Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

A equipe do NASF: qual seu lugar no trabalho
intersectorial?

Dandara da Conceição Feitosa

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública da Faculdade de
Saúde Pública da Universidade de São Paulo,
para obtenção do título de Mestre em Saúde
Pública

Linha de pesquisa: Política, gestão e saúde

Orientador: Profº Dr. Marco Akerman

São Paulo

2018

A equipe do NASF: qual seu lugar no trabalho intersetorial?

Dandara da Conceição Feitosa

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública

Linha de pesquisa: Política, gestão e saúde

Versão original

São Paulo

2018

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação

Ficha elaborada pelo Sistema de Geração Automática a partir de dados fornecidos pelo(a) autor(a)
Bibliotecária da FSP/USP: Maria do Carmo Alvarez - CRB-8/4359

Conceição Feitosa, Dandara

A equipe do NASF: qual seu lugar no trabalho
intersectorial? / Dandara Conceição Feitosa; orientador
Marco Akerman. -- São Paulo, 2018.
132 p.

Dissertação (Mestrado) -- Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo, 2018.

1. Intersetorialidade. 2. Promoção da Saúde. 3. Núcleo
de Apoio à Saúde da Família. 4. Estratégia de Saúde da
Família. I. Akerman, Marco, orient. II. Título.

Dedico este trabalho às pessoas mais importantes da minha vida,

mamãe e papai.

Eles que um dia já passaram pelos portões desta mesma Faculdade,

apoiaram meu sonho e a minha caminhada.

Obrigada por todo o aprendizado, pelas reflexões e também pelas críticas.

Vocês são minha maior inspiração.

Amo vocês.

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Deus, às forças que regem o universo e aos deuses e deusas que conspiraram tão belamente ao meu favor e possibilitaram esse sonho se tornar real.

À Faculdade de Saúde Pública, em especial aos colegas do Departamento de Política, Gestão e Saúde que me receberam de braços abertos e fizeram com que eu me sentisse em casa.

Agradeço ao meu orientador, Marco Akerman, por durante esses dois anos e meio juntos, acreditar nas minhas ideias, me apoiar, me orientar e me receber sempre com um sorriso e um abraço.

Agradeço à professora Marília Louvison, por acreditar em mim, quando disse que um dia seria sua aluna.

Agradeço em especial aos professores Botazzo, Helena, Cristina, Áquilas, Laura, Cleide e Capel, pelas trocas e pelos conhecimentos.

Aos professores que aceitaram participar das bancas e contribuíram para o desenvolvimento desta pesquisa. Obrigada!

Aos amigos que fiz na minha breve passagem.

Agradeço em especial à Edina, Larice, Abed, Nathália, Lúcia, Felipe, Geórgia e Ailton, por todos os momentos compartilhados dentro e fora da Faculdade.

Aos moradores da Zona Noroeste que compartilharam suas histórias comigo.

Aos amigos e fotógrafos Bete Nagô e Ailton pelas belas fotos, pela companhia e pelas conversas.

À Olívia por compartilhar sua arte para fazer parte deste trabalho.

À Mari do grupo Imagreen por me acompanhar nas caminhadas pela ZN.

Ao Marco Roupa por sempre me apoiar durante as tempestades, acreditar em mim e nos meus sonhos mesmo quando tudo parecia impossível.

Ao meu primo Wesley por todo o apoio nas horas de aperto.

À Dindinha, a Tia Dedé, e ao meu primo Leandro por me apoiarem sempre.

Agradeço à vovó Terezinha e à Uminha (in memorian) pelo privilégio de um dia ter convivido com elas, e por sempre ouvirem minhas histórias da faculdade e da pós-graduação.

À Carla Gonzaga por ser uma inspiração.

Aos meus amigos de São Paulo, Lídia, Marlene, Davi, Sassá e Givanildo, que humildemente me abrigaram em suas casas.

Aos meus amigos santistas que me apoiaram e torceram por mim durante este percurso.

À Secretaria Municipal de Saúde de Santos por possibilitar a realização desta pesquisa.

Agradeço à equipe do NASF da Zona Noroeste por terem me acolhido. Sem vocês nada disso seria possível.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pela bolsa de estudos que me ajudou a concluir o mestrado.

Imagem: AForca

*O encontro dos saberes
Aproxima os cidadãos
Servidores e usuários
Não andam na contramão
Juntos, tecemos a rede
De cuidado e atenção.
(Grupo Ressonância Musical)*

RESUMO

A intersectorialidade é uma categoria em expansão, em particular no campo da promoção da saúde, que tem um olhar voltado para um conceito ampliado de saúde e a integralidade dos sujeitos. O trabalho em saúde, historicamente setorial, tem absorvido essas novas proposições na busca por alcançar determinantes de saúde favoráveis a indivíduos e comunidades. A hipótese que norteou esta pesquisa é de que o Núcleo de Apoio à Saúde da Família, embora um serviço potencial para realizar a intersectorialidade através de políticas, programas e ações existentes (consenso discursivo), com vista a atender as demandas da população de referência, não vem conseguindo materializar toda esta potencialidade em práticas intersectoriais (dissenso prático). A metodologia é de abordagem qualitativa, realizada a partir de pesquisas bibliográfica, documental e de campo. A pesquisa de campo foi realizada em 3 etapas de coleta de dados: o caminhar pelo território, as entrevistas semi-estruturadas e a observação de campo. O local de estudo é o município de Santos, São Paulo, mais especificamente a Zona Noroeste da cidade, uma região que apresenta as expressões da questão social oriundas do processo de exploração capitalista e de pobreza crescente, uma realidade contrastante com outras regiões da cidade. A intersectorialidade tem se mostrado uma estratégia importante para a construção de práticas que orientem para a integralidade em casos complexos do cotidiano do trabalho em saúde da equipe NASF.

Palavras-chave: saúde pública; promoção da saúde; intersectorialidade; políticas públicas

ABSTRACT

Intersectoriality is an expanding category, particularly in the field of health promotion, which focuses on an expanded concept of health and the integrality of the subjects. Health work, historically sectoral, has absorbed these new propositions in the search to reach determinants of health favorable to individuals and communities. The hypothesis that guided this research is that the Family Health Support Center, although a potential service to carry out the intersectoriality through existing policies, programs and actions (discursive consensus), in order to meet the demands of the reference population, has not been able to materialize all this potential in intersectoral practices (practical dissent). The methodology is a qualitative approach, based on bibliographical, documentary and field research. Field research was carried out in 3 stages of data collection: walking through the territory, semi-structured interviews and field observation. The study site is the municipality of Santos, São Paulo, more specifically the Northwest Zone of the city, a region that presents the expressions of the social question arising from the process of capitalist exploration and increasing poverty, a contrasting reality with other regions of the city. Intersectoriality has been shown to be an important strategy for the construction of practices that guide the integrality in complex cases of NASF team health work.

Keywords: Public Health, Intersectoriality, Health Promotion

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	14
2.	OBJETIVOS.....	21
3.	REFERENCIAL TEÓRICO.....	22
3.1.	CONCEITO AMPLIADO DE SAÚDE.....	22
3.2.	POLÍTICAS SOCIAIS.....	27
3.3.	PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	30
3.4.	INTEGRALIDADE.....	34
3.5.	INTERSETORIALIDADE.....	38
3.6.	INTERSETORIALIDADE NAS POLÍTICAS SOCIAIS.....	46
3.7.	TRABALHO EM SAÚDE.....	50
3.8.	ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	53
3.9.	NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA.....	56
4.	LOCAL DO ESTUDO.....	59
4.1.	A REGIÃO METROPOLITANA DA BAIXADA SANTISTA.....	59
4.2.	SANTOS – UMA CIDADE DE OPOSTOS.....	61
4.3.	UMA ZONA CHAMADA NOROESTE.....	65
5.	PROCESSO METODOLÓGICO.....	67
6.	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	80
6.1.	DESCRIÇÃO DOS ENTREVISTADOS.....	82
6.2.	CARACTERIZAÇÃO DO TERRITÓRIO.....	83
6.3.	O NASF COMO APOSTA PARA A CONSOLIDAÇÃO DE UM MODELO INTEGRAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE.....	87

6.4.	INTERSETORIALIDADE A CONSTRUÇÃO DE PRÁTICAS	
	INTERSETORIAIS NO COTIDIANO DO TRABALHO DO NASF.....	94
6.4.1.	INTERSETORIALIDADE - CONCEITO E COMPREENSÃO..	94
6.4.2.	ESTRATÉGIAS, MÉTODOS E FERRAMENTAS.....	98
6.4.3.	POTENCIALIDADES, DIFICULDADES E DESAFIOS PARA A	
	CONSTRUÇÃO DO TRABALHO INTERSETORIAL.....	101
7.	CONCLUSÃO.....	105
8.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	108
9.	REFERÊNCIAS.....	110
10.	APÊNDICES.....	122
10.1.	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	122
10.2.	AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM.....	124
11.	ANEXOS.....	125
11.1.	TERMO DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	
	DE SANTOS.....	125
11.2.	PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	126
11.3.	FOTOGRAFIAS DA PESQUISA DE CAMPO.....	130
12.	CURRÍCULO LATTES.....	132

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Aglomerados Subnormais – Santos - SP.....	63
Figura 2. Conjunto Habitacional Dale Coutinho.....	66
Figura 3. Dique da Vila Gilda.....	66
Figura 4. Mapa da Zona Noroeste de Santos.....	74
Figura 5. Esquema de análise da Hermenêutica-dialética.....	82
Figura 6. Conjunto Habitacional Dale Coutinho.....	82
Figura 7. Avenida Afonso Schmidt – Zona Noroeste.....	83
Figura 8. Conjunto Habitacional Dale Coutinho.....	130
Figura 9. Sambódromo e Centro Cultural da Zona Noroeste.....	130
Figura 10. Praça Universal.....	131
Figura 11. Entre becos e vielas.....	131

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Roteiro de Entrevistas.....	72
Quadro 2. Descrição dos entrevistados.....	82

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

APS - Atenção Primária em Saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

HND – História Natural das Doenças

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

LOS – Lei Orgânica da Saúde

MRS – Movimento da Reforma Sanitária

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan Americana de Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PNPS - Política Nacional de Promoção da Saúde

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PSF - Programa Saúde da Família

PTS - Projeto Terapêutico Singular

RAS – Redes de Atenção à Saúde

RMBS – Região Metropolitana da Baixada Santista

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde.

ZN – Zona Noroeste

1. INTRODUÇÃO

Entender qual o lugar da equipe NASF no trabalho intersetorial é uma tarefa desafiadora e instigante. A pergunta de pesquisa que norteia este trabalho é: “qual o espaço para o desenvolvimento de um trabalho intersetorial na equipe NASF da Zona Noroeste de Santos, voltado para a realização de um cuidado integral?”

Os objetivos geral e específicos foram criados com o intuito de entender como se dão os processos de trabalho em saúde intersetorial da equipe NASF-ZN. Para alcançar tais objetivos foi fundamental compreender a dinâmica do trabalho realizado para assim identificar as relações interssetoriais, as estratégias utilizadas, as forças e as fragilidades destas, bem como uma fundamentação teórica suficiente que auxiliasse a compreensão do objeto de estudo.

A intersetorialidade é um tema que, nos últimos anos, marcou o campo da Saúde Coletiva em diversos movimentos tecno-políticos. (AKERMAN, et al. 2014). No entanto, a insuficiência das ações setoriais em responder as demandas dos sujeitos, traz à tona a necessidade cada vez mais emergente de investigar novas formas de trabalho que orientem para ações interssetoriais e um cuidado integral em saúde, especialmente em espaços onde as expressões da questão social são latentes.

A promoção da saúde se formaliza como uma Política Nacional de Promoção da Saúde em 2006 (BRASIL, 2006), com uma concepção ampliada de saúde, que vem desde a Reforma Sanitária brasileira¹, muito estimulada pelos movimentos sociais, na década de 1980, esta Política, nos seus pressupostos, alinha-se com o pensamento crítico de saúde:

“Nas últimas décadas, tornou-se mais importante cuidar da vida de modo que se reduzisse a vulnerabilidade ao adoecer e as chances de que ele seja produtor de incapacidade, de sofrimento crônico e de morte prematura de

¹ Segundo ESCOREL, o projeto da Reforma Sanitária emergiu nos anos 1970 e 1980 em meio a um amplo debate sobre a democratização da saúde, com uma produção teórico-crítica e uma base conceitual. O autor entende este movimento como um “conjunto organizado de pessoas e grupos partidários ou não, articulados ao redor de um projeto” que orientou a construção de uma prática teórica, ideológica e política no âmbito da saúde. (ESCOREL, S. Revirada na saúde Tema/Radis, 11:5-7, 1988)

indivíduos e população.

Além disso, a análise do processo de saúde-adoecimento evidenciou que a saúde é resultado dos modos de organização da produção, do trabalho e da sociedade em determinado contexto histórico e o aparato biomédico não consegue modificar os condicionantes nem determinantes mais amplos desse processo, operando um modelo de atenção e cuidado marcado, na maior parte das vezes pela centralidade nos sintomas.

No Brasil, pensar outros caminhos para garantir a saúde da população significou pensar a redemocratização do País e a constituição de um sistema inclusivo” (BRASIL, 2006).

Na medida em que traz para a arena política e vivencial a discussão da saúde (GADAMER apud MINAYO, 2014), este pensamento tensiona o modelo hegemônico, buscando compreender a totalidade do fenômeno saúde a partir de suas multicausalidades, num esforço para responder de forma mais efetiva às demandas de saúde da população. Essa concepção considera além do caráter biológico, a relação dos determinantes sociais com os sujeitos e a forma como estes influenciam o processo de saúde e doença de cada um, colocando em cena as relações sociais de produção.

“Entre os autores do campo da saúde coletiva há compreensão compartilhada de que a atuação, a partir das múltiplas e complexas determinações do processo saúde-doença incorporadas ao conceito de promoção da saúde é, de fato, promissora, mas também desafiadora e complexa, tanto do ponto de vista político quanto técnico (TEIXEIRA e PAIM, CAMPOS apud MONNERAT e SOUZA 2015, on-line)

Amplia-se a concepção de saúde, e nesse sentido, para além da simples ausência de doenças, ela passa a ser compreendida como uma produção social, que como tal, necessita de outras intervenções além das médico-curativas, mais complexas, e que precisam ser compartilhadas pelos indivíduos de uma sociedade. Assim, cada sujeito dentro do seu grupo populacional vai expressar seja no corpo ou na mente a forma como internaliza subjetivamente as particularidades biológicas, sociais e ambientais que vive no seu cotidiano. (MINAYO, 2014)

Agora, 30 anos após a implementação do Sistema Único de Saúde, são

diversos os avanços, mas ainda maiores os desafios. Avançamos na universalidade, quando atingimos grande parte da população de um país que antes nunca havia tido uma consulta médica. Avançamos quando criamos um sistema que é equitativo, ou seja, ao qual todos podem ter acesso, independente de raça ou classe social. Avançamos na integralidade quando implantamos políticas e programas que incluem profissionais não médicos, admitindo que cuidar da saúde não é só o cuidado médico, como a Estratégia da Saúde da Família e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Enfim, ampliamos a rede e conseqüentemente o atendimento, e nos tornamos referência para outros países.

Não é pouca coisa, mas também não são poucas as dificuldades que permaneceram ou que se apresentam frente a estas mudanças e as necessidades atuais da sociedade capitalista da qual fazemos parte. Talvez o maior deles, seja fazer com que este Sistema criado há 26 anos mantenha vivo os mesmos princípios doutrinários que o criaram, absorvendo as mudanças da sociedade e sendo capaz de renovar-se dentro dela sem deixar de atender as necessidades de saúde da população com qualidade.

O município de Santos possui uma ampla rede de serviços públicos de saúde de atenção primária, secundária e terciária, com potencialidades e dificuldades, que servem de referência para seus munícipes bem como para outras cidades da região da Baixada. BARBOSA (et al., 2008) vai chamar a atenção para o movimento de deslocamento de munícipes vizinhos que vem à Santos buscar acesso aos serviços de saúde ou melhor qualidade no atendimento destes.

Mesmo com um alto IDH², que o coloca no 6^a lugar entre os municípios brasileiros (Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2013), e ter se desenvolvido muito nos últimos vinte anos, Santos apresenta muitas desigualdades. Essa desigualdade não é exclusividade do município e nem do campo da saúde, CERQUEIRA e PUPO (2008) ao analisar o acesso aos serviços de saúde em duas

² O índice de desenvolvimento humano (IDH) é calculado com base em três indicadores: de saúde, educação e renda (PNUD, 2018). No entanto, é preciso levar em consideração, que ele apresenta uma média e como tal possui certas limitações, por se tratar de uma representação numérica que não necessariamente retrata a realidade mais sensível dos cidadãos.

favelas da Baixada Santista, partem do ponto de que esta é uma desigualdade encontrada em diferentes setores e campos das políticas sociais, onde o fenômeno da pobreza torna-se um dificultador para condições mínimas de saúde.

Quem volta o olhar para além dos cartões postais de Santos se espanta com uma região tão diferente, conhecida como Zona Noroeste. Uma das últimas regiões de Santos a ser ocupada, fruto do avanço do capitalismo, da verticalização e também das indústrias de Cubatão, que acarretaram em um grande aumento populacional, e fez com que áreas antes de mangue, contornadas pelo Rio Bugre fossem ocupadas por moradias irregulares de uma população migrante. População esta, que até os dias de hoje sofre constantemente com as ações do clima, sendo as que mais necessitam de intervenções dos Serviços Públicos que realmente entendam e atendam as demandas da população. São áreas periféricas, onde a pobreza e suas multicausalidades apresentam a face mais aguda e fica evidente a necessidade de respostas articuladas pelos diversos atores envolvidos, justamente porque são demandas que perpassam diferentes áreas do conhecimento e das políticas públicas (FEITOSA, 2013).

Ali são as crianças que mergulham nos canais sujos para se refrescar nos dias de calor, os idosos que sentam na porta das suas casas proseando e vendo a vida passar, a beleza do subúrbio visível apenas para quem olhar além do óbvio. Uma região que também passou por transformações ao longo do tempo, com a chegada do asfalto, dos comércios, dos grandes prédios, o que pode trazer uma primeira impressão de desenvolvimento. Mas não se engane, basta adentrar um pouco os bairros para ver que a realidade de quem mora cada vez mais perto das ocupações irregulares não é tão desenvolvida assim, que as favelas ainda persistem, e as pessoas que ali vivem ainda resistem, pois, viver naquelas condições é também resistir.

Cada vez mais, tem se percebido que as respostas do tamanho da complexidade das necessidades desta população - que é comum a outros grupos populacionais, da mesma maneira que é única para cada indivíduo - para serem sanadas, necessitam de um conhecimento da totalidade e de um esforço conjunto de ações que possam fazer frente às desigualdades sociais que permeiam as mais

variadas áreas (GUIMARÃES e ORTH, 2014).

É justamente para as áreas de maior vulnerabilidade, onde o acesso a serviços de saúde é difícil, especialmente devido a barreiras geográficas, priorizando moradores de comunidades de baixa renda e dos morros, que foi criado, em 1994, o Programa Saúde da Família (BRASIL, 2014; BARBOSA et al, 2008). Trata-se de uma reorganização da Atenção Básica, através de um serviço que também é porta de entrada, assim como as Unidades Básicas de Saúde, mas que possui um maior enfoque no acompanhamento das **famílias** (grifo nosso) dentro do **território** (grifo nosso) buscando tensionar o modelo assistencial biomédico. (SILVA, 2014).

Em 1996, foi renomeado como Estratégia Saúde da Família (ESF), propondo um trabalho interdisciplinar e multiprofissional, que colaborou com ampliação do acesso aos serviços de saúde e do cuidado integral às famílias nas suas áreas de abrangência, modificando expressivamente a forma como a Atenção Básica é realizada. No entanto, apenas a implantação da ESF não seria capaz de modificar o modelo assistencial e possibilitar a construção de um cuidado integral, que se fortalece nas práticas cotidianas e nos diálogos entre os profissionais de saúde e de outras áreas (SILVA, 2014).

Então, em 2008, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), uma proposta que inovou, ao oferecer apoio técnico-pedagógico e assistencial aos profissionais da ESF, com uma lógica de construção de conhecimentos (BRASIL, 2014). O NASF é um serviço que não serve de porta de entrada para a atenção básica, mas que a fortalece na medida em que há corresponsabilização pelo cuidado da população. Sua orientação é para reforçar e atuar em nove diretrizes que são: interdisciplinaridade, **Intersetorialidade** (grifo nosso), educação popular, território, **integralidade** (grifo nosso), controle social, educação permanente em saúde, **promoção da saúde** (grifo nosso) e humanização (BRASIL, 2011).

A inserção do NASF no município de Santos é recente, foi formalizada através da Portaria nº 127, de 11 de fevereiro de 2015, do Ministério da Saúde, e instalada no mesmo ano em três áreas diferentes: Morros, Zona Noroeste e Centro; estas são

áreas marcadas por desigualdades sociais e econômicas. De acordo com CERQUEIRA e PUPO (2008), essas desigualdades vão influenciar o modo como esta população tem um maior ou menor acesso aos serviços de saúde, daí a necessidade de implantar nestes territórios equipes de ESF e NASF, para garantir equidade no acesso a este direito social. Justamente por isso, a escolha pela região da Zona Noroeste não foi aleatória.

A vivência no território me aproximou do campo de pesquisa já na graduação. Foi esse conhecimento empírico que inspirou o desenvolvimento do Trabalho de Conclusão de Curso denominado: “A busca de um grupo de mulheres por acesso a saúde como direito na Zona Noroeste de Santos/SP” (2013). Tal pesquisa foi realizada com um grupo de mulheres idosas acompanhadas pelo Projeto de Extensão “Cartografias Femininas” da Universidade Federal de São Paulo - Campus Baixada Santista, onde participavam de encontros regulares e em alguns casos eram acompanhadas individualmente.

A minha prática profissional como Assistente Social trouxe a vivência das limitações dos processos de trabalho, e a percepção de que este diálogo intersetorial, embora elencado nas normativas que regem as políticas públicas como saúde, assistência e diretamente alguns programas federais, ainda é escasso.

A intersetorialidade é um termo polissêmico. Os autores que estudam o tema possuem diferentes entendimentos do que é a intersetorialidade, mas tais compreensões não são de todo antagônicas, e sim complementares e ajudam a conferir um sentido prático diante da falta de robustez teórica (SCHUTZ e MIOTO, 2010; ANDRADE, 2006; MONNERAT e SOUZA, 2015, AKERMAN et al, 2014). O que é claro é que construção da intersetorialidade é um processo que demanda compromisso de todos os profissionais, não somente do NASF, nem da área da saúde. A integralidade deveria ser um princípio transversal a todo o SUS, mas a realidade dos serviços de saúde, com poucos profissionais, falta de equipamentos, grande demanda, entre outros problemas políticos e de gestão dificultam a cristalização de uma prática que vá de encontro aos princípios doutrinários.

Logo, o NASF é um serviço importante na busca por novas formas de

processos de trabalho que atuem na superação da fragmentação da saúde para um modelo ampliado de clínica com projetos terapêuticos singulares e um projeto de saúde no território, através de profissionais de diferentes áreas do saber, estes definidos de acordo com as prioridades identificadas pelos gestores municipais e pelas equipes de ESF. É, portanto, um espaço de potencialidade para práticas intersetoriais de produção de cuidado em saúde da população, com foco prioritário nas ações de prevenção e promoção da saúde. A intersetorialidade continua sendo um grande desafio, uma vez que ainda não se conseguiu alcançar um patamar que supere a fragmentação e a falta de articulação entre as políticas públicas brasileiras (AKERMAN et. Al, 2014; SCHUTZ e MIOTO, 2010; COSTA et. Al, 2006; ESCOREL et. Al, 2007).

O imperativo aqui é identificar quais são as questões que se colocam como dificultadores na construção do trabalho em saúde da equipe NASF para um cuidado integral através de práticas intersetoriais. E validar práticas potenciais que reafirme os princípios do SUS, que possuem uma influência positiva na produção do cuidado em saúde do país, e que fortalecem a Atenção Básica, o campo da Promoção da Saúde e, logicamente, o Sistema Único de Saúde.

2. OBJETIVOS

Objetivo geral:

- Explorar quais ações, estratégias e processos são acionados pela equipe NASF para o desenvolvimento de um trabalho intersetorial.

Objetivos específicos:

- Identificar quais ações intersetoriais são desenvolvidas pela equipe NASF;
- Conhecer que estratégias são criadas pela equipe NASF para construir ações intersetoriais;
- Identificar que processos são criados pela equipe NASF para superar o desafio de construir ações intersetoriais.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. O CONCEITO AMPLIADO DE SAÚDE

O entendimento sobre o que é saúde foi construído sob diversas perspectivas teóricas ao longo da história e tem relação direta com entendimento sobre o que é doença. Embora estes dois conceitos estejam atrelados, a doença foi muito perseguida pelo homem ao longo de sua história, enquanto que a saúde muitas vezes em ficou segundo plano. Diversos foram os modelos criados para curar e restabelecer a saúde dos seres humanos.

Entre os modelos mais atuais existe o biomédico, ou medicina científica ocidental/moderna. De acordo com BATISTELLA (2007) esta ganhou força com o desenvolvimento das sociedades capitalistas e a noção moderna de Estado³. Assim, a clínica moderna vai se assentar em espaços que antes eram de exclusão, como hospitais e que irão aos poucos se tornar espaços de cura. Os avanços científicos têm um papel importante no estabelecimento deste modelo, pois vão modificar a forma como as doenças são identificadas e tratadas. O foco, portanto, é nos aspectos biológicos e individuais, e o tratamento é em partes cada vez menores do corpo, de maneira semelhante a um funcionamento mecânico. CANGUILHEM vai ser um dos autores a criticar este modelo ao dizer que este reducionismo produz um apagamento do corpo subjetivo, corpo que este que na clínica precisa ser visto como indivíduos “completos e concretos”, para além de órgãos doentes (CANGUILHEM apud BATISTELLA, 2007).

³ O surgimento do Estado Moderno para Foucault (apud BATISTELLA, 2007) modifica a concepção de saúde e da medicina no século XIX. Com a ascensão do capitalismo, o corpo político e social enquanto força de trabalho se torna cada vez mais necessário. Assim através da “*normatização dos espaços, dos processos e dos indivíduos*”(p.59), vão se estabelecendo formas de “manutenção” da saúde destes sujeitos. Duas implicações decorrem desse processo. O lado positivo é o sucesso de campanhas de imunização e de ações controle de doenças. Porém, ao se estabelecer normas saudáveis, aqueles que não as seguem acabam por ser responsabilizados pelo seu adoecimento, sem levar em conta o caráter histórico e cultural, “*isenta-se o poder público e culpabiliza-se a vítima*” (p.60).

O modelo sistêmico ou ecossistêmico (BATISTELLA, 2007), como o nome já diz, incorpora a noção de sistema e passa a considerar também não só elementos do organismo, mas elementos do ecossistema como influenciadores do processo saúde-doença. O conceito fundamental deste modelo é o de qualidade de vida, eminentemente qualitativo propõe-se a ir além da apreensão objetiva de saúde. Outro modelo é o da História Natural das Doenças (HND) proposto por LEAVELL e CLARK, em 1976, considera a saúde e a doença como um processo inter-relacionado entre agente causador, hospedeiro da doença e meio ambiente, é um avanço no que diz respeito ao acompanhamento das doenças e também para a criação de métodos de prevenção (CRUZ, 2011)

Percebe-se uma busca incessante ao longo da história para compreender como “manter” e “recuperar” a saúde da população. No caso dos modelos modernos nota-se a problematização do desenvolvimento de conceitos de saúde que pudessem abarcar toda a complexidade dos determinantes e das relações nos micro e macro processos. Ainda assim, como o foco era sempre a doença, o conceito de saúde ficava em segundo plano e de maneira implícita era entendido como a “não-doença”. O processo saúde-doença é um conceito chave para a epidemiologia social, ele é compreendido como parte integrante das condições objetivas e subjetivas da vida das pessoas. Ele é mais do que apenas um desequilíbrio biológico, ele é multidimensional, pois integra dimensões biológicas, psicológicas, econômicas, culturais, políticas e ambientais, é dinâmico e complexo, pois cada dimensão dessa varia de acordo com o sujeito ou grupo, de acordo com os diferentes níveis de organização da vida (CRUZ, 2011).

Se voltarmos o olhar para a definição apenas do conceito saúde, percebemos que suas definições também foram se modificando com o tempo, ainda que tardiamente. A primeira tentativa empírica de definição universal da categoria saúde foi proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948, ao dizer que saúde é o “estado de completo bem-estar físico, mental e social”. Em um contexto de pós-guerra, fim do colonialismo e ascensão do socialismo, tal definição expressava uma vida plena e sem privações. No entanto, tal definição gerou críticas de duas ordens: técnica, por colocar a saúde como um ideal inatingível pelos serviços de saúde; e

política, por promover uma intervenção na vida da população, por parte do Estado para promover saúde, o que poderia gerar abusos.

Em 1974 foi divulgado no Canadá o Relatório Lalonde, este apresentava quatro campos que integravam o conceito de saúde: biologia humana, meio ambiente, estilo de vida e organização da assistência à saúde. De acordo com Marc Lalonde, autor do relatório, era sobre esses fatores que a saúde pública canadense deveria intervir. Mas é somente em 1977, que Christopher Boorse, vai sistematizar teoricamente o conceito saúde a partir de uma concepção negativa, percebendo esta como a ausência de doença, numa tentativa de superar o modelo biomédico. Só que ao assumir tal proposição, ele exclui fatores sociais e psicológicos e reduz a questão da saúde e doença a um caráter meramente objetivo (ALMEIDA-FILHO e JUCÁ apud BATISTELLA, 2007).

A resposta para a definição de Boorse veio na Conferência de Alma-Ata, em 1978, promovida pela OMS, se estabeleceu propostas a saúde da população. O avanço deste relatório não foi na mudança do conceito saúde, pois este permaneceu o mesmo que estabelecido pela própria OMS em 1948, embora no documento seja refutada a ideia de saúde como mera ausência de doença (BATISTELLA, 2007). A mudança mesmo foi na adoção da atenção primária como principal foco de promoção da saúde; no reconhecimento da existência de desigualdades na situação de saúde dos povos, especialmente entre países subdesenvolvidos e desenvolvidos; e de que a promoção da saúde requer a ação de outros setores que vão além da própria saúde.

A Constituição Federal 1988 não define de maneira explícita qual o seu entendimento sobre o conceito de saúde, ela se restringe aos responsáveis e de que maneira a saúde deve ser garantida.

“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 a promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988, Art. 196).

Já a Lei Orgânica de Saúde (LOS), nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, responsável pela criação do Sistema único de Saúde (SUS), não só reconhece os fatores determinantes e condicionantes da saúde, mas aponta quais são eles:

“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, o acesso a bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país” (BRASIL, 1990, Art. 3º).

Ao assumir tal definição, a LOS remete a um outro modelo conceitual, o dos Determinantes Sociais em Saúde. Este por sua vez, possui ramificações de modelos explicativos que tentam esquematizar as relações entre os fatores estudados. Aqui considerarei apenas o modelo de Dahlgren e Whitehead. Os autores dividem em camadas os determinantes, de acordo com o nível de abrangência. Apesar de não colocar como os diferentes fatores estão inter-relacionados, ele permite identificar pontos para a intervenção de políticas públicas para que reduzam as desigualdades

Existem ainda outros modelos explicativos de saúde, que também englobam fatores de ordem micro e macro. FILHO e ANDRADE (apud BATISTELLA, 2007) vão sugerir uma abordagem totalizadora a partir da integração de ordens hierárquicas de diferentes componentes (microestrutural, sistêmica, subindividual, clínica individual, epidemiológica, interfaces ambientais e simbólica). SABROZA (apud BATISTELLA, 2007) vai propor uma perspectiva semelhante, considerando a saúde como um sistema complexo articulado por variadas dimensões.

Os modelos de saúde-doença mais tradicionais foram com o tempo abrindo espaço para concepções cada vez mais expansivas com maior potencial para compreender e explicar a complexidade dos processos sociais inerentes a categoria saúde (CASTELLANOS, 1990). Ela pode então ser considerado uma categoria que transcende setores e campos do conhecimento. SABROZA vai mais além e define saúde como um conceito impreciso, pois mesmo sendo de uma realidade objetiva, ela só pode ser definida a partir da elaboração por atores sociais concretos.

“[...] ao contrário de conceitos bem estabelecidos, demarcados pelos limites que explicitam as suas condições, os conceitos imprecisos são definidos a partir de questões centrais ou atratores, e de suas interações com outros conceitos com os quais se relacionam, sempre a partir de perspectivas definidas em determinado período histórico” (apud BATISTELLA, 2007, p.74).

A saúde, portanto, não é a mesma coisa para todos, ela é reflexo da conjuntura social, política, econômica e das escolhas individuais de cada um. O conceito de saúde é único para cada sujeito, não respeitar isso é reforçar a ideia de uma saúde normativa e impositiva. A saúde é poli, multi, trans e inter. E para defini-la é preciso

extrapolar o próprio campo da saúde. E por ser tudo isso, representa um desafio para profissionais, serviços e usuários) e é fundamental como eixo para reorientação de práticas de saúde que superem de um modelo de atenção biologicista, medicalizante e prescritivo (BATISTELLA, 2007).

3.2. POLÍTICAS SOCIAIS

Primeiramente, é preciso compreender que as políticas sociais têm sua origem enquanto processo social, nos “movimentos de ascensão do capitalismo com a Revolução Industrial, das lutas de classe e do desenvolvimento estatal” (BEHRING e BOSCHETTI, 2011, p.47). São respostas às expressões multifacetadas da questão social⁴ na sociedade capitalista, que marcaram uma mudança de um Estado completamente liberal para um Estado que passou a incorporar orientações social democratas. Para tanto, foi fundamental a participação da classe trabalhadora e, ainda que não se tenha conseguido mudar a forma de organização da sociedade, se ampliaram direitos sociais, tornando possível “tensionar, questionar e mudar o papel do Estado no âmbito do capitalismo e a partir do final do século XIX e início do século XX” (BEHRING e BOSCHETTI, 2011).

Assim, o Estado, enquanto uma instituição, apresenta as contradições inerentes ao sistema capitalista, também presentes nas políticas sociais. De acordo com BELLINI et al (2014), estas, apesar de viabilizar uma série de direitos são na realidade uma concessão da feita pela burguesia à classe trabalhadora. A políticas sociais se inserem neste contexto como

“[...] processo e resultado das relações complexas e contraditórias que se estabelecem entre Estado e sociedade civil, no âmbito dos conflitos e lutas de classes que envolvem o processo de produção e reprodução do capitalismo” (BEHRING e BOSCHETTI, 2011, p.36).

No Brasil, as políticas sociais se consolidaram enquanto uma forma de responder às demandas que eram motivo de luta da população, que passava a vivenciar as consequências do processo desenvolvimentista no Brasil, o que implicou em mudanças no modo de vida e adoecimento dos sujeitos, aumentando desigualdades já existentes, fruto de processo histórico de colonização, escravidão, e exploração da terra. A herança desta formação sociológica deixa um rastro de

⁴“A Questão Social é apreendida como um conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade”. IAMAMOTO (apud TOMAZ, 2013, p.2)

desigualdade e pobreza que permanece até os dias de hoje que, para ser modificada, necessita de uma intervenção de ordem macroeconômica. São diferenças territoriais que segregam a população mais pobre a cada vez mais afastar-se dos centros urbanos e diferenças de renda que geram desigualdades de todos os tipos, nutricionais, educacionais, culturais entre outras.

De 1964 a 1985 o Brasil passou por um período de ditadura. A luta pela democracia e pelos direitos, que já acontecia antes deste período, se fortaleceu, ainda que duramente reprimida pelas forças militares, e gerou questionamentos referentes à garantia de direitos, como saúde, assistência social, moradia e liberdade de expressão, mas também à forma como eles eram ofertados à população. As poucas políticas sociais existentes na segunda metade do século XX, esboços de um sistema de proteção social, eram fragmentadas, em sua maioria de caráter assistencial, não eram planejadas de forma atingir e modificar o cerne da questão social, e, portanto, não atendiam às necessidades da população (MILWARD, 2009)

A constituição do Sistema de Proteção Social Brasileiro⁵ reformulou a forma como saúde, previdência social e assistência social eram concebidas e conseqüentemente as ações ofertadas pelo Estado. Este passou a ser o maior responsável por garantir o bem-estar da sua população e conseqüentemente fornecer condições básicas para ela se reproduzir socialmente, através de um sistema de proteção universal e inclusivo.

Foi no respiro democrático que se constituiu um novo contrato social: a Constituição Federal de 1988. No entanto, tal vitória não era hegemônica e nem perdurou muito tempo. O tensionamento entre correntes ideológicas, que disputam poder para direcionar o caminho das políticas é constante, e vem deixando um rastro de desmonte de uma política que nem sequer chegou a ser, pois antes disso foi submetida ao grande capital.

“Articulado a esses processos de reestruturação esteve a implantação do

⁵ O Sistema de Proteção Social Brasileiro é redigido na Constituição Federal do Brasil de 1998, como um “conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinados a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, apud BERGER, 2011, p.5). Essa foi uma conquista iniciada nos anos 30, através de um longo processo de expansão e consolidação que culminou em um novo contrato social.

programa neoliberal, a partir da década de 1990, em nosso país. Este retoma princípios do liberalismo clássico no tocante à primazia do mercado, mas, vai além no ataque contra o papel intervencionista do Estado de Bem-estar social e de sua capacidade de investimentos e de redistribuição, bem como contra os trabalhadores, ao promover o desmonte da legislação sindical e dos direitos sociais” (BERGER, 2011, p.4).

As políticas que se seguem, de Saúde, Assistência Social, Previdência Social, entre outras tantas, vão se dar em meio a esta conjuntura, que não favorece nem potencializa ações. Muito pelo contrário, as reduzem ao mínimo, mínimo de verba, mínimo de direitos, mínimo de vida, e assim por diante.

Mas se existe luz no fim do túnel é justamente nessas políticas, e particularmente na Lei nº 8080 de 1990, que instituiu o SUS, que ainda tem na sua alma aquilo que os defensores do Movimento da Reforma Sanitária tanto almejavam: uma saúde como direito de todos nós. O MRS e seus defensores almejavam uma transformação radical, não só na concepção de saúde, mas na organização dos sistemas de serviços, nas ações e nas práticas. (MATTOS, 2009). Para a construção de um sistema com suas raízes na concepção ampliada de saúde enquanto produto de uma conjuntura, política, social, econômica e de determinantes sociais da população e do indivíduo, e ao Movimento da Reforma Sanitária (MRS) para construir um novo paradigma de saúde.

As políticas sociais apesar de terem avançado no sentido de garantir legalmente uma série de direitos, não foram suficientes para mudar a estrutura da sociedade que faz com que os indivíduos continuem a viver de forma desigual. A desigualdade social permanece, a violência permanece, o adoecimento e falta de oportunidade também são uma forma de realizar manutenção do próprio sistema e das relações de poder que se mantém.

3.3. PROMOÇÃO DA SAÚDE

A promoção da saúde surge concomitante à própria construção do conceito ampliado de saúde, com uma forte crítica à medicalização e à limitação das ações centradas somente na assistência médica. A forma de conceber a saúde como uma produção social ampliou o debate acerca dos determinantes socioeconômicos, assim como o compromisso político e as transformações sociais, e consequentemente direcionou a reflexão sobre outras formas de planejar e executar as ações de saúde (SÍCOLI e NASCIMENTO, 2003).

Charles Winslow (1920) estabeleceu os objetivos da saúde pública, esta entendida como “a ciência e arte de evitar doenças, prolongar a vida e desenvolver a saúde física, mental e eficiência” (apud BUSS, 2003, p.17), e a promoção da saúde como um esforço por parte da comunidade em conseguir melhores condições de saúde através de políticas. No ano de 1945, o canadense Henry Sigerist (PEREIRA et al, apud SÍCOLI e NASCIMENTO, 2003), definiu as quatro tarefas essenciais da medicina: a promoção da saúde, a prevenção das doenças, a recuperação dos enfermos e a reabilitação. A promoção da saúde para este autor deveria ser através de “condições de vida decentes” como educação, trabalho, entre outros articulando políticos, setores empresariais e sindicais, educadores e médicos. LEAVELL e CLARCK, em 1976, foram outros dois autores que se apropriaram do conceito de promoção de saúde, quando desenvolveram o modelo de História Natural da Doença, esta como resultado dos fatores biológicos – hospedeiro, agente e meio ambiente. A promoção neste caso caberia a medidas protetivas contra os agentes causadores de doença. Ainda que tenha sido um avanço, foi uma perspectiva individualista, a qual colocava a responsabilização nos indivíduos e suas famílias (BUSS, 2003; WATANABE, 2000).

A produção teórica sobre a promoção da saúde é dividida por BUSS (2000) em dois grupos: o primeiro tem um enfoque na responsabilização do indivíduo pela sua saúde, pelo seu estilo de vida, pelas doenças que adquire, dentro da cultura de sua comunidade. Neste caso, as ações e os programas de promoção da saúde seguem uma linha mais educativa objetivando mudar comportamentos de risco, como

exemplo exercícios físicos e o hábito de fumar

O segundo grupo, tem o enfoque numa outra concepção de promoção da saúde. O Relatório Lalonde de 1974⁶ foi o primeiro documento oficial que trouxe esta visão, abrangendo diferentes fatores significativos para compreensão da saúde e de práticas de promoção da saúde a partir da década de 1970. E a saúde é produto desse espectro de fatores inter-relacionados. Esse sentido mais amplo de saúde deve fomentar transformações sociais e pensar políticas públicas mais coletivas para indivíduos e seu território.

“Particularmente em países como o Brasil e outros da América Latina, a péssima distribuição de renda, o analfabetismo e o baixo grau de escolaridade, assim como as condições precárias de habitação e ambiente têm um papel muito importante nas condições de vida e saúde” (BUSS, 2000, p. 165).

O protagonismo dos indivíduos vai ser fundamental, tanto quanto os outros elementos sociais, econômicos e biológicos para determinar a saúde de cada sujeito. Assim, os sujeitos deixariam a posição de passividade, para serem agentes produtores de sua saúde. Mas essa visão trouxe junto uma preocupação e uma crítica: a de que essa autonomia poderia ser traduzida como uma desresponsabilização do Estado, e uma super responsabilização do sujeito em adotar práticas saudáveis para qualidade de vida, tomando conta de si mesmo (BATISTELLA, 2007).

“[...] além de apontar o alcance limitado de tal enfoque, destaca a responsabilização individual e a culpabilização consequentes a essa abordagem. Ao considerar os indivíduos como exclusivos responsáveis pela saúde, as determinações sócio-políticas e econômicas ficam desatreladas, mascaradas; os governos e os formuladores de políticas são desresponsabilizados e a “culpa” pela situação de saúde recai no indivíduo” (CERQUEIRA apud SÍCOLI e NASCIMENTO, 2003, p.103).

Percebe-se que existem divergências na promoção da saúde, dentro da dimensão conceitual, acerca dos conceitos, das premissas e dos princípios que sustentam esse discurso. Na dimensão metodológica, ou seja, na forma de operacionalizar este conceito por meio de práticas e estratégias capazes de superar

⁶A New Perspective on the Health Canadians, também conhecido como Informe Lalonde, é considerado um marco histórico no campo da Saúde Pública, seu principal questionamento eram os custos elevados com cuidados médicos, mas também fazia uma crítica às ações centradas na assistência médica, por serem limitadas e insuficientes para atuar sobre os grupos de determinantes originais da saúde identificados por ele: os biológicos, os ambientais e os relacionados aos estilos de vida (BUSS, 2000).

a lógica médico-curativa e de modificar o cuidado integral em saúde de uma população com desigualdades econômicas e sociais do tamanho do Brasil, as dificuldades são maiores ainda. (CERQUEIRA apud SÍCOLI e NASCIMENTO, 2003).

Ainda assim, o desenvolvimento do conceito de promoção da saúde é inegável. Ele saiu de uma posição restrita à medicina preventiva, onde era visto como um nível de atenção (LEAVELL e CLARCK apud BATISTELLA, 2013) para uma multiplicidade de entendimentos, inclusive como um “enfoque político e técnico do processo saúde-doença-cuidado” (BUSS, 2003, p.15), com vistas a possibilitar que os sujeitos realizassem todo seu potencial de saúde.

Esse movimento também é desdobramento dos fortes questionamentos, a partir dos anos 1970, sobre a pouca resolutividade da abordagem médica-biologicista, diante de problemas de saúde cada vez mais complexos. Os Sistemas de saúde da época, submetidos a constantes forças expansivas, buscavam racionalizar os recursos humanos e físicos, financeiros e a ética profissional. Todavia, isto não foi suficiente para modificar a realidade global, as pessoas continuavam adoecendo, mesmo com altos investimentos em tecnologias de saúde. O que fortaleceu as novas concepções de saúde e de promoção de saúde consequentemente (BUSS, 2003).

As Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde⁷ desenvolveram as bases políticas e conceituais sobre o termo, e assim a promoção da saúde ganhou espaço nos debates, fóruns e assembleias mundo afora, o que permitiu também que o próprio conceito ao ser discutido e estudado fosse se modificando ao longo do tempo (BUSS, 2003).

No campo da saúde pública, o termo ganhou destaque a partir da década de 1980, que foi introduzida ao debate sobre saúde pela Organização Mundial de Saúde (OMS). A Carta de Ottawa⁸ (WHO, 1986) é, junto com o Relatório Lalonde, uma das produções escritas fundadoras da promoção da saúde contemporânea no mundo. Representa um compromisso que abrange valores morais e sociais, assim como uma

⁷ Realizadas em Ottawa, 1986; Adelaide, 1988; Sundsvall, 1991) e Jacarta, 1997. (BUSS, 2000)

⁸ Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf

responsabilização múltipla que envolve o Estado (através de políticas públicas), a comunidade (através da participação social e comunitária), o sistema de saúde (através de reorganização do próprio sistema) e os indivíduos (através do desenvolvimento de habilidades pessoais). Articular todos estes atores em busca de um objetivo comum que é a produção de saúde significou assumir também a necessidade de pensar, planejar e atuar de maneira intersetorial (BUSS, 2000).

A promoção da saúde no Brasil é assumida textualmente na Constituição Federal do Brasil de 1988, seção II - Da Saúde, capítulo VIII, art. 196, quando se refere à “serviços e ações para promoção, proteção e recuperação da saúde da população”. E também na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 numa redação muito próxima à Constituição Federal. Mas uma política específica de promoção da saúde só foi elaborada anos mais tarde através da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006, redefinida posteriormente pela Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014 foi instituída a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).

“Art. 2º A PNPS traz em sua base o conceito ampliado de saúde e o referencial teórico da promoção da saúde como um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação **intra** e **intersetorial**, pela formação da Rede de Atenção à Saúde (RAS)⁹, buscando articular suas ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social” (grifo nosso).

A promoção da saúde do ponto de vista conceitual e metodológico propõe uma nova maneira de entender e intervir na área da saúde, representando uma possibilidade de ruptura com paradigma do modelo biomédico. Enquanto política, ela vem para provocar transformações na forma como é organizada, planejada, realizada, analisada e avaliado o trabalho em saúde, compreendendo a articulação entre políticas públicas como essencial para construir ações que efetivas para as necessidades sociais em saúde. Hoje, pouco mais de dez anos após sua implantação enquanto política, segue sendo um desafio principalmente no que diz respeito a ações intersetoriais (COSTA, 2013; MALTA et al, 2016).

⁹ “A Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010).

3.4. INTEGRALIDADE

A concepção de integralidade, assim como a intersetorialidade é uma polêmica entre os autores que a estudam. Isso porque ela pode ser compreendida a partir de diferentes pontos de vista, tanto em nível macro quanto micro. Ela ganhou mais força junto ao discurso de conceito ampliado de saúde e as bandeiras de luta do Movimento da Reforma Sanitária. O MRS vai trazer à cena quatro perspectivas do conceito de integralidade, segundo PAIM e BAHIA (2010):

a) como integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, compondo níveis de prevenção primária, secundária e terciária; b) como forma de atuação profissional abrangendo as dimensões biológica, psicológica e social; c) como garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde; d) como articulação de um conjunto de políticas públicas vinculadas a uma totalidade de projetos de mudanças que incidissem sobre as condições de vida, determinantes da saúde e dos riscos de adoecimento, mediante ação intersetorial.(on-line)

Essas percepções demonstram algumas possíveis interpretações da integralidade, que partem de diferentes premissas: do cuidado, da prática, do programa, de políticas e de sistemas. Na Constituição Federal ela compõe, junto com a equidade e a universalidade as diretrizes basilares do Sistema Único de Saúde. Mas com um detalhe, não é citado o termo integralidade, mas sim “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”. (BRASIL, 1988). Já na Lei de regulamentação do SUS a integralidade é reconhecida como princípio:

“II - Integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990, Título II, Capítulo II).

A integralidade para o SUS, antes de mais nada é uma bandeira de luta, uma imagem-objetivo que expressa características desejáveis em um sistema de saúde, suas instituições e profissionais. E como tal, a integralidade mobiliza atores que creem em valores pelos quais é possível construir uma sociedade mais justa e igualitária, num futuro breve. Mesmo que não exista prescrição de como agir, como organizar e planejar para construir esse sistema integral, tal apreensão existe no campo subjetivo

de quem compartilha estes ideais (MATTOS, 2009).

MATTOS (2009) aponta três sentidos da integralidade: como um traço da medicina, como organização das práticas e no campo das políticas especiais. A primeira surge com a proposta da Medicina Integral, nos Estados Unidos, de “articular ações de promoção, proteção, diagnóstico precoce, limitação do dano e reabilitação” (PAIM e BAHIA, 2010), buscando superar a fragmentação do atendimento médico. No Brasil ela ganha traços peculiares e se aproximou nos anos 70 e 80 das discussões da Medicina Preventiva.

A integralidade como organização das práticas surge como uma crítica ao antigo Sistema Nacional de Saúde (SNS), que separava a saúde pública da assistência médica. A Seguridade Social, composta pelo tripé Saúde, Previdência e Assistência Social foi um avanço no sentido de articular as três políticas. Com a Constituição Federal de 1988, propôs-se a horizontalização das políticas e programas que eram essencialmente verticais. Assim reorganizou-se a lógica dos serviços, e a integralidade nesse sentido deixou de ser uma atitude para ser um modo de organizar os processos de trabalho que passaram a ter um olhar voltado às necessidades da população (MATTOS, 2009).

“As questões postas iam desde as formas de aproveitar as oportunidades geradas pela demanda espontânea para aplicar protocolos de diagnóstico precoce e de identificação de situações de risco para a saúde, até o desenvolvimento de conjuntos de atividades coletivas junto à comunidade” (MATTOS, 2009, p. 59).

O último sentido é o das políticas especiais, e está relacionado com a configuração de certas políticas específicas voltadas a determinados problemas de saúde. O Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que criticava a forma fragmentada com que os problemas das mulheres eram tratados foi importante justamente por trazer à tona um viés crítico ao considerar a mulher na sua totalidade. E com o tempo, foram surgindo outras políticas específicas voltadas a determinados problemas da população, um grande exemplo positivo atual no Brasil é a Política Nacional de DST/AIDS. A integralidade nesse entendimento é de que cabe ao governo buscar articular ações de prevenção e de assistência com um olhar para os sujeitos de maneira integral (MATTOS, 2009).

CECÍLIO (2009) parte do conceito de necessidades de saúde para construir uma definição ampliada de integralidade. Para tanto, ele adota a ideia de que a integralidade deve ser trabalhada em suas várias dimensões. A primeira considera o esforço e a articulação dos diversos saberes de uma equipe multiprofissional no espaço dos serviços, o que chama de integralidade focalizada, uma vez que é trabalhada dentro do espaço do serviço de saúde, e acontece no encontro entre usuário e equipe. Ela se concretiza na escuta qualificada, na percepção sensível das demandas explícitas e implícitas.

“As necessidades de saúde, como vimos, podem ser a busca de algum tipo de resposta para as más condições de vida que a pessoa viveu ou está vivendo (do desemprego à violência no lar), a procura de um vínculo (a) efetivo com algum profissional, a necessidade de ter maior autonomia no modo de andar a vida ou, mesmo, de ter acesso a alguma tecnologia de saúde disponível, capaz de melhorar e prolongar sua vida. [...] assim, a integralidade da atenção, no espaço singular de cada serviço de saúde, poderia ser definida como o esforço da equipe de saúde de traduzir e atender, da melhor forma possível, tais necessidades, sempre complexas, mas principalmente, tendo que ser captadas em sua expressão individual (CECÍLIO, 2009, p.120)

O desafio é desenvolver relações, processos de comunicação e conversação de tal maneira afinados entre profissionais e usuários que consigam se concretizar em práticas de integralidade nos espaços da micropolítica de saúde. Essa integralidade focalizada deve ser buscada em todos os serviços da rede de saúde e em todos os níveis de atenção.

A segunda dimensão é a integralidade como fruto da articulação entre os serviços para responder às necessidades em saúde. Numa perspectiva de rede, cada sujeito em seu momento, com sua demanda, vai necessitar de uma determinada tecnologia que pode estar distribuída pelos serviços de saúde. A responsabilidade por dar conta dessas demandas sai do nível individual de cada profissional e passa a ser do sistema de saúde como um todo. Essa articulação em rede de múltiplas integralidades focalizadas, é chamada então de “integralidade ampliada”.

MATTOS (2009) e CECÍLIO (2009) dão uma importância devida ao espaço dos micro-relações e da dimensão prática como potenciais para o desenvolvimento da integralidade. No entanto, os limites institucionais e a forma como estas práticas estão socialmente configuradas podem se colocar como dificultadores ou facilitadores da integralidade.

“[...] é verdade que a postura dos profissionais é fundamental para a integralidade, em muitas situações a integralidade só se realizará com incorporações ou redefinições mais radicais da equipe de saúde e de seus processos de trabalho” (MATTOS, 2009, p;55).

O cuidado integral, por sua vez faz parte da Integralidade. Nele, o sujeito atendido é compreendido em sua totalidade e complexidade, considerando os aspectos bio, psico e social. Ele é trabalhado em uma dimensão individual, e mesmo esse cuidado sendo produzido no campo da saúde, por exemplo, quando são compreendidas as subjetividades, quando se valoriza as interações entre os sujeitos, construindo vínculos na atenção, é possível que seja produzido sim cuidado integral, como na construção Projetos Terapêuticos e no trabalho de acolhimento, justamente por ter esse olhar ampliado. (PAIM e BAHIA, 2010)

A partir do momento que a integralidade é colocada como princípio do SUS, ela ganha uma força muito grande, mas ela não se concretiza sozinha. Para que saia do nível das ideias e se torne efetiva, existe a premissa de que os serviços, os profissionais e ações devem ser articuladas. Assim, a integralidade não existe de maneira independente, ela pressupõe a coexistência da interdisciplinaridade e da intersetorialidade.

3.5 INTERSETORIALIDADE

Intersetorialidade é um termo¹⁰ polissêmico, que tem sido utilizado nas mais variadas áreas de saberes, especialmente aquelas ligadas à área da saúde coletiva e da administração pública, onde ganhou espaço para debate e produção científica, numa busca muito ligada ao enfrentamento da focalização das políticas sociais e também por uma maior eficiência administrativa. (AKERMAN, et al 2014; MONNERAT e SOUZA, 2015; PEREIRA, 2014).

O agravamento das desigualdades sociais e da pobreza, as deficiências do nosso Sistema de Proteção Social em atender às demandas por direitos sociais, bem como a falência dos modelos tradicionais de atenção à saúde da população tem demonstrado cada vez mais que é necessário pensar novas formas de organização das políticas que trabalhem em conjunto (BATISTELLA, 2007; MONNERAT e SOUZA, 2015). No campo da saúde coletiva o debate sobre intersectorialidade começou através do conceito ampliado de saúde mediado pela Reforma Sanitária, reconhecendo que além dos aspectos biológicos, existem determinantes sociais que também incidem no processo saúde-doença (MONNERAT e SOUZA, 2015).

Intersetorialidade é um termo de identidade complexa. JAPIASSÚ (apud PEREIRA, 2014) vai discutir a intersectorialidade a partir da discussão sobre interdisciplinaridade, passando pelas definições de multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade e transdisciplinaridade. Essa linha de raciocínio também é compartilhada pelo próprio PEREIRA (2014). Para fins de comparação acrescentaremos também o termo multiprofissional e o conceito de redes. Palavras com sentido semelhantes também são muitas das vezes utilizadas para explicitar o termo intersectorialidade tais como articulação, compartilhamento, rede, síntese.

Jantsch elaborou uma tipologia em 1972 que foi adaptada por BIBEAU (1996)

¹⁰ PEREIRA (2014) vai sinalizar que a Intersetorialidade não é um conceito, mas um termo. Para esta pesquisa em questão utilizaremos a palavra conceito, categoria, e outras similares para designar a intersectorialidade mesmo que este não seja um consenso teórico, mas diferentes formas compreensão de uma categoria ainda em formação.

e é citada por ALMEIDA-FILHO (2000) no texto “Intersetorialidade, transdisciplinaridade e saúde coletiva: atualizando um debate em aberto”. Início pela definição do sufixo de *disciplinaridade* por JAPIASSU (apud PEREIRA, 2014, p.30) como “[...]o conjunto sistemático e organizado de conhecimentos que apresentam características próprias” e que objetivam o surgimento de novos conhecimentos que substituam os antigos.

Assim a *multidisciplinaridade* é sobre “um conjunto de disciplinas ou de ramos especializados de saberes que se agregam em torno de um tema, uma problemática ou um objetivo comum, mas não se interpenetram” (IDEM, p.31). Ou seja, não se estabelecem relações de troca entre os profissionais no campo técnico ou científico a nível de cooperação (ALMEIDA-FILHO, 2000). Do ponto de vista prático, são profissionais atuando isoladamente dentro sua especialidade como nos serviços ambulatoriais.

Na proposta *pluridisciplinar* existe uma justaposição das disciplinas no tratamento de uma temática unificada. Ou seja, as relações de cooperação entre as disciplinas podem existir, com objetivos distintos dentro de cada especialidade, mas relacionados ao mesmo assunto. Apesar de geralmente as disciplinas estarem no mesmo nível hierárquico, não existe coordenação do trabalho. Na teoria existe uma intenção de complementaridade de saberes, na prática, tal modalidade pode incorrer em diálogos paralelos (ALMEIDA-FILHO, 2000; POTYARA, 2014).

Na *transdisciplinaridade*, concebida por PIAGET (apud ALMEIDA-FILHO, 2000), existe uma estrutura de disciplinas com objetivos diversificados, tendo estes conhecimentos compartilhados em uma axiomática geral. Ou seja, ir além das relações disciplinares postas, através da criação de um campo de conhecimento com autonomia teórica e metodológica, perante as disciplinas que o originaram, compondo assim, “um sistema total e sem fronteira de saberes” (JAPIASSU apud PEREIRA, 2014, p.32). É, sem dúvida, um desafio a ser alcançado.

O prefixo “*inter*”, conforme PEREIRA (2014), diz respeito à uma ligação orgânica que existe entre as diversas partes, onde numa relação dialética, uma não anula a outra, não se sobrepõe, não tem sentido de forma isolada, ou separadas das

demais partes, compondo assim um todo unido. Isso pressupõe uma reciprocidade e uma contradição inerentes a este todo que deve ser construído através de laços cooperantes. Assume assim o caráter contraditório próprio da dialética, que por sua vez imputa um movimento transformador qualitativo que vai da ignorância (desconhecer) e a vontade de superá-la.

“Essa percepção conduz ao entendimento de que a contradição, não deve se realizar de forma indistinta, passando por cima das formas particulares e concretas de movimentos, já que toda forma de movimento contém suas contradições específicas” (PEREIRA, 2014, p.35).

Esta observação demonstra que existem saberes particulares, mas que estes não devem ser vistos como absolutos, e sim como relativos. Ou seja, o conhecimento interdisciplinar só existe relacionado às disciplinas específicas que o compõe (PEREIRA, 2014). A interdisciplinaridade busca então construir a uma unidade de saber e não a simples articulação de disciplinas. Assim, a interdisciplinaridade para PEREIRA (2014) é nada mais do que uma união de saberes específicos e relativos, compreendendo este movimento dialético que relaciona o particular e o universal como inseparáveis, haja vista que dentro desta relação não é possível conceber saberes absolutos desconexos de um conjunto maior que os condiciona, que move e é movido, modificando e sendo modificado.

ALMEIDA-FILHO (2000) vai usar uma compreensão um pouco diferente do termo interdisciplinaridade, dividindo-a em duas sub-categorias: a interdisciplinaridade e a interdisciplinaridade auxiliar. A primeira tem como característica o nível hierárquico superior que uma disciplina ocupa, atuando como integradora e mediadora dos discursos, geralmente por ser de maior proximidade com o tema em debate. Na segunda uma disciplina será superior e subordinará o conhecimento das outras, colocando-os a serviço da sua especialidade. Mas ainda que tenham uma categorização diferentes, o autor vai reconhecer que existe nas relações interdisciplinares uma expectativa de convergência, reciprocidade, enriquecimento mútuo e aprendizagem conjunta.

Explica-se, então, para PEREIRA (2014), a intersetorialidade no campo das políticas sociais a partir da interdisciplinaridade. Com uma observação: os setores, no caso, são partes de políticas específicas, com seus movimentos contraditórios, enquanto resultado um conjunto de relações conflituosas representada na forma de

decisões e ações. Para INOJOSA, a intersetorialidade nada mais é do que a interdisciplinaridade no campo das políticas públicas; assim, a articulação que se busca construir, são de setores e não de disciplinas, através de “saberes e experiências com vistas ao planejamento para a realização e avaliação de políticas, programas e projetos, com o objetivo de alcançar resultados sinérgicos em situações complexas” (apud BELLINI et al, p.105). É importante ter em mente que esta composição, seja como for, está permeada por relações de conflito e de poder (PEREIRA, 2014).

PEREIRA (2014), ao propor olhar para a intersetorialidade nas políticas sociais a partir de uma perspectiva dialética, vai entender que a realidade, objeto das políticas, não é linear, mas é por natureza contraditória, histórica, totalizante e conflituosa, e sendo assim não se pode esperar que as políticas feitas para e por essa realidade sejam neutras e tenham uma prescrição somente administrativa. Assim, remeter a interdisciplinaridade como uma mera superação da fragmentação das disciplinas é uma definição reducionista e errônea. Do mesmo modo que considerar que a intersetorialidade propõe a aniquilação dos setores. Ela de maneira alguma tem tal intenção, ela tenta romper conceitualmente com a tradição fragmentada¹¹ das políticas sociais, e reconhece a importância dos conhecimentos próprios de cada setor, idealizando também a criação de um conhecimento que oriente uma prática em comum, a partir do diálogo entre os domínios temáticos para a resolução de problemas concretos através de agentes em seus territórios (MONNERAT e SOUZA, apud MENDES, 1996). E ao propor novas formas de organizações, a intersetorialidade pode ocasionar mudanças nos valores, nos conceitos, nas institucionalidades, na cultura, nas ações e na forma que os serviços são prestados, bem como nas relações entre os cidadãos e o Estado (PEREIRA, 2014).

Para AKERMAN (et al, 2014) a intersetorialidade não é uma arma de enfrentamento das contradições socioeconômicas, mas sim um dispositivo facilitador de encontros, escuta, alteridade e a integração de ideias. A utilização da

¹¹ A intersetorialidade por ainda é um conceito em construção e, portanto, não pode assim ser considerada como um rompimento, mas sim a tentativa de. Uma vez que existem diferentes, formas de pensamento e de ação, que irão consolidar a intersetorialidade no cotidiano dos serviços públicos.

Intersetorialidade enquanto estratégia tem embutida a preocupação por uma melhor utilização dos recursos humanos e financeiros numa busca por maior eficiência especialmente no ramo da Administração Pública. A própria compreensão da OMS, em 1997, vai direcionar como alguns autores (TEIXEIRA e PAIM, apud MONNERAT e SOUZA, 2015) irão interpretá-la no campo da Saúde Coletiva. De acordo com esta compreensão, é vista como a articulação de outros setores ou partes destes com o setor saúde para resolução total ou parcial de uma problemática de **saúde** previamente identificada que terá melhor resolutividade em conjunto. Este olhar restritivo, propõem que as outras políticas se juntem ao setor saúde para intervir sobre dado problema (MONNERAT E SOUZA, 2015).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) vai na contramão deste entendimento, recomenda que a área de saúde, enquanto forte liderança, seja também um colaborador de iniciativas intersetoriais de outras áreas (COSTA, PONTES e ROCHA, apud MONNERAT e SOUZA, 2015). Ou seja, a intersetorialidade não precisa ser uma via de mão única. O que fica claro segundo este entendimento é que existirá um setor que terá o papel de articulador e demandará a participação dos outros setores, o que não quer dizer que este seja mais responsável pelo trabalho desenvolvido.

ANDRADE (2006) propõe olhar para o dilema da intersetorialidade, como uma prática ou construção de *práticas intersetoriais*, partindo de problemas concretos que construam novos arranjos que contem com a contribuição do “acúmulo histórico e organizacional, teórico e metodológico de cada setor” (p.282). Visualmente ele descreve o processo de construção intersetorial como uma espiral onde o aprendizado é constante “com o encontro dos acúmulos setoriais e sua transformação” (apud SCHUTZ e MIOTO, 2010, p.63).

INOJOSA (2011) alerta para que o termo intersetorial não siga pelo mesmo caminho da ideia de equipe multiprofissional, que surgiu como a articulação de diferentes profissionais e seus saberes para a resolução de um problema em comum, mas que acabou por se limitar na prática, em grande parte a junção de diferentes profissionais que, com um mesmo objeto atuando em um mesmo local, sem que houvesse diálogo e articulações.

Uma outra terminologia que aparece algumas vezes para explicar o que é intersetorialidade é o termo redes. É um fenômeno que pode se manifestar nos diferentes campos com uma diversidade de objetivos. O conceito de redes no campo da saúde remete ao mesmo contexto já explicitado aqui, de busca por respostas às demandas sociais, que as políticas setorializadas já não conseguiam dar, e também ao discurso de descentralização¹². De acordo com CARVALHO (apud PEREIRA e TEIXEIRA, 2013, p.120):

“[...] o trabalho em rede pode ser compreendido como uma teia de vínculos, relações e ações entre indivíduos e organizações, que se tecem ou se dissolvem continuamente em todos os campos da vida cotidiana, no mundo dos negócios, na vida pública e entre elas”

PEREIRA e TEIXEIRA (2013), vão explorar outras interpretações do termo redes. Como a dos autores ROSSETI-FERREIRA e colaboradores (2008), que vão incluir no seu entendimento as dimensões cultural e história, compreendendo as redes como um sistema na qual circulam informações, pessoas, e também valores, tradições, crenças, intenções. A compreensão de COSTA (2005), vai para um outro caminho, se aproximando da discussão de comunidade, onde as redes sociais são as comunidades modernas, com “diferentes dimensões e intenso fluxo de pessoas e recursos” (p.120). JUNQUEIRA vai entender as redes, particularmente no campo das políticas sociais, como

“[...] interconexão, articulação, parceria, interação, cooperação entre organizações governamentais e não governamentais, portanto, na defesa do pluralismo de bem-estar social, da corresponsabilização de todos, não apenas do financiamento das políticas sociais, mas na prestação de serviços sociais e na utilização dos recursos mobilizados por cada tipo de organizações (apud PEREIRA e TEIXEIRA, 2013, p.120).”

Para aprofundar nos tipos de redes PEREIRA e TEIXEIRA, (2013) utilizarão a compreensão de GONÇALVES e GUARÁ (2010), que admite uma variedade de classificações justamente pela multiplicidade de necessidades humanas. Essa variedade de categorias de redes mostra o quanto é rico este debate e reafirma a

¹²Esse processo descentralizador é defendido pelos neoliberais através do “desmonte do Estado Intervencionista e uma reprivatização das formas de enfrentamento da questão social, consequência do desmonte promovido pelas reformas neoliberais nos últimos anos, mascarada pelo discurso do alargamento da esfera pública, da participação social”. Ou seja, visa uma desresponsabilização do Estado, transferindo a responsabilidade para a sociedade, possibilitando assim a flexibilização das ações do Estado (PEREIRA e TEIXEIRA, 2013, p. 119).

necessidade de novos modelos de gestão. Dentro deste entendimento, destaco aqui algumas delas:

“[...] as redes setoriais públicas (formadas por serviços de natureza especializada, resultantes da ação do Estado por meio das políticas públicas); redes de serviços privados (formadas por serviços especializados fornecidos pela iniciativa privada àqueles que por eles podem pagar); redes regionais (constituídas por serviços de diversas políticas públicas compartilhados entre municípios de uma mesma região); e, **redes intersetoriais** (grifo nosso) (são aquelas que compartilham serviços das organizações governamentais, não governamentais, do setor privados e até mesmo da comunidade, tendo em vista o atendimento integral das demandas sociais)” (PEREIRA e TEIXEIRA, 2013, p.120).

O trabalho em rede não é novidade no campo da saúde. A portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, e é a mesma que vai estabelecer as diretrizes e normas para a Estratégia de Saúde da Família, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família, ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde e as **Redes de Atenção à Saúde**. Estas são definidas como

“[...] arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado ” (BRASIL, 2010)

As RAS, como são chamadas, propõem a criação de relações horizontais, através da organização de fluxos e contra-fluxos dos usuários pelos pontos de atenção à saúde do SUS, promovendo a integração de ações e serviços. Tem como ponto central de articulação da Atenção Primária ou Atenção Básica (FIGUEIREDO, 2010; BRASIL, 2010; 2011). Neste caso, o trabalho desenvolvido é através das redes temáticas (Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência, entre outras), sendo a articulação realizada entre diferentes setores da área da saúde. Assim, não se configura mais como uma rede de organização do campo saúde do que uma rede articuladora de políticas.

As redes intersetoriais assim como a própria construção do conceito de intersetorialidade, e as práticas intersetoriais estão caminhando na busca por uma integração de conhecimentos que alcancem respostas mais totalizantes. E ainda que não exista um consenso sobre o que é de fato a intersetorialidade, todos os entendimentos reconhecem uma coisa em comum: que o acúmulo de conhecimento setorial não é suficiente para a resolução dos problemas da população (apud SCHUTZ E MIOTO, 2010).

“O ponto forte da proposta de intersetorialidade é a possibilidade de se construir uma visão de complexidade dos problemas tendo como requisito o aporte de diferentes acúmulos setoriais. Trata-se, pois, de construir objeto e objetivos comuns, o que difere das propostas que se traduzem na mera sobreposição ou justaposição de ações setoriais” (MONNERAT e SOUZA, 2009, p.2008)

Estes novos arranjos podem ser construídos de uma política, entre diversas políticas ou ainda com setores de fora das políticas públicas. O que fica claro é que esse é um desafio assumido por profissionais e estudiosos da área (PEREIRA, e TEIXEIRA, 2013).

3.6. INTERSETORIALIDADE NAS POLÍTICAS SOCIAIS

A construção de um novo entendimento sobre os indivíduos, como detentores de necessidades, e por conseguinte que demandam uma atenção integral de responsabilidade do Estado, traz o debate sobre estratégias que consolidam tais direitos no cotidiano dos indivíduos. A falência de políticas setorializadas que não davam conta de intervir nas necessidades sociais, torna evidente que era preciso pensar outros modelos de gestão. Este é um debate importante que está atrelado a diferentes aspectos, SCHUTZ e MIOTTO (2010) se utilizam das discussões de INOJOSA (2011) para fazer a seguinte reflexão:

“O primeiro aspecto se refere à **mudança de paradigma** (grifo nosso), que, segundo a autora consiste em acolher uma nova maneira de pensar, com foco na complexidade e na comunicação, de forma semelhante à abordagem realizada à cerca da transdisciplinaridade. O segundo aspecto concerne à adoção de um **projeto político transformador** (grifo nosso) para as políticas públicas, pautado pela ideia do desenvolvimento social. O terceiro aspecto é relacionado ao **planejamento e avaliação participativos com base regional** (grifo nosso), que devem determinar o orçamento do Estado. Assim, a estrutura organizacional modelada pela lógica intersetorial supõe o alargamento de mecanismos de participação. Por último, está a **atuação em rede de compromisso social** (grifo nosso), que consiste na atuação articulada entre Estado e sociedade, o que, segundo a autora, não corresponde à redução do Estado conforme sugere o modelo liberal” (2010, p. 65).

Duas categorias fundamentais para a intersectorialidade nas políticas sociais estão implícitas nesta fala, e são contextualizadas pelas mesmas autoras, são elas: território e descentralização. As políticas sociais são elaboradas para atender às necessidades multifatoriais dos sujeitos que vivem num determinado território. Assim, estes indivíduos entendidos em toda sua complexidade e subjetividade residem numa região a qual também é produto de interações sociais, cultura, meio ambiente, entre diversos fatores logo podemos entender que os sujeitos modificam o território, da mesma forma que são modificados por ele. Portanto as necessidades deste conjunto de indivíduos, neste território específico se expressam de uma forma para única. Um outro grupo em um outro território, pode apresentar um outro conjunto de fatores que fará um outro sentido dentro do contexto em que vivem (SCHUTZ e MIOTTO, 2010).

A importância do território para a construção da intersectorialidade, é no sentido de conhecer a região que afeta e é afetada pela população, essa aproximação é

fundamental pois vai ajudar a delinear a organização dos serviços e das ações de acordo com as demandas específicas de cada território. (WESTHPHAL e MENDES apud SCHUTZ e MIOTO, 2010). É primordial para construção de ações intersetoriais nas políticas públicas é estabelecer uma área comum sob, a qual atuarão diferentes políticas setoriais e assim poderão olhar mais cuidadosamente para as necessidades daquela população, esse é ainda um dos maiores obstáculos (MONNERAT E SOUZA 2015).

As autoras SCHUTZ e MIOTO (2011) destacam que para tornar possível as problematizações de INOJOSA (2001) é preciso também estabelecer processos de planejamento, execução e avaliação. Sobre isto, MENDES, BÓGUS e AKERMAN vão afirmar que

“Todas as políticas que tenham como critério decisório, a capacidade de modificar a qualidade de vida da população, devem necessariamente ser gestadas a partir de um planejamento conjunto e estratégico que represente a união de todos os setores. Nesse sentido, é fundamental que se incorpore no planejamento a idéia de avaliação como elemento retro-alimentador de todo o processo, permitindo as necessárias correções de estratégias” (apud SCHUTZ e MIOTO, 2011, p. 650).

Outra categoria fundamental é a descentralização, a nível de organização governamental, ou seja, descentralizar o poder e a gestão entre as instâncias municipais, estaduais e federal. Ela não é um processo de democratização, embora esteja atrelada à esta, e como bem lembra JUNQUEIRA (1998) a descentralização perde o sentido se não for acompanhada da sociedade civil. Descentralização e a intersetorialidade se aproximam à medida que propõem uma nova lógica de gestão, em que os municípios são espaços privilegiados onde o poder fica mais próximo dos cidadãos da mesma maneira que suas demandas podem ser melhor compreendidas por aquele gestor que está mais próximo da realidade daquele território (SCHUTZ e MIOTO, 2011).

“Há uma inquietação no interior do aparelho do Estado sobre como trabalhar com a complexidade. Sobre a intersetorialidade há um consenso discursivo e um dissenso prático. Esse dissenso nasce da contradição entre a necessidade de integração de práticas e saberes requeridos pela complexidade da realidade e um aparato de Estado setorializado, onde se acumulam, com maior ou menor conflito, poderes disciplinares e poderes advindos de composições político-partidárias” (ANDRADE apud MONNERAT E SOUZA, 2015, p. 208).

ANDRADE (2006) vai alertar que a integração intersetorial que se busca

colocar em prática em um ambiente historicamente setorial é uma tarefa audaciosa e desafiadora, que pressupõe a construção criativa de um objeto de intervenção que seja comum aos diversos setores do Estado que tratam com as expressões da questão social. E também perpassa por capacitar os atores que mobilizam tais mudanças, sejam eles profissionais ou usuários

A proposta intersetorial tem sido assumida em algumas agendas de políticas sociais no campo da Assistência, Saúde e mais recentemente Educação (MONNERAT e SOUZA, 2014). Dentro delas tem despontado algumas iniciativas de programas e ações intersetoriais em municípios espalhados pelo Brasil.

A Saúde e a Assistência são referências de políticas que abordam em suas legislações e normativas a intersectorialidade. No entanto a concretização disto em práticas continua sendo um grande desafio. O que acaba pode incorrer em políticas desarticuladas, que se desdobram em serviços que atuam de forma paralela sem qualquer diálogo, onde quem sofre é a população, que passa por diversos serviços, reproduzindo a mesma fala, preenchendo cadastros variados, num paralelismo de ações que não se conversam. Ou então incorre em serviços que tem no máximo uma equipe multiprofissional, mas que não dialoga, não problematiza, não descentraliza o poder e o conhecimento, entre si ou entre outros serviços (SCHUTZ e MIOTO, 2010).

O Sistema Único de Saúde vai na sua construção assumir a concepção ampliada de saúde. Reforça os princípios assumidos na Constituição Federal e assume outros, tornando-se assim um marco referencial nas políticas de saúde do mundo. O Estado assume assim o compromisso em concretizar uma política de saúde integrada às demais políticas sociais e econômicas, levantando a bandeira não apenas de uma saúde para todos, mas uma vida com qualidade para todos e plena cidadania (CAMPOS et al, apud COSTA, 2014). Este compromisso traz uma série de implicações e contradições que influenciarão nas estratégias utilizadas para colocar em prática este modelo:

“O Sistema Único de Saúde passa a ter o dilema de operar uma política necessariamente intersectorial explicitada num ambiente tradicionalmente setorial, implicando mediação com outros atores para a produção de mudanças necessárias à viabilização da política” (ANDRADE, 2006, p.29).

Um exemplo de programa com proposta intersectorial no município de Santos é

o Programa Rede Família de Atenção Integral, Social e Comunitário à População Santista, também conhecido apenas como Rede Família. Criado inicialmente em 2004, para ser uma política, com o objetivo de fornecer atendimento integral às famílias e seus componentes em situação de risco pessoal e social, articulando serviços governamentais e não-governamentais (SANTOS, 2004), e acabou se consolidando como um programa permanente em 2017. Uma proposta ousada que reconhecia a fragmentação das políticas sociais, e orientava para a necessária articulação de diferentes serviços, setores, secretarias e organizações (SANTOS, 2017). A atenção integral neste documento é compreendida como

“[...] o conjunto articulado de atendimentos e recursos existentes no município de Santos, voltados à família e à comunidade, abrangendo as Secretarias Municipais de Educação, Saúde, Ação Comunitária e Cidadania, Esportes e Cultura, os órgãos responsáveis por programas de habitação e emprego, bem como as organizações da sociedade civil, em particular aquelas inscritas nos Conselhos Municipais” (SANTOS, 2004).

Tal programa não cita a intersetorialidade, mas reconhece a importância da articulação para superação de ações isoladas que se sobrepõem e não apresentam resolutividade para os problemas sociais. E assim é uma importante iniciativa que atua no nível macro, articulando políticas, e no nível micro, articulando profissionais e serviços (SANTOS, 2004).

BELLINI et al (2014) vão alertar que ao cuidado necessário ao problematizar-se a urgência de práticas intersetoriais, para não incorrer em armadilhas utópicas que depositam a esperança da resolução de todos os problemas no acesso e garantias de direitos “à intersetorialidade, à integração, à transversalidade das políticas sociais” (on-line). As raízes os problemas sociais que hoje demandam intervenções a nível intersetorial são a exploração do trabalho furto do modo de organização e produção capitalista. Logo, o as políticas sociais e a intersetorialidade nas políticas sociais sempre será permeado por essas contradições.

Assim, fica evidente a necessidade de redirecionar a orientação das políticas sociais, especialmente as que compõem a seguridade social, e que ainda persistem em ações fragmentadas. Uma tarefa delicada que perpassa por um posicionamento intencional político e uma maior produção teórico-metodológica que a fundamente (MONNERAT e SOUZA, 2015).

3.7. TRABALHO EM SAÚDE.

O ser humano modifica a natureza para sua subsistência, toda atividade humana é um ato produtivo, este ato de transformação da natureza para satisfação de nossas necessidades denominamos trabalho humano. A categoria trabalho é central para o entendimento da humanidade, pois ela se reproduz a partir desta transformação, uma vez que o ser humano não possui autonomia para viver por si só, já que não é capaz de dar conta de satisfazer de forma independente suas necessidades (RAMOS, 2007).

É através do trabalho que sobrevivemos na sociedade capitalista, esse trabalho que era para transformar a natureza para satisfazer nossas necessidades, na sociedade capitalista tem serve para atender às necessidades do capital. Neste processo, os sujeitos vendem sua força de trabalho humano, por dinheiro (salário), para produzir mercadorias para os capitalistas. Este salário, é dado pelo trabalho humano em si, não pelo resultado que este produziu. MERHY e FRANCO (2008) vão explicar que “a riqueza da sociedade, se medida pela quantidade de trabalhos e de produtos que o trabalho produz é desigualmente distribuída. Quem trabalha como regra, é quem menos recebe da riqueza produzida” (p.428).

O trabalho humano para ser concretizado seja individual ou coletivamente necessita de tecnologias e meios, que são as ferramentas/máquinas, o conhecimento/saber tecnológico e a relação com os outros que participaram desta interação produtiva e do consumo do trabalho produzido. Isto serve tanto para a produção de resultados concretos como um carro, uma mesa, como para a produção de cuidado em saúde, em ambos o trabalho humano é utilizado, o que muda são os outros elementos destes processos, que podem ser mais ou menos tecnológicos.

Para MERHY e FRANCO (2008), tal processo faz parte de uma cadeia que ao final vai determinar um valor para este produto. Existe neste resultado final, o valor de uso, que é o nada mais que o ‘valor simbólico’, construído pelos diferentes atores que fizeram parte de sua produção; e o valor de troca, este atrelado à forma como funciona a sociedade, no caso, para nós, a sociedade capitalista. O trabalho executado por

estes sujeitos que integram este processo, oferecendo sua força de trabalho para produção deste produto, é um trabalho alienado, pois ao final de todo o processo, aquilo que foi produzido não é reconhecido pelo seu “criador”, e o produto final fica para o capitalista transformar em mercadoria.

“O que, portanto, caracteriza a sociedade capitalista é que a força de trabalho assume, para o próprio trabalhador, a forma de uma mercadoria que pertence a ele, e que, por conseguinte, seu trabalho assume a forma de trabalho assalariado. Entretanto, só a partir desse instante se universaliza a forma mercadoria dos produtos do trabalho. A partir de então, as relações de produção constituem relações de produção de mercadorias (valores de troca), tendo em vista a acumulação de capital” (RAMOS, 2007, p.35).

Garantir a produção e reprodução da força de trabalho é fundamental para a existência dos trabalhadores, assim como garantir o lucro e continuar acumulando capital é importante para os capitalistas. A forma para resolver essa equação foi fazer com que os trabalhadores trabalhassem mais, por um trabalho que não seria remunerado, produzindo assim mais-valia. O trabalho é, portanto, neste contexto, uma produção para autovalorização do próprio capital, e por isso mesmo vai valorizar aqueles que são capazes de assumir esta responsabilidade produtiva na máxima potência geradora de lucros, nem que para isso seja necessário subjugar a massa trabalhadora e reforçar as desigualdades já existentes.

“A transformação do trabalho em mercadoria sob o modo de produção capitalista, entretanto, também reconfigura o trabalho em saúde como produtor de bem-estar definido pelos padrões de produção. À medida que o ser humano se ‘coisifica’, sendo obrigado a transformar sua força de trabalho em fator de produção, é reduzido em sua humanidade. Nessas condições o trabalho em saúde se reduz à produção e à manutenção de vidas objetivadas e reduzidas também a fatores de produção” (RAMOS, 2007, p.54).

O trabalho em saúde, portanto, é inserido neste mesmo contexto dentro desta mesma lógica. De acordo com LIMA (2007) o trabalho em saúde surge quando da busca do homem por respostas às suas necessidades de saúde. Necessidades que se diferem nos diferentes momentos históricos de cada sociedade, os quais terão também diferentes respostas. O capitalismo e sua lógica de mercado instaura uma nova forma de reprodução da vida, com outras necessidades de saúde.

“As práticas de saúde com toda atividade humana são atos produtivos, pois modificam alguma coisa e produzem algo novo. Configuram, portanto, trabalho porque visam produzir efeitos, buscam alterar um estado de coisas estabelecido como necessidades. Assim, além de orientadas pelos saberes científicos, são também constituídas a partir de sua finalidade social, que é

historicamente construída” (FEUERWERKER, 2014, p. 37).

Assim o trabalho em saúde está comprometido com a necessidades sociais e com a do usuário direto, que também são socialmente construídas. A busca por ações de saúde, nada mais é do que a busca pela manutenção da vida e a continuidade do seu modo de levar a vida. É no encontro do trabalhador da saúde (agente produtor), que detém ferramentas, conhecimento, concepções, com o usuário (agente consumidor), que por sua vez detém suas intencionalidades, seu conhecimento e suas concepções, que se cria um espaço de interseção para a produção de cuidado (FEUERWERKER, 2014).

“Nessa situação, a ação intencional do trabalho realiza-se num processo em que o trabalhador, por meio do trabalho vivo em ato, captura interessadamente um objeto/natureza para produzir bens/produtos. O trabalho e si é o trabalho vivo; os instrumentos de trabalho e organização do processo de trabalho são o trabalho morto (ou seja, estão ali para serem usados ou interferindo no modo como o processo ocorrerá, mas são produto de um trabalho vivo anterior” (FEUERWERKER, 2014, p. 38).

Por isso que MERHY e FRANCO, (2008) vão afirmar que o trabalho em saúde se efetiva de fato através do trabalho vivo em ato, ou seja, “o trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção de cuidado” (p.430), e tem como resultado um produto de saúde que não é uma mercadoria e nem funciona como um objeto ou um bem de consumo, mas é a intenção de resolver a necessidade do usuário, que pode ou não ter sua demanda atendida. Para MERHY (apud NEVES, 2008) este trabalho centrado no trabalho vivo, nas subjetividades dos encontros e das relações, é o que faz com que a produção de saúde, como resultado desse trabalho seja dinâmica. O sentido do agir em saúde, portanto, ainda que dependa de máquinas e saberes tecnológicos, é uma construção de atores e não, de trabalho morto.

É no encontro entre usuário e profissional, que ocorre a negociação do cuidado, logo as decisões e ações humanas do cuidado em saúde são produzidas nesta tensão entre autonomia e controle. Essa produção de saúde expressa os modelos tecnoassistências em disputa, a saúde enquanto parte da sociedade capitalista tem um viés de mercadoria, voltado mais para um modelo biomédico, enquanto a saúde também possui outro viés que é mais para o bem público, patrimônio da sociedade e produção social.

3.8. A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

O Programa de Saúde da Família foi concebido em 1994 pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2014) para ser implantado justamente nas áreas de maior vulnerabilidade, onde o acesso a serviços de saúde é difícil, especialmente devido a barreiras geográficas, priorizando moradores de comunidades de baixa renda e dos morros (IANNI. et al, 2008). Em 1996, foi renomeado como Estratégia Saúde da Família (ESF), propondo um trabalho interdisciplinar e multiprofissional, que colaborou com ampliação do acesso aos serviços de saúde e do cuidado integral às famílias nas suas áreas de abrangência, modificando expressivamente a forma como a Atenção Básica é realizada.

A defesa de um modelo de atenção à saúde mais humano, que compreenda as multidimensões que integram o processo saúde-doença trouxe à tona a necessidade de novos programas com diferentes arranjos voltados à esse entendimento. Essa compreensão foi se dando ao longo do desenvolvimento do SUS, a partir do entendimento de que a Atenção Primária ou Atenção Básica¹³ é a porta de entrada preferencial do Sistema. Este tipo de serviço está localizado no território de seus usuários, assim é um espaço privilegiado para conhecer de fato a realidade da população que atende. Trata-se de uma reorganização da Atenção Básica, com um maior enfoque no acompanhamento das **famílias**, dentro do **território**, através de ações preventivas e de educação em saúde, bem como ações de reabilitação e curativas, fornecendo uma atenção continuada e integrada aos outros níveis de atenção do SUS, tensionando assim o modelo assistencial biomédico. (SILVA, 2014; BARRA, 2013). A ESF é considerada

“[...] como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica por favorecer uma re-orientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade” (BRASIL, 2011).

Isso porque a ESF não aguarda a demanda chegar até a Unidade de Saúde.

¹³ Os termos Atenção Básica e Atenção Primária são considerados na Política Nacional de Atenção Básica como termos equivalentes (BRASIL, 2011).

Através de uma atuação preventiva, operando na lógica de vigilância em saúde¹⁴, as equipes a partir do território identificam as necessidades em saúde. Desta maneira, o foco sai da doença e os meios curativos, para a saúde, seu conceito ampliado e as práticas de promoção da saúde, tendo a comunidade, a família e o território como central para o desenvolvimento de um trabalho inter e multidisciplinar voltado à integralidade do cuidado. A equipe da ESF deve ser multiprofissional, composta por no mínimo: “médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde” (BRASIL, 2011). Tal configuração pode abarcar outros profissionais a depender da demanda e dos critérios do município. Uma unidade de ESF pode contar com mais de uma equipe de ESF, e cada uma delas é responsável por um determinado território. As famílias são cadastradas na unidade, e passam ser acompanhadas pelos profissionais.

Tal configuração facilita a formação de vínculos entre profissionais e usuários. Nesse modelo, o ACS tem um papel fundamental, pois além de ser profissional também é morador do território responsável por estreitar vínculos. Ele desenvolve um trabalho essencialmente de educação em saúde, através de visitas às residências das famílias, portanto é o elo que articula saber científico e popular. BARRA (2013, p. 26) vai utilizar da compreensão de SILVA et al (2005) para fazer a seguinte explanação:

“Ao estar próximo à comunidade permite construir vínculos e processos de co-responsabilização em que todos se responsabilizam pelo cuidado em saúde. Afirmam os autores que “o vínculo através do agente comunitário é também um elemento que possibilita a permeabilidade do espaço institucional à experiência do cuidado como prática do cotidiano”. Evidencia-se assim a busca pela reorganização do trabalho em saúde, centrando-o em novas práticas efetivamente produtoras do cuidado”.

A ESF é estratégia prioritária do Ministério da Saúde para a expansão e consolidação de um modelo integral de assistência à saúde (BRASIL, 2011). A mudança da denominação de Programa para Estratégia foi justamente na intenção de

¹⁴ Vigilância à Saúde é uma proposta de redefinição das práticas sanitárias que se fundamenta no princípio de integralidade. Ela incorpora a reflexão em torno da adequação das ações e serviços aos problemas, necessidades e demandas da população, articulando o enfoque populacional (promoção) com o enfoque de risco (proteção) e o enfoque clínico (assistência), constituindo-se em uma forma de pensar e de agir em saúde, de acordo com a situação de saúde das populações (TEIXEIRA e COSTA, apud FIGUEIREDO, 2010, p.54).

romper com a visão de que se tratava de um programa transitório, e fortalecer a ideia de que é na realidade uma estratégia poderosa para reorganização do modelo de atenção à saúde (BARRA, 2013).

No entanto, BARRA (2013) aponta as ponderações de TEIXEIRA e NUNES, de que a equipe mínima, ainda que seja capacitada e atue numa proposta ampliada de saúde, não é suficiente responder à todas as demandas. A ESF insere-se em um contexto brasileiro de muitas desigualdades intra e inter regionais, o que favorece a proliferação de formatos diferentes de Saúde da Família, de acordo com a realidade local. Apenas a implantação da ESF, não seria capaz de modificar o modelo assistencial e possibilitar a construção da integralidade, que se fortalece nas práticas cotidianas e nos diálogos entre os profissionais de saúde e de outras áreas (SILVA, 2014).

3.9. O NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

Então, em 2008, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), através da Portaria nº154 de 14 de janeiro. Uma proposta que inovou, ao oferecer apoio técnico-pedagógico e assistencial aos profissionais da ESF, com uma lógica de construção de conhecimentos (BRASIL, 2014). Anos depois, foram elaboradas novas regulamentações, mais atualizadas, são elas: Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012, que redefine as modalidades de NASF 1 e 2, e cria a modalidade 3.

“O principal objetivo de implantar o NASF nos municípios do Brasil é aumentar efetivamente a resolutividade e a qualidade da Atenção Básica. Isso deve ser feito por meio da ampliação das ofertas de cuidado, do suporte ao cuidado e à intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em âmbito individual quanto coletivo. Dessa forma, amplia-se o repertório de ações da Atenção Básica, a capacidade de cuidado de cada profissional e o acesso da população a ofertas mais abrangentes e próximas das suas necessidades” (BRASIL, 2014, p.21).

O NASF é uma estrutura vinculada à Atenção Básica, composta por uma equipe multiprofissional, e como tal sua orientação é para reforçar e atuar em nove diretrizes de atenção à saúde que são: interdisciplinaridade, **Intersectorialidade** (*grifo nosso*), educação popular, território, **integralidade** (*grifo nosso*), controle social, educação permanente em saúde, **promoção da saúde** (*grifo nosso*) e humanização (BRASIL, 2011). O NASF atua em duas dimensões: a *clínico-assistencial*, realizando ações de cuidado com os usuários, e a *técnico-pedagógica*, fornecendo apoio educativo para as equipes (BRASIL, 2014). Ele é um serviço que não serve de porta de entrada para a atenção básica, mas que a fortalece na medida em que há corresponsabilização pelo cuidado da população.

“A responsabilização compartilhada entre a equipe do NASF e as equipes de saúde da família/equipes de atenção básica para populações específicas prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contra-referência, ampliando-a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes de atenção básica, atuando no fortalecimento de seus princípios e no papel de coordenação do cuidado nas redes de atenção à saúde” (BRASIL, 2011).

Assim o trabalho desenvolvido entre a ESF e o NASF deve ser uma construção

coletiva de gestão participativa. O foco das ações é a ESF, mas a responsabilização é também de todos. Logo, a proposta do NASF se alinha à qualificação da Atenção Básica e à defesa da Promoção da Saúde, da clínica ampliada e do processo saúde-doença como resultado de múltiplos determinantes. Um importante referencial teórico-metodológico que orienta este trabalho é o apoio matricial. A equipe NASF de apoio matricial é referência para as equipes de ESF, e vai desenvolver com esta um trabalho que atenda as demandas da população. O profissional NASF não deve conduzir casos específicos isoladamente, e nem ser referência direta dos usuários. É importante ter em mente que o trabalho é desenvolvido sempre em conjunto com a equipe ESF (MARTINIANO et al, 2014), a partir das necessidades, das dificuldades e dos limites das equipes, diante das particularidades das demandas de cada território com suas necessidades de saúde

Através deste, tanto profissionais da ESF, quanto NASF trabalham juntos compartilhando as demandas, trocando conhecimento e práticas. Cada profissional, com seu conhecimento particular e suas responsabilidades específicas é importante, assim como o conhecimento e as responsabilidades compartilhadas. Contribui dessa maneira, para aumentar a capacidade de cuidados das equipes ESF, auxiliar a articulação com outros serviços da rede, quando se fizer necessário, garantindo continuidade do cuidado da população e a superação do modelo biomédico (BRASIL, 2014).

“Assim, a organização dos processos de trabalho dos NASF’s deve ter como foco o território sob sua responsabilidade, e deve ser estruturada priorizando atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para todos os profissionais envolvidos” (BRASIL, 2014, p.11).

Duas ferramentas importantes para o desenvolvimento deste trabalho são o Projeto Terapêutico Singular (PTS) e o Projeto Saúde no Território (PST). O primeiro se constitui como um conjunto de propostas de condutas terapêuticas construído pela equipe de referência e pelos usuários, direcionada a um indivíduo ou coletivo, considerando as singularidades dos sujeitos e complexidade de cada caso (BRASIL, 2014); o segundo é uma estratégia para identificar e desenvolver ações efetivas de saúde de acordo com a realidade de um dado território, área ou população vulnerável (FIGUEIREDO, 2012). Ambas as estratégias tecnológicas entendem os sujeitos como

atores, que vivenciam as dificuldades do cotidiano e diante delas atuam também como produtoras do seu cuidado.

Percebe-se que a problematização das práticas e a construção de estratégias coletivas para resolução das demandas cotidianas, através de novas tecnologias como o PTS e o PST é que vão na medida fortalecendo o trabalho interprofissional do NASF. O que demanda também processos de educação permanente que se constroem através do aprendizado e das vivências, em um movimento dialético, onde as prática e teoria se se fortalecem uma na outra (FIGUEIREDO, 2012). Portanto, fortalecer o NASF é defender a Promoção da Saúde, e afirmar a saúde como um direito universal, que deve ser tratada na sua integralidade.

4. LOCAL DO ESTUDO

4.1. REGIÃO METROPOLITANA DA BAIXADA SANTISTA

A Região Metropolitana da Baixada Santista (RMBS), localizada no litoral de São Paulo, é composta por nove municípios: São Vicente, Guarujá, Bertioga, Praia Grande, Mongaguá, Itanhaém e Peruíbe e Santos, sendo este último o município pólo. Ela foi criada oficialmente pela Lei Complementar Estadual nº 815, de 30 de julho de 1996.

A vila de São Vicente foi a primeira criada no Brasil, em 1532 por Martim Afonso de Souza, abarcou por muitos anos uma área que foi posteriormente dividida em dois municípios: São Vicente e Santos. O desenvolvimento da RMBS se deu principalmente às funções portuárias e comercial, que posteriormente foram perdendo espaço com o processo de industrialização (CUNHA et al, 2006). A inauguração da Via Anchieta em 1947, facilitou o acesso à região de novos moradores e também turistas. Nos anos 1950, com o Plano de Metas de Juscelino Kubitschek, o parque industrial de Cubatão ganhou destaque e alavancou o desenvolvimento econômico e urbano da Baixada. Na década de 1960 a implantação da indústria automobilística gerou mais transformações, facilitando assim a locomoção pela região tanto do transporte público como do particular, o que possibilitou também ampliar a atividade turística (JAKOB, 2003).

A crise econômica dos anos 1980, e a consequente busca por melhores condições de vida trouxe para a região migrantes provenientes do nordeste do país como do próprio Estado de São Paulo. O menor custo de vida nas cidades vizinhas à Santos, principalmente relacionado às moradias, atraiu parte das pessoas que buscavam estabelecer residência gerando assim uma migração intrametropolitana significativa principalmente para o crescimento dos municípios periféricos da RMBS. Estes fenômenos somados justificam o crescimento da RMBS de 7,5 vezes entre os

anos 1940 e 2000 (JACKOB¹⁵, 2004).

Mais do que a simples expansão urbana, houve também uma expansão da pobreza, que não cabia mais nas áreas de morro da cidade de Santos e dos mangues que dividia com São Vicente, o que criou também grandes aglomerados subdesenvolvidos em Praia Grande, Guarujá, Cubatão e na área continental de São Vicente (CUNHA et al, 2006). A agressão ao meio ambiente da Serra do Mar foi apenas um dos problemas decorrentes da crescente poluição industrial e também densidade demográfica desordenada. Morros, mangues, rios, canais, planícies e ilhas foram afetadas por esse processo de desmatamento, o que prejudicou todo ecossistema, que já possui um solo de péssima qualidade tanto para cultivo quanto para construção. As mudanças foram, portanto, tanto a nível biológico quanto econômico e social.

¹⁵ O autor vai explorar em seu livro uma profunda análise sociodemográfica da constituição do espaço urbano da RMBS. Aqui buscarei realizar uma breve contextualização da Baixada Santista para melhor reflexão sobre a região noroeste de Santos.

4.2. SANTOS - UMA CIDADE DE OPOSTOS

Segundo dados da Prefeitura de Santos, o município de Santos possui uma área total de 280km², desta 231,6km² são de área continental e 39,4km² de área insular¹⁶. É nesta última onde se concentra a grande parte dos seus 419.400 habitantes, em sua maioria mulheres (Censo IBGE 2010).

É uma cidade procurada por turistas nas épocas de veraneio e idosos que ao se aposentarem, deixam para trás centros urbanos maiores como São Paulo, e chegaram à cidade em busca de uma melhor qualidade de vida (FEITOSA, 2013). A cidade é conhecida pela grande concentração de idosos, seu índice de envelhecimento em 2016 é 128,64%, quase o dobro do índice estadual que é de 69,78% (Fundação de Sistema Estadual de Análise de Dados – SEADE, 2010), ou seja, atualmente existem mais idosos (maiores de 60 anos) do que crianças (0 a 14 anos) no município.

Segundo dados do Portal de Estatísticas do Estado de São Paulo (SEADE - 2010): a taxa de coleta de lixo é de 99,80 %, a de abastecimento de água é de 99,56% e a de esgoto é a menor delas 95,29%; na classificação do Índice Paulista de Responsabilidade Social - IPRS, Santos integra o Grupo 1 - Municípios com nível elevado de riqueza e bons níveis nos indicadores sociais.

Todas as fontes consultadas¹⁷vão reconhecer os altos índices de infraestrutura do município de Santos, embora não cheguem à um consenso quanto aos números, talvez pelo fato de cada instituto utilizar metodologias diferentes de análise. Utilizamos alguns dados para caracterizar o município, mas é importante ter em mente que os

¹⁶ Fonte: <http://www.santos.sp.gov.br/?q=conheca-santos/dados-gerais/36984-dados-geogr-ficos>

¹⁷ Foram consultadas para esta breve caracterização do município de Santos as fontes: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE - Censo 2010), Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (Portal de Estatísticas do Estado de São Paulo) e o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil - 2013). Apesar de cada um utilizar uma metodologia diferente para a construção dos indicadores todos apresentam resultados parecidos. Como objetivo neste estudo não é aprofundar na análise demográfica, escolhemos os dados os mais significativos para a pesquisa.

números são uma tentativa de quantificar a realidade concreta da cidade. Portanto eles precisam ser considerados em suas limitações, sendo impossível traduzir toda a realidade de municípios pulsantes, construídos pela população e suas subjetividades no seu cotidiano. O próprio Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de Santos de 0,840 (Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2013), que o coloca na 6ª posição entre os 5.565 municípios brasileiros, e 3ª posição entre os municípios de São Paulo, não traduz, por exemplo, a realidade da população dos morros e das áreas de mangue. Esta última é inclusive onde reside a maior favela de palafitas do Brasil, o Dique da Vila Gilda.

Os dados mostram uma cidade com uma qualidade de vida muito alta para sua população, mas tal realidade não é compartilhada por todos igualmente. Jakob (2004) vai chamar a atenção para uma divisão socio-espacial dentro do município,

“[...] os bairros ao norte e oeste da zona dos morros são habitados por famílias com menor poder aquisitivo. Os bairros Paquetá, Vila Nova e Centro são os mais antigos da ilha, contendo cortiços e antigos casarões. Estes bairros se encontram agora em fase de deterioração. Os bairros situados junto à orla marítima são habitados por famílias mais abastadas, e aqueles localizados entre estas áreas citadas são habitados pela classe média de Santos. Assim, são claramente delimitadas as áreas mais populares, as áreas mais nobres, as mais antigas e aquelas intermediárias” (JAKOB, 2004, p.88).

Assim, centro, zona noroeste e morros são as áreas que vão concentrar maior número de aglomerados subnormais¹⁸, que juntos somam quase 40 mil pessoas vivendo em condições precárias. Grande parte das comunidades abaixo listadas pelo último censo do IBGE (2010), como Vila Alemoa, Dique Vila Gilda, Vila Telma, São Manoel, Caminho da União, Morro Santa Maria, tem em comum uma coisa: estão todas localizadas na região noroeste da cidade

¹⁸ “[...] nomenclatura que engloba os diversos tipos de assentamentos irregulares existentes no País, como favelas, invasões, grotas, baixadas, comunidades, vilas, ressacas, mocambos, palafitas, entre outros”. (Fonte: Censo 2010. Aglomerados Subnormais – Informações Territoriais. Disponível em: https://ww2.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000015164811202013480105_748802.pdf.)

Figura 1 – Aglomerados Subnormais – Santos – SP (valor absoluto)

RESUMO - AGLOMERADOS SUBNORMAIS - SANTOS-SP					
Aglomerado Subnormal	Domicílios	População	Aglomerado Subnormal	Domicílios	População
Vila Alemoa	858	2896	Morro Boa Vista	330	1318
Dique Vila Gilda ou Caminho São José	1082	3770	Dique Vila Gilda ou Caminho da Capela	589	1972
Morro do José Menino	418	1517	Dique Vila Gilda ou Caminho São Sebastião	1264	4434
Morro Caneleira	216	722	Vila Cesar	170	543
Pantanal	323	1155	Morro do Tetéu	319	1208
Vila Santa Casa	71	299	Monte Serrat	375	1375
Vila dos Criadores	281	1029	Pacheco	726	2458
Butantã	167	577	Lomba da Penha	519	1773
Mangue Seco	165	580	Vila Progresso	1120	3814
Vila Telma II	251	973	Torquato Dias	72	273
São Manoel	354	1239	Morro Santa Maria	475	1772
Caminho da União	479	1876	Santos - SP	10767	38159
Menino Jesus	143	586			

Fonte: IBGE-Censo Demográfico 2010

Fonte: IBGE – Censo Demográfico de 2010.

Essa segregação socioespacial do município de Santos é fruto de anos de ocupação, transformação e urbanização da cidade. A reordenação dos espaços promoveu um deslocamento da população dentro do município e para fora deste, que transformou o perfil “sóciodemográfico dos subespaços santistas” (MELLO, 2008). A industrialização e o turismo balneário que causou a expansão urbana a partir dos anos 1940, fez com que as áreas residenciais pobres aumentassem ainda mais. Cada vez mais trabalhadores chegavam à cidade atraídos pelas oportunidades de emprego de uma cidade em ebulição.

Na cidade de Santos e também nas outras cidades da Baixada adotou-se duas estratégias para tentar dar conta deste déficit habitacional: a estratégia oficial foi a construção a partir dos anos 1950 de conjuntos habitacionais, e a extra-oficial foi a permissão e omissão do poder público frente aos loteamentos clandestinos que de

maneira desordenada foram ocupando os territórios periféricos. A população foi assim ocupando as áreas de morro e também aquelas localizadas em áreas de maré ou mesmo sobre esta. Verdade seja dita, os próprios Diques, localizados nas áreas de mangue, foram aterrados pelo Poder Público facilitando a ocupação da região (MELLO, 2008).

Desde então a cidade de Santos como um todo passou por muitas transformações, na falta de espaço para novas construções parte da cidade cresceu para cima, com prédios cada vez mais altos e modernos. E mesmo as regiões de morros e da Zona Noroeste foram recebendo infra-estrutura ainda que tardia. Tamanha demanda populacional que crescia e cresce a cada dia necessitava de serviços públicos. E com o tempo foram se instalando nessas áreas instalando policlínicas, o pronto-socorros, serviços de Assistência Social (CRAS e CREAS), escolas, centros poliesportivos entre outros. Ainda assim, Santos é um município de dualidades, ao mesmo tempo que é um município rico para alguns é pobre para outros. Esses contrastes são visíveis para quem se atreve a olhar por detrás do cartão postal da bela cidade praiana receptiva para os turistas, mas é mais do que isso, é feita por sujeitos, trabalhadores, trabalhadoras que e são eles que fazem a cidade pulsar.

4.3. UMA ZONA CHAMADA NOROESTE

A Zona Noroeste de Santos é composta por 16 bairros, são eles: Alemoa, Areia Branca, Bom Retiro, Caneleira, Castelo, Chico de Paula, Ilhéu Alto, Piratininga, Porto Alemoa, Porto Saboó, Rádio Clube, Saboó, Santa Maria, São Jorge, São Manoel e Vila Haddad. Uma extensa região de mangue, cercada pelo rio Bugre onde hoje residem cerca de 100 mil santistas (Dados - Prefeitura de Santos).

Ela foi reconhecida oficialmente em 26 de julho de 1976, pelo prefeito Antônio Manoel de Carvalho. Mas seu processo de ocupação se iniciou nos anos 1920, com a construção das primeiras chácaras, e se intensificou nos anos 1950 com a chegada dos migrantes para trabalhar no pólo industrial de Cubatão e o loteamento das terras. Pouco a pouco o mangue foi sendo aterrado e os rios transformados em canais. Nos anos 1960 iniciaram as construções dos conjuntos habitacionais de interesse popular, objetivando criar zonas de interesse social, o que realocou algumas das famílias das áreas de risco, como morros e do próprio mangue. Assim, cada vez mais crescia aquele que seria chamada de Zona Noroeste (FEITOSA, 2013).

A população foi se alojando como pode, com boa parte da região ocupada, foram ficando cada vez mais escassos espaços para a construção de moradias, assim, construir sobre o rio bugre foi a solução encontrada. O crescente número de moradias improvisadas com madeirite tomou conta das margens do rio. As palafitas, como são conhecidas, hoje já são parte da paisagem e se estendem por diversos bairros.

Uma região com tamanha ocupação desordenada e irregular, como a Zona Noroeste, necessitava de intervenções do poder público, mas foi somente nos anos 1980 que começou seu processo de urbanização, mesmo assim as enchentes são constantes e persistem mesmo com os projetos de urbanização e modernização da área (SANTOS, R, 2005). Existe, portanto, um claro processo de periferização destas famílias ali residentes.

A Zona Noroeste é uma região que apresenta as expressões da questão social:

falta de moradia, ausência de saneamento, desemprego, fome, evasão escolar, entre outras. Realidade contrastante quando se trata de uma cidade com características tão peculiares e com um nível de IDH tão elevado. Estas particularidades fazem com que esta seja uma interessante região de estudo.

Figura 2. Conjunto Habitacional Dale Coutinho

Figura 3. Dique da Vila Gilda

Fonte: Ailton Martins, 2018.

5. PROCESSO METODOLÓGICO

Trilhar o caminho desta pesquisa social é tarefa desafiadora, seja pela complexidade do assunto, pela amplitude do tema ou ainda pela ambiguidade de sentidos que podemos imprimir na tentativa de responder aos anseios de uma jovem pesquisadora que busca construir nada menos do que um inacabado permanente, um pequeno recorte da realidade permeado por linhas imaginárias que se conectam a partir de interesses e circunstâncias sociais.

A pesquisa social aqui é entendida tal qual para MINAYO (2014, p.47) como “os vários tipos de investigação que tratam do ser humano em sociedade, de suas relações, instituições e de sua produção simbólica”. A pesquisa social em saúde, por sua vez, é delimitada pelas “investigações do fenômeno saúde-doença, de sua representação pelos vários atores que atuam no campo: as instituições políticas e de serviços e os profissionais e usuários”. Percebe-se, que em ambas, é crucial a relação entre o investigador e o investigado, uma vez que ambos com suas visões de mundo, suas subjetividades e significados influenciarão o processo de conhecimento numa busca pela aproximação das realidades.

Realizar esta pesquisa social em saúde demandou a escolha por um tipo de pesquisa que permitisse mergulhar no fato social estudado através de métodos e técnicas de análise e reflexão deste recorte da realidade aqui apresentado. A pesquisa qualitativa se mostra a mais coerente com tal proposta, ao qualificar processos sociais através de análises subjetivas de narrativas que não se preocupam com as totalidades dos fenômenos, mas sim com a produção de categorias de análise daquela realidade. Procurou-se então construir uma metodologia que permitisse dar voz a estes sujeitos e também captar aquilo que escapa ao falado, mas pode ser captado nas nuances do cotidiano. Compreender o trabalho em saúde intersectorial da equipe NASF traz o desafio de ouvir, se não todos, boa parte dos envolvidos na construção deste processo de multiplicidades.

A processo do trabalho científico desta pesquisa qualitativa é composto por três fases. A primeira é a **fase exploratória**, em que se planeja o projeto e seus elementos

constitutivos como a definição do tema, construção da pergunta de pesquisa, da hipótese, do objeto de pesquisa, dos objetivos geral e específicos, bem como a fundamentação teórica e a elaboração dos instrumentos e técnicas que serão utilizados na coleta de dados (MINAYO, 2014). A fundamentação teórica foi construída a partir de uma profunda reflexão e análise das seguintes categorias: o conceito de Saúde, Políticas Sociais, Promoção da Saúde, Intersetorialidade, Integralidade, Estratégia de Saúde da Família, Redes e Trabalho em Saúde.

A segunda é a **fase de pesquisa de campo** que contempla a aproximação da pesquisadora com a realidade do território pesquisado, bem como com os serviços investigados, a interação com os atores que vivenciam e interpretam esta realidade. Esta segunda fase é composta por quatro etapas que serão desenvolvidas por meio de diferentes instrumentos metodológicos

A aproximação do território é a primeira etapa da pesquisa de campo, ela foi planejada pensando no andar coletivo pela cidade e, mais especificamente, no território que é de interesse para a pesquisa. Este caminhar é aqui considerado em toda sua dimensão psíquica, mental e física. O objetivo de tal ação é a aproximação com o território, de maneira que seja possível ao máximo vivenciar as dificuldades e as potencialidades da realidade da população que mora na Zona Noroeste de Santos. Ainda que este seja um território familiar, minhas percepções quando na infância são diferentes das minhas percepções da adolescência e com certeza serão diferentes das percepções de hoje como adulta frequentadora e não moradora da região.

De acordo com JOLÉ¹⁹ (2005, p.424), “o andar é uma aprendizagem coletiva de um lugar; [...] uma reconstrução de sentidos do lugar através das imagens, das palavras”. Assim, a pesquisadora irá caminhar pelos bairros do Jardim Castelo e Areia Branca, numa aproximação e reconhecimento do território, bem como realizando entrevistas não estruturadas sobre as percepções da população com seu bairro. Nesta abordagem, a fotografia é uma outra ferramenta importante que será também

¹⁹ JOLÉ faz uma importante reflexão sobre o caminhar em diversos campos do saber e profissionais, enquanto uma ferramenta para a construção de conhecimentos de uma dada cidade ou lugar. Para tanto, explana sobre diversas formas que o caminhar é compreendido: a deriva para os situacionistas, o itinerário para os sociólogos, a caminhada coletiva dos urbanistas.

utilizada, ela serve como denúncia da realidade, como elemento de apoio à recomposição do percurso caminhado, bem como das expressões e dos contextos dos diálogos (JOLÉ, 2005). As informações coletadas pelos diálogos, bem como as percepções da pesquisadora serão anotadas em diário de campo. O uso deste recurso metodológico neste estudo, se faz imperativo por permitir, por meio de anotações, captar os sentidos, as expressões, as intensidades da vida, do adoecimento e do cuidado no cotidiano das relações sociais (ARAÚJO et al., 2013).

A segunda etapa foi a realização das entrevistas semi-estruturadas. Elas se deram com a gestora da Seção de Atendimento Comunitário (SEATESC), que responde por todos os NASF's. Foi uma das profissionais que acompanhou a implantação deste equipamento na cidade, e atualmente é a chefia responsável por todos os NASF's de Santos, podendo assim contribuir com a vivência de quem acompanhou o antes, o durante e o depois da implantação, e da execução deste serviço e da ampliação do mesmo como está ocorrendo agora. Também foram convidados a participar da pesquisa os profissionais da equipe NASF que atende a Zona Noroeste, compondo assim o grupo A. A equipe NASF 1, no momento da realização das entrevistas não estava completa; sendo assim, foram realizadas entrevistas com os profissionais que estavam efetivamente atuando neste período.

De acordo com MINAYO (2014), a entrevista fornece por meio da fala tanto dados primários, que dizem respeito ao sujeito entrevistado e suas percepções, quanto dados secundários que são também encontrados em outras fontes como registros, censos, portarias e outros documentos oficiais. É uma técnica que permite captar a fala dos sujeitos da maneira que foi expressa em um determinado contexto de sua produção.

“Por meio da comunicação verbal - que é inseparável de outras formas de comunicação (grifo nosso) - as pessoas “refletem e refratam” conflitos e contradições próprias dos sistemas sociais e políticos e de suas formas de dominação [...]” (MINAYO, 2014, p.205).

A entrevista semi-estruturada, através de uma combinação de perguntas fechadas e abertas, permite estimular situações em que o entrevistado se sinta com certa liberdade de discorrer sobre os temas, bem como o pesquisador que consegue desta maneira cobrir também as questões necessárias para desvelar sua inquietação,

sem ficar preso a perguntas pré-estabelecidas. A coleta de dados por sua vez, não se esgota na entrevista, por isso é interessante agregar diferentes técnicas para uma melhor compreensão do objeto de estudo. “Dessa forma, além da fala que é seu material primordial, o investigador terá em mãos elementos de relações, práticas, cumplicidades, omissões e imponderáveis que pontuam o cotidiano (MINAYO, 2014, p. 263).

A terceira etapa realizada foi a observação dialógica, proposta no momento da entrevista aos profissionais do NASF, para que a pesquisadora os acompanhasse para observação de ações ou atividades que julgassem ser pertinentes para a construção do trabalho intersetorial. O objeto aqui pesquisado, no caso o NASF, não pode de maneira nenhuma ser desenvolvido só, ele precisa ser concretizado a partir da interlocução entre ESF e NASF. A configuração do Núcleo, tal qual dispõe a Portaria nº2.488 de 21 de outubro de 2011, faz com que os profissionais tenham de atuar dentro das Unidades em contato direto com a equipe. Levou-se em consideração também que a equipe NASF pesquisada é referência para unidades de ESF diferentes, que são compostas por diferentes equipes. Assim, a observação dialógica permitiu explorar as diferentes relações estabelecidas no processo de trabalho em saúde, as interações, falas, ferramentas e outras nuances que possibilitem uma prática intersetorial. Foram identificados três cenários diferentes: a unidade da ESF, a sala de reuniões e coordenação do NASF ou o próprio território.

O termo observação dialógica é utilizado para designar a terceira etapa, que muito se inspira na técnica de observação não-participativa. Assim, numa tentativa de alcançar o objetivo proposto, incorporei o papel de observador que não faz parte da equipe, mas que observa, anota e dialoga com os observados quando julgar pertinente. Esta observação se deu de maneira segmentada, ou seja, era pré combinado via Whatsapp a atividade, local onde ela se realizaria e se seria no período da manhã ou no da tarde. O papel de observador foi definido para os observados que foram apresentados informalmente quando da minha participação nas atividades, essa observação aconteceu com cada profissional em duas atividades diferentes (MINAYO, 2014). Mais uma vez se faz imperativo o uso do diário de campo para registro do observado.

Para a quarta e última etapa foi utilizado a técnica de Bola de Neve. No momento da entrevista, foi solicitado aos profissionais, exceto a coordenadora, que indicassem dois atores que participaram de algum processo, ou tentativa, de construção da intersetorialidade. Estes últimos foram convidados a participar da pesquisa através de entrevista semi-estruturada, assim, cada sujeito do grupo A, indicou dois sujeitos, para compor o grupo B. A escolha desses atores (grupo B) ficou a critério do entrevistado (grupo A), estes atores podem ser tanto da ESF como outras políticas, departamentos, ou mesmo sujeitos da comunidade, por isso, optou-se por não pré-determinar quais sujeitos seriam entrevistados. O fato de os próprios entrevistados fazerem a escolha pode fornecer indicativos do quanto esse trabalho consegue extrapolar ou não o setor saúde, ou área da atenção básica, por exemplo, e perpassa também pelo entendimento que o sujeito tem de intersetorialidade.

Os sujeitos desta pesquisa são compreendidos como atores sociais, reflexivos e críticos que têm percepções, reflexões, implicações, considerações importantes sobre as suas ações e vivências cotidianas, sendo “provocados” a compartilhar suas narrativas, para refletir sobre suas implicações sociais.

Para a realização das entrevistas, da primeira fase e da última fase, foram elaborados roteiros, destinados ao gestor, aos profissionais NASF (grupo A) e aos sujeitos indicados (grupo B). As perguntas norteadoras foram elaboradas com perguntas gerais e perguntas direcionadas, que permitem flexibilidade caso seja necessário adaptar as questões, a depender dos sujeitos. A diferença entre os roteiros consiste basicamente nas intencionalidades de cada entrevista. Para o gestor, é sobre o processo de implantação do NASF, pois ele teve um papel importante além de ter acompanhado toda essa mudança; para os profissionais porque eles vivem a construção cotidiana do trabalho; e para os entrevistados indicados, pois eles representam o olhar de fora sobre o NASF e a intersetorialidade. Assim, o roteiro ficou dividido em três partes: a) NASF; b) Intersetorialidade; c) Práticas intersetoriais. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas.

Quadro 1. Roteiro de entrevistas

Entrevista Semi-estruturada Chefe SEATESC	
NASF	Você acompanhou a implantação do NASF no município. Me conta como foi esse processo? O que mudou?
	E qual o trabalho do NASF? Como ele se organiza na Zona Noroeste?
	Qual sua participação na construção deste trabalho?
Intersetorialidade	Pra você, o que é a intersectorialidade? Ela faz parte da construção do trabalho do NASF?
Práticas Intersetoriais	Existe diálogo com outros departamentos/secretarias/políticas a nível de gestão para a construção de um trabalho intersectorial? Quais?
	Quais as estratégias/meios foram criados ou são utilizados para realizar este trabalho? (reuniões, instrumentais, protocolos)
	Quais as dificuldades da realização de uma práxis intersectorial? E as potencialidades? Como você vislumbra esse trabalho no futuro? Quais os sonhos da equipe NASF?
Entrevista Semi-estruturada Grupo A - NASF	
NASF	Qual o trabalho do NASF? E o trabalho do NASF da Noroeste? Como ele é organizado?
	Quais ações são realizadas? Como elas são planejadas? (território, demanda espontânea, ESF)
Intersetorialidade	Pra você o que é intersectorialidade? Ela faz parte da construção do trabalho do NASF?
Práticas Intersetoriais	Quais as estratégias/meios foram criados ou são utilizados para realizar este trabalho? (reuniões, instrumentais, protocolos)
	Existem espaços institucionais ou informais para construção da intersectorialidade no NASF? (salas de reunião, diálogo nos corredores, etc)
	Quais os atores participam desta construção? Você pode me dar exemplos práticos da construção do trabalho intersectorial no NASF?
	Quais as dificuldades? Que potencialidade você enxerga?
Entrevista Semi-estruturada Grupo B - indicações	
Construção de práticas intersectoriais	Qual foi o trabalho desenvolvido? Como se deu essa demanda? Por que você optou por participar? Houve um planejamento? Quais os objetivos? E os resultados?
	O que você conhece do trabalho do NASF? Ele tem alguma relação com o seu trabalho?
	Existia antes desta experiência uma articulação com os profissionais do NASF?
	Quais as potencialidades você enxerga neste trabalho? E as dificuldades?

Esta última rodada encerra a fase de coleta de dados. Foram realizadas no total 6 incursões ao território, sendo três no Castelo e três na Areia Branca. Doze entrevistas semi-estruturadas, que foram realizadas num período de fevereiro a abril de 2018. E oito momentos de observações dialógicas que aconteceram nos meses de março e abril de 2018. O projeto de pesquisa foi enviado ao Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde do município de Santos, que autorizou no dia 27 de agosto de 2018 a realização da pesquisa de campo. Outro requisito necessário foi o cadastro do projeto no site da Plataforma Brasil. Para a realização do campo, foi ainda

elaborado dois documentos: o Termo de Consentimento Livre (TCLE) e Esclarecido e Autorização de Uso de Imagem.

Importante destacar que a unidade de ESF do Jardim Piratininga passa uma transição da equipe NASF 1 para equipe NASF 2, que ocorreu com a implantação do segundo NASF na região, e aconteceu durante a observação que ocorreu nos meses de março e abril de 2018.

A unidade foi citada por profissionais ao longo das entrevistas realizadas como um espaço de potencialidade para construções intersetoriais. A princípio pensou-se em excluir o bairro do Jardim Piratininga, pois este é localizado numa outra área, com outras características e particularidades, ainda que seja parte da região Noroeste. Mas as referências positivas e o fato dele ter sido acompanhado nos últimos três anos pela mesma equipe dos demais, fez com que esta pesquisadora optasse por incluir às referências a ele no estudo sem, no entanto, aprofundar um território que ao final da pesquisa não fará mais parte do objeto de estudo.

O percurso metodológico foi construído e reconstruído por diversas vezes durante a fase exploratória, bem como durante a realização da pesquisa, conforme a necessidade quando surgiam novas informações e mudanças de ordem estrutural/funcional. A ampliação do NASF de uma para duas unidades, ocasionou duas implicações. A primeira foi a re-divisão das unidades para os quais o NASF é referência; e O NASF 1, era o único da Zona Noroeste e referenciava as Unidades de ESF dos bairros do Castelo, Areia Branca e Jardim Piratininga. Este último saiu do grupo NASF1 para ser atendido pelo NASF 2, junto com os bairros Alemoa e Jardim São Manoel, com os quais é vizinho.

A segunda implicação é a ampliação das funções dos profissionais que integravam a equipe já existente (NASF 1), uma vez que eles foram re-divididos entre as duas unidades e ficaram responsáveis pela equipe de residentes que entrou no mesmo período para compor os NASF's. Os residentes têm então um importante papel na expansão do NASF. No caso do NASF 1 - Zona Noroeste, entraram residentes das áreas de farmácia, terapia ocupacional e educação física. Este projeto foi implantado no ano de 2018, e se concretiza durante a realização da pesquisa de campo, o que influenciou diretamente a pesquisa aqui realizada. Os residentes

assumem um papel de protagonistas, embora seu tempo de permanência, seja de apenas um ano nas unidades.

Figura 4. Mapa da Zona Noroeste de Santos²⁰

Fonte: Prefeitura Municipal de Santos. Editado por MRCL Designer, 2018.

Além disso, a falta de recursos humanos, mais especificamente de Agentes Comunitários de Saúde, fez com que o trabalho do NASF e da própria unidade do Castelo ficasse prejudicada durante o período da pesquisa. Já que a principal via de acompanhamento e identificação das demandas é pelo ACS. Tudo isso somado à mudança física de local da SEATESC, fez com que fosse um período bem instável e que demandou readequações ao projeto inicial mesmo durante o curso da pesquisa.

Os sujeitos da pesquisa, foram escolhidos visando um universo que, por ser

²⁰ A imagem foi editada para melhor visualização do território de referência do NASF – Zona Noroeste. Os morros da região noroeste não foram incluídos, pois são parte do território do NASF Morros.

pequeno, propicia uma imersão nas relações interpessoais, que é exatamente o que busca esta pesquisa, saltando a atenção para as numerosas conexões que é possível criar, considerando as subjetividades e as simbologias próprias a cada indivíduo num esforço de abordar a todas as dimensões do objeto de pesquisa. Cada ator construiu a partir de suas vivências próprias, que são desiguais e conflituosas, formas de pensar, sentir e agir próprias, que expressam sua compreensão de saúde e doença e refletem no seu trabalho em saúde enquanto profissionais responsáveis pelo cuidado de determinada população. Tal construção além de social é coletiva, e não pode ser analisada em abstrato e nem de forma descolada da sociedade que a produz. (MINAYO, 2014).

A última fase desta pesquisa qualitativa é a **fase tratamento e interpretação dos dados coletados e do material documental**. É o momento compreender os dados coletados, através de diversas dimensões de análise, articulando o material teórico com o empírico buscando confirmar ou não a hipóteses e alcançar os objetivos propostos (MINAYO, 2002). Percebe-se o quanto é desafiador captar as contradições presentes nestas relações “em nível analítico entre o mundo cotidiano e as determinações sociais” (ASSIS e JORGE, 2012, p. 140), que se desdobram nas mais diversas formas de atenção à saúde em diferentes contextos históricos.

Buscou-se um método que pudesse “dar conta”, se aproximar, e apreender os objetivos para as quais se propõe nesta pesquisa. Pois em se tratando de estudos no campo da saúde, as complexidades que se somam nas variáveis que intervêm no fato social, são tantas quantas é impossível de se contabilizar com total precisão (TESTA apud ASSIS e JORGE, 1992)

A abordagem teórico-metodológica, que combina a Hermenêutica com a Dialética, foi elaborada por HABERMAS e GADAMER, trazendo uma releitura crítica somada com a noção de dialética para repensar o método hermenêutico. MINAYO (2014) vai se apropriar de ambos os autores, ao abraçar o desafio de juntar as duas categorias para analisar pesquisas qualitativas no campo da saúde. Ela compreende a ciência como uma construção dinâmica entre pesquisador e sujeito pesquisado, propõe uma combinação de método Hermenêutico com a corrente de pensamento Dialética, entendendo que os elementos que as aproxima como os que as colocam

em oposição podem, se bem trabalhados, fundamentar uma boa análise de pesquisa qualitativa.

O método empírico de investigação denominado hermenêutica pode ser definido como a arte da compreensão. A comunicação é peça chave e a linguagem é o núcleo central de análise, este último entendido como expressão de uma unidade temporal presente, o saber é sendo compartilhado com outros e marcado pela cultura, tradição e conjuntura (MINAYO, 2002). Para os hermeneutas, a busca deve ser pelo sentido expresso pelo interlocutor. Assim, a linguagem é o terreno da intersubjetividade, mas ao mesmo tempo é limitada, pois o conhecimento que pode ser sempre ampliado diante de novos contextos. Essa compreensão só pode ser colocada em prática quando existe um estranhamento que concretiza-se num questionamento, que será investigado. A medida que aprofunda na compreensão da fala do outro, é também um compreender de si dentro desta relação, na interação pesquisado ou pesquisador.

Existem duas possibilidades de análise do material pesquisado para os hermeneutas: a *Análise de Conteúdo*, focada nos discursos, e a *Análise de Discurso*, que se propõe a desvendar os discursos e o processo discursivo. Ambas vão buscar as respostas nos sentidos do texto, o que tende a deixar de lado construções dialéticas que permitam compreender as contradições dos “[...]aspectos extra discursivos que constituem o espaço sócio-político-econômico, cultural e relacional onde o discurso circula” (MINAYO, 2014, p. 353) e faz com que as análises se engessem no rigor estruturalista.

A dialética é a ciência do diálogo, ela adota uma postura crítica para buscas na linguagem, nos fatos, na cultura e nos símbolos contradições que expressam a realidade conflitiva de desigualdades, de dominação, da exploração e também de resistência e conformidade. Foi no marxismo²¹ que o conceito de dialética²² “se

²¹ “O Marxismo é uma doutrina baseada nas obras de Karl Marx na década de 1840, desde o seu surgimento, sofreu a influência de vários pensadores, como Friedrich Engels, Vladimir Ilich e Lênin, além de outras influências soviéticas e chinesas (NASCIMENTO, 2010, p. 40).”

²² A dialética possui duas fases, a antiga no período pré Sócrates até Hegel, e a moderna, de Hegel até os dias atuais. Para fins de estudo utilizaremos a fase mais recente, que também é a utilizada por Marx. (MINAYO, 2002)

transformou numa maneira dinâmica de interpretar o mundo, os fatos históricos, econômicos, assim como as próprias ideias” (MINAYO, 2002, p. 94). HEGEL, que era idealista colocava as ideias antes do real, MARX então inverteu essa lógica ao considerar que a historicidade e a base material influenciam as ideias e essas por sua vez modificam. Ainda segundo HEGEL, cada coisa traz em si sua contradição, que a leva a transformar no seu contrário, através de processos encadeados que não se repetem. Essa contradição também está presente na hermenêutica, só que sobre a forma de estranhamento do outro (MINAYO, 2002).

A hermenêutico-dialética surge então num esforço de aprimorar técnicas, métodos e instrumentos de pesquisa numa composição de oposições complementares, ao aproximar duas categorias metodológicas com abordagens interessantes que entendo aqui que podem ser potencializadas se trabalhadas hibridamente.

“Uma análise compreensiva ancorada na hermenêutica-dialética busca apreender a prática social empírica dos indivíduos em sociedade em seu movimento contraditório. Portanto, tendo em conta que os indivíduos vivendo determinada realidade pertencem a grupos, classes e segmentos diferentes, são condicionados por tal momento histórico e por isso, podem ter simultaneamente interesses coletivos que os unem e interesses específicos que os distinguem e os contrapõem. Sendo assim, a análise dialética de qualquer análise diz que é fundamental realizar a crítica das ideias expostas nos produtos sociais (textos, momentos, instituições) buscando na sua especificidade histórica, a cumplicidade com seu tempo, e nas diferenciações, sua contribuição à vida, ao conhecimento e às transformações” (MINAYO, 2014, p.347).

Em resumo MINAYO coloca ambas as categorias metodológicas são importantes e necessárias para a produção de racionalidade em relação aos processos de saúde e doença. E assinala que a construção deste processo de análise de textos segundo o método hermenêutico-dialético para HABERMAS:

“[...] leva a que o intérprete busque entender o texto, a fala e o depoimento como resultado de um processo social (trabalho e dominação) e processo de conhecimento (expresso em linguagem), ambos frutos de múltiplas determinações, mas com significado específico [...] onde o autor e o intérprete são parte de um mesmo contexto ético-político e onde o acordo subsiste ao mesmo tempo em que as tensões e perturbações sociais (ASSIS e JORGE, 2010, p.148).

MINAYO, em seu livro “O desafio do conhecimento” (2014), vai elaborar um roteiro orientador para a análise hermenêutico-dialética, percorrendo sobre algumas etapas necessárias para a construção do conhecimento. A autora faz o esforço de

tentar se aprofundar na operacionalização da análise, mas não chega a sistematizar de que forma, elaborar tais categorias tão importantes na análise. ASSIS e JORGE, em “Métodos de análise em pesquisa qualitativa” (2010), vão se utilizar do roteiro elaborado para construir um esquema que torna visualmente mais fácil a compreensão das etapas do processo analítico.

1ª Etapa - ordenação dos dados: trata-se do “mapeamento horizontal do material empírico”, através das transcrições, leitura geral, e organização dos dados em diferentes conjuntos.

2ª Etapa - classificação dos dados: é dividida em três momentos diferentes que permitem a construção dos dados empíricos. O primeiro momento é a leitura flutuante e exaustiva, para compreensão das ideias centrais sobre o tema e percepção do que é comum entre os dados coletados para uma pré-categorização. O segundo momento é leitura transversal, mais criteriosa, ela confronta ideias para identificar as convergências, divergências - o que é complementar - refinando cada vez mais as categorias e aprofundando as classificações. Assim, filtra os temas mais relevantes, relacionados ao objeto e às questões orientadoras e aos pressupostos teóricos. No caso da pesquisa aqui em questão, esse cruzamento de dados é feito com todo o material coletado no diário de campo (reconhecimento do território e observações) e nas entrevistas (grupo A e B).

3ª Etapa - Análise final dos dados: é interpretação minuciosa dos fatos encontrados bem como dos discursos ideológicos que perpassam as situações, utilizando as categorias analíticas a partir do referencial bibliográfico e categorias empíricas e operacionais a partir do material empírico, para apresentação de resultados e propostas de intervenções.

O esquema elaborado por ASSIS e JORGE ilustra as três etapas descritas acima.

Figura 5. Esquema de análise da Hermenêutica-dialética.

Fonte: ASSIS e JORGE, 2014.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Encontrar o lugar da intersectorialidade no trabalho em saúde da equipe NASF é, por si só, um desafio. Por isso mesmo, as etapas da coleta de dados e de análise dos materiais foram minuciosamente estabelecidas, buscando compreender a totalidade da dinâmica institucional que é investigada.

Para a fase de análise de dados, foi-se utilizado como orientador o fluxograma analisador de desenvolvimento da análise Hermenêutica de ASSIS e JORGE (2010), que tem sido sistematizado nas produções das dissertações do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Feira de Santana (UEFS). As etapas previstas no instrumental foram aplicadas na íntegra para esta pesquisa.

A primeira etapa do fluxograma foi a “organização dos dados”. A partir da leitura geral do material, foram identificadas unidades de análise nas transcrições das entrevistas e nos relatos do diário de campo. A criação das unidades de análise foi feita a partir da seleção de trechos dos materiais empíricos. Assim se estabeleceu um mapeamento horizontal deste material. O que permitiu criar uma tabela preliminar com categorias e subcategorias

A segunda etapa, foi a “classificação dos dados”. A partir da leitura exaustiva dos mesmos materiais, foi feito um refinamento das categorias e das sub-categorias de análise. Recortou-se os trechos referentes a cada categoria preenchendo assim a tabela, criando um esquema de análise dos grupos de entrevistas e das observações. A síntese vertical evidência as falas relevantes de cada entrevista. E a horizontal, o pensar de cada entrevistado sobre as categorias e subcategorias.

Seguiu-se com a leitura transversal dos trechos recortados, tendo sempre as entrevistas na íntegra como apoio. Confrontou-se as falas dos diferentes sujeitos, buscando identificar as convergências, divergências, complementaridades e diferenças em cada grupo (G1 - NASF, G2 - Indicações e Grupo de observações). Depois se estabeleceu um processo de triangulação do material empírico e do material teórico norteador, confrontado os diferentes grupos entre eles, e estes com as categorias teóricas de base da pesquisa.

O último momento é a “análise final dos dados” quando é realizada a interpretação deste entrecruzamento de dados, e das categorias analíticas e empíricas geradas a partir destes. Buscasse compreender assim a totalidade das relações dentro do contexto em que está inserido e é produzido pelos profissionais.

6.1. DESCRIÇÃO DOS ENTREVISTADOS

Os sujeitos da pesquisa do G1 são todos profissionais do NASF. Já no G2, são profissionais que direta ou indiretamente tem ou tiveram alguma relação com o trabalho do NASF e foram indicados pelo G1. Cabe ressaltar que todos os entrevistados são do sexo feminino. As profissões são variadas, mas algumas possuem mais de um profissional, como o assistente social e o psicólogo no caso do NASF; e o enfermeiro, dentre o grupo das indicações. Além disso, o tempo de trabalho no equipamento entre os sujeitos também é diferente para cada pessoa, o que enriquece o estudo, uma vez que cada um traz suas experiências particulares nas entrevistas. Percebe-se também que, no grupo G2, com exceção da Assistente Social da Casa da Criança, todos os outros sujeitos são profissionais da área da saúde. E 4 destes, são das ESF, ou seja, tem contato direto com os profissionais do NASF.

A equipe NASF possui um profissional de nutrição, mas que estava de licença durante a realização da pesquisa, por este motivo não foi possível realizar a entrevista, bem como coletar maiores informações sobre a atuação da nutricionista no trabalho intersetorial da equipe NASF - ZN

Quadro 2. Descrição dos entrevistados

	Sujeitos	Profissão/cargo	Tempo de trabalho no equipamento
G1 - NASF ZN	E1	psicóloga/coord. SEATESC	6 anos (desde antes de ser NASF)
	E2	psicóloga	1 ano
	E3	assistente social	4 anos (desde antes de ser NASF)
	E4	assistente social	3 anos
	E5	farmacêutica	1 ano
	E6	educadora física	3 anos
G2 - Indicações	E1	enfermeira/chefe ESF Areia Branca e ESF Jd. Piratininga	3 anos (chefia)
	E2	agente comunitária de saúde	9 anos
	E3	enfermeira ESF Areia Branca	7 anos
	E4	assistente social Casa da Criança	1 ano
	E5	psicóloga CAPS	6 anos
	E6	enfermeira/coord. ESF Castelo	3 anos (chefia)

6.2. CARACTERIZAÇÃO DO TERRITÓRIO

Compreender a dinâmica da região onde está inserido o serviço é primordial, por isso mesmo, a opção de iniciar pelo caminhar no território e o diálogo com a população, com toda a simplicidade e complexidade que tais estratégias representam. O território não é apenas uma delimitação geográfica, ele tem vida, pois ele é sentido, percebido e modificado pela população. O bairro Castelo, possui diferenças do seu vizinho Areia Branca, e ambos também são diferentes do Jardim Piratininga. E dentro de um mesmo bairro sujeitos de micro áreas diferentes têm percepções distintas.

O Castelo é um bairro composto por casas populares, um conjunto habitacional Dale Coutinho e uma parte de ocupação irregular sobre o dique. No bairro estão localizadas três instituições de ensino, duas públicas municipais e uma particular. Possui uma avenida comercial, onde se localizam supermercados, restaurantes, casas de carnes, lotérica, boutiques, camelôs entre outros tipos de comércio. Essa mesma via é passagem obrigatória para grande maioria dos ônibus que transitam pela região como um todo e se dirigem ao ponto final.

Figura 6. Conjunto Habitacional Dale Coutinho

Fonte: Ailton Martins, 2018.

A mobilidade foi apontada como um ponto positivo do bairro, justamente por ter ônibus que levam a vários pontos da cidade. O fluxo de pessoas deve-se também ao fato do bairro possuir dois equipamentos públicos que são referência para a região noroeste: o Complexo Hospitalar da Zona Noroeste (formado pelo Pronto-socorro, Hospital e Maternidade Silvério Fontes Hospital Arthur Domingues Pinto e o Ambulatório de Especialidades) e o Centro Esportivo e Recreativo da Zona Noroeste. Este último é muito procurado pela população por oferecer diversas modalidades esportivas gratuitas. Ele fica localizado em uma outra grande avenida, que antes possuía um canal, hoje coberto, que serve de ponto de encontro e de grande circulação também da população. É ali onde as famílias passam os fins de tarde, os jovens se encontram nos carrinhos de lanche e os idosos para os jogos de tabuleiro. De um lado se encontra este cenário, do outro já se inicia o bairro da Areia Branca.

É no início dessa avenida que desemboca no bairro do Castelo, mas se inicia na Areia Branca, que está localizado um outro equipamento, o Centro Cultural da Zona Noroeste. E também onde uma grande área se transforma todos os anos durante o carnaval no Sambódromo.

Figura 7. Avenida Afonso Schmidt – Zona Noroeste

Fonte: Ailton Martins, 2018.

Este pequeno trecho tem uma outra peculiaridade, nele estão localizados os poucos prédios que existem no Areia Branca, parte de um conjunto habitacional construído mais recentemente. O resto do bairro é formado por casas térreas e uma grande parte dedicada ao Cemitério da Areia Branca. O bairro conta com três instituições de ensino, sendo duas públicas e municipais e uma particular. O fluxo de pessoas é pequeno, e as casas são maiores que as casas populares do Castelo. Chama a atenção o número de casas com pequenas, grandes e médias reformas.

Tais características demonstram que apesar de serem bairros vizinhos são perfis populacionais diferentes. Os diálogos realizados com os moradores apontam um problema em comum: a violência. No caso da Areia Branca são os assaltos e roubos constantes. Já no Castelo existe uma dupla violência, a policial e a causada pelo tráfico de drogas. Outra questão levantada durante as observações foi a consciência da população com relação ao lixo e a sujeira. Interessante notar que os próprios sujeitos reclamam dos seus pares. E esse é um problema que agrava as constante enchentes que assolam a população do Castelo. O bairro da Areia Branca por ser mais alto não sofre com este problema. Entre prós e contras, quem mora nesses bairros mora por opção ou por falta de opção. Não só por questões objetivas entre elas o baixo custo de vida da região, mas também questões subjetivas como a solidariedade, relações de confiança e o afeto entre os vizinhos.

“[...] a região foi habitada por uma população que começou a invadir ali a região e construir suas casas né. Muitos terrenos na ocasião não eram nem regulamentados, a construção, ali aquela região, boa parte dela ela é de mangue, uma região de mangue que foi urbanizada, digamos assim, de uma maneira para poder facilitar a ocupação das pessoas. [...] E os problemas ali então, decorrentes dessa situação são muito comuns e frequentes, com a própria natureza, questão de alagamento muito frequente, na questão social, acho que o poder público foi ao longo do tempo investindo muito para aquela região se tornar facilmente habitável. Assim, o poder público facilitou a ocupação daquela região na medida que se asfalta, se leva água para lá, luz pra lá, transporte pra lá, se urbaniza aquela região como se fosse qualquer outra região de ocupação facilitada pra população” (G1 - E4).

“Nós temos vários conjuntos habitacionais nessa região. Conjuntos habitacionais que foram entregues a mais de quarenta anos (Dale Coutinho), portanto as pessoas que lá residem, as famílias, são famílias de idosos, então nesses conjuntos habitacionais, com perfil de idosos bem acentuados nós temos um tipo de problema, um tipo de queixa, um tipo de... vamos dizer assim...um problema social mais grave, que tá relacionado à violência contra o idoso, que tá relacionado à descaso, negligência, às vezes a forma mesmo

de pauperização que ele vive, às vezes com uma renda extremamente pequena para várias pessoas da família." (G1 - E3)

Os trechos acima, de duas entrevistadas mostra que elas compreendem os processos históricos de formação da região. Tal percepção é importante, pois a forma como o território é compreendido, sua história, sua cultura, sua população vai ser fundamental para levantar as demandas e estruturar quais as ações necessárias para aquele território dentro de suas especificidades (WESTHPHAL e MENDES apud SCHUTZ e MIOTO, 2010).

6.3. O NASF COMO APOSTA PARA A CONSOLIDAÇÃO DE UM MODELO INTEGRAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Um serviço recente no município de Santos, o NASF foi implantado entre o final de 2014 e início de 2015, como referência para as unidades de ESF que existiam na época: Castelo, Areia Branca e Jardim Piratininga. A configuração do trabalho do NASF é para que ele seja desenvolvido em conjunto com a Estratégia de Saúde da Família, dentro do território deste equipamento. Assim, por essência ele é interdisciplinar.

"Na proposta da composição NASF é uma equipe sendo apoio, uma equipe interdisciplinar nasfianos dando apoio para a equipe de Saúde da Família do território. E aí ajudando esse diálogo numa composição de forças, numa composição nossa interdisciplinar" (G1- E2).

Antes da sua implantação, existia o “profissional de referência”, que compunha o Grupo de Apoio Técnico (GAT), que também fazia parte do mesmo departamento que hoje é responsável pelo NASF. Esse profissional atuava sendo referência para uma ou mais unidades, em casos específicos, de maneira pontual, quando requisitado para certa demanda. Era um trabalho significativo que dentro das suas limitações, auxiliava os profissionais da Unidade Saúde, porém era incipiente. Apesar de já existir uma certa dinâmica anterior com o trabalho do apoiador, através do GAT, a chegada dos profissionais do NASF trouxe, em um primeiro momento, certas resistências.

“[...] a gente tinha um apoiador técnico e aí depois veio a criação do NASF. Então a gente já tem um pouco dessa cultura esse ritmo de NASF por causa do apoiador técnico” (G2 - E6).

“[...] quando chegaram (O NASF), no começo, eles (ESF) acharam que ia ser um serviço à mais, ter que acompanhar o povo e tal e tal e coisa. Mas com o jeitinho, eles foram desmontando essa visão” (G2 - E1).

Assim a implantação do NASF veio para organizar e atuar de maneira sistematizada no apoio direto à ESF e indireto à população (BRASIL, 2014). Ampliou-se o leque de profissionais, bem como os olhares para a demanda. No entanto era preciso buscar estratégias para identificar melhor qual era a demanda e organizar por onde começar o trabalho, de acordo inclusive, com as orientações do Caderno nº39 - NASF (2014). Assim os profissionais optaram por utilizar como instrumental a escala de coelho.

"E o nosso NASF, escolheu aplicar a escala de coelho, para identificar uma noção de vulnerabilidade na região. Então a gente apresentou a escala de coelho para equipes que nós trabalhávamos na época como instrumento de confirmação de uma avaliação de território que certamente eles já tinham, mas é só um instrumento a mais para poder é... fazer com que a equipe reconhecesse aquele olhar, reconhecesse ou reformular aquele olhar e aquele diagnóstico que já tinha sobre aquele território " (G1 - E4).

Tal ferramenta não foi utilizada em todas às equipes de Saúde da Família, pois algumas equipes na época contavam com um menor número de profissionais. Verdade seja dita, a escola de coelho²³ foi um instrumental positivo, mas a não utilização deste não foi determinante para o trabalho do NASF, já que o são os profissionais da ponta, no caso os ACS já identificavam essa demanda que era encaminhada para a unidade. Mas nas equipes em que foi realizada, trouxe frutos positivos para o trabalho que foi desenvolvido pois tiveram as demandas sistematizadas. Então a chegada do NASF potencializou o trabalho realizado pelas unidades de ESF.

"[...] com a entrada do NASF eu vi que melhorou bastante, antes a gente não tinha, aí eles entraram, e ajuda muito muito muito a gente (ESF)" (G2 - E1).

É uma percepção positiva importante para desenvolver o trabalho, uma vez que os profissionais que compõem a equipe NASF podem atuar em uma série de ações, mas sempre compartilhando responsabilidade com a ESF (BRASIL, 2014).

"Pode ser com relação ao usuário individualmente, pode ser com relação a implantação de uma determinada ação de saúde, pode ser uma inquietação com relação a um tipo de trabalho que (as ESF's) gostariam de fazer e ainda não conseguiram desenvolver, pode ser com relação à dificuldade de aproximação de outros recursos, serviços ali da região" (G1-E4)

Tantas ações a serem desenvolvidas trazem a premissa de que este trabalho seja realizado em conjunto com a ESF, na forma de apoio. Ou seja, o NASF entra como somatória no serviço já desenvolvido pela ESF, e não como uma equipe para quem eles podem repassar a demanda, que é na realidade responsabilidade de ambos (BRASIL, 2014).

Os profissionais que compõem a equipe NASF atuam também como referências em outros equipamentos. Logo o tempo de dedicação deles é dividido por

²³ A Escala de Coelho é um instrumento de estratificação de risco familiar, que surgiu em 2003, proposta por Coelho e Savassi, no município de Contagem-MG, e tem como proposta ser aplicado às famílias adscritas a uma Equipe de Saúde da Família, para assim, determinar seu risco social e de saúde, refletir o potencial que existe de adoecimento de cada núcleo família que acompanhado (MELO, et al. 2013).

todos os equipamentos. Na fala desta profissional, esta multiplicidade de tarefas é um desafio para a consolidação do trabalho.

“[...] os educadores físicos ainda estão atrelados a grupos em Unidades Básicas, que não é NASF, dentro da carga horária deles, então eles ficam um pouco mais fora. Os farmacêuticos cobrem todas as unidades da rede, então assim, a farmacêutica que é do meu NASF, além da tarefa dela de NASF, ela supervisiona as farmácias, aí sim de todas as Unidades Básicas da Zona Noroeste. [...] Vários de nós faz Terapia Comunitária, e às vezes atende outro território, então tem um tempo, um período da minha carga horária semanal, por exemplo, eu estou [...] em outro território, fazendo terapia comunitária lá [...]. "Então isso também é uma coisa que eu vejo que ainda é um desafio a mais né pra gente organizar o nosso trabalho e tentar dar conta de tá presente nos momentos que a gente precisa” (G1 - E2).

Assim, o trabalho realizado por estes sujeitos perpassa as condições objetivas do cotidiano profissional,

“[...] portanto, o que fazemos e o produto desse trabalho é um pouco também ditado pelas condições objetivas, quer dizer, ter os profissionais que se fazem necessários em função das demandas e das complexidades que as unidades apresentam” (G1 - E3).

Às demandas que chegam são normalmente via ESF, para que esta com o apoio do NASF busque resoluções ou estratégias de acompanhamento de maneira integrada. Ou seja, quando a ESF identifica a necessidade, ela mesma já faz uma leitura, e diante das limitações para solução desta, leva a demanda para ser discutida com o NASF, numa proposta também de matriciamento (BRASIL, 2014). Logo, a forma como este trabalho é organizado busca atender o princípio da integralidade, articulando equipes multi. (MATTOS, 2009). Para que este trabalho dê frutos é preciso que exista um nível horizontal de relação entre as duas equipes.

"Como a gente trabalha dessa maneira bem integrada a partir do momento que a gente vai fazendo leitura dos problemas, a gente também faz com que as equipes locais de saúde, estabeleçam as suas prioridades. [...] e aí nós vamos percebendo se é importante ter ações que vão mais para grupos ou mais para atendimento individual. Na verdade, esse tipo de ação, já vem com uma identificação que a unidade mesmo fez. Então o NASF ele não cria, na verdade ele não cria nenhuma polêmica, em dizer que tem que ser desse jeito ou daquele outro jeito, vamos por lá, vamos por aqui” (G1-E4).

Para desenvolver seu trabalho dentro da configuração proposta os profissionais do NASF utilizam ferramentas que possibilitam espaços de trocas de informações para a construção da responsabilização coletiva. Foi adotado pelo NASF - ZN o Projeto Terapêutico Singular (PTS), como já previsto no Caderno nº39 - NASF, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014).

“[...] nós começamos nosso trabalho pela aplicação de Projetos Terapêuticos Singulares, PTS, foi característica do nosso NASF 3, Zona Noroeste. Então nós começamos atendendo casos, situações, casos individuais e a partir destes casos é que de acordo com o tempo também, a realidade também que cada equipe foi mostrando pra nós a gente foi podendo ir por outros caminhos” (G1 - E4)

A construção do PTS não é compartilhada por todos os profissionais de maneira igual. Alguns participam de forma mais efetiva da construção e do acompanhamento do PTS do que outros. Estes profissionais que não participam tanto, que são a farmacêutica e a educadora física, acabam por atuar numa outra direção mais voltada às orientações técnicas específicas do seu campo de conhecimento através de atividades de grupo

“É difícil eu fazer PTS, [...] geralmente eles (outros profissionais) acompanham mais. Eu acabo fazendo mais ações de grupo. Oficinas com hipertensos, oficina com gestantes, oficinas até com equipe da unidade às vezes para instruí-los no que eles podem tá falando nos grupos que eles fazem. PTS eu [...] não tenho costume de acompanhar. [...] Às questões sociais acho que elas pedem mais, as psicossociais pedem mais. [...] Apesar de ser interprofissional, ainda assim, algumas especificidades de acordo com a formação. É difícil, né, quebrar isso, até entre nós mesmos. Apesar de ser interprofissional, algumas ações, algumas vezes, dá uma separada né, porque são focos diferentes” (G1 - E6).

(Dos grupos) “[...] participa nutricionista, participa assistente social já foi, farmacêutico, geralmente esses grupos eles são é ações interdisciplinar em que nós vamos e fazemos ação no coletivo né” (G1 – E6).

Cabe ressaltar que a nutricionista citada na fala acima não foi entrevistada, portanto, não foi possível coletar dados sobre sua atuação no trabalho intersetorial do NASF. De acordo com a configuração atual da APS e do NASF, “[...] entende-se que todos os profissionais de saúde devem assumir o papel de promover ações de alimentação e nutrição dentro das demandas mais frequentes” (p.12). E a presença do nutricionista, em particular, no NASF, é fundamental para introduzir

“[...] ações de educação continuada dirigidas a outros profissionais de saúde e também articular estratégias dentro do seu território de atuação, em prol da promoção da alimentação saudável, do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) e da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN)” (BRASIL, 2017, p. 13).

Tanto o PTS, quanto às ações de grupo são importantes, e para que elas se concretizem é fundamental uma outra ferramenta, as reuniões. Elas possibilitam um momento de interlocução das informações e criação de estratégias de ação. São três tipos de reuniões: as semanais das equipes de ESF com a participação do NASF; as

também semanais dos profissionais do NASF - ZN; e as mensais com todos os NASF's.

"[...] a gente (NASF) só se encontra uma vez por semana para discutir o que será feito, as agendas da semana, os informes, o que uma equipe propôs, se vai acontecer mesmo, se não vai, como a gente pode ajudar" (G1 - E5).

"Então todos nós (do NASF) sabemos onde cada um está e com o que ele tá no momento né lidando, cuidando" (G1 - E3).

"[...] toda semana no período cada equipe (da ESF) tem sua reunião e eles (NASF) sabem o cronograma e aí eles entram nas reuniões, mas não necessariamente eles permanecem na reunião o tempo inteiro. A gente (ESF) traz os casos a gente chama a pessoa do NASF seja quem for quem tiver no dia [...] e a gente compartilha aquela situação e aí a gente constrói o projeto junto o que que a gente vai fazer [...]" (G2 - E6).

"A gente também tem uma reunião norteadora que é a mensal, aí todos os NASF se reúnem, né. E nessa que a gente vai dando o tom do encaminhamento dos NASF". (G1 - E1)

As reuniões de equipe de cada unidade de ESF são momentos muito ricos, pois delas participam ACS, médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem, a chefe da unidade, os profissionais do NASF entre outros que são parte daquela equipe de ESF ou referência desta. Além destas, existem também as reuniões das equipes de ESF (lembrando que uma ESF pode ter mais de uma equipe) e são também momentos de contato direto e fortalecimento de vínculos. Nas primeiras são discutidas questões mais gerais que dizem respeito a toda unidade. Na segunda, são discutidos questões mais específicas, de casos que são acompanhados ou do território que é referenciado, e seguem também o modelo de reuniões de matriciamento (BRASIL, 2014).

"[...] a gente fala até muito a importância das reuniões de equipe (de ESF) pra gente (NASF) tá participando, entendeu? Para melhorar, estreitar esse vínculo, que se às vezes você (profissional do NASF) não participa da reunião de equipe eles nem te identificam ali. E conforme você vai participando dessas reuniões, elas vão fundamentando, elas vão fortalecendo esses laços, né. Eles (ESF) se sentem até mais a vontade de nos procurar até fora de repente vai, entre uma reunião e outra surge às vezes algum caso, e eles tem nossos whatsapp's e tal, e eles entram em contato, entendeu? Eu acho que isso é porque confia, já criou um laço que eles confiam na gente" (G1 - E6).

O Whatsapp, como aplicativo de mensagens, é uma ferramenta tecnológica, que segundo os entrevistados auxilia a troca de informações em tempo real, sem que haja necessidade de se reunir dois ou mais profissionais fisicamente. Ainda que não seja um meio oficial de comunicação, ele tem se mostrado importante para facilitar a conexão entre a ESF e o NASF, ou seja, entre aquele profissional que está no território

com o profissional que serve de apoio, mas que nem sempre está perto, e o próprio Caderno nº39 - NASF (BRASIL, 2014) orienta como forma de melhorar a comunicação entre ESF e NASF, a utilização de outros meios, quando não for possível aguardar a próxima reunião presencial de equipe. Este inclusive foi o meio de contato com os profissionais do NASF para agendamento da pesquisa.

“Não tem assim um fluxo natural de passagem de casos, que por exemplo seria, na reunião das equipes com a nossa presença. Só que na verdade, muitas vezes é pelo Whatsapp (risos) né, por mais que se diga que não é um instrumento é formal, ele é o que mais funciona e que funciona, eu acho que funciona muito bem, entendeu? (E1 - G2)

Para atender às necessidades daquela população, é fundamental que se tenha uma boa relação entre os profissionais da ESF e do NASF, e isso se fortalece nas reuniões, nos corredores das unidades, no território ou via whatsapp. Essa interação resulta também na forma como os nasfianos são percebidos pelos profissionais da ESF.

“Alguns nos tratam como se fosse alguém pra quem eles tinham que... devem dar satisfações. [...] outros querem despejar pacotes de tudo que os desespera em cima da gente. [...] ou então acionam a gente numa emergência. [...] outros conseguem muito chamar pra coisa né de vamos fazer junto, olha preciso muito de ajuda aqui, pra gente compor, pensar estratégia de como a gente vai agir nesse ou naquele caso, dá pra você fazer um atendimento compartilhado comigo?” (G1 - E2)

Essas percepções podem ser as mais variadas possíveis. E isso fica visível na fala de uma entrevistada que é ACS. Entre os grupos de entrevistas, ela é a profissional que lida diretamente com a população e suas demandas dentro da comunidade, e é também a única que não possui qualificação técnica, o que não desqualifica o conhecimento empírico dela. Mas é justamente este conhecimento que a coloca em um lugar de fala que é próprio, e que traz um ponto de vista diferente.

“Porque às vezes o conhecimento no departamento que a pessoa tem vai levar muito mais do que levar isso no coletivo, do que levar isso em reunião. Sabe a gente colocando ali, vai aquela família precisa de um psicólogo [...] podendo estar comigo ali na casa ela vai solucionar muita coisa, entendeu? A visão que eu não tenho, porque sou uma ACS” (G2 - E2).

“Então eu acho que é cada profissional, porque tem uns que aceitam de boa, tem outros que já colocam empecilhos ‘a gente pode ir até aqui, a partir daqui é do NASF’. Aí já entra a família, a família tem que ir, mas muitas vezes a gente sabe que a família não sabe falar, a família não tem forças de ficar indo lá. Aí a gente se prontifica de estar indo com a família mas o olhar do ACS não vai ser tão grande como o do Assistente Social tá indo falando com o próprio Assistente Social” (G2-E2).

Ela tem a sensibilidade de perceber a complexidade das problemáticas. Embora o trabalho do NASF seja de apoio, este pode ser desenvolvido através de atendimentos individuais e atendimentos em conjunto com profissionais da equipe apoiada (BRASIL, 2014). Ela caminha entre o assistencialismo e a vontade de resolver aquela demanda que também a angustia. Ela pede por ajuda nos atendimentos, mas talvez essas demandas extrapolam, e precisam ser repensadas em conjunto, para ser definido aquilo que é meu, que é seu, e que é nosso.

Os profissionais como qualquer sujeito possuem suas subjetividades, seus pré-conceitos e sua história. Então estas relações são construídas no cotidiano, é nele que elas se fortalecem, se enfraquecem, estremecem e se tornam singulares. É nesses encontros que se realiza o trabalho, centrado no trabalho vivo em ato, enquanto uma infinidade de variáveis interfere no “ato intercessor do agir em saúde” (FEUERWERKER, 2014)

A realidade do trabalho do NASF é complexa, e muitas vezes é de tal maneira que extrapola às condições objetivas e subjetivas de trabalho dos NASFIANOS. Mesmo às demandas que chegam ao profissional do NASF, nem sempre são exclusivas da área da saúde. Aliás o que é exclusivo da área da saúde quando falamos do conceito ampliado de saúde (BATISTELLA, 2007)? Logo, a solução dessas demandas perpassa por várias áreas. Consequentemente desenvolver este trabalho demanda a construção de novas práticas e de novas relações. Pois, se a realidade extrapola, é preciso derrubar muros e construir caminhos

“Olha, os NASF são assim, são equipes de apoio desafiadas o tempo inteiro para aquilo que elas estão preparadas e para aquilo que não se encontram preparadas. Eu quero dizer com isso que a realidade é maior que qualquer preparo que nós tenhamos, não é verdade? Ela sobra, ela extravasa aquilo que às vezes a gente pode querer, é, digamos assim, entender, e não se consegue entender com tanta facilidade. Eu penso que os NASF's são importantíssimos, eles vieram pra ficar no país inteiro, acho que o SUS dá uma importância que é uma importância que é devida mesmo aquilo que a rede de saúde né na atenção básica precisa que são, digamos assim, eles cuidam de 80% do que a população traz como demanda mas tem coisas que extrapolam demasiado esse, essa cobertura daquilo que é digamos chamado, assim, tá dentro do, do nosso, do quadro que a atenção básica pode dar. Desafio... é a gente tá o tempo inteiro sendo desafiado, todos os dias, porque né, a gente sabe das dificuldades que o país atravessa, a gente sabe das dificuldades que é viver em zonas de periferia, com tudo aquilo que hoje a saúde representa, os cortes representam, é aí uma tragédia social terrível” (G1 – E3).

6.4. INTERSETORIALIDADE A CONSTRUÇÃO DE PRÁTICAS INTERSETORIAIS NO COTIDIANO DO TRABALHO DO NASF

6.4.1. Intersetorialidade - Conceito e Compreensão

O trabalho do NASF, conforme explicado no subcapítulo anterior, se concretiza em conjunto com a equipe da ESF. Assim, as demandas complexas levantadas pelo primeiro são objeto do trabalho compartilhado das duas equipes. Atuar desta maneira é algo que, historicamente, não faz parte da saúde, que teve por muitos anos uma predominância do modelo biomédico, com foco no profissional médico, e que tem como objeto de intervenção a cura da doença para, tal modelo ainda é muito presente nos dias de hoje (BATISTELLA, 2007).

"A saúde é uma área que tende ao fragmentado o tempo inteiro né. Quando ela enxerga doença, ela já enxerga fragmentado, ela já enxerga a doença, e a gente chama o nosso serviço de de saúde e fica tentando eliminar a doença com todos os desfalques que se tem para fazer isso, porque nem pra fazer isso não tem também uma estrutura né absolutamente montada e favorecida pra isso" (G1 - E4).

O conceito ampliado de saúde, possibilita olhar para o sujeito como produto de determinantes e condicionantes que extrapolam o próprio campo da saúde (BRASIL, 1990). Ao considerá-lo como produto de uma multiplicidade de fatores, que geram as mais variadas necessidades, se admite que é preciso também uma multiplicidade de atores que possam responder à essas demandas. As entrevistas realizadas mostram que no cotidiano surgem questões que muitas vezes extrapolam às áreas de conhecimento e de trabalho dos profissionais. A intersetorialidade entra como um dispositivo que propicia encontros e busca integrar conhecimentos para a construção de resoluções da demanda (AKERMAN et al, 2014).

"Porque dependendo daquilo para o qual nós fomos solicitadas a compor com a equipe de referência das unidades, às vezes as demandas são para uma outra formação, né, para um outro conhecimento, um outro saber que ainda não possuímos. Então a gente se socorre de outros colegas, né" (G1 - E3).

A prática da intersetorialidade no campo da saúde, se alinha com um outro modelo, o da Promoção da Saúde, que foi também uma aposta do Sistema Único de Saúde (BUSS, 2003). Considerando assim a integralidade de corpos que não são

apenas biologia, outros profissionais da área da saúde passaram a ter papel significativo na produção de saúde da população. Bem como o trabalho com profissionais de outros setores não ligados diretamente a saúde para responder de maneira positiva às demandas (BATISTELLA, 2007).

A intersectorialidade é um termo polissêmico e mesmo entre os estudiosos do termo existem divergências. Por isso o conceito de intersectorialidade muitas vezes é confundido com outros termos semelhantes, mas com sentidos diferentes como o interdisciplinar, o multiprofissional, o transectorial e o trabalho em rede. A fala a seguir equipara a intersectorialidade, a interdisciplinaridade e o trabalho multi a um mesmo nível, de superação da fragmentação de setores e ou conhecimentos.

"[...] eu tô entendendo a Intersetorialidade como diferentes setores trabalhando de uma maneira mais integrada né, uma rede, um intersecção de diferentes setores. [...] 'Eu digo assim, que essa questão da intersectorialidade, o interdisciplinar, o intersectorial, o compartilhamento em equipes multi né. De alguma maneira que não seja nada fragmentado cada um no seu, assim só se encontrando assim de vez em quando, né. Fora desse desenho, mas assim cada um na sua caixinha, essa coisa do junto, não faz parte da história da saúde né, nem da história da nossa cultura como povo, eu entendo assim. Então é uma construção que é permanente" (G1 - E4).

Na verdade, multi e inter são prefixos distintos, pois propõem diferentes formas de relação. No caso do multidisciplinar ou multiprofissional, são diversos conhecimentos ou profissões com um objetivo comum, mas que para atingi-lo não necessariamente existe trocas de conhecimentos (ALMEIDA-FILHO, 2000). Já no intersectorial ou interdisciplinar é feita uma interpenetração dialética de conhecimentos, mas que não busca superar as especificidades de cada um, e sim admite que estes conhecimentos são relativos e importantes (PEREIRA, 2014).

Uma outra compreensão que aparece é da intersectorialidade como uma forma de construção de redes. As redes possuem diversas formas de classificação e entendimentos, o que elas têm em comum é o fato de criarem relações e vínculos (CARVALHO, apud PEREIRA e TEIXEIRA, 2013). Para ROSSETI-FERREIRA e colab. (2008) as redes são um sistema na qual circulam valores, tradições, pessoas e informação. Ora, se existe fluxo de informações, existe fluxo de conhecimento; poderia, então ser a rede uma construção intersectorial? As categorias de redes organizadas por GONÇALVES e GUARÁ (2010), incluíram também as redes intersectoriais, definidas como aquelas que compartilham serviços de organizações

governamentais, não governamentais e do setor privado, que não são a que os profissionais se referem.

"É um trabalho em rede como outros equipamentos, setores inclusive fora da própria saúde ". (G1 - E1)

A intersectorialidade pressupõe o trabalho entre diferentes setores. E quais são então os setores que participam desta construção? Mesmo a teoria ainda é nebulosa para responder a esta pergunta. Se considerarmos que existem diferentes setores dentro de uma mesma Secretaria de Saúde, que trabalham conteúdos diferentes, como por exemplo, os serviços de saúde mental, de saúde da mulher, a própria unidade de saúde da família, temos então um trabalho que é desenvolvido entre diferentes serviços dentro da saúde, e também com outras políticas. Essa percepção é compartilhada pelos profissionais entrevistados.

"[...] não é só da equipe NASF com a equipe é da unidade né. Seria também usar os outros equipamentos da rede. Né que nem falam, o CAPS, o NASF, o NAPS, a gente faz Rede Família, e tem reuniões de rede, que às vezes são convocados escola, CREAS, CRAS. Então é isso, é você também conseguir trazer outros equipamentos pra solução de alguns problemas da unidade" (G1 - E6).

. Entende-se, portanto, que, sim, as redes podem ser uma construção intersectorial, no entanto, para que elas o sejam, é necessário que exista a interpenetração de conhecimentos com vista à resolução de um objetivo comum. Ainda assim essas construções, como deixa claro a fala acima, são para "alguns problemas" que necessitam do trabalho conjunto com outros setores, aqui considerados dentro e fora do âmbito da saúde.

A fala dos entrevistados traz a intersectorialidade para o campo das prática ou construção de práticas, como arranjos construídos com o acúmulo de conhecimento dos setores específicos (ANDRADE, 2006). A construção de práticas intersectoriais tem a ver com a forma como essa demanda chega para o NASF, que é através da ESF, para ser problematizada em conjunto e, se for necessário, também com outros setores. Isso porque a realidade do cotidiano do NASF é o apoio a problemas complexos que por vezes extrapolam a dimensão resolutive da ESF (BRASIL, 2014). Ou seja, cada caso é único, demanda uma articulação própria, com profissionais necessários para aquele caso.

“A gente vai identificando profissionais que tem esse olhar e procuram desenvolver uma prática dentro dessa configuração de trabalho” (G1 - E4)

Do outro lado, dos profissionais que são convidados a construir com o NASF este trabalho intersetorial, existe também o entendimento de que é preciso construir com o outro. A integralidade é percebida como necessária e a partir deste olhar se organizam práticas e relações para voltado ao cuidado em saúde (MATTOS, 2009)

" [...] a saúde ela precisa de outros setores, interligados, pra favorecer uma saúde integral para o paciente, por exemplo, eu aqui como unidade básica, eu preciso do CRAS, eu preciso do NAPS, se for depressão alguma coisa mental, eu preciso do CRAS, eu preciso do NAPS, porque o paciente pode ter algum benefício, então pode precisar dele, eu preciso do NAPS, eu preciso de algum outro setor de lazer, alguma prática esportiva" [...] eu acredito que são várias vertentes, vários ramos que se agregam pra produzir algo pra pessoa, é isso" (G1 - E1)

"É um trabalho com várias categorias de profissão né, para fazer e usar conhecimento diferente de cada um para conseguir melhor finalizar, melhor resultado do caso com várias ideias" (G1 - E3).

Às falas acima também colocam a intersetorialidade no campo da prática ou construção de práticas, por meio da articulação de serviços e profissionais. Partindo de problemas concretos, para buscar auxílio de outros profissionais e conhecimentos (ANDRADE, 2006). Percebe-se que a intersetorialidade se tece mais facilmente no campo prático na relação entre profissionais do que nos espaços macropolíticos.

A urgência das necessidades faz com que se busquem parceiros para resolver problemas, sem maiores reflexões se o que se faz é multi, trans, inter, pluri setorial ou trabalho em rede. Para que essas teias sejam de fato intersetoriais, é preciso não apenas chamar o outro profissional, campo de conhecimento, serviço, política para auxiliar na resolução de um problema que demanda seu conhecimento. Mas é preciso que exista um movimento dialético, de conhecimentos, em uma via de mão dupla, onde conhecimentos vem e vão e no meio destes existe a construção do conhecimento comum.

6.4.2. Estratégias, Métodos e Ferramentas

É consenso entre os profissionais de que a intersectorialidade pressupõe a construção de um trabalho com o outro. A grande questão polêmica é: quem é esse outro? E como se dá este trabalho? É entre profissionais? Entre setores de uma mesma área, como por exemplo, a saúde mental e UBS? É entre diferentes políticas? É entre os setores público e o privado?

“[...]a proposta da intersectorialidade é você construir com outros setores, com outros departamentos, com outras políticas, com outras secretarias” (G1-E2).

O formato do trabalho realizado no conjunto ESF - NASF, onde o primeiro traz uma demanda a ser problematizada em conjunto, tem como base a interdisciplinaridade. Primeiro, portanto, é preciso que aconteça essa interlocução, onde o caso identificado pela ESF é compartilhado com o profissional do NASF. Geralmente é nas reuniões de equipes das ESF, ou em reuniões menores entre profissionais do ESF - NASF, que acontece este movimento. Portanto, essas reuniões são espaços importantes para se construir coletivamente estratégias e disparar processos para a produção do cuidado (BRASIL, 2014).

“Então toda semana no período cada equipe tem sua reunião e eles (NASF) sabem o cronograma e eles entram nas reuniões, mas não necessariamente eles permanecem na reunião o tempo inteiro. A gente (ESF) traz os casos a gente chama o pessoal do NASF seja quem for quem tiver no dia [...] e a gente compartilha aquela situação e aí a gente constrói o projeto junto e o que que a gente vai fazer para aquela situação” (G2 – E6)

É nas reuniões que se dá a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) onde será levantado um diagnóstico das necessidades do caso, elaboradas propostas de intervenção, definidos quais serviços são necessários e quais as condutas de monitoramento.

“Então na Zona Noroeste a gente tem um trabalho de acompanhamento de casos né, que a gente chama PTS, a unidade se reúne, tem as reuniões de equipe, e os casos que elas acham interessantes passar pro NASF elas nos passam nessas reuniões e a gente vai estudar o planejamento, tal como que a gente vai agir” (G1 - E5).

A intersectorialidade entra quando essa demanda é de tal maneira complexa que precisa de outros serviços. A partir daí não existem fluxos que determinem quais ações, encaminhamentos, estratégias ou ferramentas devem ser adotadas. O

planejamento é feito para aquele caso, de acordo com suas necessidades específicas, partindo de demandas concretas para a construção de práticas intersetoriais (ANDRADE, 2006). E cabe ao profissional buscar os atores que podem auxiliar na construção dessas pontes.

"[...] eu acho que é o atendimento em rede mesmo né? Eu tenho um caso, eu preciso de um outro setor de um outro departamento, então assim, não existe um fluxo pré-determinado. Mas existe o profissional que vi atrás. Então ele por conta própria, ele vai e consegue um contato, ou conhece alguém, ele consegue aquilo que ele precisa, mas não por que existe um fluxo determinado" (G1 - E1).

As reuniões de discussão de caso ou reuniões de rede são um importante momento onde os diferentes profissionais podem trocar conhecimentos e pensar estratégias conjuntas. Delas participam membros da equipe NASF, da equipe de ESF que acompanha o caso (lembrando que cada Unidade de ESF é composta por várias equipes) e, se for necessário, profissionais de outros serviços. A organização destas reuniões segue o modelo das reuniões de matriciamento propostas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2014), ainda que não sejam denominadas como tal.

"[...] sim a gente constrói normalmente se a gente for pensar no caso mais amplo a gente vai pensar para todo mundo naquele momento a gente faz bem no formato do projeto que a gente começa e que é assim: 'quem é que vai fazer o que, se encontra quanto depois, quanto tempo que precisa. E cada um dispara o movimento sempre vai ter uma continuidade do trabalho que for proposto" (G2 - E6).

Os atendimentos a usuários e as visitas domiciliares são ferramentas que podem ser utilizadas de maneira intersetorial, quando feitas por dois ou mais profissionais de diferentes setores que acompanham determinado caso.

"[...] a gente faz bastante discussão, bastante discussão de caso, a gente faz às vezes atendimento com outros equipamentos também, hoje por exemplo fiz um atendimento com o CAPS Infante Juvenil" (G1 - E2).

Uma outra ferramenta que, no caso, é um Programa, mas que tem uma ação específica utilizada como ferramenta articuladora pelos profissionais do NASF: é o "Rede Família". Sobre este programa, o entrevistado explica:

"É um programa intersetorial que ele começou deve ter uns 15 anos ou mais, era uma coisa bem micro, dos serviços do território se reunirem para discutir justamente os casos de maior complexibilidade e vulnerabilidade, depois assim, ele passou a ter uma gerência com um setor de articulação, que está ligado ao Gabinete do Prefeito. Então tem desde o planejamento de ações que

é uma coisa maior, que é olhar as regiões e ver assim e que precisa investir. Tem uma coisa que é essa parte mais ampla, mais macro, e tem a parte que eles falam que é o Redinha, que é coisa das ações de discussão de articulação entre os serviços. Qualquer serviço pode chamar os parceiros pra discutir, né por exemplo, a gente tá com esse caso que eu falei, aí vi que tem necessidade de discutir com esse, esse e esse serviço, a gente pode chamar para discutir. Se a gente observa que tem alguma dificuldade, por exemplo, chamou a escola, a escola não veio, a gente pode pedir que o Rede, como um ator que tem uma autoridade faça uma convocação formal, aí pra essa reunião" (G1 - E2).

É sinalizado na fala que este é um programa intersetorial e realmente existem inspirações intersetoriais, mas para afirmar isso com propriedade seria necessário aprofundar nas raízes da formação do programa e das ações desenvolvidas. O que é significativo para este estudo, é o papel articulador que o "Redinha" desempenha para a construção de processos intersetoriais no trabalho desenvolvido pelo conjunto NASF - ESF, principalmente quando existe alguma dificuldade no diálogo com outros serviços. A fragilidade das relações faz com que seja necessário utilizar de um setor "independente", que é o Rede Família, para convocar outros serviços a construir o intersetorial.

"[...] na equipe (ESF) que a gente consegue solucionar vários casos. Muitas vezes a gente se sente fraca a gente se sente sem forças né, então a gente colocar isso em conjunto quando a gente coloca isso para todos cada um vem sabe... com uma porçãozinha vem com" \ "[...] com sua contribuição de fato fazer as coisas acontecerem eu friso muito isso o amor. " (G2 - E2)

6.4.3. Potencialidades, Dificuldades e Desafios para a Construção do Trabalho Intersectorial

Todos os sujeitos da pesquisa convergem no sentido de afirmar a intersectorialidade como uma potência para a resolução dos problemas. A compreensão de que os métodos já estabelecidos não são capazes de atender a todas as demandas, colocam para os profissionais que cada vez mais é preciso investir em outras formas de articular serviços para poder responder mais efetivamente às necessidades em saúde da população. Assim, o NASF se coloca como um dispositivo potencial para tanto (AKERMAN et al, 2014).

"Então eu acho que o nosso ganho é poder ter uma crítica saudável e produtiva, nesse sentido, ter um olhar saudável, ter um olhar produtivo, querer construir cada vez mais formas de eliminar os problemas, eliminar dificuldades, identificar potenciais nas equipes de saúde né, pra poder identificar esses potenciais na demanda que atende, não enxergar essa demanda como uma demanda passiva, [...] poder encorajar essa demanda para identificar seus próprios potenciais, eu acho que é um trabalho assim permanente. [...] então estar no NASF e poder de alguma maneira ali mostrar pra equipe as coisas boas que ela tá fazendo, mostrar que se tem possibilidades de fazer coisas novas sem colocar pesos nos ombros, como se tivesse... como se pra construir coisa nova tivesse que ter muitos recurso, tivesse que despender tempo a mais, poder mostrar que esse novo pode ser criado apenas mudando um fluxo de trabalho, um direcionamento de um trabalho, acreditando que a mudança de direcionamento pode favorecer. " (G1 - E4)

"Então eu vi potencialidade né...até a gente pensando na integralidade do cuidado acho muito importante, por mas a gente se desdobre ainda mais no momento que a gente está com essa equipe reduzida vem a muitos anos [...] E eu pelo menos no momento não estou recordando de... ter sido ruim essas conversas com outros setores, bem ou mal ela gera avanços a acaba tendo boas soluções, porque eu acho que às vezes a gente tem limite. " (G2 - E4)

A falas acima trazem como grande potencial a possibilidade do NASF funcionar como um incentivador do trabalho da ESF. Auxiliando na criação de novos processos de produção de cuidado e consequentemente na organização do trabalho. E justamente pelo trabalho do NASF ter certa liberdade, inclusive de mobilidade, ele detém maior espaço de criação. E a segunda fala, que é de uma profissional da ESF, mostra que a construção destes processos intersectoriais são percebidos como positivos pela profissional.

Um caso em específico foi citado como um exemplo significativo com resultados positivos por diversos profissionais. Tal caso é emblemático, e deixou uma marca em quem se viu envolvido.

[...] foi um caso que a gente achou foi muito produtivo e construtivo [...] Então nesse caso a gente fazia uma reunião de rede. [...] A gente começou a fazer essas reuniões aí tinha pessoal da escola que vieram pessoal da escola mesmo, Conselho Tutelar vieram na reunião, até pessoal da fisioterapia vieram na reunião tinha... pessoal do CRAS veio depois, mas nesse começo estava o pessoal do conselho do deficiente, não lembro a sigla dele também participou e depois o CRAS entrou, com a demanda da mãe que foi pedir alguma coisa. Mas já tinha todo esse pessoal que fazia a reunião de rede, do to ligado esse pessoal da saúde mental...[...] É eu acho que assim a gente fazia reunião daí conforme aparecia as reuniões o conselho tutelar não tava daí chegou a um ponto que a gente não consegue mais, a gente não anda mais, a gente precisa de mais alguém para dar força ali para cobrar no sistema, para ter uma cobrança mais para a família aí a gente convocou o Conselho Tutelar. (G1 - E3)

Neste caso, houve de fato um trabalho intersetorial e de matriciamento. Participaram da condução do caso dos diversos atores de diferentes secretarias e serviços, e os relatos dos entrevistados que foram parte integrante desta equipe trazem momentos de construção de diálogos, práticas e processos intersetoriais. Mas para criar processos intersetoriais concretos os profissionais enfrentam dificuldades. Antes de tudo para que o NASF desenvolva qualquer trabalho é preciso ter uma forte relação com a ESF. Nesse sentido, as mudanças na composição das equipes, seja pela saída ou pela entrada de profissionais são uma realidade. E a cada mudança ocorrida, é preciso estabelecer uma nova relação. Isso também acontece com profissionais de outros serviços que são referência para o NASF e ESF.

"[...] mas o problema é que as equipes vão mudando né. Mesmo nas unidades que você já está vai entrando um enfermeiro novo, um técnico novo, então é todo um processo que você tem que tá toda hora reconstruindo. Você tem que tá toda hora lembrando" (G1 - E6).

As dificuldades aumentam à medida que as relações necessárias a serem estabelecidas vão extrapolar o campo da saúde. Quanto mais distante do núcleo da atenção básica, mais complicada a composição da intersetorialidade.

"É se a gente considera intersetorialidade considerando o território da saúde né, a gente consegue bem, eu acho que a gente alinhava, consegue produzir, consegue avançar. Mesmo assim, quando a gente... assim, se a gente falar de setores da própria atenção básica começam as dificuldades. Quando se fala setores de fora da atenção básica começam mais dificuldades. Quando a gente fala de intersectorialização fora da secretaria, é complica bem mais" (G1 - E).

As relações entre os diversos profissionais podem ser o ponto chave entre a articulação ou não dos serviços. Por isso é preciso também entender que elas se dão dentro de uma realidade com toda a complexidade que é inerente ao cotidiano de cada setor.

“[...]eu quero dizer que pessoas ditam relações e dão construções possíveis para seu dia a dia de trabalho [...] Eu acho que às vezes esse trânsito entre o que eles podem oferecer o que a gente pode oferecer eu acho que fica um pouco às vezes assim truncado pelas impossibilidades né que tanto uma política como nós temos. Às vezes não há recurso como a gente gostaria do lado de lá, temos algum recurso do lado de cá, mas insuficiente ainda para dar uma cobertura melhor ao que precisaria dar, mas a ausência de recursos na hora da assistência, sem dúvida, é muito maior que a área da educação” (G1 - E3).

A falta de recursos é um fato não só para o NASF e a ESF, mas no campo das políticas públicas de maneira geral. E a grande descoberta é conseguir produzir saúde mesmo diante de precariedades diversas.

A fala abaixo da entrevistada identifica algo que já tinha sido levantado como uma hipótese, de que ter documentos e legislações que orientem para a intersetorialidade, não garante que ela ocorra na prática. E para que se torne algo concreto, se faz necessário repetir, reexplicar, reorientar, lembrar a importância da construção de tais processos.

“E assim, a coisa tá formatada assim, não garante né. Só estar formatado, estar escrito que tem que fazer assim ou assado não garante. [...]Não quer dizer que seja assim tão natural pra todo mundo[...] Que as pessoas consigam entender isso, né é... às vezes assim se fala até fala assim... Ah meu deus, tem que explicar... tem que dizer que pode... tem que dizer que é importante[...]” (G1 - E2).

O desafio maior para a seguinte entrevistada é então conseguir realizar um trabalho intersetorial dentro da subjetividade desta realidade: necessidade complexas, redes que nem sempre são perfeitas, construídas por meio de relações ainda frágeis. Ou seja, alinhar os diversos fatores necessários para a construção da intersetorialidade é realmente um desafio ainda a ser superado.

“É... intersetorialidade ainda é um desafio, tendo em vista que atuar nas redes em função daquilo que nós precisamos, em vista do que o paciente está nos demandando, suas carências, suas necessidades, etc, é sim o maior desafio que temos. Então, se tivéssemos redes perfeitas, se tivéssemos pessoas amalgamadas, se tivéssemos relações vamos dizer assim, constituída todo mundo com o mesmo grau de potência, e defendendo um

SUS, vamos dizer assim, que é o SUS que queremos, que sonhamos, nós teríamos de fato uma experiência de intersetorialidade muito mais eficaz, não é?" (G1 - E3)

A integralidade, como um os princípios do SUS, e assim norteador do trabalho em saúde da equipe NASF segue sendo um desafio. Neste caminho, a intersetorialidade se coloca como uma estratégia, um dispositivo, uma forma de organização do trabalho significativa para caminhar rumo a integralidade em saúde. Tendo em vista que a realidade quase nunca é perfeita, as necessidades são cada vez mais complexas e isso motiva a buscar novas formas de desenvolver o trabalho em saúde.

7. CONCLUSÃO

A hipótese que norteia a realização desta pesquisa é de que o NASF embora seja um serviço com potencialidade para o desenvolvimento da intersetorialidade, não consegue concretizar no seu trabalho práticas intersetoriais. Buscou-se explorar as ações, estratégias e processos que são acionados pela equipe NASF para a construção de um trabalho intersetorial justamente para compreender as articulações que eram tecidas ou não para responder às necessidades em saúde da população.

Observou-se que a intersetorialidade tem as mais variadas compreensões e algumas vezes é confundida com outros termos semelhantes, como multiprofissional e trabalho em rede. É unânime que a intersetorialidade é uma prática de trabalho potencial para articular processos resolutivos das necessidades da população, tendo em vista que o setor saúde não é capaz de responder à todas as demandas dos sujeitos no campo da promoção da saúde

Verificou-se que a construção da intersetorialidade no trabalho em saúde do NASF acontece basicamente no campo da prática. As demandas intersetoriais é que vão consolidar a prática e a prática quando bem-sucedida fortalece a intersetorialidade como proposta de trabalho. Os casos em que houve um resultado positivo, foram significativos para os profissionais que deles participaram, e isso fortalece as relações entre os diferentes setores.

As ações intersetoriais são construídas a partir das demandas que chegam à ESF. Por isso é importante que exista uma conexão entre ESF e NASF e que as relações interdisciplinares entre estes profissionais estejam fortalecidas. As ferramentas utilizadas para desenvolvimento do trabalho do NASF como atendimento individual, atendimento em conjunto, visitas domiciliares e reuniões de equipe, tem como proposta serem desenvolvidas de maneira interdisciplinar, e pelos relatos isso se concretiza no cotidiano.

Identificou-se que as reuniões das equipes que compõem as ESF são um espaço significativo para construção de processos intersetoriais. É neste momento de

troca, que a nível interdisciplinar e intersetorial se consegue pensar coletivamente estratégias, planejar ações e identificar atores potenciais de outros setores para auxiliar para resolução das demandas intersetoriais. Os Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) é também um instrumento importante à medida que organiza o cuidado interdisciplinar e intersetorial.

Percebeu-se que a intersetorialidade no trabalho em saúde do NASF é desenvolvida de maneira empírica, sem prescrição, fluxo pré-determinado ou protocolos de como trabalhar com outro setor. As estratégias são criadas a partir da necessidade que se apresenta no caso, e assim as combinações de profissionais, de setores, de condutas, de ferramentas são as mais variadas possíveis. Essa pluralidade de demandas e caminhos a serem criados, faz com que seja difícil implantar um formato fechado de como o trabalho deve ser desenvolvido. Por isso as reuniões têm um peso fundamental para o trabalho do NASF.

Foram levantadas duas compreensões da construção de práticas intersetoriais, com profissionais de setores dentro da área da saúde e com profissionais de setores de outras políticas. As entrevistas indicaram que as dificuldades aumentam a medida e extrapola o campo da saúde, talvez devido a problemas nas relações interpessoais, a falta de compreensão do que é serviço e também à problemas internos próprios de cada setor

As relações estabelecidas entre os profissionais dos diferentes setores são indicadas como fatores significativos para o desenvolvimento de um trabalho intersetorial. Para tanto é preciso que os profissionais envolvidos assumam o compromisso com os casos. A Rede Família mostrou-se um programa importante para superar a dificuldade de articulação que por vezes acontece entre os setores. Ela é uma estratégia adotada pelos profissionais do NASF oficializa o convite para construção coletiva.

Verificou-se que as mudanças de recursos humanos segue sendo um dificultador. Cada vez que um profissional sai ou entra, ocorre uma desestabilização nas relações que já estavam postas, e que por vezes vai demandar ajustes.

Foi levantada também como uma dificuldade o fato do profissional que trabalha

no NASF não possuir dedicação exclusiva para aquele setor. A carga horária é então dividida entre o trabalho do NASF e outras ações.

Fica claro que a intersetorialidade dentro do NASF ainda possui um grande caminho a percorrer. A semente da intersetorialidade já foi plantada e cresce a cada pequeno caso que movimenta a articulação de outros setores. São casos ainda pontuais, pequenos dentro da imensidão demandas, mas grandes em significado para quem deles participa.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados alcançados foram elaboradas considerações que aqui são colocadas como sugestões para reflexão e avaliação da viabilidade de aplicação por parte da equipe de profissionais do NASF e ESF.

- Otimizar o espaço das reuniões de equipe

Dividir a participação nas reuniões entre os profissionais do NASF, de maneira que todas as reuniões das equipes das unidades de ESF sejam cobertas. Avaliar a possibilidade de toda reunião ter um profissional de referência que acompanhe o trabalho desenvolvido.

- Instrumental de acompanhamento

Avaliar a necessidade da elaboração um instrumental de controle e acompanhamento das ações realizadas pela equipe NASF em conjunto com a ESF, em que seja possível identificar por exemplo quais as ações são desenvolvidas, quem está responsável, propostas e prazos. A ideia é documentar de maneira clara e de fácil leitura o trabalho desenvolvido.

- Cartilha de apresentação

Avaliar a possibilidade de elaboração de uma cartilha de apresentação do trabalho desenvolvido pelo NASF, para ampliar o conhecimento da rede sobre o NASF, para conhecimento da população e também para os profissionais que ingressarem na equipe ESF.

- Ações de grupo

Avaliar a necessidade de implantar ações de grupo, entendendo estas como um espaço potencial para discutir e levantar demandas coletivas.

- Reuniões de formação

Avaliar a viabilidade de estabelecer reuniões para reflexão teórica sobre a prática profissional, ou seja, estabelecer um momento para ampliar os conhecimento sobre os mais diversos assuntos que cercam o cotidiano.

- Fortalecer a relação com outros departamentos

Avaliar a necessidade de ampliar o conhecimento sobre os políticas, programas, serviços e ações desenvolvidas no município através de reuniões intersetoriais, especialmente com outros departamentos e outras políticas.

9. REFERÊNCIAS

AKERMAN, M. et al. Intersetorialidade? IntersetorialidadeS!. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 11, p. 4291-4300, Nov. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001104291&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 fev. 2017.

8123201400110ANEXO VIII – Mapa 3 – **Abairramento**. Prefeitura Municipal de Santos. Editado por MRCL Designer. Original disponível em: <http://www.santos.sp.gov.br/static/files/conteudo/Anexo%20VIII%20-%20Mapa%203%20-%20Abairramento.pdf>. Acesso em: 06 mar. 2018.

ANDRADE, L.O.M. **A saúde e o dilema da intersetorialidade**. São Paulo, Hucitec; 2006, 293 p.

ARAÚJO, L.F.S., et al. Diário de pesquisa e suas potencialidades na pesquisa qualitativa em saúde. In: **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, 2013, p. 53-61. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/viewFile/6326/4660>>. Acesso em: 24 maio 2017.

ASSIS, M.M.A.; JORGE, M.S.B. Métodos de Análise em Pesquisa Qualitativa. In: SANTANA, J.S.S., Nascimento, M.A.A.; Alencar, B.R. (Org.) **Pesquisa - Métodos e técnicas de conhecimento da realidade social**. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana, 2010. p. 243-250.

AZEVEDO E.; PELICIONI, M.C.F.; WESTPHAL, M.F. Práticas intersetoriais nas políticas públicas de promoção de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro: 2012, v.22, n.4, p.1333-1356. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-7331201200040000>. Acesso em: 09 mar. 2018.

BARBOSA, R. et al. **Acesso e Estruturação da Atenção Básica na Região Metropolitana da Baixada Santista: uma análise dos gestores**. Acesso aos serviços de saúde em Municípios da Baixada Santista. ESCUDER, M.M.L. et al. (org).

São Paulo, Instituto de Saúde, 2008, p. 29-50. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/temas-saude-coletiva/pdfs/temas08.pdf>>. Acesso em: 05 mar. 2018.

BARRA, S.A.R. **Gestão da Estratégia Saúde da Família: o desafio de consolidar a intersetorialidade**. 2013. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2013. Disponível em: <<http://132/www.ufjf.br/ppgservicosocial/files/2013/04/sabrina.pdf>>. Acesso em: 07 mar. 2018.

BATISTELLA, C. Abordagens contemporâneas do conceito saúde. In: FONSECA, A.F.; CORBO, A.N.D. (org.). **O Território e o Processo Saúde-doença. Coleção Educação Profissional e Docência em saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. 266p. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l24.pdf>>. Acesso em: 07 mar. 2018.

BEHRING E R. e BOSCHETTI, I. **Política social: fundamentos e história**. 9ª ed. São Paulo, Ed. Cortez, 2011.

BELLINI, M.I.B. et al. Políticas públicas e intersetorialidade em debate. Repositório Institucional, 2014, Rio Grande do Sul, **Anais..., 2014**. Disponível em: <http://meriva.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/8133/2/evento_003%20-%20Maria%20Isabel%20Barros%20Bellini.pdf>. Acesso em: 06 abr. 2017.

BERGUER, M.C. O sistema de proteção social brasileiro: reflexões acerca do processo de desmonte da Seguridade Social. In: V Jornada Internacional de Políticas Públicas. Universidade Federal do Maranhão, 2011, Maranhão. **Anais da Universidade Federal do Maranhão**. São Luís, MA. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/IMPASSES_E_DESAFIOS_DAS_POLITICAS_DA_SEGURIDADE_SOCIAL/O_SISTEMA_DE_PROTECAO_SOCIAL_BRASILEIRO.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2017.

BRASIL. Constituição (1998). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Ministério da

Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Cadernos de Atenção Básica nº 27). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad27.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº127, de 11 de fevereiro de 2015. Credencia Municípios a receberem incentivos referentes aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). **Diário Oficial da União**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0127_11_02_2015.html>. Acesso em: 21 jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. 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). **Diário Oficial da União**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 22 jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 2446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). **Diário Oficial da União**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html>. Acesso em: 22 jan. 2017

_____. Núcleo de Apoio à Saúde da Família - volume I: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. **Cadernos de Atenção Básica, n. 39**. Brasília, 2014. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2017.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2017.

_____. Sistema Único de Saúde. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 18 jan. 2017.

BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Revista Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, vol.5, nº1, p. 163-177, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 out. 2017.

BUSS, P.M. Uma introdução ao conceito de Promoção de Saúde. In: Czeresnia D; Freitas C.M. (Org). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 15-38.

CAMPOS, N.R. O surgimento do NASF e a atuação do Serviço Social. In: III Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais, 2013, Minas Gerais. **Anais do Conselho Regional de Serviço Social - 8ª região**. Disponível em: <<http://www.cress-mg.org.br/arquivos/simposio/O%20SURGIMENTO%20DO%20NASF%20E%20A%20ATUA%C3%87%C3%83O%20DO%20SERVI%C3%87O%20SOCIAL.pdf>> Acesso em: 20 nov. 2017.

CASTELLANOS, P.L. Sobre o conceito de saúde-doença. Descrição e explicação da situação de saúde. **Boletim Epidemiológico**, Organização Pan-Americana de Saúde, v.10, n.4, 1990, p.25-32. Disponível em: <https://ufrr.br/procisa/index.php?option=com_phocadownload&view=category&dow

nload=205:sobre-conceito-saude-doenca-castellanos&id=29:textos&start=20&Itemid=275>. Acesso em: 06 jan. 2018.

CECILIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: MATTOS, R.A.; PINHEIRO. R. (Org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, ABRASCO, p. 117 – 130, 2006. Disponível em: <<https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/Livro-completo.pdf>>. Acesso em: 05 mar. 2018.

CERQUEIRA, M.B. e PUPO, L.R. Modos de vida e acesso aos serviços de saúde em duas favelas da Baixada Santista. In: ESCUDER, M.M.L. et al. (Org). **Acesso aos serviços de saúde em Municípios da Baixada Santista**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2008, p.193-215. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/temas-saude-coletiva/pdfs/temas08.pdf>>. Acesso em: 22 de fev. 2018.

COSTA, M.D.H. A intrínseca relação entre intersectorialidade e Promoção da Saúde. In: COSTA M.D.H.; VASCONCELOS, K.E.L. (Org). **Por uma crítica da Promoção da Saúde: contradições e potencialidades no contexto do SUS**. São Paulo: Ed Hucitec, 2014, p.159-246.

CRUZ, M.M. Concepção de saúde-doença e o cuidado em saúde. In: Gondim R, Graboys V, Mendes Junior WV, (Org). **Qualificação dos Gestores do SUS**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD; 2011. p.21-33. Disponível em: <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_14423743.pdf>. Acesso em: 03 de março de 2018.

Cunha, J.M.P.; Jakob, A.A.E.; Young, A.F. Dinâmica Demográfica Intrametropolitana na Região Metropolitana da Baixada Santista no período pós-1970. In: CUNHA, J.M.P. (Org.), **Novas Metrôpoles Paulistas - população, vulnerabilidade e segregação**. Núcleo de Estudos da População. Campinas: Unicamp - Universidade Estadual de Campinas, 2006, pp.399-434. Disponível em: <http://www.nepo.unicamp.br/publicacoes/livros/vulnerabilidade/arquivos/arquivos/vulnerab_cap_14_pgs_399_434.pdf>. Acesso em: 04 mar. 2018.

FEITOSA, D.C. **A busca de um grupo de mulheres da Zona Noroeste por acesso à saúde como direito social**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Federal de São Paulo – campus Baixada Santista, Santos, 2013.

FERRO, L.F. et al. Interdisciplinaridade e Intersectorialidade na Estratégia da Saúde da Família e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades e desafios. **Rev. O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.38, n2, p.129 – 138, 2014. Disponível em: <https://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/155562/A01.pdf>. Acesso em: 05 de mar. 2017.

FEUERWERKER, L.C.M. Micropolítica do trabalho e o cuidado em saúde. In: _____. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, formação e gestão**. Porto Alegre: Ed. Rede Unida, 2014, p. 35 - 62. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/dissertacoes-e-teses/micropolitica_e_saude_laura_camargo.pdf>. Acesso em: 04 abril 2018.

FIGUEIREDO, E.N. Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: diretrizes e fundamentos. Módulo Político Gestor. **Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UnA-SUS)**. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2010. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_5.pdf> Acesso em: 04 abril 2018.

FIGUEIREDO, E.N. **A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS. Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UnA-SUS)**. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2012. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf>. Acesso em: 04 abril 2018.

ALMEIDA-FILHO, N. Intersectorialidade, transdisciplinaridade e saúde coletiva: atualizando um debate em aberto. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro 34(6):11-34, Nov./Dez., 2000. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/viewFile/6345/4930>>. Acesso

em: 9 abril 2018.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários De Saúde. Set. 1978, Cazaquistão. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 05 de março de 2018.

FLEURY, S. Bases Conceituais da Reforma Sanitária. **Saúde e Democracia - A luta do CEBES**. FLEURY, S. (Org.). São Paulo: Lemos Ed., 1997, p.11-26. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufba.br:8080/ri/bitstream/ri/6538/1/Paim%20JS.%20%20Bases%20conceituais.%201997.pdf>>. Acesso: 06 fev. 2017.

GUIMARÃES, G.T.D.; ORTH, T. Intersetorialidade e inclusão produtiva: um desafio para as políticas sociais. In: M.I.B. BELLINI; C.S. FALER (Org.). **Intersetorialidade e políticas sociais: interfaces e diálogos**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2014. Disponível: <<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2013/JornadaEixo2013/anais-eixo10-desafiosedimensoescontemporaneasdodesenvolvimentoepoliticaspUBLICAS/inclusaoprodutivaumdesafioapoliticadeassistenciasocial.pdf>>. Acesso em: 09 set. 2018.

JAKOB, A.A.E. A dinâmica intra-urbana do Município de Santos vista sob o prisma dos Censos Demográficos de 1992 e 2000. **R. bras. Est. Pop.** Campinas, v. 21, n. 1, jan./jun., p.117-136, 2004. Disponível em: <https://www.rebep.org.br/revista/article/download/285/pdf_266>. Acesso em: 07 set. 2017.

JAKOB, A.A.E. Análise sócio-demográfica da constituição do espaço urbano da Região Metropolitana da Baixada Santista no período 1960-2000. **Textos NEPO (Núcleo de Estudos de População)**. Campinas: Núcleo de Estudos de População/UNICAMP, nov.2003, p. 9-12. Disponível em: <http://www.nepo.unicamp.br/publicacoes/textos_nepo/textos_nepo_45.pdf>. Acesso em: 08 set. 2018.

JOLE, M. Reconsiderações sobre o “andar” na observação e compreensão do espaço urbano. **CADERNO CRH**, Salvador, v. 18, n. 45, p. 423-429, Set./Dez. 2005.

JUNQUEIRA, L.A.P. Descentralização, intersectorialidade: um novo modelo de gestão

municipal. In: II Congreso Interamericano dei Clad 11 sobre la Reforma dei Estado y de la Administración Pública, 1998, Venezuela. **Anais...** Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/viewFile/7696/6269>>. Acesso em: 04 maio 2018.

LIMA, J.C.F. Bases histórico-conceituais para a compreensão do trabalho em saúde. In: Fonseca, A. F.; STAUFFER, A. B. (Org.) **O processo histórico do trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/ Fiocruz, 2007, p.57-96. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l27.pdf>>. Acesso em: 06 março 2018.

MALTA, D. C. et al. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. **Revista Ciênc. saúde coletiva**. São Paulo, vol.21, n.6, pp.1683-1694, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n6/1413-8123-csc-21-06-1683.pdf>>. Acesso em: 7 set. 2017

MARTINIANO, C.S., et al. Os desafios do Núcleo de Apoio à Saúde da Família para a consolidação da atenção primária à saúde na perspectiva da Promoção da Saúde. In: COSTA, M.D.H.; VASCONCELOS, K.E.L. (Org). **Por uma crítica da promoção de saúde: contradições e potencialidades no contexto do SUS**. São Paulo: Ed. Hucitec: 2014, p. 353-390.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: MATTOS, R.A.; PINHEIRO. R. (Org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro, UERJ, ABRASCO, 2006, p.43-68. Disponível em: <<https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/Livro-completo.pdf>>. Acesso em: 03 março 2018.

MELLO, G.H. **Expansão e estrutura urbana de Santos (SP): aspectos da periferização, da deterioração, da intervenção urbana, da verticalização e da sociabilidade**. 2008. Dissertação (Mestrado em Sociologia) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8132/tde-01122008-152645/publico/GISELE_HOMEM_DE_MELLO.pdf>. Acesso em: 09 de março de 2018.

MELLO, R.H.V., et al., Análise de risco familiar na estratégia saúde da família: uma vivência compartilhada entre preceptores, discentes e agentes comunitários de saúde. **Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde (on-line)**. Rio Grande do Norte, v.3, n.4, p. 58 – 71, 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufrn.br/reb/article/view/4437/4021>>. Acesso em: 05 set. 2018.

MERHY, E.E. e FRANCO T.B. Trabalho em saúde. In: PEREIRA, I.B. e LIMA, J.C.F. (Org.) **Dicionário profissional em saúde**. 2.ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p.427-432.

MILWARD, J.A. Estudo da trajetória do Sistema de Proteção Social Brasileiro até a Abertura Democrática. In: Encontro da Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Administração, XXIII, São Paulo, 2009. **Anais...** Disponível em: <<http://www.anpad.org.br/admin/pdf/APS1285.pdf>>. Acesso em: 20 fev.2017.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14 ed - São Paulo. Ed. Hucitec, 2014

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 21ª Ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2002 21ª. Petrópolis, RJ. Ed. Vozes, 2002.

MONNERAT, G.L. e SOUZA R.G. Política social e intersectorialidade: consensos teóricos e desafios práticos. **Revista Serviço Social**, v.12, n.26, p. 200 - 230. Brasília, jan/jun 2009.

MONNERAT, G.L. e SOUZA R.G. Intersectorialidade e Políticas Sociais: um diálogo com a literatura atual. In: MONNERAT, G.L., ALMEIDA, N.L.T., SOUZA, R.G. (org). **A intersectorialidade na agenda das políticas sociais**. Ed. Papel Social, Campinas, 2014, p.41-55.

MONNERAT, G.L.; SOUZA R.G. Intersectorialidade e Políticas Sociais: contribuições ao debate contemporâneo. In: I Congresso Internacional de Políticas Sociais e desafios contemporâneos. **Anais...** Londrina: Universidade Estadual de Londrina, PR, 2015.

NASCIMENTO, M.A.A. Correntes do Pensamento na Pesquisa Social: Positivismo, Fenomenologia e Dialética. In: SANTANA, S.S.; NASCIMENTO, M.A.A. (Org.)

Pesquisa: Métodos e técnicas de conhecimento da realidade social. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana, p. 35 – 57, 2010.

NEVES, C.A.B. Cartografando na saúde os "inconscientes que protestam". Rio de Janeiro, 2008. Resenha de: MERHY E.E., **Cad. Saúde Pública [online]**, São Paulo, vol.24, n.8., 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000800023&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 9 fev. 2017.

ORIGUELA, D. As imagens que não retratam os cartões postais de Santos. **Gazeta de São Paulo**. Santos, 22 ago. 2016. Disponível em: <<http://www.gazetasp.com.br/litoral/18297-as-imagens-que-nao-retratam-os-cartoes-postais-de-santos>>. Acesso em: 04 mar. 2017.

PAIM, J.S.; SILVA, L.M.V. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. BIS, **Bol. Inst. Saúde** (Impr.), São Paulo, v. 12, n. 2, ago. 2010 . Disponível em <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122010000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 maio 2018.

PEREIRA, K.Y.L. e TEIXEIRA, S.M. Redes e intersectorialidade nas políticas sociais: reflexões sobre sua concepção na política de assistência social. In: **Textos & Contextos**. Porto Alegre, v.12, n.1, p.114-127, jan/jun, 2013. Disponível em:<<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/12990/961>> . Acesso em: 07 abr. 2017

PEREIRA, P.A.P. Intersetorialidade das Políticas Sociais na Perspectiva Dialética. In: MONNERAT, G.L., ALMEIDA, N.L.T.; SOUZA, R.G. (Org). **A intersectorialidade na agenda das políticas sociais**. Campinas: Ed. Papel Social, 2014, p.21-40.

PNUD. **O que é o IDH**. c2018. Disponível em: <<http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0/conceitos/o-que-e-o-idh.html>>. Acesso em: 10 set. 2018.

RAMOS, M.N. Conceitos básicos sobre Trabalho. In: FONSECA, A. F. E STAUFFER, A. B. (Org.) **O processo histórico do trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/ Fiocruz, 2007, p.27-56.

ORIGUELA, D. As imagens que não retratam os cartões postais de Santos. **Gazeta de S. Paulo**. São Paulo, 22 ago. Disponível em: <<https://www.gazetasp.com.br/litoral/18297-as-imagens-que-nao-retratam-os-cartoes-postais-de-santos>>. Acesso em: 07 mar. 2017.

SANDRO, T. Castelo. Dos bananais e jacarés à prosperidade. **Jornal Eletrônico Novo Milênio**, Santos, 24 jan. 2010. Disponível em: <<http://www.novomilenio.inf.br/santos/h0100b55.htm>>. Acesso em: 17 fev. 2017.

SANTOS. Decreto nº 7.880, de 26 de setembro de 2017. Institui no município de Santos o Programa Rede Família de Atenção Integral, Social e Comunitária à população santista, e dá outras providências. **Diário Oficial do Município de Santos**, 27 de setembro de 2017. Disponível em: <http://www.santos.sp.gov.br/static/files_www/decreto_programa_rede_familia_no_7880_de_26-09-2017.pdf> Acesso em: 12 abr. 2018.

_____. Resolução Normativa Integrada nº001/2004. Estabelece parâmetros operacionais para a construção de uma Política Municipal de Atenção Integral e Comunitária à Família no município de Santos, denominada “Rede Família”. **Rede Família**. Santos, 23 de março de 2004. Disponível em: <http://www.santos.sp.gov.br/static/files_www/conselhos/CMDCA/rn_001-2004_cmdca_-_parmetros_do_rede_familia.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2018.

SANTOS, R. Zona Noroeste. No começo era só mangue. **Jornal Eletrônico Novo Milênio**, Santos, 04 mar. 2005. Disponível em: <<http://www.novomilenio.inf.br/santos/h0230o7.htm>>. Acesso em: 13 mar. 2017.

_____. Zona Noroeste. Remando contra a maré. **Jornal Eletrônico Novo Milênio**, Santos, 05 jan. 2005. Disponível em: <<http://www.novomilenio.inf.br/santos/h0230o7.htm>>. Acesso em: 13 mar. 2017.

SCHUTZ, F.; MIOTO, R.C.T. Intersetorialidade e Política Social: subsídios para o debate. **Sociedade em Debate**, Pelotas, 16(1): 59-75, jan.-jun.,2010. Disponível em: <<http://revistas.ucpel.edu.br/index.php/rsd/article/viewFile/337/295>>. Acesso em: 13 out. 2017.

SÍCOLI, J. L., NASCIMENTO, P. R. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, Botucatu, v.7, n.12, p.91-112, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v7n12/v7n12a07.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2017.

SILVA, R.V.G.O. **O processo de trabalho do NASF e sua articulação com a ESF: potencialidades para a integralidade**. Tese (Doutorado em enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Florianópolis, 2014.

TOMAZ, M.A. A questão social no capitalismo. VI Jornada Internacional de Políticas Públicas. Maranhão, 2013. **Anais...** Disponível em: <<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2013/JornadaEixo2013/anais-eixo5-pobrezaepoliticaspUBLICAS/aquestaosocialnocapitalismo-umaanalisedoseuconceitona contemporaneidade.pdf>>. Acesso em: 05 abr. 2018.

UMPIERRE, R.N., et al. Alimentação e nutrição na atenção primária à saúde. Porto Alegre: UFRGS, 2017, 197p. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/cursos/livro_nutricao_e_alimentacao_na_aps_v019.pdf>. Acesso em: 18 set. 2018.

WATANABE, H.A.W.E **Conceito de saúde e a diferença entre prevenção de doença e promoção da saúde**. Apostila da disciplina de Fundamentos de Saúde Pública em Esporte (HSP 143) da Faculdade de Saúde Pública da USP, 2000. Disponível em: <<https://edisiplinas.usp.br/mod/resource/view.php?id=218613>>. Acesso em: 10 set. 2018.

World Health Organization. **Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde**. Rio de Janeiro: WHO; 2011. Disponível em: <http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_portuguese.pdf>. Acesso em: 16 de junho de 2017.

10. APÊNDICES

10.1. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Pesquisa: Intersectorialidade: qual seu lugar no trabalho em saúde da equipe NASF?

Meu nome é Dandara da Conceição Feitosa, sou estudante de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (PPGSP/FSP/USP) e este é um convite para participar da minha pesquisa de Mestrado intitulada de “Intersectorialidade: qual seu lugar no trabalho em saúde da equipe NASF?”

O motivo que nos leva a estudar as práticas intersectoriais é a necessidade cada vez maior de respostas articuladas para os problemas sociais. O objetivo explorar que ações, estratégias e processos são acionados pela equipe NASF para desenvolvimento de um trabalho intersectorial pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Para isso, será necessário realizar os seguintes procedimentos: entrevistas não-estruturada com população do território, entrevista semi-estruturada com os profissionais da equipe ESF e NASF, e observação não-participante, acompanhando o cotidiano desses atores nos espaços onde desenvolvem seu trabalho cotidiano

Durante a execução da pesquisa, avaliamos que probabilidade desta oferecer riscos à sua integridade física, psíquica e moral é mínimo, e podem estar presentes na fase de divulgação dos resultados, por meio de exposição ou interpretação, conforme Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Caso exista algum constrangimento no momento das entrevistas, deixamos a opção para você entrevistado, desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum prejuízo. Este documento é elaborado em duas vias, sendo uma entregue ao entrevistado no ato da entrevista.

Caso você deseje participar desta pesquisa, agradecemos a sua colaboração e gostaríamos que você assinasse esta autorização, que chamamos de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa, e ter meus direitos de:

1. receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa;
2. retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo;
3. não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade.
4. procurar esclarecimentos com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, no telefone 11 3061-7779 ou Av. Dr. Arnaldo, 715 – Cerqueira César, São Paulo - SP, em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos.

Eu, _____,
declaro que concordo em participar desse estudo e que me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Assinatura: _____

Santos, _____ de _____ de _____ .

Eu, Dandara da Conceição Feitosa, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto ao participante e/ou responsável. Telefone: (13)974100702

_____ Data: ____/____/____.

10.2. TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTO

Eu _____,
 CPF _____, RG _____, depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios da pesquisa, bem como de estar ciente da necessidade do uso de minha imagem e/ou depoimento, especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), AUTORIZO, através do presente termo, a pesquisadora **Dandara da Conceição Feitosa**, orientada pelo **Profº Marco Akerman**, do projeto de pesquisa intitulado **“Intersetorialidade: qual seu lugar no trabalho em saúde da equipe NASF?”**, da **Faculdade de Saúde Pública – USP**, a realizar as fotos que se façam necessárias e/ou a colher meu depoimento sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes.

Ao mesmo tempo, libero a utilização destas fotos (seus respectivos negativos) e/ou depoimentos para fins científicos e de estudos (livros, artigos, slides e transparências), em favor dos pesquisadores da pesquisa, acima especificados, obedecendo ao que está previsto nas Leis que resguardam os direitos das crianças e adolescentes (Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, Lei N.º 8.069/ 1990), dos idosos (Estatuto do Idoso, Lei N.º 10.741/2003) e das pessoas com deficiência (Decreto Nº 3.298/1999, alterado pelo Decreto Nº 5.296/2004). Este documento é elaborado em duas vias, sendo uma entregue ao entrevistado no ato da gravação ou das fotografias.

Santos, ____ de _____ de 20____.

Pesquisador responsável pelo projeto

Sujeito da Pesquisa

11. Anexos

11.1. Termo de anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Santos.

SECRETARIA DE SAÚDE
GAB-SMS
COFORM-SMS

Santos, 28 de agosto de 2017

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que a Secretaria Municipal de Saúde de Santos, por meio da Coordenaria de Formação e Gerenciamento de Recursos Humanos, concorda que a pesquisadora Dandara da Conceição Feitosa realize a pesquisa **Intersectorialidade: qual seu lugar no trabalho em saúde da equipe NASF?**, após análise e parecer favorável dos órgãos competentes.

Luciane Picotez da Rocha Coelho Ariza
Coordenadora de Formação e Gerenciamento de Recursos Humanos
COFORM-SMS

Rua XV de Novembro nº 195 – 5º andar – Centro – Santos/SP – CEP: 11.010-151
Tel.: (13) 3201-5000 ramal: 5651

11.2. Parecer consubstanciado do CEP

USP - FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FSP/USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Intersetorialidade: qual seu lugar no trabalho em saúde da equipe NASF?

Pesquisador: Dandara da Conceição Feitosa

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 88461918.4.0000.5421

Instituição Proponente: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP/USP

Patrocinador Principal: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP/USP

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.728.241

Apresentação do Projeto:

Trata-se de 2ª versão, sendo a pendência anterior a apresentação da Carta de Anuência da Secretaria Municipal de Santos. Tal documento foi anexado nesta versão.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa sobre ações intersetoriais são desenvolvidas por equipe NASF. Existem no Brasil políticas de saúde que orientam para um cuidado integral através de ações intersetoriais. No entanto, o que se percebe é que apenas estas normativas (consenso discursivo) não são suficientes para concretizar no cotidiano dos serviços de saúde estas práticas. A hipótese que se apresenta é de que o NASF, embora um serviço potencial para realizar a intersetorialidade não vem conseguindo materializar toda esta potencialidade em práticas intersetoriais (dissenso prático). Assim, pretende-se identificar quais são as questões que se colocam como dificultadores na construção do trabalho em saúde da equipe NASF para um cuidado integral através de práticas intersetoriais.

Serão coletadas entrevistas de profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Santos, através de entrevistas semi-estruturadas, que serão posteriormente analisadas de acordo com o método da hermenêutico-dialética. Também serão registradas fotos dos sujeitos da pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar quais ações intersetoriais são desenvolvidas pela equipe NASF.

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 01.246-904

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7779

Fax: (11)3061-7779

E-mail: coep@fsp.usp.br

USP - FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FSP/USP

Continuação do Parecer: 2.728.241

Objetivo Secundário:

Conhecer as estratégias e os processos criados pela equipe NASF para superar o desafio de construir ações intersetoriais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Existe o risco do constrangimento do entrevistado quando da realização de gravação e fotografias durante o processo da entrevista, bem como para alguma pergunta realizada. Logo garante-se o direito do entrevistado recusar-se a responder e/ou solicitar que não seja filmado ou fotografado.

Benefícios:

Diversos estudos apontam para a fragmentação das políticas sociais, a falta de recursos, a dificuldade de articulação entre os atores, da construção de um conceito ampliado de saúde e a mercantilização desta cada vez maior. São questões complexas que seguem como desafios a serem superados e que instigam pesquisadores e que muitas vezes frustram profissionais. Estes são obstáculos que esperam ser identificados, mas, para além da interdisciplinaridade, também necessária e uma das premissas do trabalho do NASF, espera-se encontrar propostas de construção de um cuidado integral através da intersetorialidade. Por fim, espera-se também que este trabalho sirva para instigar a produção de outras pesquisas futuras e incentive arranjos menos duros para o campo da promoção da saúde e da atenção primária. A devolutiva do estudo será realizada nos meses seguintes às conclusões da tese, respectivamente maio e junho de 2018, através de uma reunião para apresentação dos resultados para a equipe NASF e para as equipes ESF referenciadas; além de disponibilizar para a Secretaria Municipal de Saúde de Santos uma cópia física e em formato pdf na íntegra da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou TCLE adequado, apontando os objetivos, procedimentos (entrevistas não-estruturada com população do território, entrevista semi-estruturada com os profissionais da equipe ESF e NASF, e observação não-participante, acompanhando o cotidiano desses atores nos espaços onde desenvolvem seu trabalho cotidiano) e os riscos mínimos.

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 01.246-904

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7779

Fax: (11)3061-7779

E-mail: coep@fsp.usp.br

**USP - FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FSP/USP**

Continuação do Parecer: 2.728.241

Apresenta também um "TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTO", a ser aplicado após o TCLE para a liberação da utilização destas fotos (seus respectivos negativos) e/ou depoimentos para fins científicos e de estudos (livros, artigos, slides e transparências), em favor dos pesquisadores da pesquisa. Refere obedecer ao que está previsto nas Leis que resguardam os direitos das crianças e adolescentes (Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, Lei N.º 8.069/ 1990), dos idosos (Estatuto do Idoso, Lei N.º 10.741/2003) e das pessoas com deficiência (Decreto Nº 3.298/1999, alterado pelo Decreto Nº 5.296/2004).

A pesquisa pretende realizar um mapeamento das práticas intersetoriais no trabalho em saúde da equipe NASF que atende a Zona Noroeste de Santos - SP, a partir das demandas da população. Para tanto, foi apresentada a Carta de Anuência da Secretaria Municipal de Santos.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_950547.pdf	28/05/2018 09:26:57		Aceito
Outros	Autorizacao_para_realizacao_pesquisa.pdf	28/05/2018 09:23:52	Dandara da Conceição Feitosa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_e_Termo_Uso_de_Imagem.docx	28/05/2018 09:22:15	Dandara da Conceição Feitosa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA_INTERSETORIALIDADE_ATUALIZADO.pdf	09/01/2018 01:15:44	Dandara da Conceição Feitosa	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_Dandara.pdf	04/01/2018 12:39:31	Dandara da Conceição Feitosa	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita apreciação da CONEP:

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 01.246-904
UF: SP **Município:** SÃO PAULO
Telefone: (11)3061-7779 **Fax:** (11)3061-7779 **E-mail:** coep@fsp.usp.br

USP - FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FSP/USP

Continuação do Parecer: 2.728.241

Não

SAO PAULO, 21 de Junho de 2018

Assinado por:
Kelly Polido Kaneshiro Olympio
(Coordenador)

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 01.246-904
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7779 **Fax:** (11)3061-7779 **E-mail:** coep@fsp.usp.br

11.3. FOTOGRAFIAS DA PESQUISA DE CAMPO

Figura 8. Conjunto Habitacional Dale Coutinho.

Figura 9. Sambódromo e Centro Cultural da Zona Noroeste.

Figura 10. Praça Universal

Figura 11. Entre becos e vielas

12. Currículo Lattes

Dandara da Conceição Feitosa

Bolsista de Mestrado do CNPq

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/5176062550700882>
Última atualização do currículo em 07/03/2018

Assistente Social, graduada na primeira turma de Serviço Social da Universidade Federal de São Paulo - Campus Baixada Santista. Possui experiência de trabalho na área da Assistência Social, em medidas socioeducativas. Mestranda na área de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Dandara da Conceição Feitosa
Nome em citações bibliográficas	FEITOSA, D. C.

Endereço

Formação acadêmica/titulação

2016	Mestrado em andamento em Saúde Pública (Conceito CAPES 6). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Intersetorialidade: qual seu lugar no trabalho em saúde?, Orientador: Marco Akerman. Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq, Brasil. Palavras-chave: saúde pública; Intersetorialidade; Integralidade; Políticas públicas; promoção da saúde.
2009 - 2013	Grande área: Ciências da Saúde Graduação em Serviço Social. Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, Brasil. Título: A busca de um grupo de mulheres da Zona Noroeste por acesso à saúde como direito social. Orientador: Maria Norma de Oliveira Braz Peixoto da Silva.
2006 - 2008	Ensino Médio (2º grau). Colégio Universitas, UNIVERSITAS, Brasil.

Formação Complementar

2015	Política e gestão em saúde. (Carga horária: 90h). Faculdade de Saúde Pública - USP, FSP, Brasil.
2015 - 2015	Trabalho em grupo: comunicação e vínculo. (Carga horária: 32h). NECA, NECA, Brasil.

Atuação Profissional

Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

Vínculo institucional

2017 - Atual	Vínculo: , Enquadramento Funcional:
---------------------	-------------------------------------

Conselho Regional de Serviço Social 9ª região, CRESS 9ª REGIÃO, Brasil.

Vínculo institucional

2017 - Atual	Vínculo: diretoria não remunerado, Enquadramento Funcional: tesoureira
---------------------	--