

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

MARLA SACCO MARTINS

**O ASSISTENTE SOCIAL DO NASF E A INTERSETORIALIDADE: UM
ESTUDO A PARTIR DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE
DA FAMÍLIA**

FLORIANÓPOLIS

2015

MARLA SACCO MARTINS

**O ASSISTENTE SOCIAL DO NASF E A INTERSETORIALIDADE: UM
ESTUDO A PARTIR DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE
DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão apresentado ao Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Santa Catarina -UFSC, como requisito para conclusão da especialização.

Orientadora: Prof. Dr^a. Keli Regina Dal Prá

FLORIANÓPOLIS

2015

MARLA SACCO MARTINS

**O ASSISTENTE SOCIAL DO NASF E A INTERSETORIALIDADE: UM
ESTUDO A PARTIR DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE
DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para a obtenção do título de especialista.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Keli Regina Dal Prá
Departamento de Serviço Social – UFSC
Orientadora

Odontóloga Viviane Paiva Bock Cavasini
Saúde da família - PMF
Primeira Examinadora

Assistente Social Débora Martini
Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF
Segunda Examinadora

Dedico este trabalho a minha amada mãe, ao meu amado marido e a minha amada filha, pela compreensão e incentivo para que eu começasse, permanecesse e concluísse esta caminhada.

MARTINS, Marla Sacco. **O ASSISTENTE SOCIAL DO NASF E A INTERSETORIALIDADE: UM ESTUDO A PARTIR DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA.** Trabalho de Conclusão de Curso (Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Família). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2015.

RESUMO

O presente trabalho procura refletir acerca da intersetorialidade nas políticas públicas e tem como objetivo geral analisar as iniciativas de articulação intersetorial existentes na área de abrangência do Centro de Saúde Agrônômica, a partir do trabalho do assistente social residente no Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Através de revisão bibliográfica busca-se entender como surgiu a intersetorialidade da área da saúde para posteriormente conceituá-la. A partir da vivência do assistente social na Residência Multiprofissional em Saúde da Família (REMULTISF), realizado durante o período de dois anos – 2013/0124, se analisou as articulações intersetoriais existentes entre a área da saúde e as demais políticas públicas. As articulações analisadas ocorreram entre a política de saúde e outras três políticas, sendo: a política de educação através do Programa Saúde na Escola (PSE), com a política de assistência social através de articulações com Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), Programa de Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI), Centro de Referência de Atendimento da Mulher em Situação de Violência (CREMV), Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias (SEPREDI) e o Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS). Além das ações existentes a Casa de Passagem da Mulher e com a política de atendimento a criança e ao adolescente através da articulação com o Conselho Tutelar (CT). Analisa-se como aconteceram tais articulações e qual o papel do assistente social nestes processos.

Palavras-chave: Intersetorialidade; Atenção Básica; SUS; Núcleo de Apoio a Saúde da Família; Serviço Social.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

CASE – Centro de Atendimento Sócioeducativo da Grande Florianópolis

CCZ - Centro de Controle de Zoonoses

CENTRO POP – Centro de Atendimento a População de Rua

CNAS – Conselho Nacional de Assistência Social

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CRAS – Centro de Referência em Assistência Social

CREAS - Centro de Referência Especializado em Assistência Social

CREMV - Centro de Referência de Atendimento da Mulher em Situação de Violência

CS – Centro de Saúde

CT – Conselho Tutelar

DSS – Determinantes Sociais de Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

IEE – Instituto estadual de Educação

LA – Liberdade Assistida

LAMUF - Laboratório de Saúde Pública

LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social

MDS – Ministério de Desenvolvimento Social e Combate a Fome

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família

NOB – Norma Operacional Básica

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização Não-Governamental

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PACS – Programa Agente Comunitário de Saúde

PAEFI – Programa de Atendimento Especializado as Famílias e Indivíduos

PBF – Programa Bolsa Família

PETI – Programa de Erradicação do Trabalho Infantil

PMF – Prefeitura Municipal de Florianópolis

PNAS – Política Nacional de Assistência Social

PPP - Programa Político Pedagógico

PSC – Prestação de Serviço a Comunidade

PSE – Programa Saúde na Escola

PSF – Programa Saúde da Família

SEPREDI - Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias

REMULTISF - Residência Multiprofissional em Saúde da Família

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

UFSC – Universidade federal de Santa Catarina

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1.TRAJETÓRIA DA SAÚDE NA CONSTRUÇÃO DA INTERSETORIALIDADE.....	13
2.A CONFIGURAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM FLORIANÓPOLIS	26
2.1 O processo de trabalho do Assistente Social Residente no NASF.....	29
3. O PAPEL DO ASSISTENTE SOCIAL NA ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL DA SAÚDE COM AS DEMAIS POLITICAS PÚBLICAS	36
3.1 A intersectorialidade na política de saúde.....	37
3.2 A intersectorialidade entre a política de saúde e a política de assistência social	41
3.3 A intersectorialidade entre a política de saúde e a política de educação	50
3.4 A intersectorialidade entre a política de saúde, educação e conselho tutelar.....	60
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
REFERÊNCIAS	71

INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como tema central a questão da intersetorialidade, assunto este presente em diversas políticas públicas como assistência social, educação, criança e adolescente, e amplamente discutido na política de saúde brasileira. Este tema também perpassa a discussão do Serviço Social, mas não apenas, pois é discutido também por médicos, nutricionistas, psicólogos, dentistas, farmacêuticos, educadores físicos, ou seja, pelas mais diversas áreas profissionais. Porém nestas discussões encontramos paralelamente a discussão acerca das “redes de apoio”. Em diversos momentos estes dois assuntos - intersetorialidade e redes de apoio - encontram-se separados por uma linha tênue e acabam sendo tratados, em algumas discussões, como sinônimos. Por compreendermos que existe diferença entre estes dois temas é que buscamos, através de revisão bibliográfica, apresentar a discussão acerca desses dois temas, buscando diferenciá-los.

A motivação pela discussão da intersetorialidade surgiu durante o período de Graduação em Serviço Social e permaneceu em todo o processo de formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família (REMULTISF) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), realizada no Centro de Saúde Agrônômica em Florianópolis. A residência propiciou a vivência do processo de trabalho do assistente social no Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e com isso perceber a importância da intersetorialidade para que seja garantido ao usuário o direito a saúde conforme consta nas diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e para a resolutividade das demandas apresentadas aos profissionais de saúde, mais especificamente ao assistente social.

No decorrer dos dois anos vividos na REMULTISF e imerso no serviço foi possível articular ações intersetoriais envolvendo as políticas de saúde, educação, assistência social e criança e adolescente. Assim, no presente trabalho analisamos tais ações, seus resultados e o papel do assistente social nestas ações.

O objetivo geral deste trabalho foi analisar as articulações intersetoriais existentes no Centro de Saúde Agrônômica, a partir do trabalho do assistente social residente no NASF. A partir deste elencamos três objetivos específicos sendo eles: 1. Identificar as articulações intersetoriais existentes na área de abrangência do Centro de Saúde Agrônômica; 2. Analisar as consequências e mudanças existentes após tal

articulação. 3. Refletir sobre o papel do assistente social nas articulações intersetoriais no território.

Sendo assim dispomos este trabalho em três seções. A primeira apresenta a trajetória percorrida pela saúde para a construção do conceito da intersetorialidade, perpassando pelos modelos de saúde implantados no Brasil e como ponto de partida para discussão da intersetorialidade temos a Conferência de Alma Ata, em 1978, até a VI Conferência Internacional de Promoção da Saúde, na Tailândia em 2005, a nível mundial relacionando com os acontecimentos brasileiros, perpassando a construção da Constituição Federal de 1988, e demais legislações do SUS, posteriormente discutimos os conceitos de intersetorialidade e redes de apoio, trabalhando a revisão bibliográfica acerca do tema e a distinção entre ambos. Na segunda seção tratamos sobre a configuração da atenção primária em Florianópolis a partir da regulamentação da Estratégia de Saúde da Família em 2007 até chegar na criação do NASF em 2008, seu funcionamento e a que se propõe. Acabamos este capítulo discutindo o processo de trabalho do Assistente Social no NASF e a inserção da REMULTSF neste processo. Iniciamos a última seção analisando o papel do Assistente Social na articulação intersetorial com outras políticas públicas a partir do CS Agrônômica. A primeira ação analisada envolve a intersetorialidade na política de saúde entre os seus níveis de complexidade analisando a referência e contrarreferência. Em seguida outra ação é analisada envolvendo a política de saúde e assistência social, através da relação estabelecida com o CRAS e os programas do CREAS. Posteriormente analisa as ações entre as políticas de saúde e educação através do Programa Saúde na Escola (PSE), envolvendo as equipes de Saúde da Família, o NASF e as escolas pertencentes à área de abrangência do CS Agrônômica. Para finalizarmos discutimos a ação entre a política de saúde, educação e o CT e a pactuação de fluxo que resultou de tal articulação.

Finalizamos este trabalho com as considerações finais, momento que permitiu uma reflexão acerca de todo o processo desenvolvido no decorrer deste processo.

1 A TRAJETÓRIA DA SAÚDE NA CONSTRUÇÃO DA INTERSETORIALIDADE

Com o passar dos séculos o conceito de saúde vem sofrendo diversas modificações, passando por diversos modelos de saúde. No Brasil, a organização dos modelos de atenção e a organização das ações de saúde podem ser compreendidas em relação às condições políticas, sociais e econômicas produzidas nos diversos períodos históricos de organização da sociedade brasileira.

Segundo Paim, modelo de atenção

não é padrão, não é exemplo, não é burocracia. Modelo é uma razão de ser – uma racionalidade. É uma espécie de “lógica” que orienta a ação. Modelo de atenção à saúde ou modelo assistencial não é uma forma de organizar serviços de saúde. Também não é um modo de administrar (gestão ou gerenciamento) o sistema e os serviços de saúde. Modelo de atenção é uma dada forma de combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas de saúde e atender necessidades de saúde individuais e coletivas. É uma maneira de organizar os meios de trabalho (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas ou processos de trabalho em saúde. Aponta como melhor combinar os meios técnico-científicos existentes para resolver problemas de saúde individuais e/ou coletivos. Corresponde à dimensão técnica das práticas de saúde. Incorpora uma “lógica” que orienta as intervenções técnicas sobre os problemas e necessidades de saúde (PAIM, 2001, p.7).

Sendo assim de 1889 até 1950, tínhamos como modelo hegemônico de saúde o modelo “sanitarista campanhista”, que possuía uma preocupação com a economia, baseando-se em campanhas sanitárias para combater as epidemias de febre amarela, peste bubônica e varíola. Segundo Mendes (1995) este modelo se preocupava, através de uma visão militarista, com estilo repressivo sobre os corpos individuais e extremamente preocupado com os portos, onde ocorria a exportação de mercadorias, no combate a doenças de massa. Durante este período o entendimento era da “saúde como ausência de doença”.

Com a expansão da economia e o crescimento da industrialização o modelo de saúde vigente já não mais respondia as demandas econômicas, sendo assim deveria ser substituído por outro, passando a vigorar o modelo de saúde “médico assistencial privatista” (MENDES, 1995). Este modelo de atenção utilizado na ditadura militar, onde privilegiava a assistência médica individual curativa estando vinculado ao mercado formal de trabalho, tendo acesso somente os trabalhadores que possuíam

carteira de trabalho assinada, os demais dependiam da caridade e dos atendimentos das Santas Casas de Misericórdia. Segundo Mendes (1995, p.22) neste modelo ocorria um “privilegiamento da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada em detrimento da saúde pública”.

Em 1970, fruto dos movimentos sociais, inicia-se a discussão acerca do conceito de saúde publicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1948. Este conceito reconhece o direito à saúde e a obrigação do Estado na sua promoção e proteção.

Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade. Este conceito refletia, de um lado, uma aspiração nascida dos movimentos sociais do pós-guerra: o fim do colonialismo, a ascensão do socialismo. Saúde deveria expressar o direito a uma vida plena, sem privações (SCLIAR, 2007, p.36-37).

Este novo entendimento da “saúde como bem estar físico, mental e social” passa a ser adotado pela Organização das Nações Unidas (ONU) e pela OMS.

A Declaração de Alma-Ata em 1978, fruto da Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários, indicou a proposta de saúde para todos no ano 2000 e a estratégia de atenção primária em saúde. Esta Declaração serviu como base para a discussão sobre o conceito de saúde, levantando a questão sobre a promoção em saúde no mundo inteiro, ampliando assim a visão a respeito do cuidado da saúde - esta passa a ser compreendida como componente central para o desenvolvimento humano (BRASIL, 2002).

A Conferência reafirma enfaticamente que a saúde - estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental, e a consecução do mais elevado nível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer, além do sector da saúde, a ação de muitos outros sectores sociais e econômicos (DECLARAÇÃO ALMA ATA, 1978, s/p).

Posterior a Declaração de Alma-Ata, aconteceram seis conferências internacionais sobre promoção da saúde. A primeira aconteceu em 1986, na cidade de Otawa, no Canadá. Neste encontro definiu-se de forma mais clara o conceito de promoção de saúde:

A Promoção da Saúde é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Assim, a saúde é

entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida. A saúde é um conceito positivo, que acentua os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Em consequência, a Promoção da Saúde não é uma responsabilidade exclusiva do sector da saúde, pois exige estilos de vida saudáveis para atingir o bem-estar (DECLARAÇÃO DE OTAWA, 1986, s/p).

Começa-se assim a entender a promoção da saúde enquanto equidade, e para que tal entendimento seja alcançado devem-se garantir as seguintes condições básicas a população: paz, abrigo, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis e justiça social. A Carta de Ottawa procura deixar explícito que a “as condições básicas e as expectativas face à saúde não podem ser asseguradas unicamente pelo Sector da Saúde” (DECLARAÇÃO DE OTAWA, 1986, s/p).

Segundo Andrade (2006, p.49-50):

(...) o eixo central do debate passa a ser o processo de produção social da saúde e doença. Assim a promoção da saúde está relacionada a um ‘conjunto de valores’: vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, participação, parceria, desenvolvimento, justiça social, revalorização ética da vida.

(...) Ressalta-se ainda a ‘combinação de estratégias’, ou seja, a promoção da saúde demanda de uma ação coordenada entre os diferentes setores sociais, ações do Estado, da sociedade civil, do sistema de saúde e de outros parceiros intersetoriais.

Neste mesmo ano de 1986 acontece no Brasil a VIII Conferência Nacional de Saúde, a primeira com participação da sociedade civil organizada e tendo como tema a “Democracia é a Saúde”, sendo o marco histórico da Reforma Sanitária. Neste encontro discutiu-se a saúde para além da ausência de doença simplesmente, tratou-se a saúde como bem estar físico, mental e social. A proposta inicial para as discussões era debater simultaneamente três grandes eixos: 1) a saúde enquanto direito do cidadão e dever do Estado, 2) a reformulação do Sistema de Saúde e 3) o financiamento do mesmo. Segundo Arouca (1986, p.36) “a saúde começa a ganhar uma dimensão muito maior do que simplesmente uma questão de hospitais, de medicamentos. Ela se supera e quase que significa num certo instante, o nível e qualidade de vida”.

Em relação ao movimento sanitário Bravo (2009, p. 09) indica que:

As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e

municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde.

Como consequência em 1988 foi promulgada a Constituição Federal, trazendo a conformidade da saúde que temos atualmente. Segundo o artigo 196 da referida Constituição “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, s/p). Esta conquista em relação à saúde deu-se devido a luta dos movimentos sociais da época, conseguindo incluir o que havia sido preconizado na Carta de Otawa.

Neste mesmo ano, em 1988, acontecia a II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, na cidade de Adelaide, na Austrália, reafirmando a Carta de Otawa e discutindo a importância da promoção da saúde e das políticas públicas para a determinação da saúde da população, identificando quatro áreas de ação sendo elas: saúde da mulher, alimentação e nutrição, tabaco e álcool e criação de ambientes favoráveis à saúde. Tal conferência elegeu seu tema central diversas políticas públicas que “se caracterizam pelo interesse e preocupação explícitos de todas as áreas das políticas públicas em relação à saúde e à equidade e pelos compromissos com o impacto de tais políticas sobre a saúde da população” (CARTA DE OTAWA, 1988, s/p).

A partir deste momento pode-se identificar explicitamente a questão da intersetorialidade, que tem o discurso da promoção da saúde, bem como a importância da responsabilização do setor público “não só pelas políticas sociais que formula e implementa (ou pelas consequências quando deixa de fazê-lo), como também pelas políticas econômicas e seu impacto sobre a situação de saúde e do sistema de saúde.” (BUSS, 2000, p.171).

Dois anos depois em 1990, no Brasil, foi promulgada a Lei 8.080 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e a Lei 8.142 que trata da participação da comunidade como cogestora do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre o financiamento do mesmo, expressando as conquistas da Constituição Federal.

Assim como a Constituição Federal, a Lei 8.080 traz alguns elementos presentes nas conferências internacionais sobre promoção da saúde, para que se compreenda a saúde não mais como condição de vida em sociedade e tão pouco como ausência de

doença, mas sim a condição de saúde da população sendo determinada por todos os fatores que venham a influenciar sua qualidade de vida.

Segundo o artigo 3 da Lei 8.080 de 1990:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (BRASIL, 1990, s/p).

Dentro desta perspectiva passamos a ter uma visão mais ampliada em relação à saúde, entendendo que “as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde” (BUSS; FILHO, 2007, p.76) sendo este conceito denominado de Determinantes Sociais de Saúde (DSS).

Segundo Buss e Filho (2007, p.76):

Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população.

A universalidade, equidade, integralidade, descentralização, resolutividade, regionalização, hierarquização e participação popular, surgem com o intuito de atender integralmente as demandas dos usuários.

Segundo o artigo 7 da Lei 8.080 de 1990, a integralidade significa “um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990, s/p). Englobando assim as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Na referida lei a intersectorialidade aparece como ação importante para atender as demandas da população e suas necessidades de saúde, envolvendo ações nos setores de alimentação e nutrição, saneamento e meio ambiente, vigilância sanitária e farmacoeconomia, recursos humanos, ciência e tecnologia e saúde do trabalhador através de comissões intersectoriais.

Art. 12. Serão criadas comissões intersectoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.

Parágrafo único. As comissões intersectoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS (BRASIL, 1990, s/p).

No ano seguinte em 1991, em Sundsvall – Suécia acontece a III Conferência Internacional de Promoção da Saúde, evidenciando as conferências anteriores e tendo como tema central a criação de ambientes favoráveis a saúde, onde deve ocorrer o incentivo para que cada ser humano cuide de si próprio, do outro, da comunidade e do meio ambiente natural. Segundo Gurgel (2010, p.84) “ambiente favorável à saúde não diz respeito somente à proteção do meio ambiente e à conservação dos recursos naturais, mas especialmente à ambiência onde ocorrem as relações de trabalho”.

Em 1992 acontece a Conferência Internacional de Promoção da Saúde na cidade de Santafé de Bogotá, Colômbia, para tratar especificamente da promoção da saúde nos países da América Latina. Essa discussão fez-se necessário por se tratarem de países em desenvolvimento.

(...) região, desgarrada pela iniquidade que se agrava pela prolongada crise econômica e pelos programas de políticas de ajuste macroeconômico, enfrenta a deterioração das condições de vida da maioria da população, junto com um aumento de riscos para a saúde e uma redução de recursos para enfrentá-los (BRASIL, 2002, p.54).

Frente a esta situação de iniquidade social, faz-se necessário buscar alternativas que possibilitem a justiça social, a equidade e a qualidade de vida, elementos considerados indispensáveis à saúde e ao desenvolvimento. Para isso discutiu-se novas alternativas de ação para a saúde pública.

A situação de iniquidade da saúde nos países da América Latina reitera a necessidade de se optar por novas alternativas na ação da saúde pública, orientadas a combater o sofrimento causado pelas enfermidades do atraso e pobreza, ao que se sobrepõe os efeitos colaterais trazidos pelas enfermidades da urbanização e industrialização (BRASIL, 2002, p. 54).

Tal Conferência Internacional de Promoção da Saúde trouxe em suas discussões a intersectorialidade quando referiu a necessidade de “fortalecer a capacidade convocatória do setor saúde para mobilizar recursos para a produção social da saúde, estabelecendo responsabilidades de ação nos diferentes setores sociais e seus efeitos sobre a saúde” (DECLARAÇÃO DE SANTAFÉ DE BOGOTÁ, 1992).

Posteriormente em 1997 aconteceu a IV Conferência Internacional de Promoção da Saúde na cidade de Jacarta – Indonésia, tendo como tema: “Novos Protagonistas para uma Nova Era: Orientando a Promoção da Saúde no Século XXI - tem lugar num momento crítico das estratégias internacionais de desenvolvimento em prol da saúde”

(DECLARAÇÃO DE JACARTA, 1997), sendo uma conferência importante por ser a primeira a acontecer em um país em desenvolvimento e por incluir o setor privado no apoio à promoção da saúde. Segundo a Carta de Jacarta (1997, s/p), tinha-se o entendimento de que “A saúde é um direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento social e econômico”, sendo assim as desigualdades e a pobreza representavam uma ameaça à saúde. Desta conferência foram tiradas cinco prioridades, sendo elas:

1. Promover a responsabilidade social para com a saúde, tanto do setor público quanto do setor privado;
2. Aumentar os investimentos para fomentar a saúde;
3. Consolidar e expandir parcerias em prol da saúde, envolvendo diversos setores da sociedade;
4. Aumentar a capacidade comunitária e dar direito de voz ao indivíduo;
5. Conseguir uma infraestrutura para a promoção da saúde (DECLARAÇÃO DE JACARTA, 1997, s/p).

Estas cinco prioridades serviram como base para a V Conferência Internacional de Promoção da Saúde na Cidade do México, em 2000. Segundo Andrade (2006, p.52) a conferência teve três objetivos básicos, sendo eles:

1. Demonstrar como a promoção da saúde faz uma diferença na saúde e na qualidade de vida, especialmente para as pessoas que vivem em circunstâncias adversas;
2. Posicionar a saúde na agenda das agências de desenvolvimento internacional, nacional e local;
3. Estimular alianças para a saúde entre os diferentes atores em todos os níveis da sociedade.

Analisando estes três eixos percebe-se a reafirmação de que a política de saúde envolve diversas políticas existentes, necessitando de investimentos de diversos setores e que estes dialoguem entre si. Segundo Andrade (2006) é necessário que todos os setores avaliem suas políticas e os impactos que estas geram sobre a saúde da população.

Cinco anos após acontecia na cidade de Bangkok, na Tailândia, a VI Conferência Internacional de Promoção da Saúde, tendo como tema central a “Promoção da saúde em um mundo globalizado”, tendo como finalidade identificar ações, compromissos e promessas necessários para abordar os determinantes da saúde em um mundo globalizado através da promoção da saúde. Nesta conferência foram propostos os seguintes compromissos:

- Tornar a promoção da saúde uma preocupação central na agenda do desenvolvimento global;
- Tornar a promoção da saúde uma responsabilidade central para o governo como um todo;
- Tornar a promoção da saúde um dos principais focos das comunidades e da

sociedade civil; Tornar a promoção da saúde uma exigência da boa prática corporativa (DECLARAÇÃO DE BANGKOK, 2005, s/p).

Percebe-se que desde a Declaração de Alma-Ata, realizada em 1978, até a última Conferência de Promoção da Saúde, ocorrida em 2005, apesar de não ter sido explicitado o termo intersetorialidade este aparece em diversos momentos. Na política de saúde brasileira começou-se a discutir a intersetorialidade a partir das discussões acerca da integralidade das ações e da promoção da saúde, tendo como referência a promulgação da Lei 8.080, em 1990.

A intersetorialidade é um tema atualmente discutido por diferentes áreas do conhecimento, dentro destas discussões é possível perceber diferentes enfoques e entendimentos a cerca do tema. Segundo Schutz e Miotto (2010), diante desta diversidade de conceitos podemos agrupá-las dentro de três enfoques: o entendimento da intersetorialidade como complementaridade das políticas, como prática e como princípio de trabalho em rede.

Em relação ao enfoque da intersetorialidade como complementaridade das políticas as autoras colocam que:

(...) é possível identificar no conceito de intersetorialidade a possibilidade de uma nova forma de abordagem das necessidades da população, pautada na complementaridade de setores, na perspectiva da superação da fragmentação. Nesta lógica, as necessidades da população são vislumbradas e atendidas em sua totalidade, ou seja, em suas diversas dimensões (SCHUTZ; MIOTTO, 2010, p.61).

Dentro desta perspectiva entendemos que a intersetorialidade envolve ações integradas de diversas políticas para que a população possa ter sua demanda atendida de forma integral. Segundo Miotto e Schutz (2011, p.02) “(...) a intersetorialidade envolve ações integradas de distintos setores, no atendimento da população, cujas necessidades são pensadas a partir de sua realidade concreta, de modo a colocar em pauta as peculiaridades de sua condição de vida”.

Sendo assim, a integralidade possibilita entender as demandas dos sujeitos e atendê-las em sua totalidade, buscando superar as fragmentações das políticas públicas como estão postas atualmente. Segundo Junqueira, Inojosa e Komatsu (1998, p.24) a intersetorialidade é:

(...) a articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações, com o objetivo de alcançar resultados integrados em situações complexas, visando um efeito sinérgico no desenvolvimento social. Visa promover um impacto positivo nas

condições de vida da população, num movimento de reversão da exclusão social.

Segundo Junqueira (2000) esta nova maneira de planejar, avaliar e executar as políticas públicas garantirá o acesso igual aos desiguais.

Seguindo esta linha de pensamento para a Rede Unida intersectorialidade é

(...) a articulação entre sujeitos de setores sociais diversos e, portanto, de saberes, poderes e vontades diversos, para enfrentar problemas complexos. É uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas que pretende possibilitar a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população (FEUERWERKER; COSTA, 2000, p.26).

Dentro desta mesma perspectiva segundo Martini (*apud* PRISF, 2009, p.13):

A intersectorialidade pode ser entendida como uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas visando à superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos significativos na saúde da população. Implica na articulação entre sujeitos de diferentes setores sociais, e, portanto, de saberes, para enfrentar problemas complexos.

Monerat e Souza (2009) compartilham desta visão de que a intersectorialidade deve ser uma estratégia de rompimento da fragmentação e que atua também contra as inequidades sociais.

Westphal e Ziglio (1999) também entendem a intersectorialidade enquanto complementaridade de setores, e afirmam que é através da intersectorialidade que podemos ter uma ampla visão do mundo real, e das suas relações com diferentes níveis de contexto. Compartilham do pensamento de Inojosa e Junqueira (1997):

A intersectorialidade foi definida como a articulação de saberes e experiências na identificação participativa de problemas coletivos, nas decisões integradas sobre políticas e investimentos, com o objetivo de obter retornos sociais, com efeitos sinérgicos, no desenvolvimento econômico-social e na superação da exclusão social (WESTPHAL; ZILGIO, *apud* JUNQUEIRA; INOJOSA, p. 116).

No que se refere ao enfoque da intersectorialidade como prática, Schutz e Miotto (2010) indicam que este enfoque diz respeito às construções de práticas intersectoriais, entendendo estas práticas como a possibilidade de abordagem e atendimento conjunto das demandas da população, onde cada setor pode contribuir com seu fazer e perspectiva setorial de maneira articulada.

Nascimento (2010) compartilha deste entendimento, por perceber a intersectorialidade como uma articulação entre as instituições governamentais e entre essas e a sociedade civil. Spozati (2010) compartilha do pensamento de Nascimento quando diz que:

A intersectorialidade na gestão pública significa adotar uma decisão racional no processo de gestão, cuja aplicação pode ser positiva ou não. Ela não pode ser considerada antagônica ou substitutiva da setorialidade, mas complementar, ou seja, deve-se realizar uma combinação entre política setorial com intersectorial, e não contrapô-las no processo de gestão (NASCIMENTO, 2010 *apud* SPOZATI, 2010 p.100).

Segundo Spozati (2010, p.140) a “intersectorialidade contribui para a criação de reconhecimento de setores resultantes da integração entre as áreas setoriais”.

Seguindo esta mesma linha Teixeira e Paim (2000) compartilham do pensamento da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e da OMS afirmando que a intersectorialidade é definida como: “processo em que os objetivos, as estratégias e os recursos de cada setor se consideram segundo suas repercussões e efeitos nos objetivos, estratégias, atividades e recursos dos demais setores” (OPS/OMS *apud* TEIXEIRA; PAIM, 2000, p.64).

Também compartilhando deste entendimento da OPAS/OMS, Silva e Rodrigues (2007), aproximam este conceito do setor da saúde afirmando que a intersectorialidade é:

(...) compreendida (...) como uma relação reconhecida entre uma ou várias partes do setor saúde com uma ou várias partes de outro setor que se tenha formado para atuar em um tema visando alcançar resultados de saúde de uma maneira mais efetiva, eficiente ou sustentável do que poderia alcançar o setor saúde agindo por si só (SILVA; RODRIGUES, 2010. p.763).

Com o intuito de discutir a ação intersectorial para a saúde a OMS promoveu uma conferência internacional que discutiria este tema, seguindo a perspectiva da renovação da saúde para todos. Nesta oportunidade, uma definição alcançada pelo consenso dos participantes estabeleceu que “ação intersectorial para a saúde” o mesmo conceito utilizado por Silva e Rodrigues citado anteriormente.

No terceiro enfoque Schutz e Miotto (2010) definem a intersectorialidade como princípio do trabalho com redes, sendo que esta deve nortear a construção de redes intersectoriais, promovendo através desta rede uma articulação entre as políticas públicas, uma vez que cada política pública já possui sua rede de apoio social, porém

estas funcionam de forma desarticulada. Bourguignon (2001, p.03), diz o seguinte em relação às políticas públicas:

Tradicionalmente as políticas públicas básicas (educação, assistência social, saúde, habitação, cultura, lazer, trabalho, etc.) são setoriais e desarticuladas, respondendo a uma gestão com características centralizadoras, hierárquicas, deixando prevalecer práticas na área social que não geram a promoção humana. Além disto, percebe-se que cada área da política pública tem uma rede própria de instituições e/ou serviços sociais.

A autora na mesma obra define intersectorialidade como:

(...) articulação entre as políticas públicas através do desenvolvimento de ações conjuntas destinadas a proteção, inclusão e promoção da família vítima do processo de exclusão social. Considera-se a intersectorialidade um princípio que orienta as práticas de construção de redes municipais (BOURGUIGNON, 2001, p.06).

Zancan (2003) também entende a intersectorialidade enquanto construção de rede, e afirma que intersectorialidade implica no: “incremento da participação e organização social dos diversos segmentos da sociedade e na construção de redes de articulações e parcerias, a exemplo da rede que se quer construir com o movimento de cidades/comunidades saudáveis” (ZANCAN, 2003, p.46).

Outro autor que aborda intersectorialidade em conjunto com as redes é Junqueira (2000, p.42).

A intersectorialidade incorpora a ideia de integração, de território, de equidade, enfim, dos direitos sociais. É uma nova maneira de abordar os problemas sociais. Cada política social encaminha a seu modo uma solução, sem considerar o cidadão na sua totalidade nem a ação das outras políticas sociais, que também estão buscando a melhoria da qualidade de vida. Essa abordagem supõe a consideração dos problemas sociais onde eles se manifestam. Nessa perspectiva a cidade constitui um espaço privilegiado para realizar a ação intersectorial.

Procurando entender essa relação entre intersectorialidade e rede, pesquisamos em alguns autores o significado deste segundo conceito. Percebemos que este conceito está diretamente interligado ao termo apoio, que vem a ser a sua função principal. Segundo Alexandre et al (2011, p.242) “apoio social consiste nos recursos relacionais de que uma pessoa dispõe para enfrentar diferentes situações na vida”. O conceito amplo da palavra ‘rede’, é entendido enquanto uma relação mútua, “relações de trocas, as quais implicam obrigações recíprocas e laços de dependência mútua (ANDRADE; VAISTMAN, 2002, *apud* LANDIM, 2002, p. 927).

Diversos autores como More (2005), Sluzki (2003), Mioto (2002), Dabas, (1995) entendem a rede social enquanto conjunto de pessoas ligadas através de vínculos por meio da família, amigos ou vizinhos que funcionam como recursos de apoio em situações diversas ao longo da vida dos indivíduos. Segundo More (2005, p.289) “a rede social é um grupo de pessoas, membros da família, vizinhos, amigos e outras pessoas com a capacidade de aportar uma ajuda e um apoio tão reais como duradouros a um indivíduo ou famílias”. Essas redes sociais estão em constante construção e movimento, a todo o momento de acordo com a dinâmica e momento de vida do indivíduo, sendo assim, podem ser acrescentados ou excluídos membros a qualquer momento.

Segundo Carvalho et al (2006, p.595) “as redes tem uma dinâmica própria: constituem-se, modificam-se, dissolvem-se, comportam relações simétricas, assimétricas, suportivas, conflitivas estáveis ou instáveis”. Estas construções ocorrem em diversos momentos da vida do indivíduo, e em diversos sistemas que o mesmo frequenta, representando para o indivíduo um suporte para as mais diversas situações nas quais o mesmo não consegue enfrentá-las sozinho, sem um apoio.

As redes sociais de apoio são encontradas nos diversos sistemas, desde o microespaço de convivência diária, como o ambiente imediato da pessoa, onde se desenvolvem as relações interpessoais, até os sistemas mais amplos, que incluem contextos históricos, culturais, socioeconômicos e políticos. A abordagem de rede social evidencia a limitação do indivíduo e a constante dependência mútua entre os seus membros e, independentemente de gênero, classe ou cultura, as relações são estabelecidas pelos vínculos sociais e alicerçadas na solidariedade entre seus integrantes (ALEXANDRE et al, 2011, p.242).

As redes podem ser divididas em rede social primária e rede social secundária. Estando a primeira vinculada à afetividade das relações, definida como “conjunto de pessoas que se conhecem entre si, unidas por vínculo de família, amizade, vizinhança, trabalho, estudo e lazer. Configuram uma totalidade em que seus membros estão unidos por relação de natureza afetiva” (KERN, 2005 *apud* GRUPO E.I.E.M. 2005, p.53).

A segunda vinculada à funcionalidade da mesma, definida como “conjuntos sociais instituídos normativamente, estruturados de forma precisa, para desenvolver uma série de missões e funções específicas (escola, empresa, comércio, hospital, etc)” (KERN, 2005 *apud* GRUPO E.I.E.M. 2005, p.53). Campos (2002, p.01) também compartilha desta concepção e o mesmo afirma que “a família extensa, parentes ainda que não coabitantes, os vizinhos, amigos, companheiros de outras associações,

constituem em uma rede social primária”, e o autor afirma que a rede social secundária “se constrói ao mesmo tempo, com pessoas também significativas reunidas a partir de seu agrupamento em organizações tais como clubes, ambientes de trabalho, escolas, entre outros”.

Sanicola (2008) compartilha deste entendimento apresentado até então, nomeando a rede social primária de redes naturais ou informais e a rede social secundária como redes artificiais ou formais.

Segundo Valla (2000) as redes sociais são o instrumento que a população utiliza para se defender das adversidades pelas quais passam no decorrer da vida, e até mesmo do próprio sistema financeiro existente, o capitalismo.

(...) termos como ‘redes sociais’ e ‘poder’ se relacionam mais com as formas com que as classes populares se defendem e como buscam sua sobrevivência diante de quem as domina. Trata-se de uma postura de defesa, e neste sentido as classes populares se preocupam com que a justiça seja feita mais do que alcançarem o poder (Chauí, 1990). Assim, trabalho com a idéia de que as redes sociais das quais as classes populares participam já existem e que o poder que buscam é o de se defender deste capitalismo dito ‘selvagem’ buscando, desta forma, sua ‘sobre-vida’ (VALLA, 2000, p.37).

Esta breve discussão acerca dos conceitos de intersetorialidade e redes de apoio nos possibilitaram refletir que apesar destes conceitos possuírem significados semelhantes para alguns autores e até mesmo se complementarem muitas vezes no atendimento a demanda dos usuários não são sinônimos. Todavia, entendemos que as redes de apoio não conseguem perceber o usuário em sua totalidade, atende os usuários somente em suas demandas pontuais, contribuindo para que permaneça a fragmentação das políticas públicas. Outro aspecto da rede de apoio é que esta em diversos momentos acaba por responsabilizar o usuário pela resolução de suas necessidades, desresponsabilizando o Estado.

Já a intersetorialidade percorre o caminho contrário, uma vez que prevê a articulação de políticas públicas, para atender as demandas dos usuários na sua integralidade, sendo a intersetorialidade uma possibilidade de superação da fragmentação das políticas públicas. Percebemos que todas as iniciativas acerca da intersetorialidade devem ser incentivadas e valorizadas por acreditar que estas ações permitiram pensar e planejar as políticas de maneira articulada.

2. A CONFIGURAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE EM FLORIANÓPOLIS

A política de saúde brasileira veio sofrendo diversas modificações no decorrer dos anos. Em Florianópolis, através da Portaria/SS/GAB n. 283/2007 foi regulamentada a Estratégia de Saúde da Família (ESF), como política de saúde adotada pelo município, regulamentando suas ações e eixos de funcionamento. Segundo a referida Portaria:

A Estratégia de Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no Município de Florianópolis, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde – SUS. A Estratégia de Saúde da Família deve ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes de Saúde da Família (ESF) - atuam (BRASIL, 2007 s/p).

Dentro desta perspectiva de sistema de saúde os Centros de Saúde ficaram como porta de entrada dos usuários ao sistema. Desde o final da década de 1990 quando ainda vigorava o Programa Saúde da Família (PSF), até a atual ESF a equipe mínima é composta por médico, enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde (ACS). Estas equipes trabalham de acordo com os fundamentos da atenção básica, sendo eles, territorialidade com população adstrita, integralidade, universalidade, equidade, trabalho em equipe, criação de vínculo com o usuário e controle social.

Em 2011, no âmbito nacional, a Portaria n. 2.488 de 21 de outubro de 2011 veio substituir a Portaria n. 648 de 28 de março de 2006, esta diz respeito a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Segundo Brasil (2011, s/p) a atenção básica é “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde”. Com este novo entendimento acerca da saúde, como condição de vida em sociedade, levando em conta que os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) “são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (BUSS; FILHO, 2007, p. 78), percebeu-se que a equipe mínima da ESF não era capaz de suprir todas as demandas levantadas pelos usuários. Isso devido à falta de outras profissões na equipe mínima, sendo a

integralidade o princípio norteador da ESF, significa atender o usuário em sua totalidade.

A integralidade enquanto princípio norteador da Estratégia de Saúde da Família (ESF) implica uma abordagem do indivíduo e da comunidade numa visão abrangente, que deve levar em conta os aspectos sociais, culturais e econômicos. Assim sendo, cabe à equipe de Saúde da Família enfrentar, além dos problemas individuais e biológicos, os problemas coletivos e socioculturais das pessoas e da comunidade pela qual tem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2009, p.101).

Para atender as novas demandas em 2008 o governo criou o NASF, através da Portaria n. 154/2008, que também veio a ser substituída pela Portaria n. 2.488/2011. Segundo esta os NASF “(...) foram criados com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade”.

O NASF é composto por equipes multiprofissionais (no mínimo cinco profissionais de nível superior e que não coincidam com a equipe mínima), que visam apoiar as equipes de saúde da família, ampliando assim o atendimento e a resolutividade das demandas do usuário, sendo que o NASF atua como apoio as equipes de saúde da família, não se constituindo como porta de entrada para atendimentos, permanecendo como porta de entrada do sistema de saúde as equipes de saúde da família.

Um NASF deve ser constituído por uma equipe, na qual profissionais de diferentes áreas de conhecimento atuam em conjunto com os profissionais das Equipes de Saúde da Família, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de saúde da família. Tal composição deve ser definida pelos próprios gestores municipais e as equipes de saúde da família, mediante critérios de prioridades identificadas a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações. O NASF não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas sim de apoio às equipes de saúde da família (BRASIL, 2009, p.7).

Através da Portaria n.26 de 2014 que aprova a Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde de Florianópolis, documento este que tem como objetivo ordenar a Atenção Primária à Saúde (APS) no âmbito municipal, definindo normas e diretrizes para o funcionamento das equipes e serviços de atenção primária, amplia tal visão a respeito do NASF, colocando este como porta de entrada quando o profissional NASF for o recurso mais acessível na ocasião.

Tal Portaria coloca em seu artigo 16 que:

Os atendimentos da equipe NASF são regulados pelas ESF, salvo quando: (a) encaminhados de acordo com fluxos ou critérios previamente definidos pela gestão municipal ou pelas equipes ESF e NASF em comum acordo; (b) em situações urgentes ou imprevistas em que o profissional NASF seja o recurso mais acessível no momento (BRASIL, 2014, p. 21).

O trabalho do NASF segue a lógica da territorialização, que é o reconhecimento do território de um dado município, observando aspectos como demografia, qualidade de vida da população, vulnerabilidade social, epidemiologia e acesso aos serviços de saúde, formando-se assim um novo mapa da região e vários novos territórios dentro do mesmo município, denominados distritos sanitários.

Segundo Teixeira, Paim e Vilasbôas (1998, p.20):

O processamento das informações e a sua projeção em mapas permite a identificação de vários territórios superpostos no âmbito do município. Assim é que as experiências de distritalização em curso permitiram que se avançasse para a identificação do ‘território distrito’ (ou município, caso este corresponda a um DS), cuja base é geográfico-populacional, configurada segundo a distribuição da população nos vários aglomerados urbanos (bairros, favelas, invasões, etc.), ao qual se superpõe o ‘território área de abrangência das unidades de saúde’, delimitadas em função da demanda aos serviços. Em seguida, é possível delimitar as ‘microáreas’ em função das condições de vida e mapear os principais problemas que atingem grupos populacionais e até grupos de famílias específicos em determinadas ruas e bairros.

Dentro desta perspectiva os NASF desempenham suas atividades nos “CS e em outros pontos da rede de atenção e do território, preferencialmente na área de abrangência das equipes apoiadas, realizando ações de apoio e retaguarda assistencial de acordo com as necessidades das equipes apoiadas e do território” (BRASIL, 2014)

Pensar o NASF enquanto equipe multiprofissional atuante para além do CS, presente no território significa entender que a atenção à saúde da população se constrói a partir de uma perspectiva múltipla, interdisciplinar e, também, participativa, na qual a intervenção sobre o processo saúde-doença é resultado da interação e do protagonismo dos sujeitos envolvidos: trabalhadores e usuários que produzem e conduzem as ações de saúde conjuntamente.

A complexidade dos problemas de saúde requer para o seu enfrentamento a utilização de múltiplos saberes e práticas. O sentido da mudança do foco dos serviços e ações de saúde para as necessidades individuais e coletivas, portanto para o cuidado, implica a produção de relações de acolhimento, de vínculo e de responsabilização entre os trabalhadores e a população, reforçando a

centralidade do trabalho da equipe multiprofissional (EPSJV, 2005, p.75).

O apoio à ESF acontece através do matriciamento, segundo Figueredo e Campos (2009, p.130) “o apoio matricial se configura com um suporte técnico especializado que é ofertado a uma equipe interdisciplinar de saúde a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações.” Dentro desta perspectiva o NASF através deste apoio divide a responsabilidade do território com as ESF.

2.1 O PROCESSO DE TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL RESIDENTE NO NASF

Dentro deste processo de trabalho que atualmente em Florianópolis encontra-se o residente multiprofissional¹, tal relação acontece através de um convênio existente entre a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Florianópolis e a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), possibilita que os residentes se insiram no cotidiano dos serviços de atenção básica – ESF e NASF.

Para a efetivação do projeto proposto pela REMULTISF é necessário que os residentes construam um trabalho comum com a unidade de saúde onde os profissionais se complementem, construindo uma interação entre residentes/profissionais/usuários, possibilitando “uma atuação multiprofissional e iluminados por uma construção interdisciplinar, com responsabilidade integral sobre a população adscrita, sendo esta compreendida como parceira da equipe de saúde” (ALMEIDA; MISHIMA, 2001, p. 151).

Atualmente fazem parte da REMULTISF as seguintes profissões da área da saúde: Enfermagem, Odontologia, Farmácia, Nutrição, Serviço Social e Educação Física, estando as profissões de Enfermagem e Odontologia ligadas a equipe de Saúde da Família e as demais profissões ligadas ao NASF. Desta maneira o residente possui a maior parte de sua carga horária inserido no serviço.

¹ O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (REMULTISF) da UFSC, com foco de atuação na atenção básica do município de Florianópolis. A residência tem como objetivo a formação voltada para o SUS, facilitando o processo de formação profissional para a atuação em consonância com seus princípios e diretrizes. Tal processo ocorre através de uma articulação entre ensino e serviço.

Sendo assim percebemos este modelo de educação tem o trabalho como princípio educativo, inserido no cotidiano do serviço, tendo a universidade como retaguarda é que se possibilita uma prática reflexiva sobre o processo de trabalho vivenciado e após tal reflexão busca-se a redefinição das práticas de saúde, em alguns momentos transformando o serviço. Este processo de ação - reflexão - transformação funciona como um ciclo e a cada completar do ciclo gera um impacto para o serviço e conseqüentemente para os profissionais que nele estão inseridos.

Desde a implantação do NASF em Florianópolis o Serviço Social foi uma das profissões escolhidas pela gestão para compor a equipe multiprofissional. Segundo Brasil (2009) a inclusão da profissão no NASF está de acordo com os princípios éticos e políticos, bem como prioriza respeitar e efetivar a Lei de Regulamentação da Profissão e o Código de Ética.

As ações de serviço social deverão se situar como espaço de promoção da cidadania e de produção de estratégias que fomentem e fortaleçam redes de suporte social, propiciando maior integração entre serviços sociais e outros equipamentos públicos e os serviços de saúde nos territórios adscritos, contribuindo para o desenvolvimento de ações intersetoriais que visem ao fortalecimento da cidadania (BRASIL, 2009, p.99).

De forma mais abrangente o assistente social, atende as competências exigidas para os profissionais de saúde, estando estas situadas nas dimensões técnicas, humanas, políticas e sociais, buscando sempre trabalhar “permanentemente na relação entre estrutura, conjuntura e cotidiano, contribuindo com as equipes na apreensão e na ação em face do cotidiano, no qual as determinações conjunturais se expressam e a prática se realiza” (BRASIL, 2009, p.101), com o intuito de garantir o direito a saúde e a qualidade de vida do usuário.

Exigem-se dos profissionais de saúde competências nas dimensões técnicas, humanas, políticas e sociais. As habilidades e atitudes mais exigidas dizem respeito à capacidade de comunicação, realização de uma escuta qualificada, propiciando o diálogo entre comunidade e profissionais dos serviços, capacidade de articulação das redes sociais comunitárias, fortalecimento de parcerias entre equipe e comunidade e as outras políticas públicas setoriais; mediação entre usuários e equipe de saúde e entre os próprios membros das equipes, fundamentado no compromisso profissional, na ética, no respeito às diferenças e à cultura local (BRASIL, 2009, p.102).

Sendo assim todas as situações matriciadas ou atendidas pelo Serviço Social buscam estes objetivos acima descritos, procurando sempre garantir os direitos dos

usuários na busca por uma saúde plena, superando o modelo biomédico existente, com base no entendimento da saúde como condição de vida em sociedade, amparada nos DSS e nos princípios do SUS.

(...) o assistente social, em conjunto com as demais categorias profissionais, procura conduzir-se no sentido de compreender, intervir, antecipar e planejar projetos sociais e terapêuticos que vão para além da dimensão biomédica. Compõe-se assim uma prática de integralidade, apoiada na interdisciplinaridade e na intersetorialidade, facultando uma inserção diferenciada do assistente social na área da saúde, de forma a superar o estatuto tradicional de profissão paramédica, típico do modelo biomédico (BRASIL, 2009, p.100).

Segundo Brasil (2009, p.101) os objetivos do Serviço Social no NASF são os seguintes, podendo ser ajustados de acordo com a realidade do território adscrito:

1. Desenvolver ações que garantam a escuta e acolhida dos usuários;
2. Incentivar e contribuir no processo de fortalecimento da autonomia e da organização pessoal do usuário;
3. Apoiar os usuários na construção e ressignificação de seu projeto de vida;
4. Criar espaços grupais que possibilitem a construção de relações humanizadoras e socializadoras por meio de trocas de experiências e construção de rede de apoio;
5. Desenvolver ações integradas com os profissionais da equipe correlacionados com a área de atuação em atenção à saúde e demais políticas públicas;
6. Socializar informações nas equipes e participar de discussão de situações vivenciadas por usuários e/ou familiares com as demais categorias profissionais, valorizando as ações desenvolvidas por eles;
7. Promover a integração dos demais membros da equipe de trabalho;
8. Produzir conhecimento sobre a população atendida na área da saúde, processo de pesquisa e a especificidade do serviço social;
9. Participar da elaboração conceitual/metodológica para apoiar as práticas educativo-participativas desenvolvidas pela equipe de trabalho, com usuários e população atendida;
10. Construir coletivamente e de forma participativa entre a equipe de saúde, segmentos organizados da comunidade, usuários e demais sujeitos sociais populares envolvidos a organização do trabalho comunitário.
11. Incentivar a participação dos usuários nos fóruns de discussão e deliberação, tais como: Conselhos Locais de Saúde, Conselho Distrital de Saúde, Conselhos de Assistência Social, Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente, Conselhos do Idoso e demais Conselhos de direitos, Reuniões da Comunidade, e outros.

A partir destes objetivos, que não são privativos ao assistente social, “mas sim como resultado da interação com todos os profissionais na sua interface com a área estratégica do Serviço Social” (BRASIL, 2009, p.103) é que foram organizadas as ações

do Serviço Social no NASF. Segundo Brasil (2009, p.102) as ações estão assim detalhadas:

1. Coordenar os trabalhos de caráter social adstritos às equipes de saúde da família;
2. Estimular e acompanhar o desenvolvimento de trabalhos de caráter comunitário em conjunto com as equipes de saúde da família;
3. Discutir e refletir permanentemente com as equipes de saúde da família a realidade social e as formas de organização social dos territórios, desenvolvendo estratégias de como lidar com suas adversidades e potencialidades;
4. Atenção às famílias de forma integral, em conjunto com as equipes de saúde da família, estimulando a reflexão sobre o conhecimento dessas famílias, como espaços de desenvolvimento individual e grupal, sua dinâmica e crises potenciais;
5. Identificar no território, junto com as equipes de saúde da família, valores e normas culturais das famílias e da comunidade que possam contribuir para o processo de adoecimento;
6. Discutir e realizar visitas domiciliares com as equipes de saúde da família, desenvolvendo técnicas para qualificar essa ação de saúde;
7. Possibilitar e compartilhar técnicas que identifiquem oportunidades de geração de renda e desenvolvimento sustentável na comunidade ou de estratégias que propiciem o exercício da cidadania em sua plenitude, com as equipes de saúde da família e a comunidade;
8. Identificar, articular e disponibilizar, junto às equipes de saúde da família, rede de proteção social;
9. Apoiar e desenvolver técnicas de educação e mobilização em saúde;
10. Desenvolver junto com os profissionais das equipes de saúde da família estratégias para identificar e abordar problemas vinculados à violência, ao abuso de álcool e a outras drogas;
11. Estimular e acompanhar as ações de controle social em conjunto com as equipes de saúde da família;
12. Capacitar, orientar e organizar, junto com as equipes de saúde da família, o acompanhamento das famílias do Programa Bolsa-Família e outros programas federais e estaduais de distribuição de renda;
13. No âmbito do serviço social, identificar e buscar as condições necessárias para a atenção domiciliar.

Assim como os “Cadernos de Atenção Básica” - lançados pelo Ministério da Saúde - a Carteira de Serviços da Atenção Primária de Saúde de Florianópolis apresenta diretrizes para a gestão das equipes, apontando atividades comuns a todos os profissionais e atividades específicas de cada profissão. Sendo assim as atividades mínimas comuns a todos os profissionais do NASF são:

- Apoiar as ESF/ESB na territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;
- Apoiar as ESF/ESB na articulação de recursos terapêuticos do território e das redes de saúde e intersetoriais;

Realizar atividades colaborativas diretas com as ESF/ESB, como consultas conjuntas; visitas domiciliares conjuntas, grupos compartilhados; apoio do NASF a grupos das ESF, entre outros;

Realizar, em conjunto com as ESF/ESB, o manejo de casos complexos, através de: atendimentos específicos; discussão de projetos/planos terapêuticos; interconsultas presenciais e por telefone ou meio eletrônico; apoio à tomada de decisão da ESF em situações complexas, urgentes ou imprevistas;

Realizar intervenções específicas dos profissionais dos NASF, como consultas individuais ou familiares; grupos específicos; intervenções educativas com profissionais e com a população;

Realizar atendimentos e outras intervenções/atividades, em conjunto com as ESF/ESB ou não, para pessoas de todas as faixas etárias e com todos os tipos de problemas, dentro dos limites de seu núcleo profissional e da capacidade tecnológica da atenção primária;

Realizar a gestão/regulação do acesso aos seus atendimentos e intervenções específicas e contribuir para a regulação do acesso a serviços de atenção especializada em sua área temática / profissional, em conjunto com as ESF;

Realizar encontros regulares com todas as ESF apoiadas para organização, execução e avaliação do apoio, com periodicidade mínima mensal;

Registrar todas as ações realizadas com usuários no prontuário eletrônico da SMS (INFOSaúde);

Colaborar com o desenvolvimento de atividades docente-assistenciais nas equipes e unidades apoiadas (PMF, 2014).

Posteriormente o mesmo documento descreve as atividades mínimas específicas de cada categoria profissional que compõe o NASF, sendo que tais atividades devem ser consideradas em adição atividades comuns a todos os profissionais, sendo o assistente social responsável por desenvolver as seguintes atividades:

Promover pactos de divisão de trabalho e qualificar a relação da APS com os CRAS de sua área de abrangência e conselhos tutelares;

Realizar identificação, articulação e ativação de rede de recursos comunitários, governamentais e não governamentais;

Apoiar as ESF em tratamentos com centralidade de fatores socioeconômicos e no acompanhamento de pessoas em situação de vulnerabilidade social, como os participantes de programas assistenciais governamentais (BRASIL, 2014, S/P)

Comparando as diretrizes do Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde e a Carteira de Serviços da Secretaria Municipal de Florianópolis observamos que ambas seguem a mesma linha de orientação para o trabalho do NASF. Percebemos que a intersetorialidade aparece em diversos momentos, como função dos profissionais que compõem esta equipe, porém é notável que em diversos momentos recai sobre o assistente social a responsabilidade acerca das ações intersetoriais. Percebemos esta afirmação, por exemplo, quando o Ministério da Saúde descreve ser de responsabilidade

deste profissional disponibilizar para as equipes de Saúde da Família a rede de proteção social, sendo que a disponibilização de tal rede por si só já envolve parte de uma ação intersetorial, uma vez que faz-se necessário conhecer e pactuar fluxos de encaminhamento com tal rede. Outro exemplo explícito está na colocação que o assistente social deve “capacitar, orientar e organizar, junto com as equipes de saúde da família, o acompanhamento das famílias do Programa Bolsa-Família e outros programas federais e estaduais de distribuição de renda” (BRASIL, 2009, p.102). Neste segundo exemplo é preciso uma comunicação e articulação com os demais programas e políticas existentes dentro do município.

Na Carteira de Serviços a intersectorialidade também aparece como responsabilidade de todos os profissionais NASF, porém nas atividades mínimas do assistente social fica clara tal responsabilização, quando este é responsável por qualificar a relação de trabalho com as demais políticas da rede.

Seguindo esta lógica o Caderno de Atenção Básica que trata das “Diretrizes do NASF” (BRASIL, 2009) coloca que a intersectorialidade deve ser uma forma de trabalhar e articular setores e políticas.

O conceito ampliado de saúde e o reconhecimento de uma complexa rede de condicionantes e determinantes sociais da saúde e da qualidade de vida exigem dos profissionais e equipes trabalho articulado com redes/instituições que estão fora do seu próprio setor. A intersectorialidade é essa articulação entre sujeitos de setores sociais diversos e, portanto, de saberes, poderes e vontades diversos, a fim de abordar um tema ou situação em conjunto. Essa forma de trabalhar, governar e construir políticas públicas favorece a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população (BRASIL, 2009, p.18).

O Serviço Social a partir desta orientação para todos os profissionais adota a intersectorialidade como um dos objetivos a serem cumpridos, ao indicar o desenvolvimento de “[...] ações integradas com os profissionais da equipe correlacionados com a área de atuação em atenção à saúde e demais políticas públicas” (BRASIL, 2009, p.101).

Sendo assim o assistente social, entendendo o usuário em sua totalidade, busca em conjunto com os profissionais da equipe de Saúde da Família desenvolver ações intersectoriais com as demais políticas públicas existentes, com o objetivo de proporcionar a população o atendimento integral de suas demandas, lutando pela

efetivação da equidade no acesso aos serviços, pela redução das desigualdades sociais e transformação social.

O assistente social residente no desenvolvimento de seu trabalho no NASF do Distrito Sanitário Centro, especificamente no Centro de Saúde Agrônômica entendendo a intersetorialidade como parte indispensável para o atendimento aos usuários, desenvolveu atividades intersetoriais com a política de saúde – alta complexidade (hospitais), política de assistência social, de educação, conselho tutelar, tais relações serão analisadas na seção seguinte deste trabalho.

3. O PAPEL DO ASSISTENTE SOCIAL NA ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL DA SAÚDE COM AS DEMAIS POLÍTICAS PÚBLICAS

Esta seção objetiva analisar as ações intersetoriais desenvolvidas no NASF do Centro de Saúde Agrônômica a partir do trabalho desenvolvido pelo Serviço Social na REMULTISF. As ações analisadas envolvem cinco políticas sociais, sendo: Saúde, Educação, Assistência Social e Criança e Adolescente (envolvendo a articulação com o Conselho Tutelar).

A análise terá início a partir de ações intersetoriais estabelecidas dentro dos níveis de complexidade na área da saúde envolvendo a atenção básica e os hospitais, posteriormente passaremos a descrever as ações com as demais políticas sociais. A análise do envolvimento entre a política de saúde e a política de assistência social será através da relação com os seguintes setores: Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), Serviço de Proteção Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias (SEPREDI), Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI), Centro de Referência de Atendimento à Mulher em Situação de Violência (CREMV), Casa de Passagem e Centro de Atendimento à População de Rua (CENTRO POP). Com a política de educação será através da relação com o Programa Saúde na Escola (PSE). Com a política voltada para criança e adolescente através da relação com o Conselho Tutelar. Tais articulações intersetoriais envolveram a discussão e acompanhamento de 121 (cento e vinte e um) usuários, estando assim dispostos:

Tabela 1 – Articulações intersetoriais em função do atendimento de usuários do CS

Agrônômica – área Serviço Social – 2013-2014

Política Social	Setor	Número de usuários
Política de Saúde	Hospital Universitário	3
Política de Assistência Social	CRAS	11
	SEPREDI	12
	PAEFI	8
	CREMV	5
	Casa de Passagem	4
	CENTRO POP	2
Política de Educação	Escola Padre Anchieta	30
	Escola Desdobrada Osvaldo Galupo	11

	Instituto Estadual de Educação	12
Criança e Adolescente	Conselho Tutelar	23
Total de usuários acompanhados		121

Fonte: Elaboração da autora com base nas articulações realizadas a partir do Centro de Saúde Agrônômica, (2013/2014).

3.1 A INTERSETORIALIDADE NA POLITICA DE SAÚDE

O modelo do sistema de saúde brasileiro é centrado na hierarquização das ações e serviços de saúde por níveis de complexidade. Isto significa dizer que ele se estrutura em níveis de maior ou menor complexidade de ações e serviços de saúde, conforme dispõe o artigo 8º, da Lei 8.080/90.

Art. 8º As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente (BRASIL, 1990, s/p).

Sendo assim o sistema de saúde está dividido em três níveis de complexidade sendo eles: atenção básica ou primária, atenção secundária ou média complexidade e atenção terciária ou alta complexidade.

A atenção básica deve atuar como porta de entrada para o sistema, resolvendo a maior parte das demandas de saúde (cerca de 85% das situações) dos usuários e ordenando a demanda por serviços de maior complexidade, organizando os fluxos da continuidade da atenção e do cuidado.

Por tecnologia de baixa densidade, fica subentendido que a atenção básica inclui um rol de procedimentos mais simples e baratos, capazes de atender à maior parte dos problemas comuns de saúde da comunidade, embora sua organização, seu desenvolvimento e sua aplicação possam demandar estudos de alta complexidade teórica e profundo conhecimento empírico da realidade (CONASS, 2007, p.16).

Sendo assim a atenção básica compreende os centros de saúde, estes devem ter visão integral da assistência à saúde da população de sua área de abrangência, garantindo o acesso dos usuários, porém nem todas as demandas se esgotam neste nível de complexidade.

Em seguida temos a média complexidade ou atenção secundária que, segundo o Ministério da Saúde:

[...] é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento (MS, 2015, s/p).

Como complemento a tal definição, o material de apoio “O SUS de A s Z” relaciona os procedimentos compreendidos na média complexidade sendo eles: procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros profissionais de nível superior e nível médio, cirurgias ambulatoriais especializadas, procedimentos traumatológico-ortopédico, ações especializadas em odontologia, patologia clínica, anatomopatologia e citopatologia, radiodiagnóstico, exames ultra-sonográficos, diagnóstico, fisioterapia, terapias especializadas, próteses e órteses e anestesia.

A média complexidade compreende os seguintes serviços de saúde: Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Policlínicas, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Vigilância Sanitária e Ambiental, Vigilância Epidemiológica, Laboratório de Saúde Pública (LAMUF) e Centro de Controle de Zoonoses (CCZ).

Sendo estes serviços também incapazes de resolver a demanda da população encaminhada da atenção básica temos a alta complexidade. Esta é definida como: “conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade)” (BRASIL, 2009, s/p). As principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS, organizadas em redes são: assistência ao paciente portador de doença renal, crônica (por meio dos procedimentos de diálise), assistência ao paciente oncológico, cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular, cirurgia cardiovascular pediátrica, procedimentos da cardiologia intervencionista, procedimentos endovasculares extracardíacos, laboratório de eletrofisiologia, assistência em traumatologia-ortopedia, procedimentos de neurocirurgia, assistência em otologia, cirurgia de implante coclear, cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical, cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático, procedimentos em fissuras lábio-palatais, reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático, procedimentos para a avaliação e o tratamento dos transtornos respiratórios do sono, assistência aos pacientes portadores de queimaduras, assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia

bariátrica), cirurgia reprodutiva, genética clínica, (Brasil, 2009). As unidades que compõem a alta complexidade são os hospitais.

Percebemos que o SUS hierarquiza o sistema público de saúde nos três níveis acima descritos, para que o usuário seja acolhido e atendido prioritariamente nos centros de saúde, que de acordo com a avaliação e seu quadro clínico pode ser encaminhado (referenciado) para outro nível de complexidade e este após ter sua demanda atendida e seu quadro clínico estabilizado, será reencaminhado (contra-referência) para o centro de saúde a fim de dar seguimento ao tratamento de saúde.

Referência representa o maior grau de complexidade, para onde o usuário é encaminhado para um atendimento com níveis de especialização mais complexos, os hospitais e as clínicas especializadas. Já a contra-referência diz respeito ao menor grau de complexidade, quando a necessidade do usuário, em relação aos serviços de saúde, é mais simples, ou seja, o cidadão pode ser contra-referenciado, isto é conduzido para um atendimento em nível mais primário, devendo ser esta a unidade de saúde mais próxima de seu domicílio (FRANTINI et al, 2008, p.67).

Assim consideramos a referência e contra-referência um dos pontos importantes para viabilizar a implantação do SUS e seus princípios. O mecanismo de referência e contra-referência é uma organização administrativa do sistema de saúde, visando possibilitar o acesso dos usuários a todos os serviços existentes no SUS pelos usuários que procuram os centros de saúde.

Desta maneira torna-se possível garantir ao usuário um fluxo dentro dos níveis de atenção do SUS, da menor complexidade para a maior complexidade e a realização do fluxo inverso, possibilitando um melhor acompanhamento. Para que tal processo seja viabilizado precisamos buscar mecanismos facilitadores, sendo estes fundamentais para a concretização do princípio da integralidade.

Como facilitador deste processo de referência e contra-referência no município de Florianópolis envolvendo a atenção básica e média complexidade temos o prontuário único e eletrônico dos usuários, que é utilizado nos dois níveis do sistema, possibilitando acompanhar a trajetória do usuário em ambos os níveis de atenção.

A mesma comunicação e acompanhamento não são possíveis quando envolve a alta complexidade, visto que esta não faz uso do mesmo prontuário eletrônico e os demais níveis de atenção não possuem acesso aos prontuários hospitalares. Em diversos momentos quando o usuário é referenciado para a alta complexidade ou contra-referenciado por esta, percebemos que o usuário fica “perdido” pela rede, dificultando

seu acompanhamento e, muitas vezes, nem chegando ao local referenciado ou vice-versa, comprometendo seu atendimento integral.

Destacamos também que o número de profissionais de saúde insuficientes contribui para que o usuário seja responsabilizado pelo seu auto-cuidado, encontrando diversas dificuldades em seu percurso e muitas vezes não chegando ao seu destino final. Pensando a partir do centro de saúde, esse fato complexifica tanto a continuidade do cuidado na atenção básica, como o acompanhamento pós alta hospitalar de forma mais resolutiva (MACHADO; COLOMÉ; BECK, 2011).

Para Machado, Colomé e Beck (2011) no cotidiano dos serviços de saúde, bem como o sucesso e agilidade dos encaminhamentos realizados, dependem, em sua maioria, dos relacionamentos interpessoais e da informalidade, muito mais do que de um fluxo sistematizado e pré-estabelecido entre os níveis de complexidade, nos quais as vias de acesso formais, muitas vezes, não funcionam adequadamente.

Conforme explanado anteriormente de que em diversos momentos a intersectorialidade é uma prática profissional, mantemos contato com o Hospital Universitário da UFSC e dialogando com os profissionais de Serviço Social e de Psicologia da instituição conseguimos atender conjuntamente 03 usuários, possibilitando para estes um atendimento integral. Realizamos atendimentos conjuntos, havendo o deslocamento das profissionais de Serviço Social e Enfermagem para atendimento e manutenção do vínculo deste usuário enquanto estava internado no hospital, o que gerou um ganho para a atenção básica possibilitando o acompanhamento longitudinal deste usuário em todos os seus momentos de fragilidade e vulnerabilidade social. Para a instituição hospitalar foi positivo visto que conhecendo a história pregressa deste usuário melhor conseguiu intervir em sua situação de saúde e mais eficientemente serão os encaminhamentos para cuidados pós-alta hospitalar.

Percebemos como resultado benéfico desta articulação intersectorial a humanização do atendimento, mantendo o vínculo entre paciente, família e sistema de saúde; a redução do tempo de internação e da exposição às complicações daí decorrentes, bem como a disponibilização de leitos hospitalares e a diminuição dos custos, sem falar na agilidade na recuperação dos usuários. A partir de então construímos uma articulação entre o hospital e o centro de saúde Agrônômica, facilitando a comunicação e o acesso aos usuários que por si só não conseguem manter o auto cuidado e possuem um vínculo familiar e comunitário frágil ou inexistente em

diversos momentos, agravando assim sua condição de saúde e conseqüentemente sua recuperação.

3.2 A INTERSETORIALIDADE ENTRE A POLITICA DE SAÚDE E A POLITICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

A Constituição Federal de 1988 traz uma nova concepção acerca da assistência social, ao incluir a mesma na Seguridade Social compondo o tripé com a saúde e a previdência social, passando esta a ser entendida como política pública, fazendo parte do campo dos direitos do cidadão e dever do Estado. Esta política é destinada para todos os cidadãos que dela necessitarem, diferenciando-se da saúde que é universal e da previdência social que é destinada para quem contribui, operando na forma de seguro.

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 (BRASIL, 1988, s/p).

A assistência social foi regulamentada através da Lei Orgânica da Assistência Social n. 8.742 de 7 de dezembro de 1993 (LOAS). A referida lei define a política de assistência social e seus objetivos:

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

Art. 2º A assistência social 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 1 (um) salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família. Parágrafo único. A assistência social realiza-se de forma integrada às políticas setoriais, visando ao enfrentamento da pobreza, à garantia dos mínimos sociais, ao provimento de condições

para atender contingências sociais e à universalização dos direitos sociais (BRASIL, 1993, s/p).

A LOAS estabelece também os princípios e diretrizes para a política, sendo estes a universalização dos direitos sociais, igualdade de acesso aos serviços, descentralização político administrativa e participação da população.

Após a aprovação da LOAS, em 1993, o ano de 2003, é o novo marco regulatório da política de assistência social, pois aconteceu a IV Conferência Nacional de Assistência Social, tendo como tema a “Assistência Social como Política de Inclusão: uma nova agenda para a cidadania – LOAS 10 anos” e trouxe como deliberação a implantação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Esta conferência

[...] aprovou uma nova agenda política para o reordenamento da gestão das ações descentralizadas e participativas de Assistência Social no Brasil. Deliberou pela implantação do SUAS, modelo de gestão para todo território nacional, que integra os três entes federativos e objetiva consolidar um sistema descentralizado e participativo (...) (BRASIL, 2005, p.81).

Segundo a carta de deliberações da referida conferência quem coordenará este reordenamento será o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) e cita também que este processo deve ter prazo para implantação, como forma de pressão para a efetivação do SUAS:

[...] sob a coordenação do Ministério da Assistência Social, seja implantado/implementado o Sistema Único de Assistência Social – SUAS de forma descentralizada, regionalizada e hierarquizada, com base no território. O Plano Nacional de Assistência Social deve ser a tradução da implantação do SUAS, deixando claro a estratégia de implantação (MDS, 2003, s/p).

No ano seguinte em 2004, através da Resolução nº 145 foi aprovado pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) a intenção de implementar o SUAS. A decisão do MDS

[...] por intermédio da Secretaria Nacional de Assistência Social – SNAS e do Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS, de elaborar, aprovar e tornar pública a presente Política Nacional de Assistência Social – PNAS, demonstra a intenção de construir coletivamente o redesenho desta política, na perspectiva de implementação do Sistema Único de Assistência Social – SUAS. Esta iniciativa, decididamente, traduz o cumprimento das deliberações da IV Conferência Nacional de Assistência Social (...), e denota o compromisso do MDS/SNAS e do CNAS em materializar as diretrizes da Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS (BRASIL, 2005, p.11).

A PNAS trabalha dentre outros aspectos a questão da proteção social, sendo esta a maneira como a sociedade se organiza e se articula institucionalmente para proteger seus membros em situação de vulnerabilidade. Para Castel (*apud* YASBEK, 2010, p.4) “proteção social é condição para construir uma sociedade de semelhantes: um tipo de formação social no meio da qual ninguém é excluído”.

A fim de organizar a proteção social Política Nacional de Assistência Social (PNAS) divide esta em Proteção Social Básica e Proteção Social Especial, estando esta última subdividida em Proteção Social Especial de Média Complexidade e Proteção Social Especial de Alta Complexidade.

A proteção social básica tem a função de prevenir as situações de risco social e de vulnerabilidade, nestas situações não existe violação de direitos. Esta prevenção ocorre através do desenvolvimento de potencialidades e aquisições e de fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, percebe-se uma centralidade das ações na família.

A proteção social básica tem como objetivos prevenir situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Destina-se à população que vive em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos, dentre outros) e, ou, fragilização de vínculos afetivos – relacionais e de pertencimento social (discriminações étnicas, de gênero ou por deficiências, dentre outras) (BRASIL, 2005, p.33).

Prevê ainda o desenvolvimento de serviços, programas e projetos locais de acolhimento, convivência familiar e comunitária, conforme identificação da situação de risco social apresentada. A proteção social básica é desenvolvida pelo CRAS, este é responsável pelo acompanhamento das famílias em situação de vulnerabilidade social. A equipe do CRAS é composta por assistentes sociais, psicólogos e profissionais administrativos que acompanham as famílias.

Segundo a PNAS o CRAS deve oferecer serviços analisando o contexto social ao qual está inserido e atendendo as seguintes orientações:

Programa de Atenção Integral às Famílias; Programa de inclusão produtiva e projetos de enfrentamento da pobreza; Centros de Convivência para Idosos; Serviços para crianças de 0 a 6 anos, que visem o fortalecimento dos vínculos familiares, o direito de brincar, ações de socialização e de sensibilização para a defesa dos direitos das crianças; Serviços socioeducativos para crianças, adolescentes e jovens na faixa etária de 6 a 24 anos, visando sua proteção,

socialização e o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários; Programas de incentivo ao protagonismo juvenil, e de fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários; Centros de informação e de educação para o trabalho, voltados para jovens e adultos (BRASIL, 2005, p. 36).

A Proteção Social Especial de Média Complexidade atende às famílias e indivíduos que tiveram ameaça ou seus direitos violados, porém seus vínculos familiares e comunitários não foram rompidos. Segundo a PNAS esta situação requer “maior estruturação técnico-operacional e atenção especializada e mais individualizada, e, ou, de acompanhamento sistemático e monitorado” (BRASIL, 2005, p.38). Este tipo de proteção é executado pelo CREAS e como orientação para trabalhar com estas situações a referida legislação sugere que seja ofertado pelo município serviços e programas que contemplem as seguintes situações:

Serviço de orientação e apoio sociofamiliar; Plantão Social; Abordagem de Rua; Cuidado no Domicílio; Serviço de Habilitação e Reabilitação na Comunidade das Pessoas com Deficiência; Medidas socioeducativas em meio-aberto (Prestação de Serviços à Comunidade – PSC e Liberdade Assistida – LA) (BRASIL, 2005, p.38).

Buscando seguir esta orientação o município de Florianópolis através do CREAS oferece os seguintes serviços²:

- Centro de Referência de Atendimento da Mulher em Situação de Violência (CREMV) - é um equipamento essencial do programa de prevenção e enfrentamento à violência contra a mulher, oferecendo espaço de acolhimento e atendimento social, psicológico e orientação jurídica individual ou em grupo, visando promover a ruptura da situação de violência. Atende a mulheres com faixa etária entre 18 e 59 anos e que se encontre em situação de violência doméstica.
- Programa de Atendimento Especializado às Famílias e Indivíduos (PAEFI) - tem como objetivo geral fornecer atendimento psicossocial a crianças e adolescentes vítimas de violência e suas famílias. Atende às crianças e adolescentes vítimas de qualquer tipo de violência, abuso e/ou exploração

² As informações referentes aos serviços e seu funcionamento foram retiradas do site institucional da Secretaria de Assistência Social da Prefeitura Municipal de Florianópolis: <http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/semas/index.php?cms=protecao+social+de+media+complexidade&menu=5>.

visando garantir os seus direitos fundamentais, o fortalecimento de sua auto-estima e o restabelecimento do direito a convivência familiar.

- Serviço de Orientação e Acompanhamento ao Adolescente em Cumprimento de Medida Socioeducativa de LA e PSC - serviço de orientação, apoio e supervisão visando promover socialmente o adolescente e sua família, inserindo-os se necessário, em programa oficial ou comunitário de auxílio e assistência social; Supervisão de frequência e aproveitamento escolar do adolescente, promovendo, inclusive se necessário, sua matrícula; acompanhamento e encaminhamento no sentido da profissionalização do adolescente e de sua inserção mercado de trabalho.

- Programa de Erradicação do Trabalho Infantil - Peti/PAEFI - serviço socioeducativo ofertado para as crianças e adolescentes de 0 a 15 anos afastadas do trabalho precoce, transferência de renda para suas famílias e ações socioassistenciais. As ações socioeducativas de convivência são executadas em parceria com entidades, estas atendem as crianças e adolescentes no contra turno escolar, realizando atividades como: esporte, dança, artes plásticas, apoio pedagógico entre outros.

- Centro Especializado de Referência para Atendimento à População de Rua (CENTRO POP) - oferece atendimento especializado à população adulta em situação de rua.

- Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias (SEPREDI) - realiza atendimento psicossocial ao idoso e à pessoa com deficiência, em situação de direitos violados, bem como suas famílias, visando à proteção e defesa de seus direitos, o fortalecimento da estrutura e dos vínculos familiares. Desenvolve ações de acolhida aos idosos, pessoas com deficiência e famílias, averiguação de denúncias, estudo e diagnóstico psicossociais, acompanhamento e orientações aos idosos e familiares, visitas domiciliares, mediação de conflitos familiares, notificação ao Ministério Público e outros órgãos de Justiça e articulação com a rede de serviços do Município. Atende pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos e pessoas com deficiência (qualquer idade) que apresentem situação de violência e suas famílias.

- Renda Extra para Idosos - benefício mensal de um salário mínimo concedido à idosos (que residam em Florianópolis pelo menos há 5 anos) com idade igual ou superior aos 60 anos com incapacidade física ou mental, cuja renda familiar mensal seja de até 3 salários mínimos.

Os Serviços de Proteção Social Especializada de Alta Complexidade são destinados a indivíduos que tiveram seus direitos violados e ainda romperam com seus vínculos familiares e comunitários, sendo assim garantem proteção integral, moradia, alimentação, higienização e trabalho protegido para famílias e indivíduos que se encontram sem referência e/ou em situação de ameaça, necessitando ser retirado do convívio familiar e/ou comunitário. Estes serviços também são executados pelo CREAS e segundo a PNAS as orientações para a execução é de que seja oferecido a esta população específica o seguinte:

Atendimento Integral Institucional; Casa Lar; República; Casa de Passagem; Albergue; Família Substituta; Família Acolhedora; Medidas socioeducativas restritivas e privativas de liberdade (semiliberdade, internação provisória e sentenciada); Trabalho protegido (BRASIL, 2005, p.38).

Em Florianópolis o município oferta os seguintes serviços³:

- Casa de Apoio Social ao Morador de Rua - destina-se ao acolhimento de pessoas com idade acima de 18 anos, do sexo masculino, em situação de rua, com vínculos familiares fragilizados e/ou rompidos; encaminhados pelo CENTRO POP. A capacidade instalada é de 30 (trinta) pessoas diariamente, num período de 24 horas ininterruptas. O oferecimento deste serviço proporciona ao usuário o acolhimento no que refere aos cuidados básicos de higiene pessoal, alimentação, pernoite, acompanhamento especializado a condição muitas vezes debilitada pela ausência de saúde física/emocional, associada ao uso/abuso de álcool e outras drogas e a sua condição geral de vida na rua. Ainda como proposta de inclusão social a Casa de Apoio oferece seu espaço para o acolhimento às pessoas que após tratamento em dependência química nas comunidades terapêuticas, necessitam de apoio no que refere à reinserção no mercado de trabalho, na família e na sociedade.

³ As informações referentes aos serviços e seu funcionamento foram retiradas do site institucional da Secretaria de Assistência Social da Prefeitura Municipal de Florianópolis: <http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/semas/index.php?cms=protecao+social+de+alta+complexidade>.

- Casa de Passagem - acolhe provisoriamente, crianças e adolescentes em situação de risco social proporcionando-lhes o suprimento de suas necessidades básicas, tais como: alimentação, higiene, atendimento à saúde e lazer. O processo socioeducativo se dará em parceria com o projeto Crianças Fazendo Arte – Cidade da Criança na qual crianças e adolescentes participam das oficinas oferecidas pelo Projeto durante o período em que permanecem na Casa de Passagem. Além do atendimento socioeducativo, recebem também atendimento psicossocial.

- Casa de Passagem para Mulheres - acolhe provisoriamente, mulheres e seus filhos vítimas de violência e em risco social proporcionando-lhes o suprimento de suas necessidades básicas, tais como: proteção, alimentação, higiene, atendimento à saúde e lazer.

No município de Florianópolis as medidas socioeducativas restritivas e privativas de liberdade (semiliberdade, internação provisória e sentenciada) são oferecidas pelo Governo de Estado de Santa Catarina através do Centro de Atendimento Socioeducativo da Grande Florianópolis (Case).

Posteriormente, em 2005 é aprovada a Resolução n. 130 que estabelece a Norma Operacional Básica da Assistência Social (NOB/SUAS) que visa a implantação e a consolidação do SUAS.

A NOB/SUAS pontua 17 princípios organizativos do SUAS, dentre eles 3 são referentes a articulação intersetorial. Em um dos itens refere à articulação intersetorial entre o SUAS e a Previdência Social, afirma que “articulação intersetorial de competências e ações entre o SUAS e o Sistema Nacional de Previdência Social, gerando vínculos entre sistemas contributivos e não contributivos” (BRASIL, 2005, p.88).

Em outro ponto discute a articulação entre o SUAS e a Educação, afirmando que:

Articulação intersetorial de competências e ações entre o SUAS e o Sistema Educacional por intermédio de serviços complementares e ações integradas para o desenvolvimento da autonomia do sujeito, por meio de garantia e ampliação de escolaridade e formação para o trabalho (BRASIL, 2005, p.88).

No último item acerca do assunto destaca a articulação entre o SUAS e o SUS, como compartilhamento da responsabilidade na atenção dos usuários atendidos por ambas as políticas e no mesmo território.

Articulação intersetorial de competências e ações entre o SUAS e o Sistema Único de Saúde – SUS, por intermédio da rede de serviços complementares para desenvolver ações de acolhida, cuidados e proteções como parte da política de proteção às vítimas de danos, drogadição, violência familiar e sexual, deficiência, fragilidades pessoais e problemas de saúde mental, abandono em qualquer momento do ciclo de vida, associados a vulnerabilidades pessoais, familiares e por ausência temporal ou permanente de autonomia principalmente nas situações de drogadição e, em particular, os drogaditos nas ruas (BRASIL, 2005, p.88).

Observamos que em diversos pontos da Política de Assistência Social assim como no SUS existem referências acerca da intersetorialidade, aparece enquanto ponto organizativo da política e também como atividades de responsabilidade do CRAS e do CREAS colocadas pela PNAS, ações estas que estão postas como alternativa de rompimento com a desigualdade e com a exclusão social e como maneira de acesso integral aos direitos e alternativa enquanto qualidade de vida.

A fragmentação e setorização das políticas públicas e a burocracia para acesso do usuário aos serviços dificulta que o mesmo acesse seus direitos, muitas vezes submete o mesmo a ter que explicar sua situação para diversos profissionais sem que sua demanda seja atendida de forma integral, tornando os serviços poucos resolutivos.

[...] o excesso de burocracia é percebido como um dos principais obstáculos no atendimento da população. Por conta disto, os usuários percorrem longos caminhos entre os serviços. Tem de se submeter uma gama de trâmites burocráticos. Ou seja: burocracia, neste aspecto, dificulta o acesso do usuário aos serviços. Desta forma, a ausência da intersetorialidade, ou seja, de uma efetiva articulação entre políticas públicas e seus serviços, onera os usuários. Acrescentam, no bojo destas questões, que as políticas estão em caixinhas. As próprias políticas públicas estruturam-se de maneira setORIZADA. Neste processo, salientam que as famílias são responsabilizadas, muitas vezes, a percorrer uma enorme rede para conseguir apenas um atendimento. A família circula nos serviços à espera de resolutividade (MIOTO; SCHUTZ, 2011, p.17).

Foi por compartilhar deste entendimento sobre a importância da intersetorialidade que surgiu, por iniciativa partiu da Assistente Social Residente do NASF a articulação intersetorial entre NASF/CRAS/CREAS.

A primeira articulação aconteceu com o CRAS, pois percebemos que em diversos momentos as famílias acompanhadas por esta unidade também são

acompanhadas pelo NASF, porém o enfoque dado CRAS não é o mesmo dado pelo NASF. Segundo consta na PNAS, o profissional de Serviço Social do CRAS atua diretamente no território sendo porta de entrada para o serviço de assistência social, salvo os casos de violação de direitos, ao contrário do assistente social do NASF que tem como atividade principal apoiar as ESF e a maior parte de seus atendimentos partem de situações matriciadas e previamente detectada pelas equipes, não sendo porta de entrada para o serviço. Outro diferencial é que a Secretaria Municipal de Assistência Social dispõe de verba para benefícios e programas assistenciais e a Secretaria Municipal de Saúde não possui, sendo assim quando precisamos de algum suporte material para o usuário recorremos às articulações com as demais políticas existentes no município. Entendemos que apesar de se tratar da mesma categoria profissional – Serviço Social - o papel desempenhado pelas profissionais possuem focos diferenciados. Neste trabalho conjunto com o CRAS detectamos que existiam usuários que já eram acompanhados e outros não. Isso possibilitou-nos realizar discussões das demandas apresentadas pelos usuários e conjuntamente pensar sobre as possibilidades e maneiras de garantir o acesso aos seus direitos, melhor qualidade de vida e consequentemente melhora no seu processo de saúde-doença.

Este diálogo possibilita visualizar o cidadão em sua totalidade/integralidade e principalmente traçar um plano de ação para os atendimentos e acompanhamentos dos usuários pelos profissionais envolvidos. O acompanhamento conjunto do usuário proporciona um caminho para o rompimento do atendimento setorial das políticas públicas, por outro lado o acompanhamento desarticulado cria dificuldades para o usuário, pois o mesmo oscila entre o atendimento da assistência social e da saúde, sentindo-se “perdido”.

Segundo Monerat e Souza (2011, p.47):

[...] embora a passos lentos, alguns movimentos permitem identificar o potencial para retomada do debate em torno da Seguridade Social. Destaca-se nesse cenário o paradigma da promoção da saúde e a reatualização da discussão sobre os determinantes sociais nessa área que se refletem em programas prioritários fortemente dependentes da ação intersetorial. [...] o cenário contemporâneo abre um campo de possibilidades de diálogo intersetorial, não só entre estas duas arenas, mas também entre outras áreas de política social.

Em relação à articulação com o CREAS e seus programas tivemos um grande avanço apesar da fragmentação existente dentro das políticas atualmente. Tal

articulação superou a discussão de caso, possibilitou que por diversas vezes nos reuníssemos e montássemos planos terapêuticos para as famílias envolvidas, pactuávamos como aconteceriam as visitas, o que seria abordado nas mesmas e posteriormente discutíamos os resultados das intervenções e reavaliávamos os procedimentos seguintes. Tal processo nos permitiu, em diversos momentos, realizar visitas domiciliares e reuniões familiares conjuntas. Essa ação – reflexão – ação facilitou que chegássemos aos objetivos propostos. Estas ações nos possibilitaram, por exemplo, reestabelecer vínculo familiar entre idosos em situação de abandono e negligência com seus filhos, idosos estes que já vinham sendo acompanhados apenas pelo NASF há mais de três anos sem sucesso e com grande piora de sua situação de saúde. Outra situação exitosa foi no atendimento conjunto com o CREMV que possibilitou que as mulheres sintam-se seguras para transpor a situação de violência doméstica, violência esta que vinha acontecendo por diversos anos e com inúmeras orientações para registro de boletim de ocorrência sem sucesso.

A partir de visitas domiciliares conjuntas com o PAEFI conseguimos que famílias percebessem que as políticas estavam atuando conjuntamente e que visávamos à proteção das crianças envolvidas no processo de violência.

Sendo assim percebemos que

A intersetorialidade nas políticas públicas é o único meio de se garantir e efetivar os direitos humanos em sua integralidade e indivisibilidade. As políticas setoriais ainda dialogam com dificuldade. Suas estruturas, institucionalidades, linguagens e espaços de socialização de seus profissionais contribuem para esse isolamento, que se reflete também nos mecanismos institucionais de participação social. O peso da cultura institucional da burocracia estatal - refratária a mudanças - e da lógica de construção das políticas públicas - fragmentada e setorial - são o principal empecilho a uma efetiva integração das políticas de efetivação de direitos e redução das desigualdades no país (BRASIL, 2007, p. 85).

3.3 A INTERSETORIALIDADE ENTRE A POLITICA DE SAÚDE E A POLITICA DE EDUCAÇÃO

Iniciamos analisando a relação saúde e educação por meio do PSE, que é um programa do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação e Cultura, que propõe a articulação entre estas duas políticas visando o atendimento integral das crianças em idade escolar, das escolas públicas e creches de todo o território nacional.

O PSE foi instituído através do Decreto Presidencial nº 6.286 e surgiu como um dos eixos de intervenção do Programa Mais Saúde: direito de todos, lançado em dezembro de 2007. Segundo o Caderno de Atenção Básica n. 24 o Programa Mais Saúde: direito de todos busca:

[...] aprofundar os grandes objetivos da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), no período de 2008-2011, a partir das diretrizes estratégicas organizadas em um conjunto de ações que contemplam 73 medidas e 165 metas, que objetivam avançar na constituição de um sistema de saúde universal, equânime e integral, consolidando ações de promoção da saúde e da intersetorialidade (BRASIL, 2009, p.12).

Segundo o Ministério da Saúde, tal programa pode ser definido como um meio para que os brasileiros possam melhorar significativamente suas condições de saúde e sua qualidade de vida, tendo mais acesso a ações e serviços de qualidade.

Uma das estratégias do Programa Mais Saúde: direito de todos diz respeito a promoção da saúde e a intersetorialidade, como uma maneira de se atingir uma melhora na qualidade de vida.

Consolidar as ações de Promoção da Saúde e a Intersetorialidade no centro da estratégia, como decorrência da articulação das ações de saúde com a nova orientação do padrão de desenvolvimento brasileiro, vinculando crescimento, equidade e sustentabilidade com um novo modelo de atenção centrado na busca de qualidade de vida como uma política nacional e federativa de governo (BRASIL, 2008, p.7).

O Programa Mais Saúde: direito de todos objetiva implementar o PSE em articulação com o Ministério da Educação beneficiando pelo menos 26 milhões de alunos de escolas públicas.

O PSE articula os Ministérios da Saúde e da Educação, trabalhando ações de prevenção, promoção e atenção a saúde. Segundo o Decreto 6.286/2007 o PSE tem como finalidade contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica.

Segundo o Decreto 6.286 são objetivos do PSE:

I - promover a saúde e a cultura da paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde, bem como fortalecer a relação entre as redes públicas de saúde e de educação;

II - articular as ações do Sistema Único de Saúde - SUS às ações das redes de educação básica pública, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis;

III - contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos;

- IV - contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos;
- V - fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar;
- VI - promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes; e
- VII - fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nos três níveis de governo (BRASIL, 2007, s/p).

Em 2012 o PSE teve ampliado seu campo de atuação, pensado inicialmente para atender estudantes da rede pública de educação básica, com idade entre 5 e 19 anos, através do Programa Brasil Carinhoso, lançado pelo Governo Federal com o objetivo de retirar da miséria extrema milhares de famílias brasileiras que vivem em estado de pobreza e que possuem crianças de 0 a 6 anos, ampliando vagas nas creches e trabalhando como complemento financeiro ao Programa Bolsa Família (PBF). O Programa Brasil Carinhoso expandirá o PSE às creches e pré-escolas. O PSE

[...] será estendido às creches e às pré-escolas. O objetivo é ampliar a promoção e a prevenção à saúde na primeira infância. A meta é atender, até 2014, todas as creches e pré-escolas nos municípios que aderirem ao PSE e que tenham 50% de alunos beneficiários do Programa Bolsa Família (BRASIL, 2012, s/p).

Para que os objetivos da referida legislação sejam alcançados faz-se necessário que as equipes de Saúde da Família e a unidade escolar se articulem e envolvam a comunidade em suas ações. Observando que as ações planejadas devem levar em conta o contexto escolar e social, o diagnóstico local em saúde do escolar e a capacidade operativa em saúde do escolar (BRASIL, 2007).

As ações em saúde previstas pelo PSE deverão ser desenvolvidas de forma articulada entre a saúde e a educação e em conformidade com os princípios do SUS, sendo eles: universalidade, equidade e integralidade, estando estruturadas em quatro eixos. O primeiro eixo diz respeito a avaliação das condições de saúde, o segundo aborda a prevenção de agravos, o terceiro está voltado para a educação permanente e capacitação dos profissionais e alunos, e o quarto trata do monitoramento e avaliação da saúde dos educandos.

Estes quatro eixos compreendem as seguintes ações:

Avaliação clínica; avaliação nutricional; promoção da alimentação saudável; avaliação oftalmológica; avaliação da saúde e higiene bucal; avaliação auditiva; avaliação psicossocial; atualização e controle do calendário vacinal; redução da morbimortalidade por acidentes e violências; prevenção e redução do consumo do álcool; prevenção do

uso de drogas; promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva; controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer; educação permanente em saúde; atividade física e saúde; promoção da cultura da prevenção no âmbito escolar; e inclusão das temáticas de educação em saúde no projeto político pedagógico das escolas (BRASIL, 2007, s/p).

De acordo com as ações previstas pelo PSE acima descritas e considerando que o NASF atua como suporte as equipes de Saúde da Família, as atividades devem ser realizadas prioritariamente pelas equipes de Saúde da Família com o suporte, sempre que julgar necessário e em situações específicas, da equipe de profissionais do NASF, como por exemplo, nas situações de avaliação nutricional, promoção da alimentação saudável, avaliação psicossocial e atividade física e saúde, considerando que os profissionais responsáveis por estas ações não se encontram na equipe básica.

A atuação do profissional do NASF pode acontecer de duas maneiras, diretamente envolvido com as ações do PSE, com o trabalho direto com a escola ou ainda através de capacitação com os profissionais da equipe básica para que estes possam atuar diretamente nas atividades planejadas no PSE.

Percebe-se que as ações descritas como objetivos do PSE, também são objetivos e demandas dos centros de saúde em relação à população adstrita, sendo assim o PSE deve estar incluso nas atividades da unidade de saúde e não ser entendido enquanto uma nova atividade a ser realizada. Deve-se sim repensar as atividades dos centros de saúde para que as mesmas possam abranger a escola e a comunidade e que concomitantemente uma ação seja complementar a outra, conseguindo melhores resultados.

Para que estas ações se efetivem as equipes de Saúde da Família devem acompanhar a escola através de visitas periódicas para avaliar as condições de saúde dos alunos, propiciando o atendimento aos mesmos ao longo do ano letivo, concomitantemente com as ações realizadas na comunidade e levando em consideração as necessidades de saúde da região atendida.

Esta articulação entre saúde e escola é propícia, pois permiti atingir parte significativa da comunidade, uma vez que através das crianças conseguem-se acesso as famílias e até mesmo envolve-las no processo de educação em saúde. Com esse envolvimento tem-se a oportunidade de promover um diálogo e uma discussão com a comunidade acerca da saúde em seu sentido mais amplo e como resultado desta discussão melhorar a qualidade de vida das pessoas envolvidas no processo e da comunidade enquanto coletividade.

A escola pode, então, mobilizar as mães e os pais dos alunos, além de outras pessoas da comunidade, como técnicos, profissionais, empresários, artistas [...]. Participando das ações de saúde na escola, elas descobrem que juntas são capazes de criar soluções e aos poucos melhorar a vida da sua comunidade. Para isso, é necessário promover um amplo diálogo com os diversos grupos, buscando a construção do conhecimento sobre a saúde. Esse processo de construção coletiva do conhecimento, por meio do diálogo, de troca de experiências e saberes, é muito importante (BRASIL, 2005, p.9).

Segundo o Caderno de Atenção Básica n. 24, a escola:

Distingue-se das demais instituições por ser aquela que oferece a possibilidade de educar por meio da construção de conhecimentos resultantes do confronto dos diferentes saberes: aqueles contidos nos conhecimentos científicos veiculados pelas diferentes disciplinas; aqueles trazidos pelos alunos e seus familiares e que expressam crenças e valores culturais próprios; os divulgados pelos meios de comunicação, muitas vezes fragmentados e desconexos, mas que devem ser levados em conta por exercerem forte influência sociocultural; e aqueles trazidos pelos professores, constituídos ao longo de sua experiência resultante de vivências pessoais e profissionais, envolvendo crenças e se expressando em atitudes e comportamentos (BRASIL, 2009, p.15).

Esta articulação entre saúde e escola acaba também permitindo que seja dada uma atenção maior a uma faixa etária que até então contava apenas com intervenções clínicas, uma população que frequenta o centro de saúde apenas a procura do médico em situações agudas de sua saúde. Sendo assim o programa propicia um acesso a esta população mostrando que existem outras possibilidades dentre elas a discussão acerca do processo saúde-doença, servindo como mediador para uma reflexão do entendimento que se tem sobre saúde, buscando implantar uma cultura de prevenção da saúde. Unir escola e saúde é mais uma forma de se trabalhar com a coletividade e possibilitando atingir um número maior da população referenciada ao centro de saúde.

Levando em consideração esta análise, analisarei as atividades desenvolvidas no PSE, a partir da intervenção profissional do assistente social residente do NASF, considerando que diferente dos profissionais NASF o residente atua em uma única unidade de saúde, no caso o Centro de Saúde Agrônômica. Tal peculiaridade permite uma participação maior das atividades propostas. Estas atividades ocorreram no decorrer do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da UFSC durante dois anos 2013/2014.

Apesar do PSE ser pensado enquanto uma complementariedade entre as políticas públicas de saúde e educação, a construção desta intersetorialidade é algo muito

complexo, assim como a sua implementação, gerando muitos conflitos dentro dos serviços. As políticas quando idealizadas devem levar em conta as necessidades da população usuária, sem desconsiderar os recursos materiais e humanos existentes nos serviços para a sua implantação e execução, bem como realizar trabalhos junto aos profissionais responsáveis pela efetivação das políticas/programas. Trabalho este que deverá propiciar aos profissionais o entendimento do programa e abrir a possibilidade de construção conjunta do mesmo e propiciar a discussão sobre a melhor maneira de trabalhá-la interna (nos serviços) e externamente (na comunidade). Pensar em um programa significa reordenar os serviços para sua execução.

Os meandros da construção de políticas públicas são bastante complexos. Se, na elaboração das mesmas e na definição de prioridades e conteúdos, há muitas dificuldades, o processo de implementação envolve igualmente muitos conflitos. O desenho de tais políticas deve levar em conta necessidades das populações que pretende atender, atentando para a disponibilidade de recursos e restrições de diversos tipos. Também a tradução de uma concepção de política em ações e práticas enfrenta problemas que podem desvirtuar sua proposição original ou, mesmo, inviabilizar sua execução (MAFRA; NAVES, 2006, p.01).

No decorrer deste período desenvolvemos atividades do PSE nas seguintes escolas:

Tabela 2 – Escolas com atividades do PSE desenvolvidas nos anos de 2013/2014

Escola	Natureza instituição	Endereço	Nº alunos	Atividades contempladas	
				Grupo de Escuta	Atividades Educativas
Escola Desdobrada Osvaldo Galupo	Municipal	Rua Antônio Carlos Ferreira, 1110 - Morro do Horácio/Agrônômica	185 ⁴	Sim	Sim
Escola Estadual Básica Padre Anchieta	Estadual	Rui Barbosa, 525 - Agrônômica	815 ⁵	Sim	Sim
Instituto Estadual de Educação ⁶	Estadual	Av Mauro Ramos, 275 – Centro	4512 ⁷	Sim	Não

⁴ Dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Educação de Florianópolis em 12/02/2015.

⁵ Dados retirados do site da Secretaria Estadual de Educação em 04/02/2015. Disponível em: <http://serieweb.sed.sc.gov.br/cadueendportal.aspx?4DU+Ck4SXl6GNszRHsvD7JqVkpD+73TQ RVJK9yh3jdg>

⁶ Apesar do IEE não pertencer a área de abrangência do CS da Agrônômica é atendido no Grupo de Escuta devido ao grande número de alunos que estudam na escola serem da área do referido centro de saúde.

Os encontros entre educação - escola e saúde - equipes de Saúde da Família acontecem mensalmente e conforme o que é preconizado no PSE, as atividades são realizadas em diferentes momentos.

Estes encontros mensais acontecem na unidade de saúde, onde se reúnem o articulador⁸ da escola e a equipe multiprofissional da saúde. Desta equipe multiprofissional estavam presentes o Assistente Social, a Psicóloga, a Fonoaudióloga, a Educadora Física, a Farmacêutica, a Pediatra, a Dentista (articuladora) e a enfermeira, estes encontros eram denominados de Grupo de Escuta.

Os profissionais de saúde disponibilizam em sua agenda um turno de trabalho para realizar estas reuniões e subdividiram este período entre as escolas participantes. Dentro dos 8 profissionais participantes, 6 são profissionais NASF e 2 profissionais da ESF. Ressaltamos que os demais profissionais não possuíam liberação para participar de tal reunião e a Enfermeira na maioria das vezes não conseguia participar devido à demanda existente na unidade de saúde, dificultando o processo visto que por diversas vezes discutimos a necessidade da participação dos demais profissionais da equipe. Como cada escola pertence a uma área de abrangência da ESF esta equipe teria que uma vez por mês disponibilizar em sua agenda duas horas para participar de tal reunião. Se esta situação fosse possível diversas demandas e orientações poderiam ser resolvidas no período da reunião.

Os articuladores das escolas são escolhidos pelas mesmas, assim como os articuladores da saúde, sendo que no CS Agrônômica existe um único articulador e que por decisão da equipe este permanece por um ano e depois é repassado a outro profissional, ocorrendo um rodízio entre as equipes. Nas escolas os articuladores variam de acordo com a escola, oscilam entre direção, professores, orientadores educacionais, entre outros. A escola, representada pelo articulador, apresenta as demandas dos alunos identificadas pela unidade escolar e a equipe de Saúde da Família e o NASF buscam, de forma interdisciplinar, meios para atender a demanda através do apoio matricial, e

⁷ Dados retirados do site da Secretaria Estadual de Educação em 04/02/2015. Disponível em: <http://serieweb.sed.sc.gov.br/cadueendportal.aspx?4DU+Ck4SXl6GNszRHsvD7JqVkpD+73TQ RVJK9yh3jdg>.

⁸ Articulador é a pessoa responsável por articular as demandas dentro do PSE. Cada política possui seu articulador, a saúde possui seu articulador representando o CS e a educação possui seu articulador representando a escola.

quando necessário organiza atendimentos e encaminhamentos para os demais níveis de complexidades. A discussão realizada permite conhecer mais profundamente a situação do educando e a sua trajetória dentro das duas políticas públicas, os atendimentos que já foram realizados e as possibilidades futuras.

O apoio matricial:

[...] seria uma ferramenta para agenciar a indispensável instrumentalização das equipes na ampliação da clínica, subvertendo o modelo médico dominante, que se traduz na fragmentação do trabalho e na produção excessiva de encaminhamentos, muitas vezes desnecessários, às diversas especialidades (FIQUEREDO; CAMPOS, 2009, p.130).

Nas reuniões realizadas percebemos que, as demandas apresentadas para a equipe de Saúde da Família eram comuns a todas as escolas, as dificuldades vividas no ambiente escolar estavam relacionadas ao envolvimento dos educandos e suas famílias com o tráfico de drogas, violência escolar (física, psicológica e sexual) apresentadas na forma de agressões entre os estudantes, estudantes contra os profissionais da escola e vice versa, evasão escolar, baixo rendimento escolar, negligência em relação crianças e adolescentes, sexualidade, violência intrafamiliar, entre outras. Frente à exposição das demandas torna-se possível discutir nestes momentos conceitos e pré-conceitos referentes aos temas abordados, é possível perceber e refletir que o aluno não é um ser dissociado da sociedade em que ele vive e que a trajetória de vida destas crianças e adolescentes são parte integrante deste ser que hoje se apresenta, com suas características e ações.

[...] o ser humano veio se tornando este ser que, para ser, tem de estar sendo. Este ser histórico e cultural que não pode ser explicado apenas pela biologia ou pela genética nem tão pouco apenas pela cultura (...). Este ser social e histórico, que somos nós mulheres e homens, condicionados, mas podendo reconhecer-se como tal, daí poderemos superar os limites do próprio condicionamento (FREIRE, 2000, p.68).

Dentro desta construção histórica da criança ou adolescente a escola tem uma importante função, é na escola que o aluno passa ou deveria passar grande parte de sua vida e levando seu aprendizado para além dos muros da escola, essa é uma das maneiras de mudarmos a sociedade em que vivemos: através da educação.

A escola cumpre uma função social essencial à formação dos novos cidadãos, na medida em que os saberes selecionados por uma sociedade e os seus valores serão transmitidos e construídos mediante ações educativas. Nesta instituição nossas crianças e jovens permanecem quatro horas por dia, cinco dias por semana, nove meses

por ano e ao menos doze anos de suas vidas. Trata-se da única instituição social por qual passa obrigatoriamente toda a população infantil e juvenil. A incidência da escola sobre a vida das crianças e dos jovens não se restringe às horas em que permanecem na instituição, prolongasse para além deste tempo, compreendendo o desenvolvimento de atividades como tarefas, estudo, trabalhos em grupo, etc. (KLEIN; PATARO, 2006, p.03).

No decorrer destes dois anos acompanhando as escolas percebemos que muitas das demandas poderiam ser administradas na própria instituição como: questões comportamentais, por exemplo, no entanto as escolas e seus profissionais lutam diariamente com a falta de recursos humanos, profissionais estes que no seu dia a dia enfrentam o rebaixamento salarial, a precariedade do trabalho, a superlotação nas salas de aula, a violência escolar e a carência de condições adequadas para a sua atuação. Percebemos que reorganizar o trabalho e a carreira docente é uma das importantes medidas para combater o alto índice de absenteísmo nas unidades escolares o que prejudica os alunos.

A pesquisa Condições de Trabalho e Suas Repercussões na Saúde dos Professores da Educação Básica no Brasil indicou que problemas de voz e transtornos psicológicos, como estresse e síndrome de Burnout - caracterizada pela exaustão física e emocional -, são as doenças mais comuns entre os docentes (FERNANDES, 2012, s/p).

Outro aspecto que se faz necessário analisar é que se percebe uma tendência de responsabilizar a família por todas as demandas relacionadas aos estudantes, principalmente a figura “materna”. Nos momentos que surgiram estas situações trouxemos a discussão de que é necessário conhecer esta família, sua dinâmica, refletindo também acerca da desresponsabilização do Estado. Não percebemos, muitas vezes que “a família desenvolve estratégias e possui uma maneira peculiar de cuidar que, às vezes, não se constitui na melhor forma, mas é a maneira como ela se articulou” (BORBA; SCHWARTZ; KANTORSKI, 2008, p.592).

Tratamos a família como se esta fosse sempre protetiva, cuidadora, esquecemos que a dinâmica familiar oscila e que por momentos esta família será o que a sociedade espera, um local que conseguirá dar respostas para todos os problemas de seus membros, porém em outros momentos, haverá a negligência, o abandono, por exemplo.

Segundo Pereira (2006) a família possui um caráter contraditório e que esta não é uma ilha, é sim influenciada por toda a sociedade:

[...] como toda e qualquer instituição social, deve ser encarada como uma unidade simultaneamente forte e fraca. Forte porque ela é de fato

um *locus* privilegiado de solidariedades, no qual os indivíduos podem encontrar refúgio contra o desamparo e a insegurança da existência. Forte, ainda, porque é nela que se dá, de regra, a reprodução humana, a socialização das crianças e a transmissão de ensinamentos que perduram pela vida inteira das pessoas. Mas ela também é frágil, pelo fato de não estar livre de despotismos, violências, confinamentos desencontros e rupturas (PEREIRA, 2006, p.36).

Na maioria das vezes percebemos que pouco conhecemos da realidade e da dinâmica familiar das famílias acompanhadas, tanto pelo centro de saúde quanto pela escola. Percebemos que no decorrer das discussões há “mesmo uma penalização da família por parte daquelas instituições que deveriam promovê-la” (MIOTO, 2008, p.45).

Os profissionais muitas vezes ao responsabilizarem as famílias não conseguem perceber as suas responsabilidades enquanto instituição, não como um *locus* único de proteção, mas como parte integrante deste processo protetivo, buscando de forma intersetorial garantir o direito e a qualidade de vida dos usuários.

Outra atividade realizada pelos profissionais de saúde no PSE são as atividades educativas. Tais atividades são planejadas unicamente pelos profissionais de saúde e executadas pelos mesmos. Os educadores deveriam estar presentes, por diversas vezes foram convidados e seria de suma importância suas visões no planejamento, no entanto por situações acima discutidas não estiveram presentes. A escassez de profissionais para participar de tais atividades não é só um problema na educação, na saúde também, visto que quem planejava as atividades eram os residentes em conjunto com a articuladora da saúde. Em atividades pontuais conseguimos que os profissionais da Saúde da Família participassem, mas isto se tornou um problema nas agendas da unidade de saúde e os profissionais não se sentiram parte do processo por não terem participado do planejamento, inclusive em alguns momentos nem mesmo a articuladora conseguiu estar presente na execução das atividades.

As atividades educativas em sua maioria aconteceram na Escola Padre Anchieta, abordando atividades de saúde bucal, alimentação saudável, sexualidade e proteção solar. Na Escola Desdobrada Osvaldo Galupo durante o primeiro ano aconteceram somente as atividades de saúde bucal e no segundo ano conseguimos desenvolver uma atividade de alimentação saudável. Outras atividades foram planejadas e não foram executadas, esta situação se deu devido a falta e troca de profissionais na escola. No Instituto Estadual de Educação estas atividades não aconteceram, pois o mesmo não pertence à área de abrangência da unidade de saúde. Tais atividades acontecem com os

educandos, em discussão com a escola são selecionadas as turmas a serem contempladas de acordo com a finalidade de cada atividade.

A educação permanente “acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm” (ALBUQUERQUE et al, 2008, p.361). Porém existe um questionamento acerca do alcance da finalidade destas atividades educativas, visto que estas são pontuais e sem continuidade. Acreditamos que estas atingem a minoria dos alunos e poderiam ser mais efetivas se trabalhadas em consonância com o Programa Político Pedagógico (PPP) das escolas. No início do segundo ano tentamos fazer parte deste processo, devido a demanda e as agendas da unidade de saúde e da educação não conseguimos iniciar e terminar este processo.

Percebeu-se que existe uma dificuldade de entendimento dos profissionais acerca do PSE, como o programa foi construído de forma vertical existe também uma dificuldade de adesão, visto que os profissionais não participaram desta construção. Sendo assim o programa não prevê as dificuldades de inserção nas atividades cotidianas das unidades escolares e dos centros de saúde, além disso não existe um momento de discussão sobre o programa e como operacionalizá-lo dentro das possibilidades existentes entre as políticas de saúde e de educação.

Todas estas situações levantadas demonstram que não existe o entendimento acerca do PSE, existe uma responsabilização da saúde por suprir todas as demandas existentes nas escolas, contribuindo para uma maior adesão nas atividades de matriciamento. E muitas situações matriciadas poderiam ser supridas através da educação permanente, pois seriam resolvidas se fossem enfrentadas de maneira diferente pelos profissionais da educação.

3.4 A INTERSETORIALIDADE ENTRE AS POLITICAS DE SAÚDE, EDUCAÇÃO E O CONSELHO TUTELAR

Para iniciarmos a descrever e analisar a relação entre a área da saúde e o conselho tutelar precisamos entender sobre este órgão de proteção à criança e ao adolescente. Para entendermos o significado deste nome o desmembramos e segundo o dicionário Houaiss (2004, p.182) a palavra “conselho” significa “corpo consultivo e/ou deliberativo de uma instituição pública ou privada; ajuntamento de convocados; reunião

de pessoas incumbidas de opinar, aconselhar ou tratar de um determinado assunto”, já o termo “tutelar” significa “quem tem sob sua responsabilidade ou ação a guarda, a defesa, ou a proteção de alguém” (HOUAISS, 2004, p.741). Concluímos que se trata de um órgão colegiado de tomada de decisões que tem como objetivo a proteção de crianças e adolescentes.

A trajetória do conselho tutelar tem início no Brasil a partir da Constituição Federal de 1988 que reconhece pela primeira vez a criança como um ser de direito, dividindo a responsabilidade entre família, Estado e sociedade.

Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 1988, s/p).

Sabemos que atualmente no Brasil a Constituição Federal de 1988 é a lei soberana do país, mas esta por si só não contempla a forma como será sua efetivação, assim faz-se necessário a criação de outras leis. Sendo assim elaborou-se uma lei dispondo sobre a garantia dos direitos fundamentais inerentes às crianças e aos adolescentes - o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. A referida lei prevê de como a sociedade poderá atuar sobre a proteção da criança e do adolescente, estabelecendo que seja criado o Conselho Tutelar (CT).

O ECA em seu artigo 131 define o conselho tutelar como um “órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, definidos nesta lei” (BRASIL, 1990, s/p). Órgão permanente, pois após ser criado não poderá ser extinto, autônomo em relação ao atendimento de suas atribuições e ações que irá realizar e em relação as medidas que aplicará e quando aplicará e não jurisdicional porque não está submetido/subordinado ao poder judiciário. E sim é um órgão administrativo vinculado ao poder executivo municipal. Fica estabelecido que em cada município haverá no mínimo um CT e este será composto por cinco membros escolhidos pela comunidade local, sendo exigidos os seguintes requisitos: “I – reconhecida idoneidade moral; II – idade superior a vinte e um anos; III – residir no município” (BRASIL, 1990, s/p). Posteriormente o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente determinou que dos cinco conselheiros tutelares pelo menos dois tenham nível superior.

As atribuições do CT são as seguintes:

I – atender as crianças e adolescentes nas hipóteses previstas nos arts. 98 e 105, aplicando as medidas previstas no art. 101, I a VII;

II – atender e aconselhar os pais ou responsável, aplicando as medidas previstas no art. 129, I a VII;

III – promover a execução de suas decisões, podendo para tanto:

a) requisitar serviços públicos nas áreas de saúde, educação, serviço social, previdência, trabalho e segurança;

b) representar junto à autoridade judiciária nos casos de descumprimento injustificado de suas deliberações.

IV – encaminhar ao Ministério Público notícia de fato que constitua infração administrativa ou penal contra os direitos da criança ou adolescente;

V – encaminhar à autoridade judiciária os casos de sua competência;

VI – providenciar a medida estabelecida pela autoridade judiciária, dentre as previstas no art. 101, de I a VI, para o adolescente autor de ato infracional;

VII – expedir notificações;

VIII – requisitar certidões de nascimento e de óbito de criança ou adolescente quando necessário;

IX – assessorar o Poder Executivo local na elaboração da proposta orçamentária para planos e programas de atendimento dos direitos da criança e do adolescente;

X – representar, em nome da pessoa e da família, contra a violação dos direitos previstos no art. 220, § 3º, inciso II, da Constituição Federal;

XI – representar ao Ministério Público para efeito das ações de perda ou suspensão do poder familiar, após esgotadas as possibilidades de manutenção da criança ou do adolescente junto à família natural.

Parágrafo único. Se, no exercício de suas atribuições, o Conselho Tutelar entender necessário o afastamento do convívio familiar, comunicará incontinentemente o fato ao Ministério Público, prestando-lhe informações sobre os motivos de tal entendimento e as providências tomadas para a orientação, o apoio e a promoção social da família (BRASIL, 1990, s/p).

Sua função é de fazer com que os direitos da criança e do adolescente sejam cumpridos por parte da família, do Estado e da sociedade. “O Conselho Tutelar não se caracteriza por atender direitos não atendidos, não cumpridos ou não satisfeitos regularmente por quem tinha o dever de cumprir; não é um órgão que age em substituição ou como uma *conditio sine qua non* para se obter os direitos que já estão assegurados na lei” (KAMINSKI, 2009, s/p). O CT ao receber uma denúncia ou ao ser procurado acionará a rede de apoio para que se faça cumprir o direito violado desta criança e/ou adolescente. Por isso o CT não deverá ser o primeiro a ser procurado, primeiramente devem-se procurar os serviços públicos e se o direito for negado e não

for atendido, busca-se o CT para que este com suas ferramentas de ação possa obrigar a efetivação de tal direito violado.

O Conselho Tutelar só deve agir e se necessário for - após a família, a comunidade, a sociedade e o Poder Público cumprirem com seus deveres. Após estes terem procurado todos os recursos para o atendimento dos direitos e das necessidades das crianças e dos adolescentes, o que pode significar mover suas próprias ações. Somente diante da omissão de algum dos devedores, ou se negado o direito a ser protegido, é que o Conselho Tutelar utilizará seu poder de obrigação e advertência aos pais ou responsável, e ainda a requisição dos serviços públicos, o que não consiste em simples cobranças ou solicitações, mas representam medidas aplicadas pelo Conselho e ordens a serem cumpridas, em decisões oponíveis apenas pela revisão da autoridade judiciária (KAMINSKI, 2009, s/p).

Atento a estas pontuações e conhecendo a realidade de Florianópolis percebemos que o usuário e os setores públicos recorrem ao CT como primeira opção para a resolução das demandas, no início do processo de trabalho recebemos encaminhamentos do CT de crianças que estavam com seu direito violado pela falta de acesso à óculos e isto estava comprometendo seu desenvolvimento, na análise da situação verificamos no prontuário eletrônico da criança que a mesma havia faltado a consulta oftalmológica pois a unidade de saúde não havia encontrado o usuário. Em atendimento ao usuário o mesmo havia mudado de endereço e telefone não comunicando a unidade de saúde. Não eximindo a responsabilidade da política de saúde, tampouco generalizando as situações, pois sabemos que muitas crianças aguardam atendimento e não conseguem acessar seu direito em tempo hábil. Mas foram situações como estas que nos fez criar uma articulação intersetorial com o CT. Acreditamos que o maior beneficiado de tal parceria seria a criança e/ou adolescentes e suas famílias, posteriormente a unidade de saúde que também tem como objetivo atender as demandas dos usuários conforme os princípios e diretrizes do SUS.

A cidade de Florianópolis possui quatro conselhos tutelares dispostos conforme Tabela 3.

Tabela 3 – Localização e abrangência dos Conselhos Tutelares da cidade de Florianópolis - 2015

Região	Endereço	Bairros atendidos
Região Continental	Rua João Vieira, nº 59 – Capoeiras	Abraão, Bom Abrigo, Capoeiras, Chico Mendes, Coloninha, Coqueiros, Estreito, Fátima, Jardim Atlântico, Monte Cristo, Morro da Caixa, Novo Horizonte, Vila Aparecida e Vila São João.
Região	Rua Júlio	Saco Grande, Monte Verde, João Paulo, Itacorubi, Morro do

Central	Moura, nº 84 – Centro	Quilombo, Serrinha, Santa Mônica, Trindade, Centro, Morro da Mariquinha, Morro do Céu, Monte Serrat, Agronômica, Morro do 25, Morro do Horácio, Morro da Penitenciária, Morro do Mocotó, Morro da Cruz, Córrego Grande, Morro da Queimada, José Mendes.
Região Norte	Rodovia SC 401, KM 18 – Canasvieiras	Barra do Sambaqui, Cacupé, Canasvieiras, Daniela, Jurerê Tradicional e Internacional, Vargem Grande, Vargem Pequena, Sambaqui, Santo Antônio, Ratores, Praia do Forte, Vargem do Bom Jesus, Ingleses, Santinho, Rio Vermelho, Ponta das Canas, Praia Brava, Cachoeira do Bom Jesus.
Região Sul	Avenida Pequeno Príncipe, nº 921 – Campeche	Solidão, Costa de Dentro e de Cima, Açores, Pântano do Sul, Lagoinha, Matadeiro, Armação, Morro das Pedras, Campeche, Areias do Campeche, Ribeirão da Ilha, Tapera, Naufragados, Caieira do Saco dos Limões, Pantanal, Carvoeira, Barra da Lagoa, Canto da Lagoa e Lagoa da Conceição.

Fonte: PMF (2015).

Como estamos atuando no Centro de Saúde da Agronômica e a área de abrangência da unidade é atendida pelo CT Centro, tal articulação aconteceu com os profissionais deste CT.

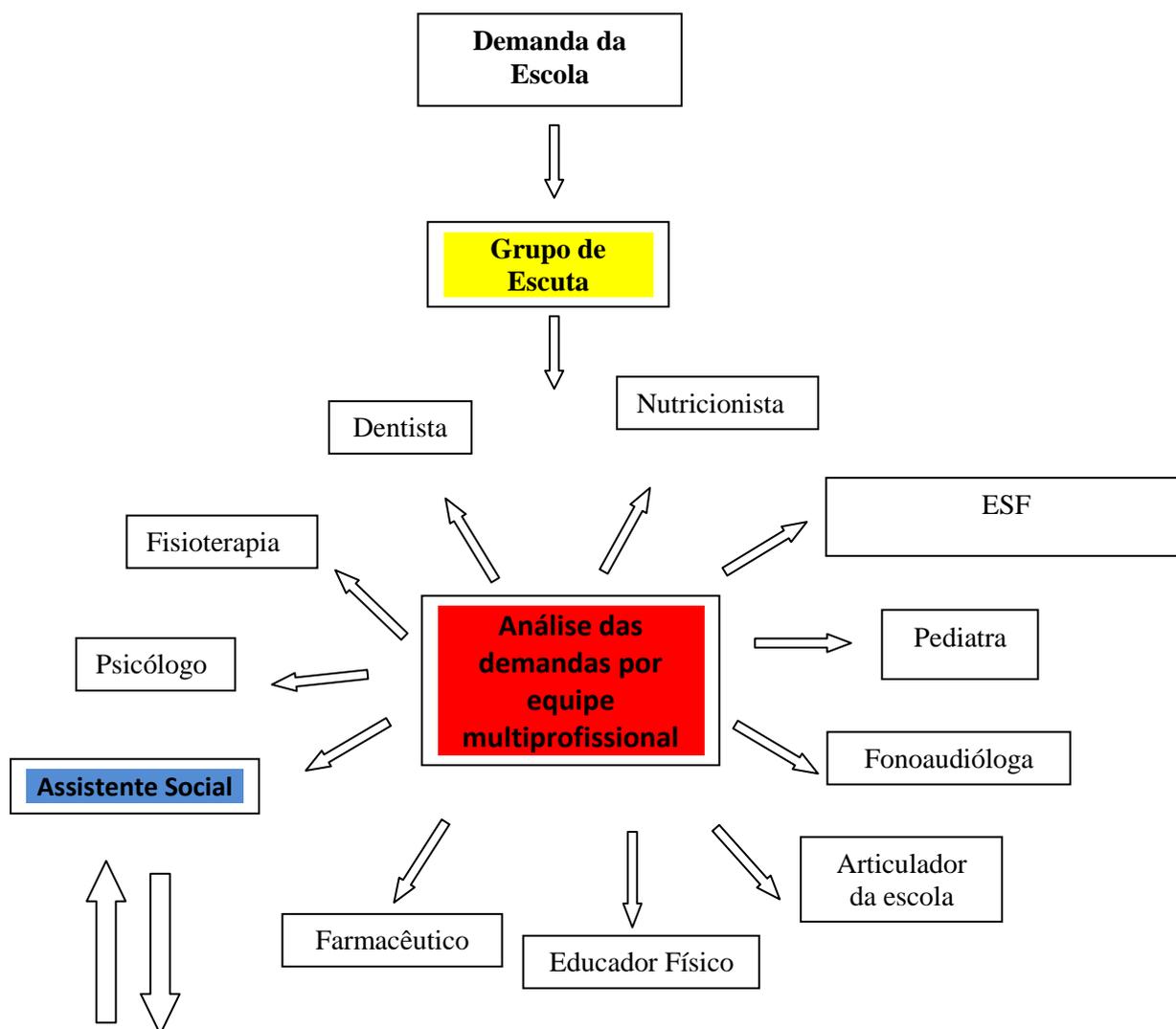
A mesma angústia em relação à resolutividade e atendimento das situações envolvendo criança e adolescente eram compartilhadas pelos conselheiros tutelares e pelos profissionais de saúde e educação.

Tal articulação iniciou no ano de 2013, através do PSE. Como citado anteriormente tal programa é uma articulação entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde, com a finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde. O “grupo de escuta” que acontece mensalmente na unidade de saúde, conta com a presença de profissionais de saúde e educação, até o presente momento não constava a presença do CT visto que este não está inserido no programa enquanto política.

Após algumas reuniões percebemos que as demandas levantadas nestas reuniões envolvem questões que a escola nem tampouco a saúde conseguem resolverem atuando como políticas sociais isoladas, necessitando a articulação com os demais setores. As demandas variam entre problemas sociais, drogas, psicológicos, relacionais, comportamentais e as mais diversas patologias. Após diversas discussões, percebemos a necessidade de um trabalho mais articulado com o CT, visto que o trabalho intersetorial entre saúde/CT/educação aumentaria a resolutividade das demandas. Sendo assim

agendamos uma reunião entre os três setores, onde pactuamos fluxos de atendimento e encaminhamento entre os três setores. Indicou-se sobre a importância do CT participar das reuniões do Grupo de Escuta, no entanto pela elevada demanda deste órgão não se concretizou o ideal e optou-se pela participação deste em situações de contra-referência ou excepcionalidade. Tal pactuação foi realizada tanto para encaminhamentos da unidade de saúde/educação para o CT ou vice versa. Conforme a demanda, os educandos são atendidos por mais de um profissional, envolvendo sempre que possível a família e permanecendo em acompanhamento na unidade de saúde pelo tempo que for necessário. Neste período mantemos o acompanhamento e discussões mensais entre os setores envolvidos sobre as famílias acompanhadas, reavaliando constantemente os encaminhamentos e refazendo-os quando necessário, visando o atendimento integral das crianças, adolescentes e suas famílias. A Figura 1 demonstra o fluxo do atendimento.

Figura 1 – Fluxo de encaminhamento entre Escola/CT/Saúde



Após discussão realizada pelo Grupo de Escuta e identificada que a demanda necessita de apoio e intervenção do **Conselho Tutelar** discute-se a situação com os conselheiros e decide-se qual encaminhamento a ser realizado. Quando necessário há a produção de relatórios, visando trabalhar a referência e contra-referência com todos os profissionais envolvidos.

Com esta pactuação estreitamos os vínculos entre as três políticas, e percebemos que com a execução deste fluxo no período de dois anos houve maior efetividade no trabalho com as famílias, entendendo estas que o trabalho interdisciplinar e intersetorial têm como objetivo proteger e melhorar a qualidade de vida dos envolvidos. Sendo

assim conseguimos uma maior adesão às atividades propostas, e principalmente evitamos a intervenção precipitada e pontual com as famílias. Em análise as demandas atendidas e do relacionamento entre as políticas percebemos que houve uma discussão acerca das mesmas e o entendimento maior do funcionamento de cada setor, diminuindo assim encaminhamentos imprecisos e desnecessários. Com o passar do tempo e a consolidação do fluxo, as demandas discutidas ultrapassaram as “paredes” do grupo de escuta, compartilhamos situações e nos tornamos corresponsáveis por cada demanda envolvendo criança e adolescente. Realizamos diversos atendimentos conjuntos (CT e saúde) às famílias, com resultados que sozinhos jamais conseguiríamos. Foi possível discutir temas como: responsabilização das famílias envolvidas, compreensão de que cada família possui seu tempo e sua organização, que por diversos momentos a família não supre as expectativas de proteção que a equipe espera, que o abrigo é medida excepcional, que nem sempre o problema de aprendizagem das crianças é unicamente neurológico e sim multifatorial, que a escola, saúde e CT tem responsabilidades e falhas em suas obrigações por diversos momentos e isto nem sempre é responsabilidade dos profissionais, que a sociedade em que vivemos é uma construção histórica, os preconceitos não devem conduzir as ações técnicas e profissionais, e que para além de julgar e penalizar as famílias/criança/adolescente/indivíduo tem-se que apoiá-los para que superem o momento atual—O maior ganho desta articulação foi das famílias, mas enquanto profissional percebermos que a articulação intersetorial é um dois meios para garantir a integralidade e o entendimento do sujeito em sua totalidade, e isso sim é garantir direitos.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização deste trabalho constatou-se que a intersetorialidade é um tema recente, uma vez que este apareceu pela primeira vez com tal nomeação e começou-se a discutir tal conceito a partir da década de 1990 com a promulgação da Lei 8.080/90, quando nesta discutiu-se o conceito de integralidade. Segundo Brasil (2009, p.193) a integralidade enquanto princípio do SUS:

Garante ao usuário uma atenção que abrange as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do Sistema de Saúde. A integralidade também pressupõe a atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade (inserção social) e não num recorte de ações ou enfermidades.

Sendo assim para garantir o atendimento integral ao usuário faz-se necessário o trabalho intersetorial.

Por outro lado apesar da intesetorialidade ser considerada um tema recente, com a pesquisa bibliográfica notou-se que o tema desde a Declaração de Alma Ata, em 1978 até a VI Conferencia Internacional de Promoção à Saúde em 2005, aparece em diversos momentos, como exemplo temos a própria Constituição Federal de 1988, apesar de não utilizar a nomenclatura da intersetorialidade já a previa ao falar do tripé da Seguridade Social.

Acreditamos que a intersetorialidade deve ser uma nova maneira de se pensar as políticas públicas, tornando-se uma estratégia política, complexa muitas vezes, a ser utilizada para romper a fragmentação das políticas públicas e superar a setorização das mesmas.

A partir do princípio da intersetorialidade é possível atender o usuário em sua totalidade, atendendo não só as suas demandas individuais, mas as coletivas também de maneira resolutiva, entender que as demandas apresentadas pelos usuários não são provenientes de uma única política, não são somente problemas de saúde e sim um conjunto de situação que ocorrem no decorrer de sua trajetória de vida. Tal demanda envolve diversos setores como saúde, educação, assistência social, habitação, saneamento, educação, trabalho, lazer, dentre outros, tanto que as demandas apresentadas muitas vezes são coincidentes entre as políticas.

Porém percebemos que esta intersetorialidade pensada enquanto construção de política pública, apesar de ser discutida por diversos autores, ainda é algo que pouco se

coloca em prática, que apesar de estar presente em praticamente todas as diretrizes das políticas públicas como princípio, é colocada também como função dos profissionais das mais diversas áreas e na maioria das vezes tal atividade recai sobre o assistente social, tornando-se este o responsável por tal articulação tornando-se parte do seu processo de trabalho.

Não está previsto como a intersetorialidade deve funcionar e principalmente não há previsto fluxos e momentos para que tal situação aconteça, pelo contrário as políticas continuam cada vez mais setORIZADAS e fragmentadas. Na política de saúde a intersetorialidade vem como função dos profissionais da saúde, segundo Brasil (2009, p.106) “desenvolver coletivamente, com vistas à intersetorialidade, ações que se integrem a outras políticas sociais (educação, esporte, cultura, segurança, trabalho, lazer)”. Na política de assistência social a intersetorialidade também está posta como responsabilidade dos profissionais, segundo Brasil (2005, p.35) “os serviços, programas, projetos e benefícios de proteção social básica deverão se articular com as demais políticas públicas locais” e na política da criança e do adolescente não é diferente visto que o CT deve utilizar-se da rede para garantir os direitos das crianças e adolescentes, porém estes serviços, programas e projetos são de responsabilidade dos profissionais para a sua execução. Apesar da cobrança dos profissionais para tal articulação em nenhum momento está posto como será executado o processo de trabalho e nem prevê a efetivação da intersetorialidade, acabando assim sendo desenvolvida de acordo com o interesse e necessidade dos profissionais que estão a frente de tal política.

Isto foi comprovado na **vivência** dos dois anos de residência, visto que as ações intersetoriais são muito dependentes dos profissionais envolvidos.

Apesar de muitas dificuldades apresentadas no decorrer do trabalho acerca do PSE, não se pode deixar de considerar que tal programa é um grande avanço quando se fala de intersetorialidade. Muito incipiente ainda e com muitas alterações e considerações a serem feitas, porém é um programa que pensou a intersetorialidade enquanto política, que prevê momentos para que tal situação ocorra, delimita a função de cada setor e principalmente prevê que os dois setores trabalhem juntos. A dificuldade de se efetivar tal programa e o envolvimento dos profissionais devem ser analisados como um processo em andamento, uma vez que desde que surgiu o programa em 2007 até agora apenas 8 anos se passaram, tempo relativamente pequeno frente as décadas de políticas fragmentadas e setORIZADAS as quais os profissionais estavam acostumados. Por

outro lado percebemos que a política não pode deixar a cargo dos profissionais a sua articulação, precisamos ainda pensar qual a efetividade da articulação, qual o tempo os profissionais estão sendo liberados para a mesma e se cada política prevê em seu planejamento tal trabalho conjunto.

Ficou aparente nesta análise que se o assistente social faz-se necessário nas articulações intersetoriais existentes, antes de pensar em articulação temos a necessidade de conhecer a rede de serviços para além da política a qual está atuando o profissional, não basta o profissional de saúde conhecer os fluxos de encaminhamento dentro os níveis de complexidade do serviço, são necessários que este conheça todas as políticas e seus fluxos e assim também deve acontecer com as demais políticas. Compartilhando deste entendimento é que acreditamos que é de suma importância o assistente social em tais processos de trabalho, visto que este tem uma formação capaz de entender a sociedade em sua totalidade.

Por fim acredita-se que ao término deste trabalho não esgota a discussão acerca da intersetorialidade e muito ainda tem-se a discutir acerca do entendimento que se tem da mesma.

Acredita-se também que existe a necessidade de um maior envolvimento dos profissionais na construção das políticas públicas, para que a intersetorialidade passe a fazer parte do cotidiano de todos os profissionais e de todos os setores, somente assim o usuário será atendido na sua integralidade e totalidade, possibilitando uma diminuição nas desigualdades sociais e uma melhora na qualidade de vida da população.

REFERÊNCIA

ALBUQUERQUE, Verônica Santos et al. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Rev. Bras. Educ. Med.** [online], vol.32, n.3, 2008, p.356-362.

ALEXANDRE, Ana Maria Cosvoski et al. **Rede social de apoio no Brasil: grupos e linhas de pesquisa.** Florianópolis, 2011.

ALMEIDA, M. C. P. de; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família 2001: construindo “novas autonomias” no trabalho. *Interface*, [S.l.], v. 9, n. 16, p 150-3, 2001.

ANDRADE, Gabriela R. B. de. VAISTMAN. Jeni. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2002. p 925- 935.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. **A saúde e o dilema da intersetorialidade.** São Paulo: Hucitec, 2006.

AROUCA, Antônio Sérgio da Silva. Saúde e democracia. **Anais 8ª Conferência Nacional de Saúde**, 1986. Brasília: Centro de documentação do Ministério da Saúde, 1987, p. 35-47.

BAPTISTA, T. W. F. O direito à saúde no Brasil: sobre como chegamos ao Sistema Único de Saúde e o que esperamos dele. In: EPSJV (Org.) *Textos de Apoio em Políticas de Saúde.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

BORBA, Letícia de Oliveira; SCHWARTZ, Eda; KANTORSKI, Luciane Prado. **A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental.** Curitiba, 2008.

BRASIL. **Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993.** Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008.** Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS.* Brasília : CONASS, 2007.

BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Conselho Nacional de Assistência Social. **Caderno de Textos: VI Conferência Nacional de Assistência Social.** Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde / Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009, 160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica; n. 24).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação que produz saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Mais saúde : direito de todos : 2008 – 2011 / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva.** – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Decreto n. 6.286 de 05 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola e da outras Providências.

BRASIL. Programa Brasil Carinhoso. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/noticias/arquivos/2012/07/06/brasil-carinhoso-vai-retirar-da-miseria-familias-com-filhos-de-ate-seis-anos>

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios.** 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. **Orientações sobre o Programa Saúde na Escola para a elaboração dos Projetos Locais.** 2012. Disponível em: www.gestaoescolar.diaadia.pr.gov.br/arquivos/.../orientacoes_pse.pdf.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil:** promulgada em 5 de Outubro de 1988.

BRASIL. **Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências.

BRASIL. **Lei 8.069 de 13 de julho de 1990.** Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL, 2014. Portaria do Gabinete da Secretaria Municipal de Saúde de nº 26, de 23 de março de 2014, que aprova a Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde de Florianópolis.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

BRASIL. **Lei nº 8.662, de 7 de Junho de 1993.** Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências

BRASIL. **Orientações sobre o Programa Saúde na Escola para a elaboração dos Projetos Locais.** 2012. Disponível em: www.gestaoescolar.diaadia.pr.gov.br/arquivos/.../orientacoes_pse.pdf. Acesso em: 09 de dez de 2012.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elisabete. et al (orgs). **Serviço Social e Saúde.** 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília – DF: OPAS, OMS, Ministério da saúde, 2009.

BOURGUIGNON, J. A. **Concepção de rede intersectorial.** 2001.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência e Saúde Coletiva.* 2000.

BUSS, Paulo Machiori; FILHO, Alberto Pellegrini. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **Rev. Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, 2007. p 77 – 93.

CAMPOS, M. S. A construção de redes de pesquisa sobre a família. (Mesa redonda). Congresso Internacional Pesquisando sobre a Família. Florianópolis, 24 a 26 de abril 2002.

CARVALHO, Ana M. A. et al. **Vínculos e Redes Sociais em Contextos Familiares e Institucionais: Uma Reflexão Conceitual.** Maringá, 2006.

DABAS, Elina Nora. Red de redes: las prácticas de intervención em redes sociales. **Paidós** Buenos Aires, 1995.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. **Cuidados primários em saúde.** Alma-Ata, 1978. Disponível em <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>.

DECLARAÇÃO DE OTAWA. **I Conferência Internacional sobre Promoção em saúde,** 1986. Disponível em: http://www.saudepublica.web.pt/05-promocao/Dec_Ottawa.htm Acessado em 10/09/2012.

DECLARAÇÃO DE JACARTA. **IV Internacional sobre Promoção em saúde,** 1997. Disponível em: http://www.saudepublica.web.pt/05-promocao/Dec_jacarta.htm Acessado em 10/09/2012.

DECLARAÇÃO DE BANGKOK. **Para a promoção da saúde em um mundo globalizado,** 2005. Disponível em: http://www.saudepublica.web.pt/05-promocao/Dec_bangkok.htm Acessado em 10/09/2012.

DECLARAÇÃO DE SANTAFÉ DE BOGOTÁ, Conferência Internacional de Promoção da Saúde. Santafé de Bogotá, Colômbia, 1992.

DIAS, Valdecir Avila. REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA: Um importante Sistema para complementaridade da Integralidade da Assistência. Florianópolis, 2012.

FERNANDES, Elisangela. O que falta para combater a falta de professores. Revista Escola. Abril, 2012. Disponível em: <http://revistaescola.abril.com.br/politicas-publicas/falta-combater-faltas-professores-ausencia-absenteismo-704454.shtml>

FEUERWERKER, Laura. COSTA, Heloisa. Intersetorialidade na rede UNIDA. 2000. p 25 – 35.

FREIRE, Paulo. **Política e educação**: ensaios. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2000.

FRANTINI, Juciane Rosa Gaio., et al. Referencia e Contra-Referencia: Contribuição para a integralidade em saúde. Blumenau, 2008.

FIGUEIREDO, M.D & CAMPOS, R. O. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciência e Saúde Coletiva**. 2009. P. 129-138.

GURGEL, Maria Glêdes Ibiapina et.al. Ambiente favorável à saúde: concepções e práticas da enfermeira na prevenção da gravidez na adolescência. Rev. Rene Vol.11. 2010.

JUNQUEIRA Luciano A.; INOJOSA, Rose Marie; KOMATSU, Suely. Descentralização e Intersetorialidade: na gestão pública municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza. Caracas: UNESCO/CLAD, 1998. Série Concurso de Ensayos CLAD.

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

KERN, Francisco Arseli. **As mediações em rede como estratégia metodológica do serviço social**. 2. Ed. Porto Alegre. EDIPUCRS, 2005.

KLEIN, Ana Maria, PATARO, Cristina Satiê de Oliveira. **A escola frente às novas demandas sociais: educação comunitária e formação para a cidadania**. São Paulo, 2006.

MACHADO, Leticia Martins; COLOMÉ, Juliana Silveira; BECK, Carmem Lúcia Colomé. Estratégia de saúde da família e o sistema de referência e de contrarreferência: um desafio a ser enfrentado. Revista de Enfermagem da UFSM, Santa Maria, p.31-40, 14 jan. 2011.

MAFRA, Luiz Antonio Staub; NAVES, Flávia. **Articulações Institucionais e Setoriais na Implementação de Políticas Públicas**: o Caso da Segurança Alimentar em Belo Horizonte. Salvador: Bahia, 2006.

MARTINI, Débora; KLIEMAN, Amanda; GUTERRES, Roberta Lima. **O trabalho com redes sociais na Atenção Básica**: um estudo com profissionais do município de Florianópolis. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2009.

MENDES, Eugênio Vilaça. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, Eugênio Vilaça et al. **Distrito sanitário**: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 3. ed. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1995. p.19-91.

MONNERAT, Gisele. Lavinias. SOUZA, Rosimery. Gonçalves de. Política social e intersectorialidade: consensos teóricos e desafios práticos. **SER Social**. Brasília, 2009, p. 200 - 220.

MONNERAT, Gisele. Lavinias. SOUZA, Rosimery. Gonçalves de. Da Seguridade Social à intersectorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. **Katalyses**. Florianópolis, 2011, p. 41 – 49.

MORE, C. L. O. O. As redes pessoais significativas como instrumento de intervenção psicológica no contexto comunitário. **Paidéia**, 2005, p.287-297.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. O Trabalho com Redes como Procedimento de Intervenção profissional: o desafio da requalificação dos serviços. **Revista Katálisis**. Florianópolis, Editora da UFSC, 2002, p. 51 – 58.

MIOTO, Regina Célia Tamasso; SCHÜTZ, Fernanda. Intersetorialidade na Política Social: reflexões a partir do exercício profissional dos Assistentes Sociais. Pelotas, 2011.

NASCIMENTO, Sueli do. Reflexões sobre a intersectorialidade entre as políticas públicas. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo. 2010, p.95 - 220.

PAIM, Jailson Silva. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. Brasília, 2001.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. Mudanças estruturais, política social e papel da família: crítica ao capitalismo de bem estar. In **Política Social, Família e Juventude**. São Paulo: Cortez, 2006, p.25 - 42.

SLUZKI, C. E. **A rede social na prática sistêmica**. 2 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

SANICOLA, L. **As dinâmicas de rede e o trabalho social**. São Paulo: Veras Editora, 2008.

SERRA, Carlos Gonçalves and RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida. **Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil)**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2010, vol.15, suppl.3, pp. 3579-3586. ISSN 1413-81

SCHUTZ, Fernanda. MIOTO, Regina Célia Tamaso. **Intersetorialidade e política social: subsídios para o debate**. Ver o nome da revista. Pelotas, 2010.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **Physis**. 2007, pp. 29-41.

SILVA, Kênia Lara; RODRIGUES, Andreza Trevenzoli. **Ações intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades**. Brasília. 2010.

SPOZATI, Aldaíza. Gestão pública intersetorial: sim ou não? Comentários de experiência. **Serviço Social Sociedade**, São Paulo, n. 85, 2006, p. 133-141.

TEIXEIRA, Carmen Fontes; PAIM, Jairnilso Silva. Planejamento e promoção da saúde e da qualidade de vida. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v.34, n. 6, 2000, p. 63-80.

TEIXEIRA, Carmem Fontes; PAIM, Jairnilson Silva e VILASBOAS, Ana Luiza. **SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde**. *Inf. Epidemiol. Sus* [online]. 1998, vol.7, n.2, pp. 7-28. ISSN 0104-1673.

VALLA, V. V. Redes sociales, poder y salud según perspectiva de las clases populares en una coyuntura de crisis. **Interface**. v.4 , n.7, 2000, p.37-56.

WESTPHAL, Marcia. Faria. ; ZIGLIO, Erio. Políticas públicas e investimentos: a intersetorialidade. In: SEIXAS, S.G.(COORD) - FUNDACAO FARIA LIMA - CEPAM. (Org.). **O município século XXI: cenários e perspectivas**. São Paulo: HAMBURG GRAFICA E EDITORA, 1999, p.111-121.

ZANCAN, Lenira. Cidades saudáveis: a intersetorialidade como desafio para um novo modelo de gestão. In: Ana Maria Girotti Sperândio. (org.). **O processo de construção da Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis**. Campinas: Unicamp, 2003, p.49-64.