

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

MARLA SACCO MARTINS

**A INTERSETORIALIDADE A PARTIR DO NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA
FAMÍLIA: ANÁLISE DAS PROPOSTAS EXISTENTES E POSSIBILIDADES**

FLORIANÓPOLIS

2013

MARLA SACCO MARTINS

**A INTERSETORIALIDADE A PARTIR DO NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA
FAMÍLIA: ANÁLISE DE PROPOSTAS EXISTENTES E POSSIBILIDADES**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

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

FLORIANÓPOLIS

2013

MARLA SACCO MARTINS

**A INTERSETORIALIDADE A PARTIR DO NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA
FAMÍLIA: ANÁLISE DE PROPOSTAS EXISTENTES E POSSIBILIDADES**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

BANCA EXAMINADORA

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

Prof^ª. Dr^ª. Regina Célia Tamaso Miotto
Departamento de Serviço Social – UFSC
Primeira Examinadora

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

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

AGRADECIMENTOS

Descrevo-me como uma pessoa prática e objetiva, sendo assim apesar de não citar o nome de todas as pessoas que tenho vontade de citar, agradeço a Deus e a todos meus amigos que percorreram ao meu lado esta caminhada, por momentos árdios e em outros momentos felizes.

Agradeço a minha família pelos momentos de suporte e de compreensão neste longo percurso, em especial minha mãe Lenir, meu irmão Marcio, um grande amigo João e meu marido Michel e minha pequena filha Luiza que apesar de pouco entendimento teve que cooperar em diversas situações.

Lembro com carinho de todos os professores do Departamento de Serviço Social, que com certeza foram eles os responsáveis pelas mudanças que ocorreram na minha maneira de ver o mundo, fomentando ainda mais meu desejo de luta na busca incessante pela igualdade social, por uma sociedade diferente, pela luta contra o capitalismo sistema responsável pelo mundo desigual e violento em que vivemos, e por isso agradeço a todos estes.

Agradeço em especial as professoras Keli Regina Dal Prá, Liliane Moser e Luciana Zucco pela oportunidade de vivenciar o PET Saúde da Família, momentos intensos de aprendizagem e de conhecimento de uma área – saúde que hoje com certeza é a área que desejo atuar enquanto assistente social.

Agradeço as professoras Regina Celia Tamaso Miotto, Tânia Regina Krüger, e a assistente social Debora Martini por terem aceito o convite para fazerem parte de minha banca examinadora.

Em especial agradeço a professora Keli Regina Dal Prá por ter aceito ser minha orientadora, por todas as maravilhosas orientações e por toda a sua paciência.

Lembro com carinho a assistente social Debora Martini, por ter sido minha preceptora exemplar no PET, por ter me aceito como estagiária no NASF, e é com orgulho que digo que fiz estágio com uma das melhores supervisoras e com certeza fez eu me apaixonar pela saúde e serve como um exemplo de profissional, muito obrigada.

Agradeço aos profissionais da saúde, Tatiane Meirelles de Deus, Thaise Alana Goronzi, Rafael Sebold e Debora Martini, por terem me contagiado e me tornarem mais uma apaixonada pelo SUS.

MARTINS, Marla Sacco. **A intersetorialidade a partir do núcleo de apoio a saúde da família: análise de propostas existentes e possibilidades.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2013.

RESUMO

O presente trabalho de conclusão de curso procura refletir acerca da intersetorialidade nas políticas públicas e tem como objetivo geral analisar as iniciativas de articulação intersetorial existentes na área de abrangência do Distrito Centro, a partir do trabalho do assistente social no Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Através de revisão bibliográfica buscamos entender como surgiu a intersetorialidade da área da saúde para posteriormente conceituá-la, nesta conceituação buscamos diferenciá-la das redes de apoio, uma vez que percebemos que existe uma linha tênue. A partir da vivência do estágio no NASF, realizado em 2012, analisamos as articulações intersetoriais existentes entre a área da saúde e as demais políticas públicas. As articulações analisadas ocorreram entre a política de saúde e outras duas políticas, sendo elas a política de educação através do Programa Saúde na Escola (PSE) e a política de assistência social através de uma iniciativa da assistente social do NASF com o Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) e Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS). Além das ações existentes analisamos as possibilidades de novas articulações intersetoriais dentro do território, da política de saúde com as políticas de habitação, saneamento, lazer e cultura.

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

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

BPC – Benefício de Prestação Continuada

CASE – Centro de Atendimento Sócioeducativo da Grande Florianópolis

CEC – Centro de Educação Complementar

CIAPREVI – Centro de Atenção e Prevenção a Violência Contra a Pessoa Idosa

CNAS – Conselho Nacional de Assistência Social

CRAS – Centro de Referência em Assistência Social

CREAS - Centro de Referência Especializado em Assistência Social

CS – Centro de Saúde

DS – Distrito Sanitário

DSS – Determinantes Sociais de Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IEE – Instituto estadual de Educação

LA – Liberdade Assistida

LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social

MDS – Ministério de Desenvolvimento Social e Combate a Fome

MES – Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública

MS – Ministério da Saúde

NAF – Núcleo de Apoio a Família

NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família

NOB – Norma Operacional Básica

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização Não-Governamental

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PACS – Programa Agente Comunitário de Saúde

PAEFI – Programa de Atendimento Especializado as Famílias e Indivíduos

PAIF – Programa de Atenção Integral as Famílias

PASA – Programa de Atenção Social Assistencial

PBF – Programa Bolsa Família

PETI – Programa de Erradicação do Trabalho Infantil

PNAS – Política Nacional de Assistência Social

PROADQ – Projeto de Atendimento ao Dependente Químico

PSC – Prestação de Serviço a Comunidade

PSE – Programa Saúde na Escola

PSF – Programa Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

UFSC – Universidade federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. A TRAJETÓRIA DA SAÚDE NA CONSTRUÇÃO DO CONCEITO DE INTERSETORIALIDADE	13
2.1 A CONCEPÇÃO DE INTERSETORIALIDADE E A DISTINÇÃO ENTRE AS REDES DE APOIO	13
3. A INTERSETORIALIDADE ENTRE AS POLÍTICAS DE SAÚDE, EDUCAÇÃO E ASSISTÊNCIA SOCIAL: UMA ANÁLISE A PARTIR DO SERVIÇO SOCIAL	36
3.1 INDICAÇÕES SOBRE A RELAÇÃO INTERSETORIAL ENTRE A POLÍTICA DE SAÚDE E EDUCAÇÃO ATRAVÉS DO PSE	36
3.2 INDICAÇÕES SOBRE A RELAÇÃO INTERSETORIAL ENTRE A POLÍTICA DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL ATRAVÉS DO CRAS E CREAS	49
3.3 INDICAÇÕES SOBRE AS POSSIBILIDADES DE AÇÕES INTERSETORIAIS ENTRE O NASF E AS DEMAIS POLÍTICAS PÚBLICAS	68
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
5. REFERÊNCIAS	75

INTRODUÇÃO

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

A motivação pela discussão da intersetorialidade surgiu durante o período de Estágio Curricular Obrigatório I e II desenvolvido no Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), realizado no Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) do Distrito Sanitário Centro sob a supervisão da Assistente Social Débora Martini. Tal experiência de estágio proporcionou perceber a importância da intersetorialidade para que seja garantido ao usuário o direito a saúde conforme consta nas diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e para a resolutividade das demandas apresentadas aos profissionais de saúde.

No decorrer do estágio foi possível observar algumas ações intersetoriais a partir do trabalho do assistente social do NASF Distrito Sanitário Centro envolvendo as políticas de saúde, educação e assistência social. Assim, no presente trabalho analisamos tais ações e refletimos acerca das possibilidades de ações intersetoriais envolvendo outras políticas, como a de habitação, saneamento, lazer e cultura.

O objetivo geral deste trabalho foi analisar as iniciativas de articulação intersetorial existentes na área de abrangência do Distrito Centro, a partir do trabalho do assistente social no NASF. A partir deste elencamos três objetivos específicos sendo

eles: 1. Identificar as iniciativas e as possibilidades de articulação intersetorial existentes na área de abrangência do Distrito Centro; 2. Verificar se existem fluxos de atendimento estabelecidos entre as diversas instituições existentes no território do Distrito Centro. 3. Elencar as motivações que geraram a iniciativa de desenvolvimento das articulações interssetoriais no território.

Sendo assim, dispomos este trabalho em duas seções. A primeira apresenta a trajetória percorrida pela saúde para a construção do conceito da intersectorialidade, tendo como ponto de partida a Conferência de Alma Ata, em 1978, até a VI Conferência Internacional de Promoção da Saúde, na Tailândia em 2005, a nível mundial relacionando com os acontecimentos brasileiros, perpassando a construção da Constituição Federal de 1988, da Lei 8.080 e da Lei 8.142 de 1990. Nesta seção ainda discutimos os conceitos de intersectorialidade e redes de apoio, trabalhando a revisão bibliográfica acerca do tema e a distinção entre ambos. Ao final desta discussão aproximamos o tema do fazer profissional do assistente social na atenção básica, especificamente a partir de sua inserção no NASF.

Iniciamos a segunda seção analisando as ações interssetoriais existentes no território do Distrito Sanitário Centro a partir do trabalho do assistente social do NASF. A primeira ação analisada envolve as políticas de saúde e educação através do Programa Saúde na Escola (PSE), envolvendo as equipes de Saúde da Família, o NASF e as escolas pertencentes a tal distrito. Em seguida outra ação é analisada envolvendo a política de saúde e assistência social, através de uma iniciativa da assistente social do NASF em contatar e realizar reuniões com as assistentes sociais do Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) e Centro de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS), com o objetivo de fazer uma distinção entre os serviços e pactuar fluxos de atendimento. Para finalizarmos discutimos as possibilidades de ações interssetoriais dentro do território envolvendo a política de assistência social através do CRAS no PSE e a articulação entre a saúde e política de habitação, saneamento, lazer e cultura.

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

2. A TRAJETÓRIA DA SAÚDE NA CONSTRUÇÃO DO CONCEITO DE INTERSETORIALIDADE

A partir de revisão bibliográfica buscamos nesta seção, entender como o conceito de intersectorialidade foi construído na área da saúde, tendo como ponto de partida a Conferência de Alma Ata, em 1978. Percebemos que em diversos momentos o conceito de intersectorialidade perpassa o conceito de rede de apoio, no entanto acreditamos serem conceitos distintos e por isso procuramos discutir estes conceitos. Após essa discussão aproximamos o tema do fazer profissional do assistente social na atenção básica, especificamente a partir de sua inserção no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

2.1 A CONCEPÇÃO DE INTERSETORIALIDADE E A DISTINÇÃO ENTRE AS REDES DE APOIO

Com o passar dos séculos o conceito de saúde vem sofrendo diversas modificações, passando por diversos modelos de saúde. No caso brasileiro, de 1889 até 1950, tínhamos como modelo hegemônico de saúde o modelo “sanitarista campanhista”, que possuía uma preocupação com a economia. Segundo Mendes (1995) este modelo se preocupava, através de uma visão militarista, com estilo repressivo sobre os corpos individuais e extremamente preocupado com os portos, onde ocorria a exportação de mercadorias, no combate a doenças de massa. Nesta época a visão que se tinha era da “saúde como ausência de doença”.

Com o crescimento da industrialização o modelo de saúde vigente já não mais respondia as demandas da economia, sendo assim deveria ser substituído por outro, passando a vigorar o modelo de saúde “médico assistencial privatista” (MENDES, 1995). Este modelo estava vinculado ao mercado formal de trabalho, tendo acesso somente os trabalhadores que possuíam carteira de trabalho assinada, os demais

dependiam da caridade e dos atendimentos das Santas Casas de Misericórdia. Segundo Mendes (1995, p.22) neste modelo ocorria um “privilegiamento da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada em detrimento da saúde pública”. Nesta mesma época passou-se a adotar o conceito de saúde discutido pela Organização das Nações Unidas (ONU) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS): “saúde como bem estar físico, mental e social”. Este novo entendimento começa a ser discutido na década de 1970, fruto da luta dos movimentos sociais, apesar deste entendimento ter sido publicado pela OMS em 1948.

O conceito da OMS, divulgado na carta de princípios de 7 de abril de 1948 (desde então o Dia Mundial da Saúde), implicando o reconhecimento do direito à saúde e da obrigação do Estado na promoção e proteção da saúde, diz que:

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

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

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

Posterior a Declaração de Alma-Ata, aconteceram seis conferências internacionais sobre promoção da saúde. A primeira aconteceu em 1986, na cidade de

Otawa, no Canadá, neste encontro definiu-se de forma mais clara o conceito de promoção de saúde:

A Promoção da Saúde é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Assim, a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida. A saúde é um conceito positivo, que acentua os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Em consequência, a Promoção da Saúde não é uma responsabilidade exclusiva do sector da saúde, pois exige estilos de vida saudáveis para atingir o bem-estar (DECLARAÇÃO DE OTAWA, 1986, s/p).

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

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

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

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

Neste mesmo ano de 1986 acontece no Brasil a VIII Conferência Nacional de Saúde, primeira conferência com a participação da sociedade civil organizada e tendo como tema a “Democracia é a Saúde”, sendo o marco histórico da Reforma Sanitária. Neste encontro discutiu-se a saúde para além da ausência de doença simplesmente, tratou-se a saúde como bem estar físico, mental e social. A proposta inicial para as discussões era debater simultaneamente três grandes eixos: 1) a saúde enquanto direito e dever o Estado, 2) a reformulação do Sistema de Saúde e 3) o

financiamento do mesmo. Segundo Arouca (1986, p.36) “A saúde começa a ganhar uma dimensão muito maior do que simplesmente uma questão de hospitais, de medicamentos. Ela se supera e quase que significa num certo instante, o nível e qualidade de vida”.

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

As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde.

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

Neste mesmo ano, de 1988, acontecia a II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, na cidade de Adelaide, na Austrália, reafirmando a Carta de Otawa e discutindo a importância da promoção da saúde e das políticas públicas para a determinação da saúde da população, identificando quatro áreas de ação sendo elas: saúde da mulher, alimentação e nutrição, tabaco e álcool e criação de ambientes favoráveis à saúde.

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

Assim como a Constituição Federal, a Lei 8.080 traz alguns elementos presentes nas conferências internacionais sobre promoção da saúde, para que se

compreenda a saúde não mais como condição de vida em sociedade e tão pouco como ausência de doenças, mas sim a condição de saúde da população sendo determinada por todos os fatores que venham a influenciar sua qualidade de vida.

Segundo o artigo 3 da Lei 8.080 de 1990:

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

Dentro desta perspectiva passamos a ter uma visão mais ampliada em relação à saúde. A universalidade, equidade, integralidade, descentralização, resolutividade, regionalização e hierarquização e participação popular, surgem com o intuito de atender integralmente as demandas dos usuários.

Segundo o artigo 7 da Lei 8.080 de 1990, a integralidade significa “ um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990, s/p). Englobando assim as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

No ano seguinte em 1991, em Sundsvall – Suécia acontece a III Conferência Internacional de Promoção da Saúde, evidenciando as conferências anteriores e tendo como tema central a criação de ambientes favoráveis a saúde.

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

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

Frente a esta situação de iniquidade social, faz-se necessário buscar alternativas que possibilitem a justiça social, a equidade e a qualidade de vida,

elementos considerados indispensáveis à saúde e ao desenvolvimento. Para isso discutiu-se novas alternativas de ação para a saúde pública.

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

Posteriormente em 1997 aconteceu a IV Conferência Internacional de Promoção da Saúde na cidade de Jacarta – Indonésia, tendo como tema: “Novos Protagonistas para uma Nova Era: Orientando a Promoção da Saúde no Século XXI - tem lugar num momento crítico das estratégias internacionais de desenvolvimento em prol da saúde” (DECLARAÇÃO DE JACARTA, 1997), sendo uma conferência importante por ser a primeira a acontecer em um país em desenvolvimento e por incluir o setor privado no apoio à promoção da saúde. Segundo a Carta de Jacarta (1997. s/p), tinha-se o entendimento de que “A saúde é um direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento social e econômico”, sendo assim as desigualdades e a pobreza representavam uma ameaça à saúde. Desta conferência foram tiradas cinco prioridades, sendo elas:

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

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

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

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

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

Tornar a promoção da saúde uma preocupação central na agenda do desenvolvimento global; Tornar a promoção da saúde uma responsabilidade central para o governo como um todo; Tornar a promoção da saúde um dos principais focos das comunidades e da sociedade civil; Tornar a promoção da saúde uma exigência da boa prática corporativa (DECLARAÇÃO DE BANGKOK, 2005, s/p).

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

Muito próximo ao conceito de intersectorialidade encontramos a discussão a cerca do conceito de rede de apoio e rede sociais, muitas vezes um conceito perpassando o outro.

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

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

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

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

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

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

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

Seguindo esta linha de pensamento para a Rede Unida intersetorialidade é

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

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

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

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

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

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

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

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

A intersetorialidade na gestão pública significa adotar uma decisão racional no processo de gestão, cuja aplicação pode ser positiva ou não. Ela não pode ser considerada antagônica ou substitutiva da setorialidade, mas complementar, ou seja, deve-se realizar uma combinação entre política setorial com intersetorial, e não contrapô-

las no processo de gestão (NASCIMENTO *apud* SPOZATI, 2010 p.100).

Segundo Spozati (2006, p. 140) a “intersectorialidade contribui para a criação de reconhecimento de setores resultantes da integração entre as áreas setoriais”.

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

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

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

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

No terceiro enfoque Schutz e Miotto (2010) definem a intersectorialidade como princípio do trabalho com redes, sendo que esta deve nortear a construção de redes intersectoriais, promovendo através desta rede uma articulação entre as políticas públicas, uma vez que cada política pública já possui sua rede de apoio social, porém estas funcionam de forma desarticulada. Bourguignon (2001, 2001, p.03), diz o seguinte em relação às políticas públicas:

Tradicionalmente as políticas públicas básicas (educação, assistência social, saúde, habitação, cultura, lazer, trabalho, etc.) são setoriais e desarticuladas, respondendo a uma gestão com características

centralizadoras, hierárquicas, deixando prevalecer práticas na área social que não geram a promoção humana. Além disto, percebe-se que cada área da política pública tem uma rede própria de instituições e/ou serviços sociais.

A autora na mesma obra define intersectorialidade como:

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

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

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

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

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

Diversos autores como More (2005), Sluzki (2003), Miotto (2002), Dabas, (1995) entendem a rede social enquanto conjunto de pessoas ligadas através de vínculos por meio da família, amigos ou vizinhos que funcionam como recursos de apoio em situações diversas ao longo da vida dos indivíduos. Segundo More (2005, p.289) “A rede social é um grupo de pessoas, membros da família, vizinhos, amigos e outras pessoas com a capacidade de aportar uma ajuda e um apoio tão reais como duradouros a um indivíduo ou famílias”. Essas redes sociais estão em constante construção e movimento, a todo o momento de acordo com a dinâmica e momento de vida do indivíduo. Nestas redes podem ser acrescentados ou excluídos membros, segundo Carvalho et al (2006, p.595) “as redes tem uma dinâmica própria: constituem-se, modificam-se, dissolvem-se, comportam relações simétricas, assimétricas, suportivas, conflitivas estáveis ou instáveis”. Estas construções ocorrem em diversos momentos da vida do indivíduo, e em diversos sistemas que o mesmo frequenta, representando para o indivíduo um suporte para as mais diversas situações nas quais o mesmo não consegue enfrentá-las sozinho, sem um apoio.

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

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

A segunda vinculada à funcionalidade da mesma, definida como “conjuntos sociais instituídos normativamente, estruturados de forma precisa, para desenvolver uma série de missões e funções específicas (escola, empresa, comércio, hospital, etc)” (KERN *apud* GRUPO E.I.E.M. 2005, p.53). Althof (1999, p.150) também compartilha

desta concepção e o mesmo afirma que “a família extensa, parentes ainda que não coabitantes, os vizinhos, amigos, companheiros de outras associações, constituem em uma rede social primária”, e o autor afirma que a rede social secundária “se constrói ao mesmo tempo, com pessoas também significativas reunidas a partir de seu agrupamento em organizações tais como clubes, ambientes de trabalho, escolas, entre outros”.

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

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

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

Esta breve discussão acerca dos conceitos de intersetorialidade e redes de apoio nos possibilitaram refletir que apesar destes conceitos possuírem significados semelhantes para alguns autores e até mesmo se complementarem muitas vezes no atendimento a demanda dos usuários não são sinônimos. Todavia, entendemos a intesetorialidade enquanto articulação de políticas públicas, para que esta articulação possibilite atender as demandas dos usuários na sua integralidade, sendo a intersetorialidade uma possibilidade de superação da fragmentação das políticas públicas. Percebemos que todas as iniciativas acerca da intersetorialidade devem ser incentivadas e valorizadas por acreditar que estas ações permitiram pensar e planejar as políticas de maneira articulada.

2.2 A INTERSETORIALIDADE E O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NO NASF

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

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

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

Em 2011, no âmbito nacional, a Portaria n. 2.488 de 21 de outubro de 2011 veio substituir a Portaria n. 648 de 28 de março de 2006, esta diz respeito a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Segundo Brasil (2011, s/p) a atenção básica é “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde”.

Conforme a Portaria n. 2.488/2011, os fundamentos e diretrizes da atenção básica são:

I - ter território adstrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos

condicionantes e determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território sempre em consonância com o princípio da equidade; II - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e responsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde; (...) III - adscrever os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado (...) IV - coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; (...) V - estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social.

Dentro desta perspectiva de funcionamento e com a mudança no entendimento que se tem por saúde, não mais como ausência de doença e sim como condição de vida em sociedade, levando em conta que os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) “são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (BUSS; FILHO, 2007, p. 78), percebeu-se que a equipe mínima da ESF não era capaz de suprir todas as demandas levantadas pelos usuários. Isso devido à falta de outras profissões na equipe mínima, sendo a integralidade o princípio norteador da ESF, significa atender o usuário em sua totalidade.

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

Para atender as novas demandas em 2008 o governo criou o NASF, através da Portaria n. 154/2008, que também veio a ser substituída pela Portaria n. 2.488/2011,

segundo esta os NASF “(...) foram criados com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade”.

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

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

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

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

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

Dentro desta lógica o NASF apóia as equipes de saúde da família através do matriciamento, dividindo assim a responsabilidades com essas equipes. Segundo a Portaria nº 2.488/2011 o NASF é regulamentado e descrito da seguinte forma:

(...) são constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das Equipes Saúde da Família, das Equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais, etc.) e academia da saúde, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade destas equipes, atuando diretamente no apoio matricial às equipes da(s) unidade(s) na(s) qual(is) o NASF está vinculado e no território destas equipes. Os NASF fazem parte da atenção básica, mas não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo (estes, quando necessários, devem ser regulados pelas equipes de atenção básica). Devem, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes e/ou academia da saúde, atuar de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus serviços (ex.: CAPS, CEREST, Ambulatórios Especializados, etc.) além de outras redes como SUAS, redes sociais e comunitárias (BRASIL, 2011, s/p).

Segundo a Portaria n. 2.488/2011, existem duas modalidades de NASF: NASF 1 e 2, sendo a diferença entre os dois o número de equipes vinculados aos mesmos e o porte do município. O NASF 1 deverá ter suas atividades vinculadas a no mínimo 08 e no máximo 15 equipes de saúde da família e o NASF 2 a no mínimo 03 e no máximo 07 equipes de saúde da família.

O município de Florianópolis está dividido em 5 Distritos Sanitários (D.S.), sendo eles: D.S. Centro, D.S. Leste, D.S. Sul, D.S. Norte e D.S. Continental. O presente trabalho está focado no Distrito Sanitário Centro, possuindo este a seguinte composição:

Tabela 1 – Composição do Distrito Sanitário Centro – Florianópolis - 2012

Centros de Saúde	Habitantes	Equipes de Saúde da Família	Microáreas
CS Agrônômica	16.153	04	690, 691, 692, 693
CS Centro	32.881	03	950, 951, 952
CS Mont Serrat	8.786	03	120, 121, 122
CS Prainha	6.412	03	130, 131, 132
CS Trindade	20.785	04	850, 851, 852, 853

Fonte: Prefeitura Municipal de Florianópolis (PMF, 2012).

A equipe NASF responsável pelo atendimento deste D.S. Centro atende a 5 Centros de Saúde com uma população total de 85.017 habitantes e 17 ESF. Conforme

referido anteriormente o NASF trabalha com equipes multiprofissionais e até novembro de 2012 existia uma equipe NASF que atendia o D.S. Centro esta era composta por onze profissionais sendo: um educador físico, uma assistente social, uma nutricionista, um farmacêutico, dois psicólogos, dois pediatras, dois psiquiatras e um fisioterapeuta. A partir do referido mês o território do D.S. Centro foi dividido e passou a ser atendido por duas equipes NASF, sendo uma equipe responsável pelos Centros de Saúde da Prainha, Mont Serrat e Centro e a outra equipe responsável pelos Centros de Saúde da Agrônômica e Trindade. Nesta divisão foram contratados mais profissionais para atender esta nova equipe NASF, exceto o profissional de serviço social que permanece atendendo aos dois NASF¹.

O NASF do D.S. Centro foi o primeiro a ser implementado no município, e desde sua implantação o Serviço Social foi uma das profissões escolhidas pela gestão para compor a equipe multiprofissional. Segundo Brasil (2009) a inclusão da profissão no NASF está de acordo com os princípios éticos e políticos, bem como prioriza respeitar e efetivar a Lei de Regulamentação da Profissão e o Código de Ética.

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

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

Exigem-se dos profissionais de saúde competências nas dimensões técnicas, humanas, políticas e sociais. As habilidades e atitudes mais exigidas dizem respeito à capacidade de comunicação, realização de

¹ Estas informações foram coletadas no campo de estágio e por se tratar de uma informação recente ainda não foi publicada a portaria que regulamentará tal divisão.

uma escuta qualificada, propiciando o diálogo entre comunidade e profissionais dos serviços, capacidade de articulação das redes sociais comunitárias, fortalecimento de parcerias entre equipe e comunidade e as outras políticas públicas setoriais; mediação entre usuários e equipe de saúde e entre os próprios membros das equipes, fundamentado no compromisso profissional, na ética, no respeito às diferenças e à cultura local (BRASIL, 2009, p.102).

Sendo assim todas as situações matriciadas ou atendidas pelo Serviço Social buscam estes objetivos acima descritos, procurando sempre garantir os direitos dos usuários na busca por uma saúde plena, superando o modelo biomédico existente, com base no entendimento da saúde como condição de vida em sociedade, amparada nos DSS e nos princípios do SUS.

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

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

1. Desenvolver ações que garantam a escuta e acolhida dos usuários;
2. Incentivar e contribuir no processo de fortalecimento da autonomia e da organização pessoal do usuário;
3. Apoiar os usuários na construção e ressignificação de seu projeto de vida;
4. Criar espaços grupais que possibilitem a construção de relações humanizadoras e socializadoras por meio de trocas de experiências e construção de rede de apoio;
5. Desenvolver ações integradas com os profissionais da equipe correlacionados com a área de atuação em atenção à saúde e demais políticas públicas;
6. Socializar informações nas equipes e participar de discussão de situações vivenciadas por usuários e/ou familiares com as demais categorias profissionais, valorizando as ações desenvolvidas por eles;
7. Promover a integração dos demais membros da equipe de trabalho;
8. Produzir conhecimento sobre a população atendida na área da saúde, processo de pesquisa e a especificidade do serviço social;
9. Participar da elaboração conceitual/metodológica para apoiar as práticas educativo-participativas desenvolvidas pela equipe de trabalho, com usuários e população atendida;

10. Construir coletivamente e de forma participativa entre a equipe de saúde, segmentos organizados da comunidade, usuários e demais sujeitos sociais populares envolvidos a organização do trabalho comunitário.

11. Incentivar a participação dos usuários nos fóruns de discussão e deliberação, tais como: Conselhos Locais de Saúde, Conselho Distrital de Saúde, Conselhos de Assistência Social, Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente, Conselhos do Idoso e demais Conselhos de direitos, Reuniões da Comunidade, e outros.

A partir destes objetivos, que não são privativos ao assistente social, “mas sim como resultado da interação com todos os profissionais na sua interface com a área estratégica do serviço social” (BRASIL, 2009, p.103) é que foram organizadas as ações do serviço social no NASF. Segundo Brasil (2009, p.102) as ações estão assim detalhadas:

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

Mais pontualmente no NASF a intersetorialidade aparece em diversos momentos, como função dos profissionais que compõem esta equipe, porém é notável que em diversos momentos recai sobre o assistente social a responsabilidade acerca das ações intersetoriais. Percebemos esta afirmação, por exemplo, quando é de responsabilidade deste profissional disponibilizar para as equipes de Saúde da Família a rede de proteção social, sendo que a disponibilização de tal rede por si só já envolve parte de uma ação intersetorial, uma vez que faz-se necessário conhecer e pactuar fluxos de encaminhamento com tal rede, outro exemplo explícito está na colocação que o assistente social deve “capacitar, orientar e organizar, junto com as equipes de saúde da família, o acompanhamento das famílias do Programa Bolsa-Família e outros programas federais e estaduais de distribuição de renda” (BRASIL, 2009, p.102). Neste segundo exemplo é preciso uma comunicação e articulação com os demais programas e políticas existentes dentro do município.

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

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

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

Sendo assim o assistente social, entendendo o usuário em sua totalidade, busca em conjunto com os profissionais da equipe de Saúde da Família desenvolver ações

intersetoriais com as demais políticas públicas existentes, com o objetivo de proporcionar a população o atendimento integral de suas demandas, lutando pela efetivação da equidade no acesso aos serviços, pela redução das desigualdades sociais e transformação social. Estas ações atribuídas ao assistente social constam no Caderno de Atenção Básica n. 27, onde coloca as oportunidades de ação de tais profissionais:

Desenvolver coletivamente, com vistas à intersectorialidade, ações que se integrem a outras políticas sociais (educação, esporte, cultura, segurança, trabalho, lazer); Estreitar a relação entre integralidade de atenção e equidade no acesso às ações e serviços de saúde, de modo que as parcerias com as instâncias e espaços públicos sejam no sentido explícito de diminuir as desigualdades sociais, por exemplo, no que tange às políticas sociais de educação, esporte e lazer, em conjunto com as ações de atividade física/práticas corporais, estimular a qualidade de vida e o autocuidado por meio da valorização dos espaços públicos de convivência, destacando sempre que possível o protagonismo dos usuários, das famílias e das comunidades na geração desses espaços sociais; (...) Em parceria com outros apoiadores das equipes de saúde, colaborar para a mobilização da comunidade em torno de demandas de transformação do espaço social, por exemplo, em conjunto com as ações das práticas integrativas e complementares, no sentido de identificar profissionais e/ou membros da comunidade com potencial para o desenvolvimento do trabalho educativo, além de identificar aqueles com potencial para tornar-se representantes da comunidade em questões relativas ao direito à saúde. (BRASIL, 2009, p.106).

O assistente social no desenvolvimento de seu trabalho no NASF do Distrito Sanitário Centro, entendendo a intersectorialidade como parte indispensável para o atendimento aos usuários, desenvolveu algumas atividades que serão analisadas na seção seguinte.

3. A INTERSETORIALIDADE ENTRE AS POLÍTICAS DE SAÚDE, EDUCAÇÃO E ASSISTÊNCIA SOCIAL: UMA ANÁLISE A PARTIR DO SERVIÇO SOCIAL

De acordo com o que foi abordado na seção I em relação ao entendimento acerca da intersectorialidade, buscaremos analisar as ações intersectoriais existentes no NASF do Distrito Sanitário Centro bem como as possibilidades de tais ações a partir da observação do trabalho desenvolvido pelo serviço social. As ações analisadas envolvem três políticas sociais, sendo: Saúde, Educação e Assistência Social. Evolvendo a política de saúde e educação, analisaremos o PSE e envolvendo a política de saúde e assistência social refletiremos sobre a relação entre NASF e as unidades do CRAS e o CREAS.

3.1 INDICAÇÕES SOBRE A RELAÇÃO INTERSETORIAL ENTRE A POLÍTICA DE SAÚDE E EDUCAÇÃO ATRAVÉS DO PSE

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

Historicamente estas duas políticas já foram pensadas pelo mesmo Ministério em décadas passadas. Em 1930 através do Decreto n. 19.402 foi criado o Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública (MES) e os dois ministérios funcionaram sob o mesmo comando até a década de 1950. Segundo o portal do Ministério da Educação e Cultura (MEC, 2012), “a instituição desenvolvia atividades pertinentes a vários ministérios como saúde, esporte, educação e meio ambiente”. Visto que no Brasil de 1889 até 1950, tínhamos como modelo hegemônico de saúde o modelo campanhista, este ministério era responsável por ações de saúde pública, voltados para campanhas de grande abrangência. Como exemplos de ações deste ministério têm:

Em 1937 foi criado o Serviço Nacional de Febre Amarela, o primeiro serviço de saúde pública de dimensão nacional, e em 1939, o Serviço de Malária do Nordeste. Vários hospitais, colônias e asilos foram construídos para o tratamento de outras endemias, como a tuberculose e a lepra. Em 1941, o Departamento Nacional de Saúde assumiu o controle da formação de técnicos em saúde pública (CPDOC, 2012, s/p).

Nesta época as ações de saúde eram divididas em dois ministérios, uma vez que a saúde individual era administrada pelo Ministério da Assistência e Previdência Social. Tal ministério foi instituído em 1977 através da Lei 6.439:

CAPÍTULO II DO INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

Art 6º - Ao INANPS compete prestar assistência médica, de acordo com os seguintes programas:

I - programas de assistência médica aos trabalhadores urbanos, abrangendo os serviços de natureza clínica, cirúrgica, farmacêutica e odontológica, e assistência complementar, devidos os segurados do atual INPS e respectivos dependentes, na forma do disposto nos itens I e IV do artigo anterior;

II - programas de assistência médica aos servidores do Estado, abrangendo os serviços de natureza clínica, cirúrgica, farmacêutica e odontológica, devidos aos funcionários públicos civis da União e de suas autarquias e do Distrito Federal, e respectivos dependentes, na forma do disposto no item II do artigo anterior;

III - programas de assistência médica aos rurais, abrangendo os serviços de saúde e a assistência médica devidos, respectivamente, aos trabalhadores e aos empregadores rurais, na forma do disposto no item III do artigo anterior;

IV - programas especiais de assistência médica, abrangendo os serviços médicos atualmente mantidos pela Fundação Legião Brasileira de Assistência - LBA e os que forem prestados em determinadas regiões à população carente, seja ou não beneficiária da previdência social, mediante convênios com instituições públicas que assegurem ao INAMPS os necessários recursos (BRASIL, 1977, s/p).

Em 1953 através do Decreto n. 1.920 ocorre a separação do MES em Ministério da Educação e Cultura (MEC) e Ministério da Saúde (MS), esta divisão tinha como objetivo centralizar todos os serviços de saúde em um único ministério, superando a fragmentação entre saúde pública e assistência médica.

Lima e Pinto (2003, p. 1038) fazem a seguinte colocação sobre o Ministério da Saúde:

(...) teve como contexto histórico e político de surgimento as questões relativas à centralização dos serviços de saúde e a progressiva separação entre saúde pública e assistência médica. O processo de criação do atual ministério vinha, desde 1946, caracterizando-se pela gradativa ampliação da responsabilidade do governo na defesa e proteção da saúde da população, respaldada pelo ideário da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Em 2007, como citado anteriormente, estas duas políticas voltam a buscar uma atuação juntas através do PSE instituído através do Decreto Presidencial nº 6.286. O PSE surgiu como um dos eixos de intervenção do Programa Mais Saúde: direito de todos, lançado em dezembro de 2007. Segundo o Caderno de Atenção Básica n. 24 o Programa Mais Saúde: direito de todos busca:

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

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

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

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

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

O PSE articula os Ministérios da Saúde e da Educação, trabalhando ações de prevenção, promoção e atenção a saúde. Segundo o Decreto 6.288/2007 o PSE tem a seguinte finalidade: contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica.

Segundo o Decreto 6.286 são objetivos do PSE:

- I - promover a saúde e a cultura da paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde, bem como fortalecer a relação entre as redes públicas de saúde e de educação;
- II - articular as ações do Sistema Único de Saúde - SUS às ações das redes de educação básica pública, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis;
- III - contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos;
- IV - contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos;
- V - fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar;
- VI - promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes; e
- VII - fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nos três níveis de governo (BRASIL, 2007, s/p).

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

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

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

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

Estes quatro eixos compreendem as seguintes ações:

Avaliação clínica; avaliação nutricional; promoção da alimentação saudável; avaliação oftalmológica; avaliação da saúde e higiene bucal; avaliação auditiva; avaliação psicossocial; atualização e controle do calendário vacinal; redução da morbimortalidade por acidentes e violências; prevenção e redução do consumo do álcool; prevenção do uso de drogas; promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva; controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer; educação permanente em saúde; atividade física e saúde; promoção da cultura

da prevenção no âmbito escolar; e inclusão das temáticas de educação em saúde no projeto político pedagógico das escolas (BRASIL, 2007, s/p).

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

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

Percebe-se que as ações descritas como objetivos do PSE, também são objetivos e demandas dos centros de saúde em relação à população adstrita, sendo assim o PSE deve ser incluso nas atividades da unidade de saúde e não ser entendido enquanto uma nova atividade a ser realizada. Deve-se sim repensar as atividades dos centros de saúde para que as mesmas possam abranger a escola e a comunidade e que concomitantemente uma ação seja complementar a outra, conseguindo melhores resultados. Um exemplo se refere a relação da violência escolar, trabalha-se a questão da violência com a criança/adolescente na escola enquanto nenhuma ação é realizada na comunidade, como esta criança entenderá? Entendemos que as demandas e ações estão diretamente relacionadas e sendo assim, quando se consegue realizar uma ação na escola existe grande probabilidade de diminuir a demanda (acerca do tema trabalhado) no centro de saúde e vice versa. Outro aspecto que precisamos levar em consideração é que o NASF possui o um território de maior abrangência do que o centro de saúde e a escola referenciada, uma vez que engloba todos os centros de saúde e todas as escolas pertencentes ao Distrito Sanitário Centro. Sendo assim este pode desenvolver ações que possibilitem atingir todas as unidades de saúde e todas as escolas, porém os profissionais ainda não trabalham desta maneira. Um exemplo a ser citado é o Grupo de Famílias, desenvolvido no CS da Agrônômica pela Psicologia e pelo Serviço Social do NASF que atende somente famílias referenciadas naquele centro de saúde, porém

poderia atender a todos os centros de saúde do Distrito Sanitário Centro – respeitando a capacidade de trabalho do grupo, trabalhando assim uma demanda existente em todas as reuniões de equipe e do PSE.

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

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

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

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

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

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

Levando em consideração esta análise, descreverei as atividades que tive a oportunidade de acompanhar no PSE, a partir da intervenção profissional do assistente social do NASF. Estas atividades ocorreram no decorrer do Estágio Curricular Obrigatório I e II no curso de serviço social da UFSC no Distrito Sanitário Centro. O estágio ocorreu nos semestres 2012.1 e 2012.2.

Tendo como referência os três enfoques apresentados por Schutz e Miotto (2010) na primeira seção deste trabalho, o PSE pode ser classificado como “intersectorialidade como complementaridade das políticas”, visto que é um programa que é planejado pelo Ministério da Saúde buscando articular a política de saúde e educação, para que ambas possam se complementar a fim de superar a fragmentação existente nas políticas e atender o usuário em sua integralidade e totalidade. O programa é apresentado de maneira vertical, ou seja, chega ao centro de saúde e as escolas apenas para ser implementado, podendo o município optar pela adesão ao programa.

O PSE será implantado por meio da adesão dos municípios que tiverem implantado equipes de Saúde da Família, conforme as normas preconizadas pela Política Nacional de Atenção Básica, articulados com os Estados e Distrito Federal. O sucesso desse Programa se funda justamente no compromisso e na pactuação entre os entes federados e na articulação, em todas as esferas, dos setores Saúde e Educação (BRASIL, 2012, p.01).

A construção desta intersectorialidade é algo muito complexo, assim como a sua implementação, gerando muitos conflitos dentro dos serviços. As políticas devem levar em conta as necessidades da população usuária, mas também devem considerar os recursos existentes nos serviços para a sua implantação, bem como realizar trabalhos junto aos profissionais responsáveis pela implantação das políticas/programas. Trabalho

este de entendimento de tal proposta, tendo a possibilidade de construção conjunta e discussão referente a melhor maneira de ser trabalhado na comunidade.

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

No decorrer deste período consegui acompanhar algumas atividades do PSE nas seguintes escolas:

Tabela 2 – Escolas acompanhadas a partir das ações do PSE

Escola	Endereço	CS de referência
Escola Desdobrada Osvaldo Galupo	Rua Antônio Carlos Ferreira, 1110 - Morro do Horácio	CS Agrônômica
Escola Estadual Padre Anchieta	Rua Rui Barbosa, 525 – Agrônômica	CS Agrônômica
Escola Desdobrada José Jacinto Cardoso	Rua Marcus Aurélio Homem, 132 – Serrinha	CS Trindade
Escola Básica Hilda Teodoro Vieira	Rua Lauro Linhares, 560 – Trindade	CS Trindade
Escola Básica Lucia do Livramento Mayvorne	General Vieira da Rosa, 1050 – Centro	CS Mont Serrat
Instituto Estadual de Educação (IEE)	Avenida Mauro Ramos, 275 – Centro	CS da Prainha ²

Fonte: Elaboração da autora.

Os encontros entre escola e equipes de Saúde da Família acontecem mensalmente e conforme o que é preconizado no PSE, as atividades são realizadas em diferentes momentos. Em um dos momentos acontecem as reuniões de matriciamento. Segundo Figueredo e Campos (2009, p.130) “o apoio matricial se configura como um suporte técnico especializado que é ofertado à uma equipe interdisciplinar de saúde a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações”.

Estas reuniões podem acontecer tanto na escola quanto no centro de saúde. As reuniões que acompanhei ocorreram no centro de saúde devido à facilidade de

² Apesar do IEE não pertencer a área de abrangência do CS da Prainha é atendido pelo mesmo devido ao grande número de alunos que estudam na escola serem da área do referido centro de saúde.

consulta ao INFOSAÚDE, onde consta o histórico do usuário acompanhado pela equipe de Saúde da Família. Nesta reunião participam representantes da escola, da equipe de Saúde da Família e do NASF, de acordo com a disponibilidade dos profissionais de saúde, sendo que não existe a exigência da participação da equipe completa, uma vez que o profissional articulador pode levantar as demandas e posteriormente compartilhar com os demais profissionais. Os articuladores das escolas são escolhidos pelas mesmas, assim como os articuladores da saúde, sendo que cada equipe de Saúde da Família possui seu articulador e normalmente este articulador está centrado no profissional de enfermagem. Nas escolas os articuladores variam de acordo com a escola, oscilam entre direção, professores, orientadores educacionais, assistentes sociais, entre outros. A escola, representada pelo articulador, apresenta as demandas dos alunos identificadas pela instituição e a equipe de Saúde da Família e o NASF buscam, de forma interdisciplinar, meios para atender a demanda. O apoio matricial

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

Nas reuniões, as demandas apresentadas a equipe de Saúde da Família eram comuns a todas as escolas, as dificuldades vividas no ambiente escolar estavam relacionadas ao envolvimento com o tráfico de drogas, violência escolar apresentadas na forma de agressões entre os estudantes e estes contra os professores e demais funcionários da escola, evasão escolar, baixo rendimento escolar, negligência por parte da família as crianças e adolescentes, sexualidade, violência intrafamiliar, entre outras. Frente a exposição das demandas torna-se possível discutir nestes momentos conceitos e pré-conceitos referentes aos temas abordados, é possível perceber e refletir que o aluno não é um ser dissociado da sociedade em que ele vive, e sim é reflexo desta sociedade que construímos, e que a trajetória de vida destas crianças e adolescentes são parte integrante deste ser que hoje se apresenta, com suas características e ações.

(...) o ser humano veio se tornando este ser que, para ser, tem de estar sendo. Este ser histórico e cultural que não pode ser explicado apenas pela biologia ou pela genética nem tão pouco apenas pela cultura (...). Este ser social e histórico, que somos nós mulheres e homens,

condicionados, mas podendo reconhecer-se como tal, daí poderemos superar os limites do próprio condicionamento (FREIRE, 2000, p.68).

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

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

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

(...) como toda e qualquer instituição social, deve ser encarada como uma unidade simultaneamente forte e fraca. Forte porque ela é de fato um lócus privilegiado de solidariedades, no qual os indivíduos podem encontrar refugio contra o desamparo e a insegurança da existência. Forte, ainda, porque é nela que se dá, de regra, a reprodução humana, a socialização das crianças e a transmissão de ensinamentos que perduram pela vida inteira das pessoas. Mas ela também é frágil, pelo fato de não estar livre de despotismos, violências, confinamentos desencontros e rupturas. (PEREIRA, 2006, p.36)

Estas questões apresentam-se na fala dos profissionais quando se discute uma situação sobre uma criança e em seguida ouve-se, “mas essa família era tão protetiva o que será que aconteceu?”. Demonstrando assim que na realidade pouco conhecemos acerca da dinâmica familiar das famílias acompanhadas tanto pelo centro de saúde quanto pela escola. Percebemos que no decorrer das discussões há “mesmo uma penalização da família por parte daquelas instituições que deveriam promovê-la” (MIOTO, 2008, p.45).

Os profissionais muitas vezes ao responsabilizarem as famílias não conseguem perceber as suas responsabilidades enquanto instituição, não como um lócus único de proteção, mas como parte integrante deste processo protetivo, buscando de forma intersetorial garantir o direito e a qualidade de vida dos usuários. A Portaria 2.488 de 2011 trata em diversos momentos sobre este compartilhamento de responsabilidade, quando a mesma explicita o processo de trabalho das equipes de atenção básica coloca como atribuição de tal equipe:

Responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde; Praticar cuidado familiar e dirigido a coletividades e grupos sociais que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde doença dos indivíduos, das famílias, coletividades e da própria comunidade (BRASIL, 2011, s/p).

Foi possível perceber que a falta de preparo do articulador escolar dificultava as reuniões, muitas vezes este vinha munido de declarações redigidas pelos professores, sem detalhes e mal construídas, onde não era possível discutir a cerca da demanda levantada. Um exemplo foi que, em uma destas reuniões, a demanda levantada era de que 3 alunos da 3 série, com 8 anos, possuíam sexualidade aflorada, todos da mesma turma, então enquanto saúde questionamos qual era o comportamento destas crianças e o articulador não soube responder, questionamos então qual o entendimento que se tem por sexualidade aflorada e a mesma respondeu com exemplos de alunos que corriam atrás uns dos outros para dar beijo na boca. Refletimos então sobre esta situação de que muitas vezes a criança reproduz o que vê em casa, na televisão, na rua e que isto deve ser trabalhado com naturalidade sem muita ênfase, gerando o questionamento final trabalhar com a criança ou com o professor? Em reflexão posterior percebemos o quão rica seria se os professores pudessem participar das reuniões, se as escolas escolhessem mais de um articulador, uma vez que o ideal é que o articulador conheça a situação/demanda dos alunos. Em outras reuniões participaram articuladores que conheciam as crianças, sabiam suas reais demandas, trazendo situações de alunos de 11 anos que não lêem nem escrevem e com dificuldade de fala, em situação de negligência sendo matriciado e montado uma intervenção interdisciplinar entre pediatra, fonoaudióloga e assistente social, tornando assim uma reunião mais efetiva.

Outro trabalho que tive a possibilidade de acompanhar em algumas das escolas citadas foi o processo de educação permanente em saúde, atividades realizadas

com professores e educandos. Segundo a Política Nacional de Educação Permanente a educação permanente “acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm” (ALBUQUERQUE et al, 2008, p.361).

Este processo foi o mais difícil de ser executado, apesar de estar preconizado pelo PSE e muito discutido na área da saúde. As escolas enquanto parte do processo não participam e não valorizam as propostas voltadas para a educação permanente, por outro lado o profissional de saúde não consegue buscar meios para lidar com esta situação, fazendo com que evite estes processos.

Em uma das escolas acompanhou-se o processo de educação permanente envolvendo pais, alunos e professores. O processo com os pais se deu através de uma reunião após o horário escolar, coordenada pela assistente social do NASF, onde trabalhamos o tema “Violência”. O tema foi sugerido pela própria unidade escolar, segundo esta sua maior demanda, apesar do número pequeno de pais que participaram a proposta foi desenvolvida com grande participação dos presentes e com reflexões muito pertinentes ao tema. Em reflexão após a reunião questionamos a efetividade desta ação, por acreditarmos que o tema deveria ser abordado mais vezes com os mesmos pais e com a possibilidade de aprofundar as discussões, por acreditarmos que a mudança não acontece em um único contato.

Em outro trabalho a ser realizado com os professores sobre o tema “violência e bullying”, não foi possível ser efetivado, uma vez que na reunião para a qual a assistente social do NASF foi convidada a trabalhar o tema, a diretora da unidade escolar disponibilizou 10 minutos para apresentar o tema. A profissional entendeu que o tempo disponibilizado não era suficiente para a abordagem e foi necessário agendar a discussão para outra data, além do que ao chegar à escola os professores não haviam sido avisados da atividade.

Na mesma unidade escolar os residentes³ realizaram um trabalho com as crianças e segundo os mesmos a maioria dos professores não participaram das atividades, não permaneceram nas salas de aula durante a atividade.

Em análise destes dois últimos relatos percebemos que existe uma dificuldade de entendimento dos profissionais acerca do PSE, como o programa foi construído de forma vertical existe também uma dificuldade de adesão ao programa, os

³ Integrandes do programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

profissionais não participaram desta construção. Sendo assim o programa não prevê as dificuldades de inserção nas atividades cotidianas das unidades escolares e dos centros de saúde, além disso não existe um momento de discussão sobre o programa e como operacionalizá-lo dentro das possibilidades existentes entre as políticas de saúde e de educação.

Como não existe este entendimento acerca do programa percebi que existe uma responsabilização da saúde por suprir todas as demandas existentes nas escolas, sendo assim existe uma maior adesão nas atividades de matriciamento. E muitas situações matriciadas poderiam ser supridas através da educação permanente, pois muitas situações seriam resolvidas se fossem enfrentadas de maneira diferente pelos profissionais da educação.

Por parte do Estado, devido à sua estrutura setorial burocrática, qualquer tentativa de ações ministeriais conjuntas de gestão e execução compartilhada de políticas públicas encontra barreiras tanto políticas (em que cada pasta deseja maximizar seus próprios resultados e ações) quanto técnicas (pela hierarquia funcional existente nos ministérios e pela forma como são elaboradas as peças orçamentárias pelos órgãos da administração). (BRASIL, 2007, p.80).

3.2 INDICAÇÕES SOBRE A RELAÇÃO INTERSETORIAL ENTRE A POLÍTICA DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL ATRAVÉS DO CRAS E CREAS

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

Art. 203. A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivos: I - a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice; II - o amparo às crianças e adolescentes carentes; III - a promoção da integração ao mercado de trabalho; IV - a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária; V - a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria

manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei (BRASIL, 1988, s/p).

A assistência social foi regulamentada através da Lei n. 8.742 de 7 de dezembro de 1993 – Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS). A referida lei define a política de assistência social e seus objetivos, segundo os artigos 1º e 2º:

Art. 1º A assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas. Art. 2º A assistência social tem por objetivos: I - a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice; II - o amparo às crianças e adolescentes carentes; III - a promoção da integração ao mercado de trabalho; IV - a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária; V - a garantia de 1 (um) salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família. Parágrafo único. A assistência social realiza-se de forma integrada às políticas setoriais, visando ao enfrentamento da pobreza, à garantia dos mínimos sociais, ao provimento de condições para atender contingências sociais e à universalização dos direitos sociais (BRASIL, 1993, s/p).

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

Art. 4º A assistência social rege-se pelos seguintes princípios: I - supremacia do atendimento às necessidades sociais sobre as exigências de rentabilidade econômica; II - universalização dos direitos sociais, a fim de tornar o destinatário da ação assistencial alcançável pelas demais políticas públicas; III - respeito à dignidade do cidadão, à sua autonomia e ao seu direito a benefícios e serviços de qualidade, bem como à convivência familiar e comunitária, vedando-se qualquer comprovação vexatória de necessidade; IV - igualdade de direitos no acesso ao atendimento, sem discriminação de qualquer natureza, garantindo-se equivalência às populações urbanas e rurais; V - divulgação ampla dos benefícios, serviços, programas e projetos assistenciais, bem como dos recursos oferecidos pelo Poder Público e dos critérios para sua concessão. Art. 5º A organização da assistência social tem como base as seguintes diretrizes: I - descentralização político-administrativa para os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, e comando único das ações em cada esfera de governo; II - participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis; III - primazia da responsabilidade do Estado na condução da

política de assistência social em cada esfera de governo (BRASIL, 1993, s/p).

Posteriormente em 2003 aconteceu a IV Conferência Nacional de Assistência Social, tendo como tema a “Assistência Social como Política de Inclusão: uma Nova Agenda para a Cidadania – LOAS 10 anos” e trouxe como deliberação a implantação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Esta conferência

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

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

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

No ano seguinte em 2004, através da Resolução nº 145 foi aprovado pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) em reunião de colegiado a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), que explicitava o interesse no cumprimento da deliberação da IV Conferência Nacional de Assistência Social, a intenção de implementar o SUAS. A decisão do MDS

(...) por intermédio da Secretaria Nacional de Assistência Social – SNAS e do Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS, de elaborar, aprovar e tornar pública a presente Política Nacional de Assistência Social – PNAS, demonstra a intenção de construir coletivamente o redesenho desta política, na perspectiva de implementação do Sistema Único de Assistência Social – SUAS. Esta iniciativa, decididamente, traduz o cumprimento das deliberações da IV Conferência Nacional de Assistência Social (...), e denota o

compromisso do MDS/SNAS e do CNAS em materializar as diretrizes da Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS (BRASIL, 2005, p.11)

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

A fim de organizar a proteção social a PNAS divide esta em Proteção Social Básica e Proteção Social Especial, estando esta última subdividida em Proteção Social Especial de Media Complexidade e Proteção Social Especial de Alta Complexidade, respeitando as diretrizes presentes na Constituição Federal de 1988 e na LOAS, sendo elas:

I - Descentralização político-administrativa, cabendo a coordenação e as normas gerais à esfera federal e a coordenação e execução dos respectivos programas às esferas estadual e municipal, bem como a entidades beneficentes e de assistência social, garantindo o comando único das ações em cada esfera de governo, respeitando-se as diferenças e as características socioterritoriais locais; II – Participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis; III – Primazia da responsabilidade do Estado na condução da Política de Assistência Social em cada esfera de governo; IV – Centralidade na família para concepção e implementação dos benefícios, serviços, programas e projetos (BRASIL, 2005, p.32).

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

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

Prevê ainda o desenvolvimento de serviços, programas e projetos locais de acolhimento, convivência familiar e comunitária, conforme identificação da situação de risco social apresentada.

O Benefício de Prestação Continuada (BPC) e os benefícios eventuais fazem parte da proteção social básica, ambos regulamentados na LOAS nos artigos 20 e 22 respectivamente. O BPC é um benefício da assistência social, administrado pela previdência social que constitui na garantia de um salário mínimo para idosos a partir de 65 anos e para pessoas com deficiência que não tenham meios de prover seu sustento, observando o critério de renda para o acesso – renda per capita de $\frac{1}{4}$ do salário mínimo.

A alteração do limite de idade do idoso para concessão do BPC sofreu ocorreu na I Conferência Nacional de Assistência Social em 1995, propondo a alteração da idade de 70 para 60 anos na área urbana e de 70 para 55 anos na área rural. Posteriormente na III e IV Conferência Nacional de Assistência Social propuseram a alteração da idade de 67 para 65 anos e gradativa até 60 anos, no ano de 2008 e em 2005 a V Conferência propôs a redução da idade mínima para concessão do BPC de 65 para 60 anos.

Os benefícios eventuais são provisões de responsabilidade do Estado que tem por objetivo dar cobertura em determinadas situações temporárias que resultam em vulnerabilidade social, decorrentes em sua maioria do momento de vida que se encontra o usuário.

Art. 22. Entendem-se por benefícios eventuais aqueles que visam ao pagamento de auxílio por natalidade ou morte às famílias cuja renda mensal per capita seja inferior a $\frac{1}{4}$ (um quarto) do salário mínimo. § 1º A concessão e o valor dos benefícios de que trata este artigo serão regulamentados pelos Conselhos de Assistência Social dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, mediante critérios e prazos definidos pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS). § 2º Poderão ser estabelecidos outros benefícios eventuais para atender necessidades advindas de situações de vulnerabilidade temporária, com prioridade para a criança, a família, o idoso, a pessoa portadora de deficiência, a gestante, a nutriz e nos casos de calamidade pública. § 3º O Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), ouvidas as respectivas representações de Estados e Municípios dele participantes, poderá propor, na medida das disponibilidades orçamentárias das três esferas de governo, a instituição de benefícios subsidiários no valor de até 25% (vinte e cinco por cento) do salário mínimo para cada criança de até 6 (seis) anos de idade, nos termos da renda mensal familiar estabelecida no caput. (BRASIL, 1993, s/p).

A PNAS aborda a intersetorialidade no momento em que afirma que os programas, projetos e serviços devem se comunicar e se articular com a proteção social especial e para além da política de assistência social, com as demais políticas públicas, como meio para a superação da situação de vulnerabilidade social.

Os serviços, programas, projetos e benefícios de proteção social básica deverão se articular com as demais políticas públicas locais, de forma a garantir a sustentabilidade das ações desenvolvidas e o protagonismo das famílias e indivíduos atendidos, de forma a superar as condições de vulnerabilidade e a prevenir as situações que indicam risco potencial. Deverão, ainda, se articular aos serviços de proteção especial, garantindo a efetivação dos encaminhamentos necessários (BRASIL, 2005, p. 35).

Tais serviços de proteção social básica serão executados diretamente pelos CRAS e indiretamente pelas entidades e organizações de assistência social pertencentes ao território. O CRAS é uma unidade estatal, que assim como a saúde trabalha com um território e uma população adscrita e está localizado em áreas de vulnerabilidade social, trabalhando com famílias e indivíduos seguindo o que está preconizado na LOAS, concedendo primazia ao convívio familiar e comunitário e responsável pela disponibilização do programa de Atenção Integral as Famílias (PAIF). O CRAS configura-se como porta de entrada para o sistema de proteção social, salvo em casos de violação de direitos.

Segundo Vaitsman, Andrade e Farias (2005, p.738) entre os anos de 2003 e 2008, foram implantados 3.910 CRAS financiados pelo Governo Federal, distribuídos em 3.187 municípios, correspondendo a 57% dos municípios brasileiros. Além destes há ainda, aproximadamente, outros 1.200 CRAS financiados exclusivamente com recursos municipais e estaduais, totalizando 5.110 CRAS.

A PNAS divide os municípios em pequeno, médio e grande porte. Segundo a referida política as nomenclaturas e dados são as mesmas utilizadas pelo “IBGE, agregando-se outras referências de análise realizadas pelo Centro de Estudos das Desigualdades Socioterritoriais, bem como pelo Centro de Estudos da Metrópole sobre desigualdades intraurbanas e o contexto específico das metrópoles” (BRASIL, 2005, p.45). Esta divisão é utilizada pelo município para que o mesmo tenha referência para implantação de mecanismos de proteção social.

O município de pequeno porte 1 é aquele que possui uma população de até 20.000 habitantes, com até 5.000 famílias - normalmente estes municípios possuem outras cidades de maior porte da mesma região como referência, neste caso necessitam de uma rede pequena de proteção social básica. Normalmente estes lugares não apresentam demanda para a proteção social especial, sendo assim este serviço deve ser referenciado para regiões que possuam este atendimento. O município de pequeno porte 2 é aquele que possui população entre 20.001 a 50.000 habitantes, com uma média de 5.000 a 10.000 famílias, mantendo o mesmo nível de proteção social dos municípios de pequeno porte 1. (BRASIL, 2005)

O município de médio porte é aquele que possui uma população entre 50.001 a 100.000 habitantes, com 5.000 a 10.000 famílias, esses municípios necessitam de uma rede mais ampla de proteção social básica, embora ainda seja referenciado para municípios maiores, quando necessidade de uma rede de proteção especial, assemelhando-se assim aos municípios de pequeno porte 1 e 2. Porém neste caso já existe a orientação para um convênio intermunicipal para a oferta deste tipo de proteção, visto que se podem agregar diversos municípios. (BRASIL, 2005)

O município de grande porte é aquele que possui uma população entre 101.000 e 900.000 habitantes, com 25.000 a 50.000 famílias, neste caso a rede assistencial deve ser mais completa, sendo necessária uma rede de proteção básica e especial de média e alta complexidade. (BRASIL, 2005)

As metrópoles são os municípios que possuem uma população com mais de 900.000 habitantes, com mais de 250.000 famílias, com estas características o município deve possuir os mesmos serviços assistenciais dos municípios de grande porte. (BRASIL, 2005)

Atualmente segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) Florianópolis possui uma população de 421.240 habitantes, caracterizando-se como um município de grande porte, contamos com proteção básica e especial de média e alta complexidade. Em relação à proteção social básica, a cidade possui 13 CRAS conforme indica a Tabela 3.

Tabela 3: Distribuição dos CRAS em Florianópolis conforme área de abrangência - 2012

CRAS	Endereço	Bairro
CRAS Centro I	Rua Professora Maria Júlia Franco, 281	Prainha
CRAS Centro II	Rua Professor Enoé Schutel, 238 –	Trindade

CRAS Leste I	Rodovia Amaro Antônio Vieira, 1916	Itacorubi
CRAS Continental I	Rua Marechal Câmara c/a Rua Dr. Heitor Blum, 115	Estreito
CRAS Continental II	Rua Campolino Alves, 335	Capoeiras
CRAS Continental III	Rua José Joaquim de Santana, 66	Abraão
CRAS Continental IV	Rua José Luiz Vieira, 592	Jardim Atlântico
CRAS Sul I	Rua João Motta Espezim, 1322	Saco dos Limões
CRAS Sul II	Rua das Pérolas, 271	Tapera
CRAS Sul III	Rua Osvaldo Joaquim Antunes, 95	Rio Tavares
CRAS Norte I	Rodovia SC – 401, km 18, 17500	Canasvieiras
CRAS Norte II	Rua Fruta Verde com Abílio Nunes Vieira, 71	Ingleses
CRAS Norte III	Rua Vergílio Várzea, 2050	Monte Verde

Fonte: PMF (2012).

Segundo a PNAS:

O CRAS atua com famílias e indivíduos em seu contexto comunitário, visando a orientação e o convívio sociofamiliar e comunitário. Neste sentido é responsável pela oferta do Programa de Atenção Integral às Famílias. Na proteção básica, o trabalho com famílias deve considerar novas referências para a compreensão dos diferentes arranjos familiares, superando o reconhecimento de um modelo único baseado na família nuclear, e partindo do suposto de que são funções básicas das famílias: prover a proteção e a socialização dos seus membros; constituir-se como referências morais, de vínculos afetivos e sociais; de identidade grupal, além de ser mediadora das relações dos seus membros com outras instituições sociais e com o Estado (BRASIL, 2005, p. 35).

Além do PAIF o CRAS deve desenvolver as seguintes atividades:

(...) prestar informação e orientação para a população de sua área de abrangência, bem como se articular com a rede de proteção social local no que se refere aos direitos de cidadania, mantendo ativo um serviço de vigilância da exclusão social na produção, sistematização e divulgação de indicadores da área de abrangência do CRAS, em conexão com outros territórios. Realiza, ainda, sob orientação do gestor municipal de Assistência Social, o mapeamento e a organização da rede socioassistencial de proteção básica e promove a inserção das famílias nos serviços de assistência social local. Promove também o encaminhamento da população local para as demais políticas públicas e sociais, possibilitando o desenvolvimento de ações intersectoriais que visem a sustentabilidade, de forma a romper com o ciclo de reprodução intergeracional do processo de exclusão social, e evitar que estas famílias e indivíduos tenham seus direitos violados, recaindo em situações de vulnerabilidades e riscos (BRASIL, 2005, p. 35).

Os serviços oferecidos pelo CRAS devem potencializar as famílias, desenvolvendo ações de fortalecimento de vínculo, visando à convivência, a socialização e o acolhimento, em famílias cujos vínculos familiares e comunitários não foram rompidos, bem como a promoção da integração do indivíduo ao mercado de trabalho, abrangendo procedimento psicológico e social, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida das famílias.

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

Programa de Atenção Integral às Famílias; Programa de inclusão produtiva e projetos de enfrentamento da pobreza; Centros de Convivência para Idosos; Serviços para crianças de 0 a 6 anos, que visem o fortalecimento dos vínculos familiares, o direito de brincar, ações de socialização e de sensibilização para a defesa dos direitos das crianças; Serviços socioeducativos para crianças, adolescentes e jovens na faixa etária de 6 a 24 anos, visando sua proteção, socialização e o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários; Programas de incentivo ao protagonismo juvenil, e de fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários; Centros de informação e de educação para o trabalho, voltados para jovens e adultos (BRASIL, 2005, p. 36).

Em Florianópolis buscando atender as orientações das PNAS os serviços oferecidos pelo CRAS⁴ são os seguintes:

- Programa de Atenção Social Assistencial (PASA)

O Programa tem por objetivo proporcionar às famílias em situação de vulnerabilidade e risco social, residentes em Florianópolis, o acesso a benefícios e serviços básicos de assistência social. Tais como, cesta básica, fraldas, vale transporte para tratamento de saúde, aluguel social, calamidade pública e situação de emergência, auxílio natalidade e auxílio funeral, sendo que estes dois últimos benefícios devem ser solicitados junto à Secretaria Municipal de Assistência Social, os demais diretamente no CRAS.

- PAIF

Trabalho social com famílias, de caráter continuado, com a finalidade de fortalecer a função protetiva das famílias, prevenir a ruptura dos seus vínculos, promover seu acesso e usufruto de direitos e contribuir na melhoria de sua qualidade de

⁴Todos os programas descritos como oferecidos pelos CRAS tem como referência o site institucional da Secretaria de Assistência Social da Prefeitura Municipal de Florianópolis: <http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/semas/index.php?cms=protecao+social+basica>.

vida. Prevê o desenvolvimento de potencialidades e aquisições das famílias e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, por meio de ações de caráter preventivo, protetivo e proativo. Atende a famílias em situação de vulnerabilidade e risco social residentes nos territórios de abrangência dos CRAS, em especial: Famílias beneficiárias de programas de transferência de renda e benefícios assistenciais; Famílias que atendem os critérios de elegibilidade a tais programas ou benefícios, mas que ainda não foram contempladas; Famílias em situação de vulnerabilidade em decorrência de dificuldades vivenciadas por algum de seus membros; Pessoas com deficiência e/ou pessoas idosas que vivenciam situações de vulnerabilidade e risco social.

- PBF

Programa de transferência de renda do Governo Federal executado pela Prefeitura Municipal e atende famílias em situação de pobreza e extrema pobreza com renda familiar per capita de até R\$ 140,00 (cento e quarenta reais) mensais, e está baseado na garantia de renda, inclusão produtiva e no acesso aos serviços públicos.

- Centro Multiuso Capoeiras

As ações ocorrem através de uma rede social de atendimento, onde programas e projetos estão articulados para que a política de inclusão social, digital e produtiva seja viabilizada. Atende a população da região continental. O Centro Multiuso de Capoeiras agrega: Escola Profissional Feminina; Telecentro Digital; e Centro de Convivência de Idosos.

- Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos – 06 a 15 anos – Centros de Educação Complementar/CEC

É um serviço desenvolvido a crianças e adolescentes no contra-turno escolar, tendo como foco a construção de espaços de convivência preferencialmente na própria comunidade, para oportunizar experiências que favoreçam a socialização e o desenvolvimento das potencialidades. Desenvolvendo atividades artísticas, culturais, esportivas e recreativas, envolvendo dança, música, teatro, jogos, brincadeiras, desenho e pintura, além do apoio pedagógico. Atende a famílias encaminhadas da proteção social básica e especial, famílias beneficiárias do PBF e famílias inscritas no Cadastro Único.

- Programa Viver Ativo

Tem como objetivo melhorar a qualidade de vida da população idosa, visando à manutenção e melhora da capacidade funcional para realização das atividades

básicas da vida diária e integração social. Atende a grupos de convivência cadastrados no Conselho Municipal do Idoso, grupos de ginástica para idosos, Instituição de Longa Permanência (ILPI) de Ação Social do município de Florianópolis.

- Programa de Apoio aos Grupos de Convivência de Idosos

Acompanhamento da equipe técnica aos Grupos de Convivência de Idosos, cadastrados na Gerência de Ações Sociopedagógicas, através da orientação quanto à organização e suporte para sua manutenção.

- Carteira Interestadual do Idoso

É um instrumento de comprovação para o acesso ao benefício estabelecido pelo Estatuto do Idoso, que garante a gratuidade e/ou desconto de 50% no valor das passagens no transporte interestadual para idosos com 60 anos ou mais idade. Tendo direito ao benefício as pessoas idosas que não tenham como comprovar a renda igual ou inferior a 02 (dois) salários mínimos.

- Programa de Integração Social

Em datas comemorativas, organiza e realiza eventos, com o intuito de promover atividades de lazer, educativas e culturais, fortalecendo vínculos culturais e sociais, melhorando a qualidade de vida dos participantes. Atende a população referenciada ao CRAS que está promovendo o evento.

- Projovem Adolescente

Tem como objetivo geral assegurar proteção social e promover a defesa e afirmação dos direitos à emancipação, autonomia e cidadania, propiciando aprendizagens que são construídas na interação entre os sujeitos e o contexto social, cultural, econômico e histórico em que os jovens estão inseridos. Busca criar oportunidades de identificação de interesses e talentos dos jovens; Desenvolver capacidades e potencialidades dos jovens, mediante apropriação e sistematização de informações e conhecimentos para atuação crítica e pró-ativa no mundo do trabalho e em seu meio social; Promover o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários. Atende a Jovens entre 15 a 17 anos, selecionados dentre as famílias beneficiárias do PBF e/ou em situação de risco, independentemente de renda, encaminhados pelo CREAS, Conselho Tutelar ou Ministério Público (egressos ou sob medida de sócioeducativa em meio aberto ou egressos de medida sócioeducativa de internação ou semi-liberdade, egressos do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI) ou de programa de enfrentamento ao abuso e à exploração sexual).

- Programa Cartão Passe Rápido do Idoso

O cartão foi instituído por lei municipal, que garante ao idoso com 65 anos possa usufruir da gratuidade no transporte público municipal com acessibilidade.

A proteção social especial destina-se a famílias e indivíduos que já possuem seus direitos violados, tratando-se de um serviço protetivo. Como citado anteriormente esta se subdivide em média e alta complexidade.

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

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

Buscando seguir esta orientação o município de Florianópolis através do CREAS oferece os seguintes serviços⁵:

- Centro de Referência de Atendimento da Mulher em Situação de Violência - é um equipamento essencial do programa de prevenção e enfrentamento à violência contra a mulher, oferecendo espaço de acolhimento e atendimento social, psicológico e orientação jurídica individual ou em grupo, visando promover a ruptura da situação de violência. Atende a mulheres com faixa etária entre 18 e 59 anos e que se encontre em situação de violência doméstica.

- Programa de Atendimento Especializado às Famílias e Indivíduos (PAEFI) - tem como objetivo geral fornecer atendimento psicossocial a crianças e adolescentes vítimas de violência e suas famílias. Atende às crianças e adolescentes

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

vítimas de qualquer tipo de violência, abuso e/ou exploração visando garantir os seus direitos fundamentais, o fortalecimento de sua auto-estima e o restabelecimento do direito a convivência familiar.

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

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

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

- Centro de Atenção e Prevenção a Violência contra a Pessoa Idosa (CIAPREVI) – PAEFI/IDOSO - realiza atendimento psicossocial ao idoso (a partir de 60 anos) em situação de violência, e sua família, visando à proteção e defesa de seus direitos, o fortalecimento da estrutura e dos vínculos familiares. Desenvolve ações de acolhida aos idosos e família, averiguação de denúncias, estudo e diagnóstico psicossociais, acompanhamento e orientações aos idosos e familiares, visitas domiciliares, mediação de conflitos familiares, notificação ao Ministério Público e outros órgãos de justiça e articulação com a rede de serviços. Desenvolve ainda, ações preventivas e capacitação de recursos humanos.

- Projeto de Atendimento ao Dependente Químico (PROADQ) - trabalha através da abordagem de rua, com o objetivo de possibilitar o resgate do vínculo de crianças, adolescentes e adultos em situação de rua, com segmentos organizados da comunidade, evitando sua exposição aos riscos que esta forma de sobrevivência oferece. Busca proporcionar também a esta população com transtornos

decorrentes do uso/abuso ou dependência de substâncias psicoativas o acesso a serviços de qualidade, no que tange a triagem, tratamento e recuperação.

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

- Núcleo de Apoio a Família (NAF Rodoviário) - serviço destinado a pessoas ou famílias migrantes vulnerabilizadas sócioeconomicamente, desenvolvendo: triagem, orientação, encaminhamento aos serviços socioassistenciais e concessão de passagens terrestres intermunicipais e interestaduais. Este serviço tem como objetivo reencaminhar usuários em situação de rua para suas cidades de origem e/ou reintegração familiar.

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

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

Em Florianópolis o município oferta os seguintes serviços⁶:

- Casa de Apoio Social ao Morador de Rua

Destina-se ao acolhimento de pessoas com idade acima de 18 anos, do sexo masculino, em situação de rua, com vínculos familiares fragilizados e/ou rompidos; encaminhados pelo CENTRO POP. A capacidade instalada é de 30 (trinta) pessoas

⁶ As informações referentes aos serviços e seu funcionamento foram retiradas do site institucional da Secretaria de Assistência Social da Prefeitura Municipal de Florianópolis: <http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/semas/index.php?cms=protecao+social+de+alta+complexidade>.

diariamente, num período de 24 horas ininterruptas. O oferecimento deste serviço proporciona ao usuário o acolhimento no que refere aos cuidados básicos de higiene pessoal, alimentação, pernoite, acompanhamento especializado a condição muitas vezes debilitada pela ausência de saúde física/emocional, associada ao uso/abuso de álcool e outras drogas e a sua condição geral de vida na rua. Ainda como proposta de inclusão social a Casa de Apoio oferece seu espaço para o acolhimento às pessoas que após tratamento em dependência química nas comunidades terapêuticas, necessitam de apoio no que refere à reinserção no mercado de trabalho, na família e na sociedade.

- Casa de Passagem

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

No município de Florianópolis os serviços de Casa Lar e República são oferecidos por Organizações Não Governamental (ONG) em parceria com a Prefeitura, recebendo repasse de verba da mesma para a execução do serviço. As Medidas socioeducativas restritivas e privativas de liberdade (semiliberdade, internação provisória e sentenciada) são oferecidas pelo Governo de Estado através do Centro de Atendimento Socioeducativo da Grande Florianópolis (Case).

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

A presente Norma Operacional consagra os eixos estruturantes para a realização do pacto a ser efetivado entre os três entes federados e as instâncias de articulação, pactuação e deliberação, visando a implementação e consolidação do SUAS no Brasil. (...) é um resultado incontestado de onze anos de formulação e debate na área da Assistência Social com centralidade e premência para o processo de consolidação da Política Nacional de Assistência Social sob a égide do Sistema Único em curso (BRASIL, 2005, p.79).

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

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

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

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

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

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

A fragmentação e setorização das políticas públicas e a burocracia para acesso do usuário aos serviços dificulta que o mesmo acesse seus direitos, muitas vezes

submete o mesmo a ter que explicar sua situação para diversos profissionais sem que sua demanda seja atendida de forma integral, tornando os serviços poucos resolutivos.

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

Foi por compartilhar deste entendimento da importância da intersetorialidade que surgiu a articulação intersetorial entre NASF e CRAS, a iniciativa partiu da Assistente Social do NASF do Distrito Sanitário Centro em procurar a assistente social do CRAS Centro I, em princípio para discutir dois pontos: 1) a diferenciação entre a demanda atendida pelo NASF e a demanda atendida pelo CRAS, o que é de responsabilidade de cada serviço, e 2) a pactuação de fluxos.

Seguindo a análise de Schutz e Miotto (2010) este processo acima descrito trata-se da intersetorialidade como prática, visto que tais construções partem dos profissionais dos serviços e tem como objetivo criar possibilidades na abordagem das demandas da população.

Esta iniciativa é de suma importância visto que ainda confunde-se muito qual o papel do assistente social da saúde e qual o papel do assistente social da assistência social, esta discussão faz-se necessária visto que a população atendida é a mesma e as demandas que chegam às duas unidades, em sua maioria, são também as mesmas. Sendo assim é essencial que se compreenda o local onde está inserido o assistente social na área da saúde – NASF, entender que este não é porta de entrada e que seu papel acima de tudo está diretamente interligado as equipes de Saúde da Família e em alguns casos ao atendimento direto ao usuário, conforme discutido na seção anterior. O profissional do CRAS ao contrário está diretamente ligado a população, uma vez que é porta de entrada para o serviço de assistência social, salvo os casos de violação de direitos. Este profissional possui um maior vínculo com a população, tem

um conhecimento mais amplo acerca do território. Podemos assim perceber que seus objetivos não são os mesmos por mais que em diversas vezes acabem por orientar e atender a mesma demanda.

Após este entendimento, parte-se para a pactuação de fluxos que é de suma importância para a agilidade e a superação burocrática existente nas políticas para o atendimento integral ao usuário, porém esta pactuação ainda está em construção.

Em relação ao trabalho intersetorial entre NASF e CRAS, foram realizadas reuniões com representantes das políticas sociais para matriciamento e pactuação de fluxos e atividades a serem realizadas em conjunto entre os serviços. Destas reuniões, reorganizaram-se as atribuições de cada serviço e otimizou-se os serviços oferecidos à população atendida (MARTINI, 2012, s/p)

Outro ponto a ser trabalhado é o trabalho em conjunto, uma vez que se trata de um território comum para ambas as políticas sociais. Segundo Martini (2012, s/p):

Com a ampliação dos CRAS, entre os anos de 2010 e 2011, viu-se necessária a organização dos mesmos conforme a divisão de territórios já estabelecida para os centros de saúde, facilitando, desta forma, a integração entre os serviços das duas áreas e fez-se necessária a pactuação de fluxos de atenção entre as diferentes áreas de atenção: saúde, educação e assistência social, otimizando os recursos existentes.

Um trabalho na perspectiva de dividir responsabilidades, de discutir situações de usuários e principalmente traçar um plano de ação para o atendimento e acompanhamento dos usuários. Facilitaria o trabalho dos profissionais se os usuários fossem acompanhados conjuntamente, ao invés de cada setor fazer seu trabalho e no final de seu atendimento encaminhá-lo. Este acompanhamento desarticulado cria um ciclo para o usuário, o mesmo oscila entre o atendimento da assistência social e da saúde.

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

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

mas também entre outras áreas de política social.

Em relação à articulação entre CREAS e NASF acredito que esta não obteve muitos avanços além de um passo inicial na perspectiva de abrir caminhos para o diálogo entre os profissionais de ambos os setores e de trazer a reflexão acerca da importância de tal articulação.

Todas as articulações realizadas com o CREAS foram para discutir situações de usuários em atendimento pelo NASF e que estão em acompanhamento, já foram acompanhados ou ainda aguardam para acompanhamento em demanda reprimida. Ou ainda em situação inversa quando o usuário está sendo atendido no CREAS e já foi acompanhado ou está em acompanhamento pelo NASF. Em ambos os casos existe apenas uma discussão pontual sobre a situação de determinados usuários. O processo com o CREAS apresenta diversas dificuldades, a política é muito burocrática e fragmentada neste setor, um exemplo é que os profissionais que trabalham no atendimento a crianças e adolescentes com direitos violados trabalham em duplas e cada dupla atende um determinado número de usuários, não tendo conhecimento do todo e nem mesmo dos demais usuários que são atendidos. Dificultando a própria discussão de situações, uma vez que os profissionais que ali estão discutindo naquele dado momento, não conseguem dar respostas a outros casos que não estejam atendendo. No atendimento ao idoso não é diferente, cada profissional é responsável por um determinado número de usuários, muitas vezes não tendo conhecimento do atendimento realizado pelo colega. Um exemplo é que em contato com o CIAPREVI para discutir a situação de um determinado idoso, foi preciso de mais de um contato visto que quem atendia não era a responsável pelo caso e não sabia dar informações.

Sendo assim percebemos que:

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

Entendendo a intersetorialidade como uma maneira efetiva de resolubilidade das demandas da população é que percebemos a existência de diversas possibilidades de ações intersetoriais dentro do território do Distrito Sanitário Centro, conforme apontamos no subitem seguinte.

3.3 INDICAÇÕES SOBRE AS POSSIBILIDADES DE AÇÕES INTERSETORIAIS ENTRE O NASF E AS DEMAIS POLÍTICAS PÚBLICAS

Entendemos que a intersetorialidade deveria estar presente em todas as políticas públicas existentes, de maneira articulada os setores deveriam estar diretamente interligados, mas visto que atualmente essa relação não acontece, percebemos possibilidades de ações e enquanto possibilidades começaremos apontando necessidades da participação de outros setores nas ações intersetoriais já existentes e posteriormente citaremos as possibilidades a serem construídas.

Enquanto possibilidade já existente, o PSE é um avanço se tratando de intersetorialidade, é o começo de uma intenção de intersetorialidade envolvendo duas políticas públicas como saúde e educação, porém esta ação deve ser repensada e outros setores deveriam fazer parte desta iniciativa. O CRAS seria uma unidade essencial nas discussões realizadas no PSE, pela proximidade que este tem da comunidade, pelo vínculo que possui com as famílias e pelo acompanhamento que este realiza com a comunidade. Estas questões facilitariam o trabalho executado no PSE, além de que os momentos de discussão entre a saúde, a educação e a assistência social poderiam ser momentos de conhecimento e discussão de demandas a serem trabalhadas em conjunto na comunidade e momentos de se pensar estratégias de ação com vistas à melhoria da qualidade de vida da população e da diminuição das desigualdades sociais.

Percebo que muitas escolas e a saúde muitas vezes percebem esta necessidade, uma vez que em diversas reuniões foi citado que seria muito importante o CRAS estar presente, porém não conseguem ir além do que está preconizado no PSE. Como exceção na reunião do PSE que tive a oportunidade de participar onde o Instituto Estadual de Educação (IEE), por iniciativa da escola, convidou o CRAS a participar, foi muito interessante e importante. Nesta reunião ficou evidente de que o CRAS não está

presente no PSE, mas se faz necessário sua articulação. Esta articulação se faz necessário por acreditarmos que as políticas públicas isoladas não conseguem atender seus objetivos. Assim como a saúde não consegue dar respostas as suas demandas enquanto política isolada, necessita para tais respostas a articulação com as demais políticas existentes, a educação segue o mesmo pensamento, é muito difícil pensar em educação somente dentro dos muros da escola.

(...) intersectorialidade como estratégia de gestão educativa mais afinada ao desafio de implementar educação integral nos dias de hoje, sobretudo em face do conjunto de leis e iniciativas que pretendem dar conta da proteção integral de crianças e adolescentes. Tal abordagem busca compreender que a escola tem exercido, ao longo da história, um papel reconhecido na educação das novas gerações. Entretanto, ainda que ela alcance o máximo de sua efetividade, encontra limitações em face dos desafios educativos contemporâneos, ou seja, o desenvolvimento integral e suas implicações. Ao mesmo tempo, uma gestão intersectorial explicita a heterogeneidade de agentes educativos que, atuando em diferentes espaços e com estratégias pedagógicas diversas, compõem o conjunto de esforços para o alcance do desenvolvimento integral (GOUVEIA, 2009, p.10).

Outra possibilidade de ação intersectorial, se coloca entre a saúde – NASF e a política de habitação, visto que muitas das demandas referente à habitação acabam sendo atendidas pela ESF e pelo assistente social do NASF. A intersectorialidade está presente nos princípios e diretrizes da Política Nacional de Habitação expressa no Caderno MCidades n. 4, quando coloca que:

A implementação da Política Nacional de Habitação implica em um novo desenho político institucional, a partir dos princípios da descentralização, territorialização, intersectorialidade, participação e desenvolvimento institucional, e na elaboração e implementação de um Plano Nacional de Habitação que considere as grandes disparidades sociais e regionais existentes no País (BRASIL, 2004, p.58).

Tal articulação prevista entre as políticas se faz necessário para a garantia do direito do cidadão a uma moradia digna. Sendo que esta articulação facilitaria o trabalho dos profissionais bem como seria uma possibilidade de desburocratizar o acesso a política de habitação. Um usuário acompanhado pela ESF e diagnosticado que diverso problema de seu estado de saúde está relacionado à sua residência e este é encaminhado ao NASF, o assistente social entra em contato com a os profissionais da política de

habitação, em alguns casos envia relatório situacional, porém existe a necessidade da visita da assistente social da habitação na residência do usuário para que depois seja verificado o que pode ser feito. Se houvesse uma articulação entre tais políticas, o relatório da assistente social da saúde deveria ser suficiente para que já se encaminhassem possíveis procedimentos para que a demanda fosse resolvida, diminuindo assim a burocracia e automaticamente o tempo que o usuário tem de esperar. Em relação a esta situação apresentada Nascimento (2010, p.114) diz que:

Na análise da política de saúde, observou-se que ela se relaciona com as políticas de saneamento ambiental e assistência social. É considerada de extrema importância a relação dessa política com a habitação, já que as condições de saúde de um morador também está relacionada às condições de habitação, ou melhor, de moradia, que abrange todas as demais políticas do quadro.

Na Política Nacional de Habitação está a articulação entre as políticas e entre os profissionais é denominada de “recursos de outra natureza” que possibilitam a eficiência e a efetividade do processo.

O Plano Nacional de Habitação deverá articular e potencializar os programas e ações dos três níveis de governo e as capacidades existentes dos demais agentes sociais afetos ao setor habitacional, ou seja, incorporar, além dos recursos financeiros, recursos de outra natureza que auxiliem nos ganhos de eficiência e efetividade da intervenção (BRASIL, 2004, p. 58).

Pensar na política de habitação nos remete diretamente a outras políticas que diretamente deveriam também estar envolvidos nesse processo de construção intersetorial com a saúde, tais políticas estas relacionadas as questões urbanas, como ambiental, saneamento e mobilidade, como consta na Política Nacional de Habitação, para que a população tenha acesso a cidade.

A Política de Habitação se inscreve dentro da concepção de desenvolvimento urbano integrado, no qual a habitação não se restringe a casa, incorpora o direito à infra-estrutura, saneamento ambiental, mobilidade e transporte coletivo, equipamentos e serviços urbanos e sociais, buscando garantir direito à cidade. (BRASIL, 2004, p.12).

Outra possibilidade de articulação seria com a política de Lazer e Cultura, cultura enquanto manifestações artísticas seja através do cinema, teatro, esportes, dentre outras formas que possa ser trabalhada nas comunidades com a população. Buscando parceria com a prefeitura para que esta propicie as comunidades que estes possam escrever sua estória como autores e personagens, como participantes ativos do mundo em que estão inseridos e que através destes momentos possam inclusive compartilhar estórias e momentos com as outras comunidades, esta relação propiciaria a troca de experiências e até mesmo teria a possibilidade de garantir uma maior interação entre as famílias. Com o NASF esta articulação torna-se mais acessível uma vez que existe o educador físico com integrante da equipe NASF que pode facilitar e participar ativamente deste trabalho nas comunidades. Tal relação entre a política de saúde e a política de lazer e cultura é de suma importância visto que atualmente existe uma carência muito grande nas cidades e principalmente nas comunidades classificadas como áreas de vulnerabilidade social de áreas de lazer, na maioria das vezes nem um local que propicie a prática de esporte existe. Se pararmos para observar perceberemos que na maior parte do tempo as crianças e adolescentes se divertem, brincam em situações precárias, sem segurança e sem as mínimas condições para tal atividade, sendo assim seus direitos estão sendo violados.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

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

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

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

Em muitos momentos a intersetorialidade é utilizada como sinônimo de rede de apoio, porém em nosso entendimento estes são conceitos distintos, pois a intersetorialidade vai muito além das redes de apoio; deve ser uma nova maneira de se pensar as políticas públicas, tornando-se uma estratégica política, complexa muitas vezes, a ser utilizada para romper a fragmentação das políticas públicas e superar a setorização das mesmas.

A partir do princípio da intersetorialidade é possível atender o usuário em sua totalidade, atendendo não só as suas demandas individuais, mas as coletivas também de maneira resolutiva, entender que as demandas dos usuários não são provenientes de uma única política, não são somente problemas de saúde e sim um conjunto de situação que ocorrem no decorrer de sua vida, que envolve mais de um setor, na maioria das vezes envolve diversos setores como saúde, educação, assistência social, habitação, saneamento, educação, trabalho, lazer, dentre outros.

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

se coloca em prática, que apesar de estar presente em praticamente todas as diretrizes das políticas públicas como princípio, é colocada também como função dos profissionais das mais diversas áreas. Não está previsto como a intersetorialidade deve funcionar e principalmente não há previsto fluxos e momentos para que tal situação aconteça, pelo contrário as políticas continuam cada vez mais setorializadas e fragmentadas. Na política de saúde a intersetorialidade vem como função dos profissionais da saúde, segundo Brasil (2009, p.106) “Desenvolver coletivamente, com vistas à intersetorialidade, ações que se integrem a outras políticas sociais (educação, esporte, cultura, segurança, trabalho, lazer)”. Na política de assistência social a intersetorialidade também está posta como responsabilidade dos profissionais, segundo Brasil (2005, p.35) “os serviços, programas, projetos e benefícios de proteção social básica deverão se articular com as demais políticas públicas locais” e estes serviços, programas e projetos são de responsabilidade dos profissionais para a sua execução. Na política de habitação, apesar de não deixar claro que é função dos profissionais, a intersetorialidade está presente nos seus princípios, segundo Brasil (2004, p.58) “princípios da descentralização, territorialização, intersetorialidade, participação e desenvolvimento institucional”. Em nenhum outro momento coloca como será efetivado e nem prevê a efetivação da intersetorialidade, acabando assim sendo desenvolvida de acordo com o interesse dos profissionais que estão a frente de tal política.

Na vivência do campo de estágio podemos observar tal situação, visto que as ações intersetoriais são muito dependentes dos profissionais envolvidos, a relação saúde – assistência social é um exemplo, depende da importância que os profissionais dão para o assunto, tornando-se muitas vezes uma relação entre no assistente social do CRAS Centro com a assistente social do NASF. Toda a pactuação e o entendimento existente entre estes dois setores valem somente para eles, ou seja, pouca influência tal pactuação possui se for conversar com o CRAS Trindade. Tornando assim o trabalho lento e pouco eficiente, visto que será necessário conversar com todos os CRAS pertencentes ao Distrito Sanitário atendido pelo NASF para que se tenha um efetivo impacto dentro de tal território. Diferente seria se tal intersetorialidade fosse pensada enquanto articulação entre políticas públicas, como é o caso do PSE, envolvendo saúde e educação.

Apesar de muitas dificuldades apresentadas no decorrer do trabalho acerca do PSE, não se pode deixar de considerar que tal programa é um grande avanço quando

se fala de intersetorialidade. Muito incipiente ainda e com muitas alterações e considerações a serem feitas, porém é um programa que pensou a intersetorialidade enquanto política, que prevê momentos para que tal situação ocorra, delimita a função de cada setor e principalmente prevê que os dois setores trabalhem juntos. A dificuldade de se efetivar tal programa e o envolvimento dos profissionais devem ser analisados como um processo em andamento, uma vez que desde que surgiu o programa em 2007 até agora apenas 5 anos se passaram, tempo relativamente pequeno frente as décadas de políticas fragmentadas e setorializadas as quais os profissionais estavam acostumados.

Em relação as possibilidades existentes, ficará também a mercê do interesse e da disponibilidade dos profissionais de diferentes políticas para que seja efetivada, uma vez que não consta esta articulação enquanto política pública.

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

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

5. REFERÊNCIA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. **Cuidados primários em saúde.** Alma-Ata, 1978. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 10 de out de 2012.

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

BRASIL. **Lei nº 1.920, de 25 de julho de 1953:** Cria o Ministério da Saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=109070>. Acessado em 30 de Nov de 2012.

BRASIL. **Decreto n. 19.402, de 14 de novembro de 1930:** Cria uma Secretaria de Estado com a denominação de Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/d19402.pdf>. Acessado em 30 de Nov de 2012.

BRASIL. **Lei nº 6.439 de 1 de setembro de 1977**. Institui o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social, e dá outras providências. Disponível em: <http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1977/6439.htm>. Acessado em 30 de Nov de 2012.

BRASIL. **Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993**. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8742.htm . Acessado em 18 de dez de 2012

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

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social PNAS/ 2004 e Norma Operacional Básica NOB/SUAS**. Brasília. 2005.

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde / Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009, 160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica; n. 27).

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume9.pdf> Acessado em 10 de dez de 2012.

BRASIL. Ministério das Cidades. **Política Nacional de Habitação**. Brasília, 2004. Disponível em: <http://www.capacidades.gov.br/biblioteca/detalhar/id/127/titulo/Cadernos+MCidades+4+-+Politica+Nacional+de+Habitacao> Acessado em 10 de jan de 2013.

BRASIL. **Lei n º 8.662, de 7 de Junho de 1993**. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências

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

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

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

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

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

PDOC. Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil. **Ministério da Educação**. Disponível em: <http://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/AEraVargas1/anos30-37/IntelectuaisEstado/MinisterioEducacao>. Acesso em: 17 de dez de 2012.

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

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. **Cuidados primários em saúde**. Alma-Ata, 1978. Disponível em <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 10 de set de 2012.

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

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

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

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

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

- FREIRE, Paulo. **Política e educação: ensaios**. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2000.
- GOUVEIA, Maria Julia Azevedo. **Intersetorialidade e a contemporaneidade**. In: Educação integral e intersectorialidade. 2009. Disponível em: <http://www.tvbrasil.org.br/fotos/salto/series/182240EduIntegralInter.pdf>. Acesso em: 15 de out de 2012.
- INOJOSA, Rose Marie; JUNQUEIRA, Luciano Antônio. Prates. O setor de saúde e o desafio da intersectorialidade. **Cadernos FUNDAP**, 1997.
- JUNQUEIRA Luciano A. Intersectorialidade, transectorialidade e redes sociais na saúde. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, 2000, p.35 - 45.
- JUNQUEIRA Luciano A.; INOJOSA, Rose Marie; KOMATSU, Suely. Descentralização e Intersectorialidade: na gestão pública municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza. Caracas: UNESCO/CLAD, 1998. Série Concurso de Ensayos CLAD.
- JUNQUEIRA, Luciano A; INOJOSA, Rose M. Desenvolvimento social e intersectorialidade: a cidade solidária. São Paulo, Fundap, 1997.
- KERN, Francisco Arseli. **As mediações em rede como estratégia metodológica do serviço social**. 2. Ed. Porto Alegre. EDIPUCRS, 2005.
- LIMA, A. L. G. S. de e PINTO, M. M. S. Fontes para a história dos 50 anos do Ministério da Saúde. História, Ciências, Saúde. Manguinhos, 2003. P. 57 – 71.
- MAFRA, Luiz Antonio Staub; NAVES, Flávia. **Articulações Institucionais e Setoriais na Implementação de Políticas Públicas: o Caso da Segurança Alimentar em Belo Horizonte**. Salvador: Bahia, 2006.
- MARTINI, Débora. **O trabalho com redes sociais na Atenção Básica: um estudo com profissionais do município de Florianópolis**. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2009.
- MENDES, Eugênio Vilaça. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, Eugênio Vilaça et al. **Distrito sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 3. ed. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1995. p.19-91.
- MIOTO, Regina Célia Tamaso. O Trabalho com Redes como Procedimento de Intervenção profissional: o desafio da requalificação dos serviços. **Revista Katálisis**. Florianópolis, Editora da UFSC, 2002, p. 51 – 58.
- MIOTO, Regina Célia Tamaso; SCHÜTZ, Fernanda. Intersectorialidade na Política Social: reflexões a partir do exercício profissional dos Assistentes Sociais. Pelotas, 2011.

MIOTO, Regina Célia Tamaso. Novas propostas e velhos princípios: a assistência às famílias no contexto de programas de orientação e apoio sociofamiliar. In: **Política Social, Família e Juventude**. São Paulo: Cortez, 2006, p. 43 – 60.

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

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

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

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

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

REDE UNIDA. **Intersetorialidade na Rede Unida**. Divulgação em saúde para debate. Rio de Janeiro, n. 22, 2000. Disponível em: <http://www.redeunida.org.br/index.asp>. Acesso em: 3 de out de 2012.

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

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

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

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

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

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

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

VAITSMAN, Jeni; ANDRADE, Gabriela Rieveres Borges, FARIAS, Luis Otávio. Proteção social no Brasil: o que mudou na assistência social após a Constituição de

1988. **Ciência Saúde Coletiva**. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/09.pdf> acessado em 30/12/2012 as 23:50. Acesso em: 15 de dez de 2012

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

YASBEK, Maria Carmelita. Sistemas de proteção social, intersectorialidade e integração de políticas sociais, 2010. Disponível em: <http://www.cpihts.com/PDF07/Carmelita%20Y.pdf>. Acesso em: 15 dez de 2012.

WESTPHAL, Marcia. Faria. ; ZIGLIO, Erio. Políticas públicas e investimentos: a intersectorialidade. In: SEIXAS, S.G.(COORD) - FUNDACAO FARIA LIMA - CEPAM. (Org.). **O município século XXI: cenários e perspectivas**. São Paulo: HAMBURG GRAFICA E EDITORA, 1999, p.111-121. Disponível em: http://cappf.org.br/tiki-download_wiki_attachment.php?attId=111. Acesso em: 15 de Nov de 2012.

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

Prefeitura Municipal de Florianópolis. **Divisão dos Distritos Sanitários por Centros de Saúde no Município de Florianópolis**. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/secretaria/css.php#> Acessado em 16 de out de 2012.

Ministério da Educação. MEC. História do MEC. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2&Itemid=171 Acessado em 30 de nov de 2012.

BRASIL. Programa Brasil Carinhoso. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/noticias/arquivos/2012/07/06/brasil-carinhoso-vai-retirar-da-miseria-familias-com-filhos-de-ate-seis-anos> Acessado em 08 de dez de 2012.

BRASIL. Programa Brasil Carinhoso. Disponível em <http://brasilcarinhoso.net/programa-brasil-carinhoso-dilma-o-que-e.html> Acessado em 08 de dez de 2012.

BRASIL. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate a Fome. IV Conferência Nacional de Assistência Social. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/saladeimprensa/eventos/assistencia-social/iv-conferencia-nacional-de-assistencia-social>) Acessado em 18 de dez de 2012.