p.133-144, mar.2006.

SCHUTZ, F.; MIOTO, R. C. T. Intersetorialidade e política social: subsídios para o debate. **Sociedade em Debate, Pelotas**, v. 16, n. 1, p. 59-75, jan.-jun. 2010. <http://www.rle.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/view/337/295>.

SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão de literatura. **Sociologias** [online]. 2006, n.16, p.20-45. ISSN 1517-4522. <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-45222006000200003>. Consultado em 31/07/2019.

TEIXEIRA, E. C. O papel das políticas públicas no desenvolvimento local e na transformação da realidade. **Revista AATR**, Salvador, 2002. Disponível em http://www.dhnet.org.br/dados/cursos/aatr2/a_pdf/03_aatr_pp_papel.pdf. Acesso em 15/08/2019.

APÊNDICE A

Roteiro de entrevista com os profissionais e coordenadores do CRAS, CREAS, ESF e NASF

1. O que você entende por intersetorialidade?
2. Quais ações intersetoriais são desenvolvidas por este serviço?
3. Este serviço realiza ações de planejamento integrado com outras políticas? Caso realize como se dá essas ações
4. Qual setor este serviço mais se relaciona? Por quê?
5. Como é esse relacionamento?
6. Quais os desafios para o exercício da intersetorialidade?
7. Quais os benefícios da intersetorialidade?
8. Enquanto profissional, qual a sua contribuição para a execução das ações intersetoriais?

APÊNDICE B

TERMO DE COSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a 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 aos pesquisadores a qualquer momento. Você poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da EMESCAM, que avaliou este trabalho no telefone (27) 3334-3586 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: Possibilidades e Limites da intersetorialidade entre as políticas públicas de saúde e assistência social no território municipal.

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

Telefone: (27)3334-3543

Pesquisador responsável

Nome: Silmara Aparecida Andrade Azevedo Silveira

Endereço: Rua Luciano Duarte, nº87, Bairro Colina – Alegre/ES

Telefone: (28) 99883-4853

Objetivo geral da pesquisa: Analisar as ações intersetoriais realizadas entre as Políticas Públicas de Saúde e de Assistência Social, segundo a perspectiva de gestores e profissionais.

Procedimentos da pesquisa: Serão realizadas entrevistas com os profissionais e gestores do CRAS, CREAS, ESF e NASF. As entrevistas ocorrerão nas dependências de cada um desses setores, em horário previamente agendado, por tempo aproximado de 40 minutos, em ambiente reservado que assegure o sigilo, a privacidade e confidencialidade. As entrevistas serão gravadas, por meio de aparelho de gravação digital, mediante autorização do participante. A entrevista será registrada manualmente pela pesquisadora, se o participante não autorizar a gravação, mas concordar que seja procedido o registro manual das falas da entrevista. O material gravado será posteriormente transcrito e após será apagado. Não haverá despesas para o participante da pesquisa.

Riscos, desconfortos e benefícios: Segundo a resolução 466/2012, toda pesquisa que utiliza seres humanos em sua realização envolve risco em tipos e gradações variados. Nesta pesquisa o risco está associado à quebra de privacidade, além de constrangimentos nas respostas. Isso será minimizado mediante o compromisso formal da pesquisadora com o sigilo, o anonimato e a confidencialidade, na relação entre pesquisador e pesquisado. Os benefícios estão relacionados a maior conhecimento da realidade relacionada à intersetorialidade entre as políticas públicas de saúde e assistência social em um município de pequeno porte contribuindo para elaboração de estratégias para o fortalecimento das ações que visem a integralidade dos sujeitos.

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO

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

Município, ____ de _____ de 2019.

Assinatura do participante:

Assinatura do pesquisador:

APÊNDICE C
Carta de Anuência



Prefeitura Municipal de Divino de São Lourenço/ES

CNPJ: 27.174.127/0001-83

CARTA DE ANUÊNCIA

De: Silmara Aparecida Andrade Azevedo Silveira
Para: Eleardo Aparício Costa Brasil
Prefeito Municipal de Divino de São Lourenço-ES

Prezado Prefeito,

Eu, **SILMARA APARECIDA ANDRADE AZEVEDO SILVEIRA**, 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 nos serviços municipais das políticas de saúde e assistência social, assim como realizar entrevistas com seus profissionais e gestores. Aproveito a oportunidade para informar que esta pesquisa **NÃO ACARRETERÁ ÔNUS PARA A PREFEITURA MUNICIPAL DE DIVINO DE SÃO LOURENÇO-ES**.

Atenciosamente,

SILMARA APARECIDA ANDRADE AZEVEDO SILVEIRA

Contato:

E-mail: silmarasocial@gmail.com

Telefone: (28) 998834853

1



Prefeitura Municipal de Divino de São Lourenço/ES

CNPJ: 27.174.127/0001-83

(X) 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 nas Secretarias Municipais de Saúde e Assistência Social de Divino de São Lourenço-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:

.....

Divino de São Lourenço, 03/07/2019

Eleardo Aparício Costa Brasil
 Prefeito Municipal

Eleardo Aparício Costa Brasil

Prefeito Municipal de Divino de São Lourenço-ES

2

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 intersetoriais realizadas no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e no Sistema Único de Saúde (SUS) de dois municípios capixabas, segundo a perspectiva dos gestores e profissionais. Será adotada abordagem qualitativa de cunho exploratório. Os dados serão obtidos por meio de entrevistas baseadas em roteiro semiesturado e analisadas segundo Análise de conteúdo. Participarão da pesquisa 66 profissionais e gestores de assistência social e saúde de 2 municípios capixabas.

Objetivo da Pesquisa:

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

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS:

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

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

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



Continuação do Parecer: 3.730.399

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

BENEFÍCIOS:

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

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

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

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

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentadas:

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

Apresentadas Folha de rosto, projeto completo e cronograma adequados.

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

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Favorável à aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética.

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

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



Continuação do Parecer: 3.730.399

Considerações Finais a critério do CEP:

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

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

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

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

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

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

ANEXO B

Ata do Exame de Qualificação



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E DESENVOLVIMENTO LOCAL

DECLARAÇÃO

Declaramos que **SILMARA APARECIDA ANDRADE AZEVEDO SILVEIRA** teve a sua Qualificação de Mestrado com o título “**POSSIBILIDADES E LIMITES DA INTERSETORALIDADE ENTRE AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL NO TERRITÓRIO MUNICIPAL**”, aprovada na Sessão de Qualificação, realizada no dia 13 de dezembro de 2019, às 14:00h, na sala 100 da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, pela Banca Examinadora composta pelos(as) professores(as) doutores(as): Maristela Dalbello Araújo - Orientadora, César Albenes de Mendonça Cruz – Membro Titular Interno e Jeane Andreia Ferraz Silva – Membro Titular Externo.

Vitória, 13 de dezembro de 2019.

PROFª DRª GISELE CARRARO

Coordenadora do Mestrado em Políticas Públicas
e Desenvolvimento Local