



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE  
MESTRADO PROFISSIONAL - PPGENSAU



JULIANA LAUER GONÇALVES

**A INTERSETORIALIDADE EM QUESTÃO: PERCEÇÃO DE GESTORES E  
PROFISSIONAIS SOBRE ATUAÇÃO INTERSETORIAL EM UM MUNICÍPIO DO  
RIO GRANDE DO SUL**

Porto Alegre

2019

JULIANA LAUER GONÇALVES

**A INTERSETORIALIDADE EM QUESTÃO: PERCEPÇÃO DE GESTORES E  
PROFISSIONAIS SOBRE ATUAÇÃO INTERSETORIAL EM UM MUNICÍPIO DO  
RIO GRANDE DO SUL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGENSAU/UFRGS) como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ensino na Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Fernando Calage Alvarenga

Porto Alegre

2019

Juliana Lauer Gonçalves

**A INTERSETORIALIDADE EM QUESTÃO: PERCEPÇÃO DE GESTORES E  
PROFISSIONAIS SOBRE ATUAÇÃO INTERSETORIAL EM UM MUNICÍPIO DO  
RIO GRANDE DO SUL.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGENSAU/UFRGS) como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ensino na Saúde.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profª Dra. Roberta Alvarenga (UFRGS)

---

Prof Dra. Fabiana de Oliveira UFCSPA)

---

Profª Dra. Ramona Fernanda Ceriotti Toassi (UFRGS)

---

Prof. Dr. Luiz Fernando Calage Alvarenga (Orientador)

“De tudo, ao meu amor serei atento [...]”

Dedico aos meus amores  
Fernando Keler da Silva e Lucca Gonçalves Keler da Silva,  
este desafio e essa superação.

## AGRADECIMENTOS

Pudesse eu conseguir expressar em palavras o quão agradecida estou em chegar aqui.

Sonhos são individuais, mas realizações são coletivas.

Primeiramente reservo este agradecimento ao meu bebê, meu filho Lucca, muito esperado e desejado, que veio embarcar comigo neste desafio e vir a este mundo justamente durante este processo de aprendizagem. Meu mestrado realmente foi ‘profissional’, desafiador e de grande força de sentidos, de muitas interlocuções sobre sentimentos, angústias, alegrias e de novos conhecimentos, de introspecção na espera, de reflexões e significados que também muito me engrandeceram e nos afetaram neste lindo momento. És meu grande produto meu pequenininho, meu amor e incentivo maior. Obrigada por me escolher e estar comigo neste momento especial da vida.

Cheguei à graduação nas especializações, nos concursos públicos e no mestrado profissional por que sempre tive ao meu lado um amor, que me incentivou, acolheu minhas dores, minhas dúvidas, segurou a onda, sonhou comigo, acreditou muito mais que eu, que me levou, buscou, alimentou e remediou em tudo que desprendi para me constituir profissionalmente. Obrigada meu amor, amigo, parceiro de vida, Fernando Keler da Silva por mais este momento; essa conquista é nossa.

Ao meu irmão Eduardo, meu irmão-amigo, obrigada por tudo que sempre fazes por mim, pelos incentivos, conselhos, críticas e amor, estás comigo sempre.

Agradeço profundamente a oportunidade de vivenciar a aprendizagem coletiva, de ser aceita e de me conectar a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, através do PPGNSAU, de ser afetada, instigada, desafiada a aprendizagens significativas, reflexivas, críticas, de qualidade e de forma gratuita.

Aos professores admiráveis deste programa, com bagagens profissionais e acadêmicas riquíssimas, de profundo respeito, de grande sensibilidade e de provocações instigantes ao saber, ao novo, ao envolvimento com a saúde, ao nosso sistema de saúde. Obrigada pelas vivências e aprendizagens nesta formação acadêmico-profissional.

Ao meu querido orientador, Professor Dr. Luiz Fernando Calage Alvarenga, obrigada por todo acolhimento, incentivo, paciência e persistência durante todo esse processo. Tua sensibilidade e parceria foram essenciais nesta caminhada.

A banca examinadora, agradeço muito o aceite por contribuir nesta pesquisa, assim, à professora Dra. Ramona Fernanda Ceriotti Toassi por todo o aprendizado coletivo, proporcionado com sensibilidade, envolvimento reflexivo e interativo dispensado durante

nossas aulas no PPGENSAU; à professora Dra. Roberta Alvarenga Reis, que tanto admiro e que és uma incentivadora constante a nos “provocar” enquanto profissionais fonoaudiólogos, a movimentos importantes em prol das coletividades, possibilidades e articulações na Saúde Coletiva, e também a minha querida professora Dra. Fabiana de Oliveira, que tanto me acolheu, incentivou e me apresentou ao universo da saúde coletiva, do Sistema Único de Saúde e das práticas coletivas, o meu eterno obrigada, és sempre minha referência profissional.

Aos queridos colegas de turma deste Mestrado Profissional, só tenho a agradecer imensamente também, quantas aprendizagens, quanta acolhida, grande escuta. Realmente não estamos sós em tantos devaneios profissionais neste universo de trabalho que é a saúde, onde por muito nos sentimos “loucos” entre tantos quando se pensa e fala em coletividades.

A prefeitura municipal de Veranópolis, em nome do prefeito Waldemar de Carli, das secretárias municipais Vanessa Calioni, Izabel Durlí e Adriane Parise e aos colegas de trabalho que acolheram e colaboraram na realização desta pesquisa, meu muito obrigada!

Nestes 10 anos que trabalho no município de Veranópolis fui agraciada por me deparar com anjos de guarda neste caminho, em especial agradeço de todo o meu coração a minha sempre chefe Neodi Caser de Carli, por todos os incentivos, aprendizados, acolhimentos, puxões de orelha e por apostar muito nas minhas ideias e nas minhas práticas, por embarcar comigo em muitas empreitadas e me fazer continuar sempre com positividade mesmo em meio a adversidades.

As amigas de vida que vibram comigo em tudo que vivencio: Cristine Voelcker, Joice Cavedon Schonhorost Gomes, Luciana Wolf Favero, Jaqueline Ines Henz, Marcelli de Freitas, Regina Laguna Caetano e Ana Paula da Silva.

E sempre a minha família, que me está em mim e comigo em tudo que faço: aos meus amados pais, Ilmar Souza Gonçalves e Ruth Maria Lauer e aos meus irmãos Eduardo e Nathália.

O trabalho vivo não pode em ato, no interior do processo de trabalho, libertar-se plenamente do trabalho morto, mas tem condições de comandá-lo se conseguir aprender a interrogá-lo, a duvidar do seu sentido e a abrir-se para os ruídos/analísadores presentes no seu cotidiano.

Com isso, e de posse de uma caixa de ferramentas que tenha o compromisso com o sujeito da ação, e em ação, pode-se reinventar a lógica do processo de trabalho, sua gestão, organização e finalidade, em ato, coletiva e publicamente.

(Emerson Elias Merhy)

## RESUMO

A intersetorialidade é um dispositivo dos processos atuais de gestão, de organização de processos de trabalho, em âmbitos centrados nas relações de serviços, indivíduos e resolutividades. Os setores em geral inclinam-se a tratar os cidadãos, os problemas e as situações de forma fragmentada, gerindo somente as competências do seu setor, com suas especificidades, suas políticas em vigência, com serviços executados solitariamente. A intersetorialidade vem contrapor esse modelo, sendo uma lógica que busca considerar as condições de vida e da população e, a partir de seus problemas, desenvolver ações integradas de vários setores na resolutividade dos cuidados dos territórios, aos seus usuários. Neste intuito, a pesquisa analisou a percepção de gestores e profissionais sobre intersetorialidade, identificando como são efetivadas as relações intersetoriais, os processos de trabalho intersetoriais, suas potencialidades, os entraves sobre seus setores, suas práticas e ações comunicativas, verificando desafios na relação intersetorial. O objetivo geral desta pesquisa foi compreender como se estabelecem os processos de trabalho intersetoriais nesta rede municipal, na perspectiva de gestores e profissionais das áreas da Saúde, Assistência Social e da Educação, atuantes, sobre intersetorialidade. Através destas percepções, se evidenciou subsídios de discussão a serem potencializados como ferramenta significativa de aprendizagem, através de uma oficina, em prol deste território, como um produto final de mestrado profissional, na intersecção do Ensino na Saúde e a intervenção nestes processos de trabalho, sob a lógica da Educação Permanente em Saúde. Para tanto, esta pesquisa foi desenvolvida no município de Veranópolis, no Estado do Rio Grande do Sul, no período de maio de 2017 a dezembro de 2018. Participaram desta pesquisa seis profissionais atuantes das secretarias de Saúde, Assistência Social e Educação do município e quatro gestores das respectivas secretarias, como também, da administração municipal, totalizando uma amostra de dez entrevistados. Trata-se de uma pesquisa com delineamento qualitativo, realizada como método de coleta a entrevista semiestruturada, gravadas em mídia de áudio e após transcritas, realizada a análise de conteúdo. Como resultados da pesquisa, foi possível identificar nas percepções dos profissionais e gestores a aproximação conceitual de intersetorialidade, dado a ela uma relação de envolvimento, de conjunto, da ação e construção conjunta entre setores integrados a uma rede. Outro dado encontrado, são dos processos de trabalho, que indicou requer implicação dos profissionais e dos gestores em ação, tanto na organização, constituição de fluxos e atribuições, e que as mesmas constituições, precisam estar explícitos a todos os setores envolvidos. Foi evidenciado entre os entrevistados, a dificuldade de agir em conjunto neste território, como também, a dificuldade com processos de comunicação entre setores, com rupturas e desconhecimento das relações setoriais e dos serviços e profissionais desta rede.

**Palavras-chave: Intersetorialidade. Redes municipais. Aproximações conceituais. Comunicação. Educação.**



## ABSTRACT

Intersectoriality is a device of the current processes of management, organization of work processes, in areas focused on service relations, individuals and resolutivities. The sectors in general tend to treat citizens, problems and situations in a fragmented manner, managing only the competences of their sector, with its specificities, its policies in force, and services that are carried out alone. The intersectoriality comes against this model, being a logic that seeks to consider the living conditions and the population and, from its problems, develop integrated actions of various sectors in the resolution of the care of the territories, to its users. To this end, the research analyzed the perception of managers and professionals about intersectoriality, identifying how intersectoral relationships, intersectoral work processes, their potentialities, barriers on their sectors, their practices and communicative actions are verified, verifying challenges in the intersectoral relationship. The general objective of this research was to understand how the intersectoral work processes are established in this municipal network, from the perspective of managers and professionals in the areas of Health, Social Assistance and Education, acting on intersectoriality. Through these perceptions, it was evidenced discussion subsidies to be potentiated as a significant learning tool, through a workshop, in favor of this territory, as a final product of professional master's degree, at the intersection of Health Education and the intervention in these work processes. According to the logic of Permanent Health Education. To this end, this research was carried out in the city of Veranópolis, in the state of Rio Grande do Sul, from May 2017 to December 2018. Six professionals from the Health Departments participated in this research, Social Assistance and Education of the municipality and four managers of the respective secretariats, as well as the municipal administration, totaling a sample of ten respondents. This is a research with qualitative design, conducted as a method of collecting the semi-structured interview, recorded on audio media and after transcribed, performed content analysis. As results of the research, it was possible to identify in the perceptions of professionals and managers the conceptual approach of intersectoriality, given to it a relationship of involvement, as a whole, of action and joint construction between sectors integrated into a network. Other data found are from the work processes, which indicated that it requires the involvement of professionals and managers in action, both in the organization, constitution of flows and attributions, and that the same constitutions need to be explicit to all sectors involved. It was evidenced among the interviewees, the difficulty of acting together in this territory, as well as the difficulty with communication processes between sectors, with disruptions and lack of knowledge of the sectoral relations and the services and professionals of this network.

**Keywords:** Intersectoriality. Municipal networks. Conceptual approaches. Communication. Education.

**LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AIS	Ação Intersetorial em Saúde
APS	Atenção Primária Saúde
CAPS	Centro de Atendimento Psicossocial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
ESF	Equipe de Saúde da Família
EPS	Educação Permanente em Saúde
FEE	Fundação de Economia e Estatística
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	12
1.1 Apresentação.....	12
1.2 Intencionalidade da pesquisa.....	14
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA.</b>	21
2.1 Intersetorialidade.....	21
2.2 Trabalho em saúde.....	27
2.3 Integralidade.....	32
2.4 Redes .....	34
2.5 Educação permanente em saúde .....	36
<b>3 PERCURSOS METODOLÓGICOS</b>	39
3.1 Delineamento.....	39
3.2 Campo de estudo.....	39
3.3 População-alvo e amostra.....	40
3.4 Coleta de dados.....	42
3.5 Análise dos dados.....	43
3.6 Aspectos éticos.....	44
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	46
4.1 Intersetorialidade em questão.....	46
4.1.1 Aproximações Conceituais .....	47
4.2 Processos de trabalho para a intersetorialidade.....	50
4.2.1 Percepção do território para a intersetorialidade.....	51
4.2.2 Limites e entraves na atuação intersetorial.....	54
4.2.3 O “EU” contribuinte no processo de trabalho intersetorial.....	59
4.2.4 Implicações e efeitos - gestão, profissionais e usuários.....	64
4.3 Processos de comunicação.....	71
4.3.1 Dificuldades, ruídos e processos de aproximação comunicativa.....	72
4.4 Movimentos para intersetorialidade.....	77
4.4.1 Processos de integração, aproximação e possibilidades.....	78
<b>5 PRODUTO DO MESTRADO PROFISSIONAL</b> .....	84
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	89
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	93
<b>APÊNDICE A – Roteiro da Entrevista Semiestruturada</b> .....	106
<b>APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b> .....	107
<b>APÊNDICE C – Termos de Anuência das Secretarias municipais de Assistência Social, Saúde, Educação do município de Veranópolis</b> .....	109
<b>APÊNDICE D – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (UFRGS)</b> .....	112

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Apresentação

“Existem momentos na vida quando a questão de saber, se pode pensar diferentemente do que se pensa, e perceber diferentemente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar e a refletir” (FOUCAULT, 2006, p.262)

Em desejos de entender os processos de trabalho e amenizar as frequentes inquietudes, na busca de saberes, na busca de olhares até então desconhecidos, de ampliações para novos entendimentos e proposições a novas provocações, pois nos modificamos assim também para novos movimentos, sendo eles de constituições profissionais, de percepções das necessidades eminentes daquilo que fazemos e para quem e por quem produzimos, fizeram a prerrogativa inicial, desta pesquisa de mestrado profissional.

Nos processos de saúde se fala tanto da integralidade dos sujeitos, das ações, dos olhares, dos princípios de integralidade e humanização, do atendimento integral, contudo, se questiona ainda a gerência e andamentos em saúde, em constituições hierárquicas e fragmentadas das prestações de serviços, com premissas de execução de tarefas, com profissionais generalistas e especialistas, encaminhamentos diversos e grandes paredes entre setores, gestão, profissionais e usuários.

Quando pensamos em integralidade, nos tocamos como refere Mattos (2006), a integralidade relacionada a atributos das práticas dos profissionais de saúde, atributos da organização dos serviços e das respostas governamentais aos problemas de saúde.

Desta forma, se busca em todas as esferas de prestação de serviços, viabilidades nos processos de trabalhos a ampliação de possibilidades a serem ofertadas aos sujeitos assistidos, a uma prestação mais integral, com ações preconizadas, na oferta de um todo indivisível, não segmentado e fragmentado nas prestações de serviços em saúde.

Levando para o sentido da integralidade, como estabelecida nos princípios do SUS na lei orgânica de saúde, com base no artigo 198 da Constituição Federal de 1988, “[...] entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.” (BRASIL, 1990, p.2.).

Assim, entre tantas reflexões, entre tantos temas a serem abordados dentro de um processo de reflexão profissional com a liga acadêmica, no mestrado profissional, aparece a intersetorialidade.

Como conceito do estudo, buscamos uma percepção e condição ampliada de intersectorialidade, como um dispositivo de possibilidades de integração, de estreitamentos e de ações mais resolutivas em prestação de serviço em saúde.

Os setores em geral inclinam-se a tratar os cidadãos, os problemas e as situações de forma fragmentada, gerindo somente o que compete ao seu setor, com suas especificidades, suas políticas em vigência, com serviços executados solitariamente.

A intersectorialidade vem contrapor esse modelo, sendo uma lógica que busca considerar as condições de vida e da população e, a partir de seus problemas, desenvolver ações integradas de vários setores na resolutividade dos cuidados dos territórios aos seus usuários.

A Organização Mundial de Saúde (2007), define a Ação Intersetorial como uma relação entre parte do setor saúde com partes de outro setor, para o alcance de resultados mais eficientes e eficazes do que o setor saúde o faria sozinho.

Diante destas colocações, tendo isso em vista e com o desejo de executar o aprender e ensinar, foram provocadas questões problemas para esta pesquisa, que articulam sobre um conjunto de setores em uma macro rede municipal, executando seus “trabalhos” de forma segmentada por dinâmicas setoriais, questões individuais, políticas públicas e objetivos locais, à reflexão como articulam sobre intersectorialidade.

Nossa questão disparadora se referiu a: “Como construir um processo intersectorial, visando ações integrais de prestações de serviços em saúde, em um sistema regado por setorialidades?”.

Neste sentido, buscamos entender com os profissionais e gestores, atores em ato neste território, como compreendiam, percebiam, viam os seus processos de trabalho e a intersectorialidade em prática, e, por conseguinte, através destas percepções procuramos identificar limites, potencialidades e desafios para a intersectorialidade neste território, no sentido de propormos estratégias para a composição de uma oficina, na perspectiva da Educação Permanente em Saúde, para o desdobramento futuro de um produto de mestrado, para atuação intersectorial, com profissionais e gestores da rede municipal de Veranópolis.

Com base nestas compreensões, o problema desta pesquisa pode ser anunciado da seguinte forma: “Como instrumentalizar os profissionais, para novos conhecimentos, instigando a novas tentativas de um tecer em redes, perfazendo para intersectorialidade, entendendo-a, executando-a, para ir se constituindo como um novo processo de trabalho e um dispositivo de intersetores efetivos?”.

Neste sentido, provoca-se um pensar com a Educação Permanente em Saúde, como um processo de formação acionador de movimentos de estranhamento, de desconforto, de “perguntação” e de implicação, potência para um coletivo diferir de si mesmo e de dobrar novas práticas (CECCIM, 2008).

Para tanto, buscamos entender estes processos, com o apoio de referenciais bibliográficos, clareando estes conceitos, suas dinâmicas nos processos de trabalho em saúde, na aproximação com o ensino na saúde, articulando parcerias necessárias em outros campos de saberes.

Desta forma, o objetivo geral desta pesquisa é compreender como se estabelecem os processos de trabalho intersetoriais em uma rede municipal, na perspectiva de gestores e profissionais das áreas da Saúde, Assistência Social e da Educação, atuantes, sobre intersetorialidade.

Este objetivo para fins de análise, se desdobra-se em três objetivos específicos na perspectiva de:

- Reconhecer os conceitos prévios sobre intersetorialidade na percepção profissional;
- Identificar limites, potencialidades e desafios para a intersetorialidade neste território;
- Propor estratégias para a construção de uma oficina, sobre intersetorialidade, na lógica da Educação Permanente em Saúde para atuação intersetorial, com profissionais atores nesta rede municipal.

## **1.2 Intencionalidade da pesquisa**

A intersetorialidade é um dispositivo recente dos processos atuais de gestão, de condutas profissionais, de organização de processos de trabalho, nos âmbitos centrados nas relações de serviços, indivíduos e resolutividades.

Assim, a pesquisadora atuante no serviço público há 10 anos, imersa no universo do sistema público de saúde e provendo de inquietações constantes nos processos de trabalhos, teve a identificação com o tema “intersetorialidade” como uma provocação, perante os contextos e os cenários na execução de seu “trabalho”, seja na atenção primária de saúde ou no ambulatório de especialidades, como fonoaudióloga.

Aprovada no concurso público municipal para o cargo de Fonoaudióloga, foi lotada na Secretaria de Saúde e atuou em um programa ao educando do município, percebendo a

constituição desta trajetória profissional na prática, instituindo processos de trabalho com as demandas, as reflexões e aprendizados com a dinâmica de acertos e erros e vivenciando as percepções isoladas do cotidiano do trabalho. Neste sentido, depreendendo seu trabalho pequeno, perante o universo que poderia ser reverberado.

Diante destas constituições, percebe-se as necessidades também dos usuários, nas resoluções das prestações de serviços direcionados a atenção e ao cuidado, e na dimensão dos muitos profissionais atentos as necessidades de ampliar as ofertas de serviços para esferas mais articuladas, desta atenção a deste mesmo cuidado, inferindo então, a necessidade de ultrapassar barreiras, sendo necessário atravessar paredes, identificar os serviços, os setores, os profissionais e, por fim, identificar os olhares para o todo em comum, entre estes setores municipais, os seus serviços ofertados, e vivenciados pelos usuários e profissionais em comum, dentro deste território.

O trabalho vivo, a saúde, a educação e a oferta integral de saúde aos usuários, perpassaram o fazer em fonoaudiologia, e se declaram a uma necessidade de concepções diante do trabalho ao um olhar mais ampliado sobre os sujeitos, suas dimensões, considerações de saúde e seus determinantes sociais, para as resolutividades de ações e assertividades para atenção, autonomia e efetivação desta mesma saúde.

Ceccim (1997) transpõe a ideia de que o modelo reconfigurado de atenção precisa de uma nova identidade, buscando outras vigências, outros modos de relação mais fortes com o “andar da vida”, com uma clínica capaz de escutar esta mesma vida.

Entender estes processos, limites, possibilidades, expectativas e potencialidades a partir das suas provocações imersas nos processos de trabalho, fizeram emergir para ações em propostas, referindo a relação mestrado profissional e o ensino na saúde, no sentido de implicar o trabalho, as rotinas, as tarefas, as afecções e as vivências, constituindo um possível material riquíssimo, para compilação de um estudo reflexivo e crítico sobre condutas, demandas, desafios e potencialidades nas constituições profissionais e o que os cerca.

Neste intuito, no lugar instigado por “inter”, “além da pessoa”, viemos fomentar um assunto pouco (re)conhecido entre gestores e profissionais, nas suas práticas rotineiras e de conhecimento conceitual, para reflexões sobre o tema intersectorialidade.

A percepção dita pelos profissionais, exaltado por vezes a afrontamentos reacionários das próprias demandas, afecções cotidianas e condutas nos desenvolvimentos de atenção nas diferentes esferas de saúde, se demonstram e nos instigam tanto por fragilidades, quanto por potencialidades, dentro de um território potente e imerso para a ação, a frente dos processos de trabalho integrados, evidenciados pelos seus apontamentos e fragilidades em ações, nas

suas responsabilidades de execução e na efetivação da integralidade aos usuários, com a responsabilização devida sobre estes trabalhos.

Para tanto, a intersetorialidade se materializa no cotidiano da gestão e dos processos de trabalho, na medida em que consegue criar consenso em torno de uma meta com a qual todos possam, em alguma medida, comprometer-se. Trata-se, portanto, de uma decisão política de redirecionar a ação pública no campo educativo, o que supõe trocas sustentadas na horizontalidade das relações políticas, gerenciais e técnicas (BRASIL, 2009).

Nesta perspectiva, a Organização Mundial de Saúde (1997) define a Ação Intersetorial como uma relação entre parte do setor saúde com partes de outro setor para o alcance de resultados mais eficientes e eficazes do que o setor saúde o faria sozinho.

Desta forma, potencializam nossa motivação em entender esses processos e aprender nestes espaços reflexivos, críticos e de desafios para novos rumos de possibilidades, como ferramentas de ensinagem em cima das práticas, das percepções como identificação para instrumentalização mais proximal, realista e significativa entre processos de trabalho e educação, pela ótica exploratória de profissionais e gestores sobre suas atuações em uma rede municipal, com vistas à ação intersetorial.

Explorar essas percepções a cerca dos seus trabalhos, processos, intervenções, anseios e projeções sobre intersetorialidade, certamente foi um terreno fértil a reflexão desta pesquisa.

Procuramos entender essas práticas, estes processos, estudando com os moldes de vistas dos profissionais e gestores sobre seus setores, suas ações intersetores, seu território, suas atuações isoladas e/ou em conjunto, as relações com ou sem intersecções entre saberes, os processos comunicativos, a implicação direta do profissional e dos seus trabalhos na realização ou complementariedade do exercício do outro, na integração de rede e nos olhares envoltos aos sujeitos por eles assistidos.

A intersetorialidade se apresenta como uma perspectiva inovadora na política pública para a condução e operacionalização dos serviços ofertados, e para a reorganização da gestão, viabilizando uma nova relação entre o município e os gestores, considerando-se as peculiaridades locais e o envolvimento dos seres sociais que compõem as tramas dessas relações, trazendo sua singularidade e subjetividade, implicados como sujeitos no processo de gestão. E a partir da efetivação dos processos sociais, podemos almejar a condução de um novo projeto societário. (GARAIA, 2013)

Esta pesquisa foi desenvolvida no município de Veranópolis, no Estado do Rio Grande do Sul, no período de maio de 2017 a dezembro/2018.



O público-alvo foram profissionais e gestores envolvidos com prestação de serviço ao usuário na rede municipal de Veranópolis, lotados e/ou nas Secretárias de Saúde, Desenvolvimento Social e da Educação.

Com essa prerrogativa, este estudo vem a caráter, com uma metodologia de delineamento qualitativo, realizado através da coleta de dados com o método de entrevistas semiestruturadas, gravadas em mídia de áudio e após transcritas para análise de conteúdo.

Nosso desejo seguiu alinhando possíveis intervenções, com este intuito de interlocuções, e as dirigindo para formalidade desta pesquisa a um produto de mestrado profissional, aproximando as possibilidades de intervenção da educação com a prática e o material encontrado nos resultados da pesquisa.

Entendendo estes processos, pelo viés trabalhador-profissional e pela gestão, trás o ímpeto de reflexões para movimentos mais articulados, para possíveis ações de mudanças, que se fazem necessária em todos os campos de atuação profissional, com o âmago na realização e efetivação de condutas profissionais mais assertivas, de agilidade gestora e de efetividade matricial a qualquer serviço.

Burlandy (2004) complementa afirmando que a intersetorialidade compõe os diferentes setores que constroem, de forma conjunta e pactuada, um projeto integrado destinado a alcançar objetivos mais amplos. Esse planejamento inclui a identificação de determinantes, envolvimento dos sujeitos implicados no processo e a formulação de intervenções estratégicas que transcendam as ações setoriais e impactem em diferentes dimensões do problema em um processo técnico e político.

Outro ponto que remeteu na relação com estas novas perspectivas, foram as possibilidades de um andamento mais horizontal e comunicativo entre os setores desta rede municipal, instigados por suas percepções, de quem atua nestas esferas setoriais, a refletir em prol de um território mais atento ao cuidado coletivo, sobre uma melhor compreensão da realidade local, dos seus entendimentos à intersetorialidade, como componente forte, como uma ferramenta de trabalho, refletindo à ações mais integrais, favoráveis aos usuários, receptores de atenção e saúde de todo esse processo.

Isso é material denso de estudo, denso de trabalho, denso de processos de trabalho, agora direcionados nesta pesquisa a intersetorialidade com o viés da educação na saúde.

Neste sentido nos baseamos para tanto na referência que nos remete dizer que os estudos em saúde precisam corresponder, não apenas aos padrões populacionais da saúde e da doença ou aos comportamentos populacionais do processo saúde-doença (saúde pública com recursos da epidemiologia e da planificação em saúde), mas ao conhecimento sobre as

coletividades humanas, seus processos interativos e características de pertencimento (CECCIM, 2008).

A educação em ensino na saúde vem neste contínuo, estreitando estes caminhos em reflexões para mudanças, fortalecimentos e constituições profissionais, continuando nos movimentos de produtividade com uma visão mais coletiva, em busca das relações mais efetivas e de instrumentos assertivos e potencializadores nos processos de trabalho em saúde.

Assim, entendemos que a lógica da Educação Permanente em Saúde pode corresponder à Educação em Serviço.

CECCIM (2003) refere que a EPS, coloca a pertinência dos conteúdos, instrumentos e recursos para a formação técnica submetidos a um projeto de mudanças institucionais ou de mudança da orientação política das ações prestadas em dado tempo e lugar.

Ao nos submetermos a pesquisar, nos movimentar em prol de objetivos de entendimentos, de percepções, de intervenções, nos ofertamos a buscar evoluções onde estamos inseridos, assim, no intuito de corresponder aos nossos processos de trabalho e aos sujeitos assistidos, propomos o estreitamento destes caminhos, das percepções, das práticas, das realidades, do território, do trabalho e da educação na saúde com os resultados desta pesquisa.

Para tanto, organizamos o texto da dissertação da seguinte forma:

O primeiro capítulo trata sobre a Introdução: Apresentação e Intencionalidade da pesquisa. Descrevemos as questões envolvidas de pesquisa, o contexto da pesquisadora, o território e os sujeitos da pesquisa. Apresentamos também considerações sobre o tema, assim como as perspectivas que apontaram como caminhos ainda a serem trilhados. Situamos os caminhos metodológicos que construímos no decorrer do processo. Os motivos da pesquisa também são apresentados nesse capítulo e dizem não só sobre as motivações, mas também sobre as implicações, as mudanças, o movimento que a pesquisa produz no sujeito que pesquisa.

O segundo capítulo intitulado: Revisão bibliográfica, buscamos suporte teórico sobre Intersetorialidade, Trabalho em saúde, Processos de Trabalho em saúde, Integralidade, Redes e Educação Permanente em Saúde.

Posteriormente no terceiro capítulo intitulado “Percurso metodológicos”, explanamos sobre os caminhos desenvolvidos no transcorrer da pesquisa, a cerca do delineamento, campo de estudo, população-alvo, coleta e análise de dados e procedimentos éticos.

Após no quarto capítulo, intitulado: “Resultados e Discussão”, emergirmos nos resultados e a na discussão desta pesquisa, onde dividimos os resultados elucidando quatro grandes eixos temáticos, sendo neles substanciados e discutidos por suas categorias.

O primeiro grande eixo, intitulamos “Intersetorialidade em questão”, nele apresentamos o grande tema da pesquisa aos entrevistados. Procuramos entender quais as percepções que tinham sobre o tema, suas aproximações conceituais a cerca da intersectorialidade.

O segundo eixo trabalhado, foi intitulado “Processos de Trabalho para a intersectorialidade”. Nele procuramos identificar a percepção dos entrevistados quanto ao território, a atuação setorial e profissional a cerca da intersectorialidade, os limites e entraves nessa atuação. E como o profissional e o gestor “eu” está implicado e contribuindo para as relações, efetivações nas pactuações e processos intersectoriais do município. Seguindo por último neste eixo, para as implicações e efeitos a todos os atores em cena, sendo eles gestores, profissionais e usuários na realidade intersectorial vigente neste município.

O terceiro eixo seguiu intitulado “Processos comunicativos”, onde procuramos entender como os processos de comunicação estavam estabelecidos neste território, suas dificuldades e ruídos envolvidos, A comunicação é o grande agente de articulação a qualquer obriedade de integração, de proposição comum e de inter-relações, evidente aos trabalhos integrados e coletivos. Neste sentido, procuramos identificar possibilidades significativas aos entrevistados para aproximações comunicativas mais eminentes e efetivas entre setores.

E no último grande eixo trabalhado, intitulado “Movimentos para intersectorialidade”, procuramos compreender pela percepção dos entrevistados dinâmicas, desejos e movimentos para ações em comum, para interlocuções efetivas e propostas para pactuar possíveis movimentos e articulações intersectoriais neste território. Ativando assim, possibilidades de intervenção com efetivação de processos de aprendizagem coletiva, emergindo o Ensino na Saúde através da Educação Permanente em Saúde como ferramenta de interlocução, instrumentalização para futuros processos e implementações intersectoriais.

Seguimos a dissertação com o quinto capítulo intitulado “Produto do Mestrado Profissional”, onde descrevemos o processo da construção de um produto final do mestrado profissional, como ferramenta de intervenção na relação de trabalho e aprendizagem, em prol de novas práticas e compreensão mais proximal de intersectorialidade. Conhecendo as percepções dos entrevistados, entendendo as potencialidades e fragilidades deste território, produzimos um produto final, com o propósito de ser disponibilizado e efetivado posteriormente aos gestores e profissionais neste território.

E no sexto capítulo, intitulado “Considerações finais”, finalizamos a dissertação com os destaques encontrados nesta pesquisa, em reflexões a serem ponderadas e ainda sobre novas provocações para também novas perspectivas.

Sobre essa forma de organização, salientamos que ela não representa uma linearidade de pensamento que estava dado, pronto e definido desde o começo, mesmo porque esta pesquisa manteve o pensamento sempre intrigado, representando apenas a forma como movimentamos os nossos pensamentos, representando as conexões que estabelecemos e as imagens de pensamento que construímos no momento da escrita e diante das questões suscitadas pela pesquisa.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo serão apresentados os temas referente a Intersetorialidade, Processos de trabalho em saúde, Integralidade, Redes e Educação Permanente em Saúde.

Com o intuito de contextualizar e aproximar as intersecções conceituais das esferas de trabalho, organização, saúde, inter-relações de gestão profissional, território, setores e as possibilidades de um trabalho intersetorial vamos estruturar os conceitos a partir da prática que instituímos no campo da saúde, onde nos localizamos, buscando interseções dialógicas de uma “rede de retalhos” da Administração, Educação, Filosofia, Saúde Coletiva, Serviço Social e Sociologia.

### 2.1 Intersetorialidade

A intersetorialidade torna-se foco de investigação científica, inicialmente, porque a palavra “intersetorialidade” não apresenta sequer significado na língua portuguesa. É composta pelo prefixo “inter” mais a palavra “setorialidade”, enquanto no dicionário “setor” significa “ramos de atividade”, e/ou “seção”, “ramo de qualquer atividade pública ou privada”, e “inter” exprime a noção de “posição média” ou “intermediária” e/ou exprime a noção de “relação recíproca”. Nessa dialética, podemos presumir que intersetorialidade refere-se a estar e/ou fazer parte de um espaço em que um ramo de atividade se manifesta numa relação mútua. (FALER, 2015)

O editor de texto Word não reconhece a palavra “intersetorialidade”, e no campo da pesquisa científica eletrônica, nas bases Lilacs e Medline, essa categoria não é identificada como palavra-chave, mas há expressões correlatas ao tema, como “ação intersetorial”, “cooperação intersetorial” e “coordenação intersetorial”, que são reconhecidas e propiciam busca de artigos relacionados ao assunto (FERNANDEZ; MENDES, 2007)

Segundo Monnerat e Souza (2011, p. 203) as principais publicações sobre intersetorialidade são oriundas das áreas de Administração Pública e Saúde Coletiva. Vale dizer que há pouca produção no campo da Educação e Assistência Social, muito embora esta última área apresente a ação intersetorial como princípio norteador de seus programas sociais.

“Ainda assim, a intersetorialidade transcende o setor saúde que, em alguma medida, acolheu e aprofundou as discussões iniciais e apontou para determinações dos problemas que chegam ao setor, que não podem ser tratados somente por ele, assumindo uma dimensão mais ampla, intersetorial” (JUNQUEIRA; INOJOSA; KOMATSU, 1997, p. 36).

Para Pereira (2014), a intersetorialidade é um termo dotado de vários significados e possibilidades de aplicação prática que, atualmente, vem despertando crescente interesse intelectual e político a essa temática. Sua defesa, no âmbito da política social pública, apoia-se no reconhecimento de que a relação entre “setores” implica mudanças substanciais na área da gestão e impactos na ampliação da democracia e da cidadania.

Conceituar a categoria intersetorialidade não parece ser uma tarefa tão simples. Nas legislações e nos documentos técnicos que norteiam as políticas de saúde, a intersetorialidade é compreendida como uma articulação das possibilidades dos distintos setores de pensar a questão complexa da saúde, de corresponsabilizar-se pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania e de mobilizar-se na formulação de intervenções que a propiciem (BRASIL, 2006).

Da saúde para a intersetorialidade outra representação do conceito intersetorialidade é:

O desenvolvimento de ações integradas entre o Setor Saúde e outros (administração, planejamento, educação, esporte, comunicação, cultura, trabalho, assistência social, agricultura, saneamento, obras, entre outros) com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, potencializando, assim, os recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos disponíveis para causar maior impacto no perfil de saúde. (BRASIL, 2009, p. 25).

Dentre destas possibilidades Junqueira, Inojosa e Komatsu (1997) remetem a uma percepção mais ampliada:

A intersetorialidade pode ser entendida como: 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 a promover um impacto positivo nas condições de vida da população, num movimento de reversão da exclusão social. Essa interação pode ser construída por meio de um processo dinâmico entre os sujeitos, mediada por novos paradigmas, que devem informar a mudança das instituições sociais e de suas práticas. Esse processo de construção é também de aprendizagem e de determinação dos sujeitos, da sua consciência e dos seus direitos de cidadão a uma vida de qualidade. (JUNQUEIRA; INOJOSA; KOMATSU, 1997, p. 24).

Segundo Nogueira e Mito (2008), a intersetorialidade é compreendida como um processo de desenvolvimento de uma postura profissional que viabiliza um olhar ampliado das especificidades que se conjugam no âmbito das profissões, através de equipes multiprofissionais, visando integrar saberes e práticas voltadas à construção de novas possibilidades de pensar e agir em saúde.

Já Bronzo e Veiga (2007) refletem que a intersetorialidade é uma ação que está para além do ato de articular-se ou comunicar-se entre os diversos setores sociais, constituindo-se, também, ação integradora, pois a problemática da exclusão social exige ações em conjunto com os diversos campos e setores de ação estatal para o enfrentamento das multifaces da questão social, educacional, de saúde e cuidados integrais.

Compreende-se a intersetorialidade como uma articulação das possibilidades dos distintos setores de pensar a questão complexa da saúde, de corresponsabilizar-se pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania e de mobilizar-se na formulação de intervenções que a propiciem (BRASIL, 2006).

A intersetorialidade é concebida pela primeira vez como meta para a saúde na Conferência de Alma-Ata, em 1978, onde se coloca que a saúde como direito humano fundamental deve ser defendida não só pelo setor saúde, mas também por outros setores sociais e econômicos. A Carta de Ottawa, documento apresentado na primeira Conferência Internacional sobre Promoção em Saúde, trazia, em 1986, uma síntese das discussões que ocorriam em diversas partes do mundo em relação à intersetorialidade (QUARESMA, 2009).

Esta lógica e discussão também aparece historicamente com a intersetorialidade sendo destacada no aparo setorial como enfrentamento à fragmentação e à segmentação das políticas sociais. Essa tendência emerge na década de 1970, em que, nos documentos oficiais das conferências internacionais de promoção de saúde - especialmente na Declaração de Alma-Ata, de 1978; em Otawa, em 1986; e na Declaração de Adelaide, em 1988, emprega-se o termo “intersetorialidade” para atingir a promoção da saúde (BRASIL, 2002).

Quaresma (2009) ressaltava que todos os setores, mesmo os que não estivessem diretamente implicados, deveriam assumir a saúde como meta:

[...] os pré-requisitos e perspectivas para a saúde não são assegurados somente pelo setor saúde. Mais importante, a promoção da saúde demanda uma ação coordenada entre todas as partes envolvidas: governo, setor saúde e outros setores sociais e econômicos, organizações voluntárias e não governamentais e autoridades locais.

Inojosa (2001) refere que o trabalho intersetorial supõe então, não apenas o diálogo ou o trabalho simultâneo entre os atores envolvidos, e sim a busca por resultados integrados, dando ênfase a uma nova estratégia de gestão da administração pública.

Neste sentido, Comerlato et al. (2007) colocam que a ação intersetorial permite a criação de redes sociais, integrando saberes e experiências. Para estes autores “a

intersectorialidade deve representar um espaço de compartilhamento de saber e de poder, de estruturação de novas linguagens, de novas práticas e de novos conceitos.”

Campos, Barros e Castro (2004) fundamentam que o conceito intersectorialidade é entendido como um processo de construção compartilhada, em que os diversos setores envolvidos são tocados por saberes, linguagens e modos de fazer de seus parceiros e que implica a existência de algum grau de abertura para dialogar e o estabelecimento de vínculos de corresponsabilidade e cogestão pela melhoria da qualidade de vida da população.

O termo intersectorialidade é carregado de conotações positivas, é preciso reconhecer que sua operacionalização enfrenta obstáculos vultosos, relacionados às diversas lógicas organizacionais que regem as arenas setoriais, à disputa por recursos e status entre os setores envolvidos e à complexidade do processo de intermediação de interesses distintos. (SENNA; GARCIA, 2014, p. 247).

A questão da intersectorialidade suscita a necessidade de diferentes setores atuarem de forma integrada e inclusiva na implementação, no compartilhamento de recursos, nas metas e no desenvolvimento de estratégias (NAVARRO, 2011).

Nessa lógica, esse compartilhamento significa romper com a histórica fragmentação dos serviços, elevando a intersectorialidade como estratégia alternativa de gestão no campo das políticas públicas (MONNERAT; SOUZA, 2011).

Assim a intersectorialidade vem contrapor este modelo, sendo uma lógica que busca considerar as condições de vida da população e hegemonia local, a partir de seus problemas, desenvolvendo ações integradas de diversas esferas e setores locais.

Para Wimmer e Figueiredo (2006), a intersectorialidade está atrelada à transdisciplinaridade e objetiva “fortalecer a autonomia dos sujeitos e o exercício da contra-hegemonia política”, contribuindo para a melhora da qualidade de vida da população.

O trabalho intersectorial pode ser um facilitador da integralidade, já que o pensamento de equipe começa a ser introduzido como um grupo de pessoas que, juntas, resolvem articuladamente os problemas que surgem no local em que trabalham (PAULA; PALHA; PROTTI, 2004).

Navarro (2011) corrobora que a intersectorialidade tem como um de seus objetivos a horizontalização das relações entre os setores com base na interdependência dos serviços, superando as vicissitudes da hierarquia burocrática setorial.

A intersectorialidade é a articulação entre sujeitos de setores sociais diversos e, portanto, de saberes, poderes e vontades diversos, para enfrentar problemas complexos. Ela



corresponde a uma nova forma de governar, de trabalhar e de construir políticas públicas que pretendem possibilitar a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais (GROSSI; GUILAMELON, 2006).

A articulação intersetorial das redes públicas de saúde e de educação e demais redes sociais em prol do desenvolvimento das ações em conjunto implica mais do que ofertas de serviços, pois deve propiciar a sustentabilidade das ações a partir da conformação de redes de corresponsabilidade. Implica colocar em questão: como esses serviços estão se relacionando? Qual o padrão comunicacional estabelecido entre as diferentes equipes e serviços? Que modelos de atenção e de gestão estão sendo produzidos nesses serviços? (JUNQUEIRA, 2004; BRASIL, 2010).

Fazer acontecer uma rede integrada de ações e serviços de cuidado é um grande desafio aos gestores e aos profissionais envolvidos em saúde nos dias atuais. É distender de fato a novas ações, reflexivas e percepções para um trabalho transformador. Nessa contextualização, a intersetorialidade é apresentada com tonalidade de compromisso e mobilização entre os setores, contudo não parece tão simples remexer as bases estruturais das políticas sociais, que historicamente são divididas por esferas rígidas de poderes e de saberes distintos.

Assim, dada sua emergência, a intersetorialidade passa a ser compreendida como relevante nas demais políticas sociais. Inúmeros desdobramentos conceituais são atrelados para o que consiste a intersetorialidade: a gestão, a operacionalização e a prática profissional. Isso por tratar-se de um “conceito polissêmico que, tal como a política social, possui identidade complexa e, talvez por isso, se afinem” (PEREIRA, 2014, p. 22).

Em contrapartida, o Brasil apresenta a intersetorialidade como uma articulação entre os distintos setores para pensar a questão complexa de saúde, para assumir a corresponsabilização e buscar a garantia do direito humano à saúde. No entanto, trazer em pauta a intersetorialidade é adentrar num campo complexo, “esse grau de complexidade, [...] significa que nenhum setor ou agência isoladamente será capaz de controlar todos os fatores que o determinam” (WESTPHAL; ZIGLIO, 1999, p. 114).

Desta forma, os campos de operação e de gestão têm sido marcados por entraves técnicos, políticos e econômicos, que culminam na fragmentação e desarticulação das ações.

Outra perspectiva observa que a intersetorialidade é entendida como:

[...] uma prática desencadeadora de novos conhecimentos, proporciona a relação entre a especificidade de saberes e uma visão mais ampla e conjunta sobre o objeto e situação demandada, alicerçadas nessa concepção para entender que a prática

profissional de diferentes áreas, embasadas em ações interdisciplinares, que contribui para a compreensão da dinâmica dessa sociedade e da multidimensionalidade dos sujeitos. (AZEVEDO; PELICIONI; WESTPHAL, 2012, p. 73).

Pensando assim, como uma ferramenta operacional da interdisciplinaridade, do ponto de vista conceitual, a intersetorialidade procura superar a visão isolada e fragmentada da formulação e implementação de políticas e da organização do setor saúde. Significa adotar uma perspectiva global para a análise da questão saúde, e não somente do setor saúde, incorporando o maior número possível de conhecimentos sobre outras áreas de políticas públicas (BUSS, 2000).

Então, a intersetorialidade “constitui uma concepção que deve informar uma nova maneira de planejar, executar e controlar a prestação de serviço” (JUNQUEIRA, 1999, p. 27).

Intrínsecos ao campo da intersetorialidade há princípios básicos, a se destacar: senso de responsabilidade, de compartilhamento, parceria, envolvimento, articulação, cooperativismo, interface, conexão, participação, diálogo, trabalho em rede, integração, dentre outros. Esta envolve ações integradas de distintos setores no atendimento à população cujas necessidades são pensadas a partir de sua realidade concreta, de modo a colocar em pauta as peculiaridades de suas condições de vida (INOJOSA; JUNQUEIRA; KOMATSU, 1997; REDE UNIDA, 2000).

Uma vez perfazendo a ação intersetorial, as redes de base local e/ou regional, reclamam por valorização e qualificação na interconexão de agentes, serviços, organizações governamentais e não governamentais movimentos sociais e comunidades. Intervir em rede, na atualidade, requer que se estabeleçam, entre as diversas instituições de defesa de direitos e prestadores de serviços, vínculos horizontais de interdependência e de complementaridade (COMERLATTO, 2007, p. 269).

Por fim, uma citação que transmite as possibilidades de trabalho intersetorial com foco territorial:

A intersetorialidade se materializa por meio da criação de espaços de comunicação, do aumento da capacidade de negociação e da disponibilidade em se trabalhar com conflitos. Sua efetividade depende de um investimento dos municípios, na promoção da intersetorialidade local, bem como da capacidade em estabelecer e coordenar fluxos de demandas e informações entre as organizações e atores sociais envolvidos. A promoção da articulação intersetorial, no território de abrangência, é uma ação coletiva, compartilhada e integrada a objetivos e possibilidades de outras áreas, tendo por escopo garantir a integralidade do atendimento aos segmentos sociais, educacionais e de saúde prevenindo situações para vulnerabilidade e risco dos indivíduos (BRASIL, 2011a, p. 59).

Entre tantos sentidos, a criação, pactuação e efetivação desta possibilidade, se dará através do real conceito coletivo para intersectorialidade no território, promovido entre os atores envolvidos, como uma ação compartilhada e imersa de objetivos também de sentido para o processo local, buscando a integração, aproximação e organização nas prestações de serviços e na integralidade de suas ações em benefício a todos.

## **2.2 Trabalho em saúde**

No campo de práticas, vamos nos constituindo como “profissionais” da saúde, nos moldando aos sistemas, as atividades “tarefeiras”, criando, reinventando, nos percebendo integrantes deste universo propriamente de “trabalho”, nos apropriando, compondo-se e socializando.

Está definido que o trabalho não é, apenas, o que previamente é para ser executado, mas também o que de fato se realiza nas situações concretas de trabalho. Ele inclui, portanto, o esforço que se dispense no cotidiano profissional, os acordos e pactos realizados e até mesmo o que se pensou em fazer, mas não foi possível (BRASIL, 2009).

O trabalho é uma transformação não só de objetos, mas do próprio trabalhador, e, nesse sentido, um movimento dialético de exploração/alienação e de criação/emancipação (ANTUNES, 2005).

Neste sentido refletimos o quanto nos constituímos na saúde através dos nossos trabalhos, como campo de práticas nesta reflexão:

[...] a palavra trabalho tem muitos significados. Embora pareça compreensível, como uma das formas elementares de ação dos homens, o seu conteúdo oscila. As vezes, carregada de emoção, lembra dor, tortura, suor do rosto, fadiga. Noutras, mais que aflição e fardo, designa operação humana de transformação da matéria natural em objeto de cultura. É o homem em ação para sobreviver e realizar-se [...] (ALBORNOS, 2008 p.8).

Nesta constituição envolta ao trabalho, emerge a implicação do ser humano em realizar-se, sentir envolvido, pertencente, em poder de suas práticas e dos efeitos que elas produzem. Algo sedutor, ao mesmo modo, em contrapartida, nem todos buscam e se efetivam em realizações neste campo da vida, os fazem como e somente da projeção de sustento, nas realizações de execução tarefaira e de cumprimento destas tarefas, sem mesmo haver problemas sobre isso, pois são escolhas e inclinações individuais.

Faria et al (2009), remete a reflexão também neste sentido, referindo que o trabalho é o conjunto de procedimentos pelos quais os homens atuam, por intermédio dos meios de produção, sobre algum objeto para, transformando-o, obterem determinado produto que pretensamente tenha alguma utilidade.

Nessa premissa, o trabalho em saúde é hoje, majoritariamente, um trabalho coletivo, institucional, que se desenvolve com características do trabalho profissional e, também, da divisão parcelar ou pormenorizada do trabalho e da lógica taylorista de organização e gestão do trabalho (PIRES, 2000).

Por outro viés, o trabalho em saúde é um trabalho essencial para a vida humana e é parte do setor de serviços. É um trabalho da esfera da produção não material, que se completa no ato de sua realização. Não tem como resultado um produto material, independente do processo de produção e comercializável no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz; é a própria realização da atividade (PIRES, 2011).

Desta forma refletimos que o trabalho em saúde tem dois significados: Um ligado às necessidades biológicas relacionadas com a manutenção da vida e outro ligado às necessidades sociais relacionadas com o aperfeiçoamento da vida. (GIL, 2006)

O trabalho em saúde tem algumas características específicas: é realizado em equipe, é coletivo; é consumido no exato momento em que é executado e é mediado por tecnologias, normas e máquinas (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2006; FRANCO; MERHY, 2003).

Assim, no que aproxima as realidades do trabalho em saúde, percebe-se diferentes formas de ponderar os processos (FALER, 2015).

Leopardi (1999) traduz da seguinte forma:

[...] o trabalho na saúde é inegavelmente um trabalho repleto de inesperados. Cada ação significa um apoio a revitalização das pessoas, quer no âmbito de seu corpo, quer de sua psique ou de sua sociedade. Porém, por mais objetividade que se possa introduzir, é sempre com pessoas que trabalhamos. E pessoas respondem de forma inesperada aos cuidados que dedicamos. Daí a necessidade de refazer esteticamente a jornada, de modo que o trabalho não seja constrangimento para a vida. (LEOPARDI, 1999, p.52).

De uma maneira mais proximal sobre as práticas Machado (2014) afirma: Assim a construção do trabalho em saúde se dá a partir de um encontro entre sujeitos que trabalhem por um mesmo objetivo, sendo este de promoção, prevenção e recuperação de pessoas.

Um processo produtivo é definido por Bertussi (2010), que relaciona o trabalho em saúde que atua diretamente no cuidado, assim, o mesmo ocorre num território permeado por

disputas de poder, onde historicamente sua ação está centrada na doença clinicamente previsível e pouco baseada na subjetividade do sujeito, levando a uma baixa qualidade de produção.

Merhy (1997) aposta que nas tecnologias, não materiais presentes no processo, é possível identificar aquelas que são estruturais, pertencentes ao território formulado, ligadas aos saberes intelectuais presentes de cada profissão, e aquelas relacionais, existentes em um território de formulação, pertencentes a todos os trabalhadores da saúde.

Desta forma, ainda segundo Merhy (1997) surge um espaço para que todo o trabalhador seja produtor de saberes. Neste sentido, pensar deste modo nos faz refletir o trabalho em saúde como instigador de um espaço a todos, corresponsáveis pelo coletivo, pelo outro, pelos processos de trabalho, como a constituinte do sistema.

Nesta continuidade, Merhy e Onocko (1997) referem que o trabalho em saúde não pode ser globalmente capturado pela lógica do trabalho expresso nos equipamentos e nos saberes tecnológicos estruturados, e suas tecnologias de ação mais estratégicas se configuram em processos de intervenção em ato, operando como tecnologias de relações, de encontro de subjetividades, para além de saberes tecnológicos estruturados.

Conseqüentemente, requer o outro para fortificação das ações, das resolubilidades para as demandas, para um trabalho ampliado, solidificando o pertencimento e a integralidade dos próprios processos de trabalho.

Na linha Marxista nas constituições de trabalho, Marx (1994) refere que no processo de trabalho, a atividade do homem opera uma transformação no objeto sobre o qual atua por meio de instrumentos de trabalho para a produção de produtos, e essa transformação está subordinada a um determinado fim.

Desta forma, o que caracteriza o processo de trabalho humano para Marx não é apenas o uso de ferramentas, mas também a sua criação ou fabricação, e por essa razão ele corrobora a definição de Benjamin Franklin do ser humano como “um animal que faz ferramentas.”

Existe uma conexão entre a criação consciente ou deliberada e o uso das ferramentas e o fato de que somente o trabalho humano é uma atividade vital consciente. Parece que somente os seres humanos podem ter o conceito correto de uma ferramenta, e, assim, fazer ou utilizar essas ferramentas com uma explícita consciência de fazê-lo, porque somente a pessoa tem um conceito da própria atividade produtiva, entendendo que ela pode se diferenciar de outros processos naturais, e conscientemente opor-se eles (WOOD; PICARELLI FILHO, 2014).

Nesta perspectiva, Mendes-Gonçalves (1992), refere uma atenção aos três elementos componentes do processo de trabalho que seguirão uma linha de atividade adequada a um fim, isto é, o próprio trabalho, seguindo do objeto de trabalho, ou seja, a matéria a que se aplica o trabalho, e por fim aos instrumentos ou meios do trabalho.

Neste contexto, os processos de trabalhos componentes constituem categorias de análise, portanto abstrações teóricas por meio das quais é possível abordar e compreender certos aspectos da realidade, no presente caso, as práticas de saúde, cujo trabalho constitui “a base mais fundamental de sua efetivação.” (MENDES-GONÇALVES, 1992, p. 2).

Segundo Mendes-Gonçalves (1992), o objeto de trabalho contém, potencialmente, o produto resultante do processo de transformação efetivado pelo trabalho, no entanto, não deixa essa qualidade potencial transparecer por si mesma, imediatamente, de modo que essa qualidade de produto precisa ser evidenciada ativamente no objeto.

Portanto, certo aspecto da realidade destaca-se como objeto de trabalho somente quando o sujeito assim o delimita, o objeto de trabalho não é um objeto natural, não existe enquanto objeto por si só, mas é recortado por um ‘olhar’ que contém um projeto de transformação, com uma finalidade. Esta representa a intencionalidade do processo de trabalho, o projeto prévio de alcançar o produto desejado que está na mente do trabalhador, ou seja, em que direção e perspectiva será realizada a transformação do objeto em produto.

Ainda neste sentido, a autor refere que o objeto representa o que vai ser transformado: a matéria-prima (matéria em estado natural ou produto de trabalho anterior), e no setor saúde, necessidades humanas de saúde. O objeto será, pois, aquilo sobre o qual incide a ação do trabalhador.

Os instrumentos de trabalho tampouco são naturais, mas constituídos historicamente pelos sujeitos que, assim, ampliam as possibilidades de intervenção sobre o objeto. O meio ou instrumento de trabalho é uma coisa ou um complexo de coisas que o trabalhador insere entre si mesmo e o objeto de trabalho e lhe serve para dirigir sua atividade sobre esse objeto (MARX, 1994).

Mendes-Gonçalves (1979, 1992, 1994) analisa, no ‘processo de trabalho em saúde’, a presença de instrumentos materiais e não-materiais. Os primeiros são os equipamentos, material de consumo, medicamentos, instalações, outros. Os segundos são os saberes, que articulam em determinados arranjos os sujeitos (agentes do processo de trabalho) e os instrumentos materiais. Além disso, constituem ferramentas principais do trabalho de natureza intelectual.

Já os objetos e instrumentos de trabalho só podem ser configurados por referência à sua posição relacional, intermediada pela presença do agente do trabalho que lhe imprime uma dada finalidade. Por meio da presença e ação do agente do trabalho torna-se possível o processo de trabalho, a dinâmica entre objeto, instrumentos e atividade. Assim, o agente pode ser interpretado, ele próprio, como instrumento do trabalho e, imediatamente sujeito da ação, na medida em que traz, para dentro do processo de trabalho, além do projeto prévio e sua finalidade, outros projetos de caráter coletivo e pessoal, dentro de certo campo de possível (PEDUZZI, 1998).

Em um processo de trabalho, as finalidades ou objetivos são projeções de resultados que visam a satisfazer necessidades e expectativas dos homens, conforme sua organização social, em dado momento histórico (FARIA, 2009).

Os objetos a serem transformados podem ser matérias-primas ou materiais já previamente elaborados ou, ainda, certos estados ou condições pessoais ou sociais. Os meios de produção ou instrumentos de trabalho podem ser máquinas, ferramentas ou equipamentos em geral, mas também, em uma visão mais ampla, podem incluir conhecimentos e habilidades. Os homens são os agentes de todos os processos de trabalho em que se realiza a transformação de objetos ou condições para se atingir fins previamente estabelecidos (FARIA, 2009).

Processo de trabalho em saúde como conceito refere à dimensão microscópica do cotidiano do trabalho em saúde, ou seja, à prática dos trabalhadores/ profissionais de saúde inseridos no dia a dia da produção e consumo de serviços de saúde (PEDUZZI, 1998).

É necessário, contudo, compreender que neste processo de cotidiano e trabalho está reproduzida toda a dinâmica do trabalho humano, o que torna necessário introduzir alguns aspectos centrais do trabalho que é a grande categoria de análise da qual deriva o conceito de 'processo de trabalho em saúde.

O modo como desenvolvemos nossas atividades profissionais, o modo como realizamos o nosso trabalho, qualquer que seja, é chamado de processo de trabalho (FARIA, 2009).

O processo de trabalho em saúde é a forma como os trabalhadores de saúde realizam a produção dos serviços. Refletem, portanto, o cotidiano do trabalho em saúde.

Por trabalhadores de saúde, entende-se: Indivíduo que se insere direta ou indiretamente na prestação de serviços de saúde, no interior dos estabelecimentos de saúde ou em atividades de saúde, podendo deter, ou não, formação específica para o desempenho de funções atinentes ao setor. O mais importante na definição de trabalhador de saúde é a ligação

com o trabalho no setor ou atividade de saúde, independentemente da formação profissional ou capacitação do indivíduo (BRASIL, 2009b, p. 49).

O trabalho em saúde tem algumas características específicas: é realizado em equipe, é coletivo; é consumido no exato momento em que é executado e é mediado por tecnologias, normas e máquinas (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2006; FRANCO; MERHY, 2003).

Sobre a compreensão de Almeida et al. (2001), considera-se que a integralidade vai além da atuação de organização contínua do processo de atendimento nos diversos níveis de complexidade da atenção e que condiz em um processo de trabalho, a reflexão e a compreensão de uma prática sanitária integralizada, que requer o envolvimento das diversas áreas do conhecimento e dos serviços para dar conta do conceito amplo de saúde, buscando-se o bem-estar físico, psíquico e social.

Pensando assim, a organização e a complexidade de atenção precisa também ampliar a clínica, ao olhar profissional, buscando meios de tornar abrangente a atenção ao cuidado, ao indivíduo.

Para tanto, nem sempre se consegue dar conta de toda a complexidade que a “saúde” no seu estado-maior propõe ao usuário. Sendo assim, novamente é necessário atentar-se a todos os determinantes envolvidos para as ações se tornarem resolutivas e singulares a cada situação.

O processo de trabalho amplia-se pela construção das singularidades de cada usuário, levando aos profissionais a buscarem intersecções de saberes coletivos e demandarem de parcerias em prol da integralidade.

Esta prerrogativa faz parte de inquietações constantes de profissionais da saúde, assistência social e educação, além de gestores, em prol de um olhar ampliado sobre os processos de atendimentos, prestação de serviços e cuidado, para um desenvolver integral dos seus cuidados e suas demandas na perspectiva de conduta pública.

### **2.3 Integralidade**

A integralidade pode ser construída no âmbito das políticas públicas, tanto as de saúde (em especial, quando são mais generosas, inclusivas e abrangentes) quanto por meio da intersetorialidade (MATTOS, 2001).

Dentro dos princípios da política de saúde, cita-se a integralidade como um dos pilares condicionantes para atingir a totalidade das ações. O conceito de integralidade se remete à



integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e das organizações (HARTZ; CONTRADRIPOULOS, 2004).

Nesta perspectiva o fazer intersetorialidade, perpassa pela integralidade de ações para os sujeitos desprendidos entre serviços, setores, profissionais e demandas, relevantes no âmbito de compreensão à integralidade de ações e de que forma a saúde e outros setores, alcançam seus usuários e atendem suas demandas no compreender de prestação de serviços continuados e eficazes.

Sobre essa compreensão, Almeida et al. (2001), considera se que a integralidade vai além da atuação de organização contínua do processo de atendimento nos diversos níveis de complexidade da atenção e que condiz em um processo de trabalho, a reflexão e a compreensão de uma prática sanitária integralizada, que requer o envolvimento das diversas áreas do conhecimento e dos serviços para dar conta do conceito amplo de saúde, buscando-se o bem-estar físico, psíquico e social.

O homem precisa ser considerado na sua integralidade, em uma visão que busca superar a fragmentação, o que tem levado a gestão pública responsável pelas políticas sociais a uma nova dimensão na percepção da intersetorialidade, o que constitui uma concepção que deve informar a maneira de planejar e executar a prestação dos serviços, o que significa alterar toda articulação dos diversos segmentos da organização governamental e seus interesses (JUNQUEIRA 2007, p. 60).

Assim, Mattos (2004) salienta três grandes grupos de sentido para a integralidade, relacionados com: atributos das práticas dos profissionais de saúde, sendo valores ligados ao que se define como uma boa prática ocorra ou não no âmbito do SUS; atributos da organização dos serviços; e respostas governamentais aos problemas de saúde. Tal concepção é bastante abrangente, fazendo-nos refletir acerca do papel dos diversos atores envolvidos na prática do princípio da integralidade.

Pensando na integralidade no seu sentido vertical, os autores referem que a mesma pressupõe a busca das necessidades dos usuários a partir de um olhar integral, ampliado, procurando captar holisticamente o que pode beneficiar sua saúde nos seus contatos com os diferentes pontos do sistema.

O segundo é o da integralidade horizontal, no qual se evidencia que as respostas às necessidades dos usuários geralmente não são obtidas a partir de um primeiro ou único contato com o sistema de saúde, havendo necessidade de contatos sequenciais, com diferentes serviços e unidades, e monitorização do trajeto de uns aos outros. O terceiro diz respeito à interação entre políticas públicas e, portanto, à intersetorialidade. Ou seja, as redes de atenção

à saúde não devem ser restritas ao setor saúde, devendo incluir políticas de outros setores relacionados às determinantes do processo saúde-doença (MATTOS, 2001).

Por essa intenção, tece para uma concretização da Educação Permanente em Saúde, onde o processo educativo dos trabalhadores envolvidos se faz por objetivos de transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, sendo que, pode ser considerada como orientadora das iniciativas de desenvolvimento dos sujeitos trabalhadores e das estratégias de transformação das práticas de saúde e coletividade.

Com isso, vê-se que a integralidade das ações em saúde favorece a atuação dos diversos profissionais envolvidos com o cuidar/tratar/curar, já que a educação em saúde é uma ação básica importante quando amparada no desenvolvimento da consciência crítica das causas, dos problemas e das ações necessárias para a melhoria das condições (CARVALHO; SANTOS, 2002).

Nesta afirmação, Merhy (2005, p.173) nos embasa com o pressuposto de que todo processo de educação permanente em saúde [...] “Implicaria força de produzir capacidade de problematizar a si mesmo no agir pela geração de problematizações.”

Por outro viés, a construção de redes pode proporcionar ao usuário a garantia de um caminho ininterrupto de cuidado à sua saúde, configurando assim as linhas de cuidado, ou seja, um conjunto de atos assistenciais pensados e articulados para resolver determinado problema de saúde do usuário, assentado em um projeto terapêutico (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR apud MERHY, 2003).

A integralidade necessita de articulação entre muitos atores e ações envolvidas, na realidade, a integralidade baseia-se em uma nova concepção do ser humano e das suas relações, de modo que está relacionada com a mudança de paradigma no campo da saúde. Não pelo conceito de totalidade, mas de complementariedade, onde os atores de gestão e de assistência estão envolvidos, colaborativos e designados em prol dos sujeitos, num tecer de cuidado, num tecer em redes.

## **2.4 Redes**

As redes têm sido propostas de administrar políticas e projetos em que os recursos são escassos e os problemas complexos; onde há interação de agentes públicos e privados, centrais e locais; onde se manifesta uma crescente demanda de benefícios e por participação cidadã (MENDES, 2010).

Uma estrutura em rede permite agregar várias áreas e tarefas ao mesmo tempo, e diminuir as distâncias naturais e operacionais entre elas. “A forma em rede gera integração, interação, sinergia, eficiência, eficácia e efetividade nas atividades e ações executadas pelas pessoas das diversas áreas da empresa.” (CURY, 2000 p. 116).

A noção de rede como um emaranhado de relações das quais os indivíduos constituem os nós, significa uma transformação das ideias sobre organização social. Mas ainda hoje temos dificuldades para incorporar as implicações da metáfora de rede tanto no nível das organizações como da sociedade.

“A maioria das pessoas continua pensando como indivíduos isolados e não como parte de múltiplas redes de interações: familiares, de amizade, de trabalho, recreativas”, entre outros (NAJMANOVICH, 1995, p. 61).

A gestão eficaz das redes implica: trabalhar rotineiramente na produção de consensos; operar com situações em que todos os atores ganhem; harmonizar os decisores políticos e administrativos; negociar as soluções e monitorar e avaliar permanentemente os processos (AGRANOFF; LINDSAY, 1983 apud MENDES, 2010).

Mendes (2010) refere à ideia de rede surge a partir da constatação de que o modelo fragmentado de atenção à saúde não dava conta de serem suficientes às questões da saúde coletiva que tange a eficiência do cuidado e também a viabilidade financeira.

Ainda neste sentido, o mesmo autor nos remete a reflexão de que conceitualmente, os sistemas fragmentados de atenção à saúde são aqueles que se organizam através de um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados e incomunicados uns dos outros e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população.

Ainda neste referencial, a fragmentação dos serviços atende uma lógica competitiva e não colaborativa que acaba colocando questões sanitárias desprioradas nos processos coletivos (MENDES, 2010).

Assim a forma mais integral de nos remeter a perspectiva de atender a saúde, a coletividade, a promoção, prevenção, habilitação e reabilitação, com vistas à integralidade de ações e complementariedade de práticas, saberes e cuidados vem no conjunto de ações em redes. Pensando também, nas estruturas que se compõem as redes, os atores, os objetivos.

Neste sentido, as redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde prestada no

tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população (MENDES, 2011).

Refletimos outra perspectiva objetiva de redes em saúde:

Uma rede de organização que presta, ou faz arranjos para prestar, serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população que serve (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2010).

O Ministério da Saúde (2010) refere como conceito objetual geral de redes: [...] arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas técnico, logístico e de gestão, buscam garantir o cuidado.

Desta maneira, o refletir em redes nos remete diretamente ao coletivo, o que é de pertencimento a todos, que nos traz a continuidade necessária. O agir em redes, demanda desprendimento, uma organização por contínuo de atenção, pela integralidade dos processos de saúde e dos sujeitos, com uma implicação de objetivos comuns e operando de forma colaborativa.

## **2.5 Educação permanente em saúde**

“Os processos de educação permanente em saúde tem como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho.” (BRASIL, 2009, p. 20).

Sendo assim, o conceito de Educação Permanente em Saúde foi adotado para dimensionar estas transformações, não no prolongamento do tempo ou carreira dos trabalhadores, mas na ampla intimidade entre formação, gestão, atenção e participação nesta área específica de saberes e de práticas, mediante as intercessões promovidas pela educação na saúde (CECCIM, 2005).

A integração entre o ensino, os serviços, a gestão setorial e o trabalho no SUS, ao mesmo tempo em que deveria reconhecer a necessidade de disputa pela atualização cotidiana das práticas, segundo as mais recentes abordagens teóricas, metodológicas, científicas e tecnológicas disponíveis, deveria inseri-la em uma necessária construção de relações e de processos que vão desde o interior das equipes em atuação conjunta implicando seus agentes, até as práticas organizacionais, implicando a instituição e/ou o setor da saúde como um todo, bem como às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais, implicando também as políticas em que se inscrevem os atos de saúde (CECCIM, 2005).

Neste sentido, a educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa, em que o aprender e o ensinar devem integrar a prática diária dos profissionais da saúde, pois, através desta, refletem sobre as diversas realidades e os modelos de atenção em saúde em que estão inseridos, com o intuito de identificar as situações-problema. Em certas circunstâncias das práticas profissionais, os modelos de atenção em saúde são reproduzidos e não são colocados em discussão entre todos os atores envolvidos (STROSCHEIN; ZOCHE, 2011).

Para Ceccim e Ferla (2008), a educação permanente em saúde suscita como um desafio em seus atores, pois convida à criação e a construção conjunta. Nesta perspectiva, nova sensibilidade e condutas são requeridas: escuta, solidariedade, gestos, poder de afetar e ser afetado, caminhando com as diferenças e constituindo pactuações. Impregnados por este desejo, os profissionais têm o poder de transformar o seu cotidiano.

Ainda nesta perspectiva, Serres (1993, p. 14) coloca que ensinar e aprender, em sentido pleno, implicam três variedades de alteridade, três estranhezas, três modos de se expor: partir, sair e deixar-se seduzir. Parir é dividir-se em partes, tornarem-se vários, abrir-se como universo ou como o caos onde tudo começa e sair é deixar o ninho, lançar-se em um caminho de destino incerto, bifurcar a direção dita natural; e deixar-se seduzir é aceitar o guia, o mestre, o condutor que conhece o lugar por onde levar o iniciado. Uma vez colocado em desequilíbrio por todos os lados, afeto, percepção e cognição estarão prestes a se distender.

Percebe-se então das estranhezas as problematizações.

Sendo assim, por este movimento, Merhy (2005, p.173) nos embasa com o pressuposto de que todo processo de educação permanente em saúde [...] “Implicaria força de produzir capacidade de problematizar a si mesmo no agir pela geração de problematizações.”

“A Educação Permanente em Saúde é a possibilidade de aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho.” (BRASIL, 2009, p. 20).

Ainda neste sentido, a educação permanente representa uma mudança significativa na concepção e nas práticas de capacitação dos trabalhadores dos serviços. Supõe inverter a lógica do processo ao incorporar ensino e aprendizado no cotidiano das organizações, desconstruindo um modelo pautado na orientação vertical, recolocando a importância das pessoas como atores reflexivos da prática e construtores do conhecimento (BRASIL, 2009).

Desta forma, a educação permanente em saúde propõe ampliar espaços de educação e construção de redes de aprendizado, fortalecendo a integração do conhecimento nas comunidades. Propõe ainda que, por ser centrada no processo de trabalho, deve abranger toda

a equipe, sejam médicos, enfermeiros, gestores, professores, ou seja, todos aqueles que são profissionais da saúde (BRASIL, 2009).

A Educação Permanente em Saúde pode corresponder à Educação em Serviço, quando esta coloca a pertinência dos conteúdos, instrumentos e recursos para a formação técnica submetidos a um projeto de mudanças institucionais ou de mudança da orientação política das ações prestadas em dado tempo e lugar. Pode corresponder à Educação Continuada, quando esta pertence à construção objetiva de quadros institucionais e à investidura de carreiras por serviço em tempo e lugar específicos. Pode, também, corresponder à Educação Formal de Profissionais, quando esta se apresenta amplamente porosa às multiplicidades da realidade de vivências profissionais e coloca-se em aliança de projetos integrados entre o setor/mundo do trabalho e o setor/mundo do ensino (CECCIM, 2005).

Ceccim (2008) refere que há elementos necessários a pensar e providenciar para efetivação da Educação Permanente em Saúde, sendo estes os componentes do Quadrilátero da Formação: análise da educação dos profissionais de saúde, análise das práticas de atenção à saúde, análise da gestão setorial e a análise da organização social.

A Educação Permanente em Saúde complementa e intervém com efetividade nas relações de processos de trabalho, pois suas relações são estabelecidas por diversos vieses, intervindo em contextos de trabalho, nos profissionais e gestores envolvidos e numa análise matricial do território, seus componentes, suas fragilidades e potencialidades para intervenções com processos de aprendizagens eminentes, assim, inserindo-se como ferramenta potente de Educação em saúde.

Por fim, ao final desta revisão de literatura, integramos conceitos que nos posicionaram com relevância para o entendimento dos processos acerca dos assuntos almejados e encontrados nesta pesquisa, esclarecendo e aproximando a interlocução dialógica necessária entre referências, percepções dos entrevistados e perspectivas da pesquisa.

### **3 PERCURSOS METODOLÓGICOS**

#### **3.1 Delineamento**

Esta pesquisa possui uma abordagem qualitativa, com caráter descritivo e exploratório.

A pesquisa qualitativa torna-se importante para compreender os valores culturais e as representações de determinado grupo sobre temas específicos, para compreender as relações que se dão entre atores sociais no âmbito das instituições e nos movimentos sociais e para avaliação das políticas públicas e sociais, do ponto de vista de sua formulação, de sua aplicação técnica e dos usuários a quem se destina.

Assim sendo, tal metodologia possibilitou um grau de aferição mais abrangente acerca da percepção dos participantes dos percursos formativos sobre a execução e os resultados da pesquisa. (MINAYO, 2000)

Neste sentido, a abordagem qualitativa realiza uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza: ela se envolve com empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas (MINAYO; SANCHES, 1993).

O verbo principal da análise qualitativa é compreender. Compreender é exercer a capacidade de colocar-se no lugar do outro, tendo em vista que, como seres humanos, temos condições de exercitar esse entendimento (GADAMER, 2011).

Como opções metodológicas para contemplar de forma mais abrangente estes objetivos, foram utilizados também os conjuntos de técnicas propostos por Bardin (1979): uma coleta de dados por entrevista, com perguntas semiestruturadas aos profissionais atuantes pelas secretarias e gestores municipais.

#### **3.2 Campo de estudo**

A pesquisa foi realizada no município de Veranópolis, durante o período de março a dezembro de 2018.

Veranópolis é um município de colonização italiana; os primeiros imigrantes chegaram na cidade em 1884, quando o local pertencia ao município de Lagoa Vermelha e em 1898 foi desmembrado deste, mas somente na década de 1940 passou a ser conhecido como Veranópolis.

Conhecida também como Berço Nacional da Maçã e Terra da Longevidade, está localizada a 170 quilômetros da capital do Estado do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. De clima subtropical, a 705 metros de altitude (PREFEITURA MUNICIPAL DE VERANÓPOLIS, 2019).

Com uma população de 24.885 habitantes (estimativa conforme IBGE em 01 de julho de 2016 / em 2010 o Censo registrou 22.810 habitantes) e uma área de 289,4 km<sup>2</sup>, é uma das melhores cidades para se viver, sendo o município com o 9º melhor Índice de Desenvolvimento Socioeconômico no Estado (índice de 0,788 em escala até 1,00), segundo a Fundação de Economia e Estatística (FEE) do Rio Grande do Sul. Já pelo Índice de Desenvolvimento Humano, divulgado pelo IPEA, Veranópolis alcança nota 0,850 (também em uma escala até 1,00) (PREFEITURA MUNICIPAL DE VERANÓPOLIS, 2019).

A cidade é de responsabilidade gestora da Prefeitura Municipal de Veranópolis, estruturada com oito secretarias, subsidiando as necessidades da cidade e da população, sendo elas: a Secretaria de Desenvolvimento Econômico, Secretaria Desenvolvimento Social, Habilitação e Longevidade, responsável pelo CRAS e CREAS do município, alinhado também aos projetos existentes de longevidade, a Secretaria de Educação, Esporte, Lazer e Juventude, responsável pelos programas NUTRA (Laboratório de Aprendizagem) e PRADIES (Programa do Atendimento Integral ao Educando de Veranópolis), secretaria de Finanças, Secretaria de Governo, Secretaria de Infraestrutura e Meio Ambiente, Secretaria de Turismo e Cultura e Secretaria da Saúde, responsável pelo Posto de Saúde Central, ESF's, UBS e CAPS.

### **3.3 População-alvo e amostra**

A população-alvo foi constituída por seis profissionais vinculados às secretarias municipais, sendo dois representantes da secretaria de Saúde, dois da secretaria de Assistência Social e mais dois da secretaria de Educação do município de Veranópolis.

Contamos também com a contribuição de quatro gestores, um gestor respectivo de cada secretaria municipal mencionada acima, além, um gestor da Administração Municipal. Totalizando assim dez participantes como população-alvo desta pesquisa.

Referindo-se aos profissionais, os mesmos foram indicados pelas secretarias participantes, para que não houvesse nenhum tipo de preferencialidade e indicação por parte da pesquisadora também atuante no município. Não houve critério de exclusão para essa indicação.



Quanto aos gestores, procuramos diretamente os responsáveis de cada secretaria municipal já citada, buscando a ideia de intersectorialidade em quem idealiza, organiza, preconiza ações e dialoga com ações conjuntas, como a gestão.

As secretarias em foco na pesquisa, de Desenvolvimento Social, Saúde e Educação foram escolhidas por prestarem serviços diretamente aos cidadãos, viabilizando as condutas para uma relação intersectorial mais próxima.

Assim, após indicações, os profissionais e gestores foram orientados pela pesquisadora de que forma contribuiriam neste estudo, além de serem previamente esclarecidos sobre os propósitos do estudo e estarem cientes do mesmo através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi solicitado à ciência de todos que aqui participaram.

Delimitou-se uma amostra total de 10 participantes.

Esse tipo de amostra é “[...] uma porção ou parcela, convenientemente selecionada do universo (população); é um subconjunto do universo.” (MARCONI; LAKATOS, 2002, p. 41).

Além disso, é importante destacar que na amostragem não probabilista intencional “[...] o pesquisador está interessado na opinião (ação, intenção, etc), de determinados elementos da população, mas não representativos dela [...]” (MARCONI; LAKATOS, 2002, p.52).

Os núcleos profissionais que compuseram esta pesquisa foram de Assistentes Sociais, Enfermeiros, Médicos, Psicólogos, Psicopedagogos, Fisioterapeuta, Professores e Terapeutas Ocupacionais, inseridos nos serviços municipais que dispõe de atendimentos aos usuários em saúde, assistência social e educação da rede municipal de Veranópolis, além dos seus respectivos gestores.

Quanto ao perfil destes profissionais e gestores, nove deles eram do sexo feminino e um do sexo masculino.

Os profissionais indicados são vinculados aos serviços municipais como concursados, em regime estatutário, dado em coincidência mas relevante a ser citado pelo vínculo com os serviços prestados.

A atuação média dos profissionais no serviço público municipal é de uma inserção maior que 5 anos, via concurso público. Atuantes em setores municipais como ambulatório de especialidades no Posto de Saúde Central, Unidade Básica de Saúde, no CREAS, no CRAS, no PRADIES (Programa de Atendimento Integral ao Educando de Veranópolis) e na Secretaria de Educação.

Quanto aos gestores, os mesmos estão em gestão atual desde 2016, sendo dois deles atuantes neste cargo de gestão como iniciantes e outros dois já atuantes nas mesmas condições em gestões municipais anteriores.

### **3.4 Coleta de dados**

A coleta foi realizada através de entrevistas semiestruturadas, construídas a partir de desdobramentos das questões norteadoras e dos objetivos da pesquisa.

Desta maneira, a entrevista conteve perguntas abertas, para que o entrevistado fale sobre o tema em questão sem restringir-se ao questionamento (MINAYO et al. 2005).

A entrevista semiestruturada parte do princípio da interação entre entrevistador e entrevistado, sendo conduzida por um roteiro que encaminhou as discussões, servindo de suporte, mas que foi (re) configurado de acordo com rumos diferentes e interessantes para o estudo que foram aparecendo.

Rosa Silveira (2007) mostra que o roteiro das entrevistas não funciona somente como um instrumento para extração de informações verdadeiras, mas como um provocador de “outras verdades”. Podemos compreender a entrevista como uma instância de produção de verdades; ao mesmo tempo, a entrevista pode nos mostrar que as histórias contadas possuem significados complexos e múltiplos. Com isso, a tarefa principal do entrevistador deve ser a de permitir que o entrevistado construa uma narrativa própria, mesmo que esta pareça, em determinados momentos, contraditória ou caótica.

De acordo com Minayo (2000) a vantagem desta modalidade de entrevista consiste em enumerar de forma abrangente as questões que o pesquisador quer abordar no campo, a partir de suas hipóteses ou pressupostos, sem cerceamento da fala dos entrevistados. Para tanto, foi utilizado um roteiro de perguntas norteadoras (Apêndice A).

As entrevistas foram realizadas de forma individual pela autora da pesquisa para sua posterior análise.

Previamente à entrevista, os entrevistados leram, concordaram e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice B) em que concordaram em participar voluntariamente do estudo, com a gravação da entrevista.

As entrevistas foram realizadas na sala do setor de Fonoaudiologia do Posto de Saúde Central de Veranópolis, assegurando a privacidade dos sujeitos da pesquisa e suas opiniões a cerca das questões norteadoras.

As informações obtidas por meio das entrevistas, possibilitaram a identificação de como estão articulando os profissionais e os serviços para objetivação e legitimação de uma rede intersetorial de atenção e serviço como processo de trabalho.

### **3.5 Análise dos dados**

Foram realizadas análises do conteúdo das entrevistas, conforme teorização da Bardin (1979), objetivando a reflexão sobre as condições de produção e apreensão dos significados das falas, buscando compreender determinados modos de funcionamento, produções sociais de sentido e organização do material como um todo (MINAYO et al. 1994).

O método escolhido para investigar o material coletado foi a análise de conteúdo.

Bardin (1979, p. 38) entende esse tipo de análise como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens.”

Em termos cronológicos, Bardin (1979) propõe três fases da análise de conteúdo: a pré-análise (fase de organização); a exploração do material (fase de decodificação, decomposição ou enumeração); e o tratamento dos resultados (operações estatísticas e síntese dos resultados), a inferência e a interpretação.

Minayo (2000) sugere que a análise de conteúdo, ao relacionar as estruturas semânticas com as estruturas sociológicas dos enunciados, articula a superfície dos textos com os fatores que determinam suas características - entre os quais, variáveis psicossociais, contexto cultural e processo de produção da mensagem.

Desse modo, a análise de conteúdo apresentou-se como a ferramenta apropriada no âmbito da pesquisa qualitativa em saúde.

Como estratégia sequencial, fizemos a escuta, transcrição, leitura e releitura das entrevistas, procurando uma compreensão global conjunta do material coletado, escolhendo assim possíveis categorizações do mesmo, partindo de conceitos teóricos que orientassem a análise. Por fim, fizemos uma síntese interpretativa do material elaborado em planilha eletrônica em LibreOffice.Calc.

Após, dividiu-se em etapas que incluíram:

- Primeiramente a organização dos relatos e dos dados de observação em uma determinada ordem, considerando agrupamentos (no caso a sequência de perguntas) e a criação de subconjuntos. Nessa fase, as entrevistas foram mantidas separadas individualmente por profissionais, mas foram criados subconjuntos, dando início a uma tentativa de

categorização inicial do material. Os subconjuntos eram referentes aos eixos e conceitos principais do estudo.

- Posteriormente fizemos recortes de cada item do texto, conforme foram apresentados pelos entrevistados, organizando-os tecnicamente em subconjuntos, separados por assuntos, constituindo já a primeira forma de classificação do material. Em muitas leituras, as categorizações deram espaço a categorias mais amplas que respondiam às grandes perguntas do estudo e aos objetivos previstos.
- O material contido nas muitas colunas passou por uma nova leitura e organização para que fosse reestruturado em até quatro tópicos que os entrevistados destacaram, sobretudo, por meio da reiteração, diminuindo assim o número de subconjuntos mas não desprezando a riqueza de informações. Aqui montamos tabelas paralelas, reunindo as falas dos profissionais, aglutinando-as por categorias.
- Para a compreensão propiciada pela leitura prévia, que originou as categorias ou unidades semânticas, mereceu uma nova teorização, visto que as referências teóricas que proveram o início da investigação não foram suficientes para contemplar a interpretação dos achados. Neste último ponto partimos de início à análise e discussão propriamente dita do nosso material.

### **3.6 Aspectos éticos**

A pesquisa foi realizada considerando os aspectos éticos presentes na legislação brasileira, sobretudo seguindo as normas da Resolução 466/2012, que preconiza os direitos de privacidade, anonimato e confidencialidade ao participante.

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), sob CAEE número: 99167318.0.0000.5347 e Parecer número: 3.010.579 (Apêndice D).

Todos os participantes foram orientados quanto a dúvidas durante as entrevistas, tendo eles assinado previamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, sendo que uma cópia foi entregue ao entrevistado e a outra com as documentações do pesquisador.

Foram garantidos aos participantes o anonimato das informações coletadas na divulgação dos resultados do estudo, como também a liberdade de, a qualquer momento, desistir da pesquisa, os abonando de qualquer custo e qualquer repreensão.

Os pesquisados também foram informados que não receberiam benefícios diretos, mas que a sua participação veio a contribuir com um melhor conhecimento acerca da atuação intersetorial municipal, o que é de extrema importância para futuras articulações entre serviços, na busca de resolubilidade de ações e integralidade de saúde, atenção e cuidado aos munícipes, como também que os resultados poderão agregar com futuros estudos neste assunto.

Os dados que foram utilizados para este estudo serão armazenados pela pesquisadora e mestranda durante 5 (cinco) anos, sendo destruídos após esse período.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Através dos dados, possibilitou a estratégia de elucidar quatro grandes eixos temáticos, cada um deles divididos em categorias, que foram compiladas no quadro a seguir:

Quadro 1 - Resultados das análises: eixos temáticos e categorias

<i>Eixo Temático</i>	<i>Categorias</i>
Intersetorialidade em questão	Aproximações conceituais
Processos de trabalho para intersectorialidade	Percepção do território para a intersectorialidade Limites, entraves na atuação intersectorial O “eu” contribuinte no processo de trabalho intersectorial Implicações e Efeitos – Gestão, profissionais e usuários
Processos de comunicação	Dificuldades, ruídos e processos de aproximação comunicativa
Movimento para intersectorialidade	Intersectorialidade como: Processo de integração, aproximação e possibilidades

Fonte: Elaborado pela Autora

Para cada eixo temático e suas categorias serão trazidas as falas dos participantes, aproximando contribuições teóricas. Desta forma, a discussão triangulará entre entrevistados, pesquisadora e referências teóricas pertinentes.

### 4.1 Intersectorialidade em questão

A grande temática da nossa pesquisa entre diretamente em voga com as percepções conceituais do tema pelos participantes, na abertura deste estudo. Percebemos subjetividades presentes nas entrevistas, que merecem serem explicitadas como um processo de abertura a novos conceitos e reflexões, e que de fato perpassam e demonstram novos espaços e processos de aprendizagens, onde desconfortos, inquietações, descômodos e motivação aparecem quando subitamente a primeira questão levaria a reflexão do que “se entende” por intersectorialidade.

“[...] não se coloca em questão simplesmente seus limites e certezas no campo do conhecimento. Coloca-se abertura para novos entendimentos, novas concepções e instigações para possibilidades [...]” (ZIMERMANN, 2000, p. 23).

Estes novos entendimentos, escutas, inquietações, reflexões e percepções já pontam a processos de ensino, de inserção de novos conceitos, condutas e possibilidades. Deslocam-se a novos movimentos e ao responder aos questionamentos se amplia a inserção de espaços críticos e reflexivos, assim a educação em saúde já acontece.

#### 4.1.1 Aproximações Conceituais

Conceituar o termo é diferente de saber como ele se operacionaliza no cotidiano da gestão pública em saúde (FRACOLLI et al., 2011).

As percepções entre os entrevistados expressaram a intencionalidade do conceito amplo sobre intersectorialidade.

Emergiram como um trabalho conjunto, interligado, em citações de **todo**, como junção de uma macro rede, possivelmente, neste caso, a própria prefeitura municipal, a uma grande integração, desse todo em ação, em mistura e em construção dos serviços, das ações e dos setores a serem articulados.

Muito embora como profissionais envolvidos na operacionalização dos processos de trabalhos, a teori também se constituem em prática.

As percepções se aproximaram muito uma das outras, com um envolvimento realmente de conjunto, de atuação conjunta onde se instituiu o “eu” dentro deste universo.

Nesta perspectiva, na concepção Freireana, teoria e prática são inseparáveis tornando-se, por meio de sua relação, práxis autêntica, que possibilita aos sujeitos reflexão sobre a ação, proporcionando educação para a liberdade. “A práxis, porém, é reflexão e ação dos homens sobre o mundo para transformá-lo. Sem ela, é impossível a superação da contradição opressor oprimido” (FREIRE, 1987, p. 38).

Em contrapartida, a ausência de uma robustez teórica para a conformação da intersectorialidade (AKERMAN et al. 2014) se faz sentir e leva à conseqüente imprecisão quanto ao objetivo de sua execução prática.

Ainda que, isso se operacionaliza com uma objetivação comum, aplicada em um território com objetivos “tais” em comum, elaborado entre os setores em envolvimento e das necessidades da demanda local. A imprecisão também faz parte dos processos, ainda mais

quanto da implementação de novos modos de trabalho, levando a busca de adequações, também teóricas, que se aproximam com as necessidades envolvidas.

“Sendo assim, um dos contrapontos da setorialidade é justamente a intersetorialidade, compreendida como uma articulação de saberes e experiências na elaboração, aplicação e avaliação de ações, objetivando atingir resultados integrados em situações ditas complexas [...]” (JUNQUEIRA; INOJOSA; KOMATSU, 1997, p. 21).

Desta forma, as falas dos entrevistados nos traduziram estas percepções:

[...] inter e setor: Setor... são *partes* de um *todo* né e inter é a *mistura* desses *setores* nesse todo (En3).

[...] uma *ação* né que seria um *conjunto*, entre todos os *serviços* [...] (En1)

[...] penso que trabalhar em intersetorialidade seja uma *construção* em *conjunto* assim... que a gente possa ter *objetivos* e buscá-los dentro de uma *equipe*... com vários *profissionais* diferentes e qualificados. (En9)

[...] um *trabalho* em *conjunto* de *rede* [...] (En6)

Percebe-se um entendimento conceitual entre a fala dos entrevistados, o que já referenciais teóricos referem e se aproximam destas mesmas ideias, levando o “trabalho” para uma dimensão maior do seu fazer, do seu local, da sua dimensão setorial. Buscando articulações, ações como remetem os entrevistados, a uma construção conjunta de saberes em rede, setores, serviços com os “atores” envolvidos.

[...] que tenha uma *ligação* entre *vários serviços* dentro de uma cidade, por exemplo, né [...] (En10)

[...] *entre setores* e que seja um *elo* de comunicação *entre locais* diferentes que tenha que ter uma *ação*, *uma atitude*, algo que vá de *encontro*... que tem uma *troca*. [...] (En2)

[...] é quando *todos os setores* estão *interligados* de alguma forma, quando participa e *trabalha* pela *mesma causa*, que se tem contato... acho que uma *equipe* participante que *atua* junto em *todos os setores* [...] (En7)

Para Romagnoli (2016 p. 157): “Efetivar a intersetorialidade, precisa de uma ação conjunta mantida por objetivos comuns ou resultados esperados entre as instituições e setores como processos de trabalho.”

Nesta percepção, o entrevistado nove refere tais objetivos muito embora direciona os resultados a uma equipe. Com outra percepção, o entrevistado um refere a ação como forma conceitual de intersetorialidade, levando a aproximação de Faria (2016) da ação conjunta.

Por este sentido, se vê que a ação conjunta é entendida como a realização de tarefas que independem uns dos outros. Contudo, Carvalho (2014) refere que de alguma forma é preciso articular as partes que se fazem soltas, no caso os setores, pois é das relações das



partes que surgem novas potencialidades que também as retroalimentam, estimulando-as a expressar sua individualidade, complementa Junqueira (2000).

Pensando assim, na caracterização proximal dos conceitos sobre intersectorialidade, os entrevistados apresentam palavras elementares na construção destes processos, onde aparecem aproximações de conjunto, trabalho, mistura, interligação, atuação entre, em setores, equipes, e com objetivos, metas em comum.

Nesta construção conjunta Feuerwerker e Costa (2000) descrevem que:

A intersectorialidade é a articulação entre sujeitos de setores diversos, com diferentes saberes e poderes com vistas a enfrentar problemas complexos. No campo da saúde, pode ser entendida como uma forma articulada de trabalho que pretende superar a fragmentação do conhecimento e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população. Mais do que um conceito, é uma prática social que vem sendo construída a partir da insatisfação com as respostas do setor saúde perante os problemas complexos do mundo moderno.

Assim fazendo a inter-relação de saberes, dentro da sua esfera para a ampliação integrada de serviços, permeando a lógica da integralidade de ações, com suas aproximações comuns em prol dos usuários.

Muito embora, nenhum dos entrevistados referem a integralidade das ações ou da prestação em saúde nas suas percepções conceituais de intersectorialidade, é ponto essencial a ressaltar pelo intuito do processo, levar a máxima ao usuário, integrar setores com objetivação comum a prestação mais integral possível de atenção, cuidado e saúde.

A integralidade é uma característica desejável das práticas de saúde, gerando contrastes relevantes com aquelas vigentes, envolvendo a formação e a organização do trabalho no interior dos sistemas de saúde (TOASSI; FERLA, 2017).

Mattos (2001, p. 61) destaca e problematiza pontos importantes para um conjunto de sentido sobre a integralidade da atenção à saúde: o primeiro conjunto se refere a características de orientação das práticas dos profissionais em saúde; o segundo trata dos atributos da organização de serviços e o terceiro diz respeito à organização das políticas, que devem ser operadas articuladamente, implicando uma recusa ao reducionismo, à objetivação das pessoas e até uma afirmação de abertura para o diálogo e para alteridade entre ação e usuários.

Prover integralidade requer integrar o entorno institucional, profissional, político e emergir a um conjunto de direitos e possibilidades a ofertar ao usuário. Requer dispor de dispositivos profissionais, olhar atento, acolhimento e responsabilidade, além de sistemas de

saúde, serviços e gestão em prol de um engajamento macro à dispor das necessidades coletivas almejadas.

Percebe-se o entendimento de intersectorialidade, o agir em conjunto, com as intervenções intersectoriais em prol da segmentação para a produção de efeitos diretos aos usuários, assim subjetivamente acende o preenchimento a integralidade, daquilo que vem complementar do outro setor, do conhecimento, das especificidades profissionais que transcendem o mero trabalho em conjunto.

[...] relacionar os setores, relacionar os saberes, acionar essa rede, que eu possa contar com o conhecimento de outras pessoas, no caso... eu saber que sozinha, eu não vou resolver o caso de uma única situação, saber que eu possa com respeito contar com o conhecimento de uma outra pessoa (En3).

“O seu que fazer, ação e reflexão, não pode dar-se sem a ação e a reflexão dos outros, se seu compromisso é o da liberdade” (FREIRE, 1987, p. 122).

Neste sentido, a espelhamentos e empréstimos de outros saberes, que auxiliam, validam e reforçam condutas comuns, que pulverizam responsabilidades e aportam sentidos mais integrais.

Já Venturini (2010) refere a necessidade da construção de redes de trabalho e o entendimento de que essa forma de atuação coletiva envolve a ideia de parceria, ou seja, de conflito contínuo, pois a rede contempla diferentes atores com graus bastante variados de condições de trabalho e de poder. Uma “socialização ativa”.

Dentre os entrevistados, percebemos que as percepções permeiam a intersectorialidade em seus conceitos, remetendo a conceitos previamente refletidos na revisão de literatura, de alguma forma entendem e também remetem a questão de articulação, de ligação, de conjunto, de comunicação, atuação conjunta e mesma causa como objetivos comuns.

## **4.2 Processos de trabalho para a intersectorialidade**

Neste eixo buscamos entender que território de trabalho intersectorial é este que constituímos e quais as percepções dos entrevistados nestas relações, como acontece a intersectorialidade no município, quais são seus limites, as implicações, entraves para efetivação intersectorial local, onde se encontram e como colaboram para uma atuação intersectorial.

#### 4.2.1 Percepção do território para a intersectorialidade

Uma das questões da entrevista foi direccionada para percepção territorial dos entrevistados ao trabalho intersectorial no município, e acreditamos ser importante explicar a percepção de todos eles, pois nas suas percepções, os recortes nos implicaram a compreender inquietações presentes e anseios em suas respostas, onde permeou um certo inconformismo em relação a intersectorialidade municipal, indo para um movimento até mesmo reacionário dos seus processos de trabalho.

Nesta esfera transpassou afecções, sentimos colocações pontuais de estranhamentos, desconfortos e até desabafos naquilo que se apresenta e se espera para intersectorialidade.

A verdade proposicional expressa a correspondência do que é dito com a realidade, ou seja, a proposição de enunciados é aceitável intersubjetivamente como expressão da realidade, o que permite ao ouvinte assumir e compartilhar o que é proferido pelo sujeito que fala. A correção normativa permite aos interlocutores estabelecer uma relação interpessoal que pode ser considerada legítima pelos envolvidos, pois compartilham o enunciado do ponto de vista ético, moral e político; e a autenticidade expressiva faz com que os interlocutores estabeleçam uma relação de confiança visto que reconhecerem que as opiniões, intenções, sentimentos e desejos expressos são sinceros e autênticos (HABERMAS, 2001).

Assim, exemplificamos com os recortes de cada entrevistado pela evidenciar essas percepções:

- [...] eu acho que *falta* um pouco de *diálogo* né [...] (En1)
- [...] *falta* um pouco de *união*, assim... porque *cada* um *faz o seu*, pronto e acabou (En1)
- [...] Pra mim *não existe* né [...] (En2)
- [...] É *cada um* no *seu quadrado* [...] (En2)
- [...] vejo *cada um* caminhando *por si*, *cada um* fazendo *por si* [...] (En3)

Muito longe de ser uma **caixa vazia**, cada trabalhador, cada ator deste cenário, cada usuário tem ideias, valores e concepções acerca de saúde, atenção, do trabalho em saúde e de como ele deveria ser realizado. E todos os trabalhadores fazem uso de seus pequenos espaços de autonomia para agir como lhes parece correto, de acordo com seus valores e/ou interesses (HELMAN, 2003).

- [...] ela é *falha* e *talvez nem exista* por quê ah quando acontece são *casos* esporádicos, pontuais quando alguma coisa tá *emergente* ou tem alguma *urgência*,

algo que tá muito *necessário* em relação a esse *caso*, daí a gente *senta e conversa* mais uma *maior parte* dos *casos não* tem essa *troca* [...] (En3)  
 [...] ela *não funciona* bem [...] (En4)  
 [...] eu vejo que a cada ano ela *vem melhorando*, os *serviços* estão se *entrosando* né cada vez mais, para poderem *atingir o objetivo comum* (En5)  
 [...] No município...meu Deus... é... eu vejo que *nem sempre* né, as *vezes sim*, outras *vezes não*, talvez por *falta de iniciativa* das próprias pessoas que acreditam que *sozinhas conseguem resolver* aquela demanda né [...] (En6)  
 [...] existem *pensamentos diversos*, existem *divergências* né nas várias *redes* que compõem aqui o nosso município. (En7)  
 [...] *Não percebo* muito, acho que os *setores são sozinhos* [...] (En8)

Ampliando o trabalho além da saúde, entendem-se alguns contrapontos nas percepções dos entrevistados. Percebemos que alguns relatos remetem não reconhecer a intersectorialidade no município, muito embora, dialogam com a ideia que **as vezes** isso acontece ou que **falta** algo no trabalho intersectorial. (En1-2-6-8)

[...] Essa inter-inter...(risos) setorialidade... de acordo né... *não vejo* com *essa cara ainda* [...] (En9)  
 [...] eu percebo que *existe* uma certa *vontade*...e *por parte* de alguns *profissionais da rede* [...] (En10)

Fator importante que observamos e que deve ser salientado, é a visão mais longínqua do **outro** no sentido setor, trabalho, intersector, como algo que não fosse do próprio pertencimento de trabalho a articulação, como um dispositivo de processos no seu trabalho. (En6-7-8-10).

Outras falas neste sentido complementa essa consideração:

[...] hoje se *trabalha* muito com *negociações verbais*, com *acordos* verbais e isso *impede* que as pessoas se *responsabilizem* realmente né com as *suas atividades* diárias e *cumpram* com as *suas atribuições* e isso se torna um *relacionamento* muito de *cobranças* e *pouca escuta* e de *harmonia* realmente.(En10)  
 [...] *não há* uma *rede*... eu não posso *acessar* nada... eu não posso ter nada que vá se *agregando*... *são peças* de um quebra-cabeça que *não se monta* [...] (En3)

Nesta direção, os serviços de saúde, então, são palco da ação de um time de atores, que têm intencionalidade em suas ações e que disputam o sentido geral do trabalho. Atuam fazendo uma mistura, nem sempre evidente, entre seus territórios privados de ação e o processo público de trabalho. O cotidiano, portanto, tem duas faces: a das normas e papéis institucionais e a das práticas privadas de cada trabalhador (MERHY, 2002).

Gestores e trabalhadores tendem a fazer um movimento, involuntário ou intencional, de guarda de suas próprias especialidades, bem como de proteção de seu espaço pessoal e

profissional, garantindo a impermeabilidade de seus setores e de suas possibilidades de relação interpessoal (SANTOS, 2017).

Percebemos também algumas falas já vislumbrando no momento articulações futuras, tecendo uma rede intersetorial aos poucos, mas mostrando seus movimentos como refere as seguintes percepções complementares:

[...] os setores aqui me parece que são... cada um no seu setor mas *às vezes ele modifica*, porque que às vezes *são feitas reuniões* pra se *trabalhar essa intersetorialidade*, mas são trocas pequenas [...] (En3)

[...] ela vem *melhorando* a cada ano, eu acredito que a *gestão* de cada área, ãh... é muito *importante*... Porque dependendo do gestor... a minha percepção assim... dependendo do *gestor acaba contribuindo*, por quê *o gestor fortalece*... o trabalho em *rede*, acredito que as coisas vão *fluindo* melhor, com mais facilidade [...] (En5)

[...] agora que tá se pensando na possibilidade da construção de uma *rede* que a gente possa *cruzar os conhecimentos*, até *um tempo atrás*, nem sempre acontecia, sabe, chegava uma situação e ficava personalizada a pessoa que então assumiria aquele caso, aquela família, aquela situação [...] (En6)

[...] eu acho que *tem muito a caminhar* ainda tá... tivemos várias *tentativas* durante vários *anos* para ter uma *união* (En7)

A legitimação do trabalho intersetorial remete ao aporte da “gestão”, como refere na fala acima do entrevistado cinco, neste sentido, o posicionamento das iniciativas e arranjos neste contínuo vai depender do grau de legitimidade e da centralidade do tema na agenda pública e no plano decisório; da magnitude dos arranjos e alterações institucionais necessárias para viabilizar a gestão horizontal das políticas; das alterações nas rotinas, práticas de trabalho e metodologias de entrega dos bens e serviços (SANTOS, 2017).

Ainda neste sentido, Ceccim (2017) nos provoca e intiga ao entendimento destes processos quando refere:

Sempre que colocamos o prefixo “inter” antes de qualquer palavra estamos tentando trabalhar com a supressão ou desmanchamento das fragmentações, sabendo, assim, como aquilo que há por reconhecer foi fragmentado. Se trabalharmos com o desmanchamento das fragmentações, passamos a saber mais e ainda mais profundamente aquilo que escolhemos saber, uma vez que não mais de modo fragmentado, mas destacado num território de inscrições, sem descarte, em trânsito, em permeabilidade, em porosidade. A postura de conhecimento e trabalho não fragmentados, exige o permanente compartilhamento, em amizade, em afinidade, em simpatia. É nessa hora que o “inter” vai tomando um grande rigor, tomando um desdobramento do fazer em saúde, tendo certeza de “como é” nosso fazer em cada profissão somente quando estivermos um território de práticas e com um certo grupo de usuários. (CECCIM, 2017 p.53-54)

Nesta perspectiva, ainda Santos (2017) remete que a intersetorialidade consiste também em uma estratégia de gestão, que se apresenta em diversos níveis da implementação e que se define pela busca de formas mais articuladas e coordenadas das políticas e setores governamentais, pautada pela necessidade de uma abordagem mais abrangente.

Por este sentido, nota-se intenções, tentativas, tratativas quando percebem a intersetorialidade no município, contudo na busca do equilíbrio de implementação intersetorial, articulação, inserção das pessoas no tributo desse movimento, evidencia-se um arranjo em busca de informações, trocas, casos em referência aos usuários mas não da própria dinâmica intersetorial de agir em conjunto, do núcleo comum em prol destes mesmos usuários.

[...] as pessoas *tentam conversar* né mas ãhm existem *dificuldades de comunicação* [...] (En7)  
 [...] eu digo assim *nem sempre* a gente se *conversa* sobre, se passar a situação, isso não acontece, vai muito do *profissional* te *direcionar*, te *endereçar* para pessoa, chamar para *conversar*, *sentar*, se *envolver* [...] (En5)  
 [...] que na verdade assim o que se busca sempre *informações* que ficam *isoladas* [...] (En3)

O “núcleo comum” entre as várias categorias profissionais as reúne em pequenos e grandes grupos de compartilhamento, ainda assim submetido a práticas colaborativas somente emergentes em cada agrupamento real, cada lugar em concreto, situação particular e cada singular processo de construção de trocas, apoios, compromissos e estratégias de compartilhamento solidário pelo maior acolhimento e maior resolubilidade (CECCIM, 2017).

Em contrapartida, Henz et al (2013) discutem que o comum nem é ponto de partida, nem resultado que se alcança, mas recurso que se inventa e de que se lança mão. O comum pode ser pensado como um reservatório de experimentações, virtualidades, produção de saberes, poderes, técnicas e potências, que são de qualquer um.

Pensando assim, o envolvimento em discutir, buscar, ampliar mesmo que ainda fragmentado, faz-se necessário como constituinte também na produção dos processos de trabalho, dos profissionais, por consequência amplia-se as perspectivas para dinâmicas maiores de atuação, intersecção de saberes, diálogos mais efetivos e ampliação também de resolubilidade aos usuários dos serviços municipais.

#### 4.2.2 Limites e entraves na atuação intersetorial

A intersetorialidade necessita de diálogo, envolvimento, interface, conexão, participação, e isso supõe uma articulação em rede, desta forma implicamos os entrevistados em outra questão, em remeter quais são os limites no trabalho intersetorial perante a atuação deles, nos seus processos de trabalho e ampliação intersetorial.

Desta forma, buscamos as lacunas, arestas que limitam ao ver de profissionais e gestores o trabalho intersetorial em prática.

Neste sentido, algumas falas nos remeteram a conceitos já prévios, a interposição da intersetorialidade, como as seguintes percepções:

[...] *diálogo* [...] (En1)  
 [...] a *comunicação*, talvez uma *ferramenta* que faça a coisa andar, que não demore [...] (En3)  
 [...] um *acordo comum* [...] (En1)

Sobre o núcleo comum, no caso, apontado pelo entrevistado um ao “acordo comum”, nos remete a esta posição de que o núcleo, acordo “comum” é móvel e é vivo, fazendo-se em ato, mesmo que consumado em um plano de interfaces objetivas quando há indistinção real das separações. Ao trabalharmos juntos, nossas práticas intervêm nas práticas uns dos outros, criando os modos pelos quais as compartilhamos (CECCIM, 2018).

O “comum” vira meta, objetivo, identificação e aproximação nestas relações, o comum são os usuários, a efetividade das ações, o trabalho em atenção e cuidado, em prol deste mesmo usuário.

De outro modo:

[...] falta a gente *conversar* mais e eu acho que a gente deveria dedicar um *tempo* maior pra isso [...] (En7)  
 [...] Ah o *contato* né... a *comunicação*... assim a gente consegue *conversar* com os *outros setores* mas assim como tá é mais difícil [...] (En8)

Uma das primeiras impressões nestes limites se acorda pelos relatos à aproximação de diálogos, acordo comuns e a comunicação, pensando desta forma, a comunicação, é a amarra de todas essas questões, uma das peças-chave para montar o “quebra-cabeça” da intersetorialidade.

A dificuldade de comunicação é o ponto destacado nestas falas dos entrevistados, e se apresenta como importante eixo na construção de ações intersetoriais eficazes.

Stefanelli (1990) acrescenta que a comunicação já não é mais apenas um dos instrumentos básicos utilizados na área da saúde, mas sim uma competência interpessoal adquirida.

A comunicação é a costura da ação intersetorial, à medida que articula as partes, expõe os conflitos e pode viabilizar soluções (WARSCHAUER; CARVALHO, 2014).

Ainda neste sentido, a comunicação estabelece a ligação entre os erros e os acertos, os problemas e as soluções, o todo com as partes e, ao mesmo tempo, possibilita a ação conjunta, o reconhecimento do não conhecimento e explicita os conflitos gerados pelos diferentes graus de poder e de condições de trabalho (WARSCHAUER; CARVALHO, 2014).

Campos e Dimitti (2007) vão mais além ao apontar que não somente a importância de se facilitar a comunicação entre os diferentes atores, mas também para a necessidade de se montar um sistema que produza compartilhamento sincrônico e diacrônico das responsabilidades de acordo com cada projeto.

Em contrapartida, percebe-se que a comunicação é um fato nas organizações, ou seja, não existe nenhuma organização sem uma prática comunicativa, ainda que os processos comunicativos não sejam institucionalizados. Eles são essenciais para a operação da entidade e estão intimamente vinculados às formas de significar, valorar e expressar uma organização, isto é, ao processo comunicacional e constitutivo da cultura da organização, e de sua identidade, configurando imagens reconhecidas por seus diversos públicos internos e externos (CARDOSO, 2006).

Sendo assim, os processos de comunicação instituídos em quaisquer esferas de trabalho, nas relações intersetoriais, deveriam perpassar estigmas culturais, afecções pessoais e amplitudes de olhares, buscando um ímpeto de informações ampliadas, de constituintes dos fatos para um processo informativo compartilhado.

Para Genelot (2001), a informação é um conjunto de signos, símbolos, dados, mensagens que se pode conceber, emitir, transportar, receber e interpretar.

Em contraparte, Castells (2009) afirma que comunicar não é apenas informar, como pensa a grande maioria dos profissionais. Exige paciência, disponibilidade, interação e percepção do não-verbal. Não é um processo difícil, depende sim de vários fatores, mas os dois componentes principais são o desejo de interagir com o outro e o contexto em que se está inserido.

Para tanto, o que se espera de tudo isso? Aproximação? Um saber “tudo a respeito”, um compartilhamento significativo ao trabalho para estipular suas ações com assertividade aos serviços e conseqüentemente ao usuário?



Pensando desta forma, nesta interlocução em prol aos usuários e também aos profissionais, a busca de informação, nas relações comunicativas intersetoriais, foca ao comum, como aquilo que é de todos, que se identifica, que ultrapasse barreiras e que possa aumentar e complementar seus pleitos, suas demandas e suas lacunas através destes compartilhamentos.

Carvalho (2014) refere que é evidente a presença de processos e ações de comunicação que não devem ser entendidos como complementos da estratégia organizacional, mas como componentes essenciais na construção de uma estratégia comum.

Por outro lado, quebras nos processos comunicativos, acontecem e são evidenciados nas seguintes falas:

[...] Isso é o que mais me *frustra* eu acho, de *não consegui trocar* que na *minha área* eu precisaria *trocar* [...] (En3)  
 [...] tu tem que te *comunicar* e *tu precisa* que isso aconteça hoje ou nessa semana e se não tiver aquele *outro lado* que também *funcione* fica difícil [...] (En4)  
 [...] *a gente liga* para *conversar* e a pessoa não tá...ou fica de me dá um *retorno* e *nunca* mais te *retorna*. (En9)

Percebe-se que há uma tentativa de comunicação, quebras, resultando em um contato informal, o que foge do objetivo básico da comunicação que é transformar as pessoas em agentes determinantes, influenciando o outro, o ambiente e a si mesmo (STEFANELLI, 1990).

Cardoso (2006) completa referindo que este processo de comunicação pode ser entendido, como um alicerce que dá forma à organização, fazendo-a ser aquilo que ela é. Porém, isso não significa que a comunicação seja algo autônomo, porque ela será sempre correspondente à forma de ser daquilo que a engendra.

Genelot apud Cardoso (2006) refere que a comunicação, em ambientes complexos só concretizará o seu papel de ferramenta estratégica de gestão, quando a empresa, os serviços, criarem os verdadeiros canais para que a comunicação realize o seu princípio social básico, ou seja, o seu caráter democrático de permitir que todos os indivíduos possam compartilhar ideias, comportamentos, atitudes e, acima de tudo, a cultura organizacional. Esse caráter democrático se expressa por meio do diálogo e da produção de significados.

Em contratempo, as resistências também se explicitam como limites de trabalho, processos de trabalhos, afecções e comunicação:

[...] existe sim alguns *limites*... quando entrando no *espaço do outro*, da gente mas a gente daí...a gente só dá um *limite*...*conversa* ou *esclarece* ou *já corta* onde que *não se deva* né (En8)

Pinheiro, Freitas e Corso (2004) ressaltam que há questões culturais que criam resistência dos profissionais de saúde (relações de poder ligadas à hierarquização do saber) e da comunidade (processo de confrontação de saberes) limitando o potencial dos profissionais. Dessa forma, o sujeito é considerado estrangeiro para si mesmo.

Assim se presume que as interfaces para a comunicação advém dos autores envolvidos, das construções práticas nos processos de trabalho ao diálogo efetivo e que nem sempre é correspondido.

Desta forma, refletimos que todo trabalho é sempre uso de si, considerando, ao mesmo tempo, o uso de si por outros e o uso de si por si. Neste sentido, o uso de si, significa dizer que o trabalho é local de problema, de uma tensão, um espaço de possíveis situações negociáveis. “A tarefa cotidiana requer recursos e capacidades infinitamente mais vastas do que aquelas que são explicitadas.” (FIGUEIREDO et al. 2004, p. 26).

Por outra perspectiva, para a ação comunicativa se realizar, segundo Carvalho (2006), são necessárias situações isentas de coação, em que se torne possível a comunicação plena, não distorcida, onde as “aspirações de validade” possam ser explicitadas, questionadas, confirmadas e asseguradas consensualmente.

Seguindo assim, dois contrapontos importantes enunciados pelos entrevistados reporta ao envolvimento dos setores e dos usuários nos processos e implicação intersetorial, como evidenciamos nas seguintes percepções:

[...] O que limita é a *vontade* dos *outros setores* que isso aconteça [...] (En3)  
 [...] Na verdade o que eu vejo mais, é a *dificuldade*, o limite *não é* nem da própria vontade das equipes, o que mais *esbarra* é na *adesão* do próprio *usuário* do sistema [...] (En4)

Deste modo, o papel de cada instância, de cada profissional, serviço, usuário deve ficar bem claro nos processos intersetoriais, para tanto, é necessário que alguém se responsabilize pelo segmento longitudinal e pela construção de uma lógica que procura integrar a contribuição dos vários serviços, departamentos e profissionais. Em geral, esse papel cabe aos integrantes das equipes de referência, aos envolvidos, efetivando a articulação e implicação entre todos, não os corresponsabilizando (CAMPOS; DIMITTI, 2007).

Moreira (1989) afirma que quando as informações não são completas ou mesmo quando são omissas, surgem rumores ou distorções que podem conduzir a situações

conflitantes, ressentimentos, trabalhos desorganizados e assistência deficiente aos pacientes; daí a necessidade de adoção de um fluxo adequado de comunicação pelos diferentes grupos profissionais.

Percebemos o quanto é importante a pactuação de papéis entre os profissionais e gestores envolvidos em trabalhos intersetoriais, não como forma hierárquica, mas como organizativa, todos são pertencentes na lógica construtiva do processo intersetorial mas é necessário atribuições para o pertencimento ativo das referências, fluxos e proposições das ações intersetoriais.

#### 4.2.3 O “EU” contribuinte no processo de trabalho intersetorial

A identificação com o trabalho, em que se situa a percepção de atuação conjunta, nos remete a perceber que território estou locado e aonde participo ativamente ou não nesta esfera mais universal de trabalho, neste sentido, provocamos nos participantes da pesquisa, subjeções de como percebem a sua atuação neste território, nesta proposta em andamento de trabalho intersetorial.

A problematização e intercâmbio de saberes e experiências a partir do próprio trabalho emergem como fontes de percepção e interpretação da vida no trabalho, vislumbrando os momentos de criação, construção e aprendizagem no coletivo (BRASIL, 2006).

Desta forma, buscamos entender o comprometimento individual dos profissionais em seus processos de trabalho para além dos seus setores, suas dinâmicas e como realmente se percebem, como percebem a sua atuação na proposta intersetorial em andamento.

[...] ãh...É bem complicado né... porque... a gente também, não, a gente *acostuma com o movimento* que é esse, *segmentado* assim, que são as *partes* mas que *não se juntam* no *todo* [...] (En3)

Merhy e Franco (2002) referem que todo trabalhador carrega consigo uma caixa de ferramentas, para fazer o seu trabalho, que, na saúde, traduzimos pela imagem das valises tecnológicas. Nestas valises/caixas de ferramentas, os trabalhadores, tanto de modo individual quanto coletivo, têm suas ferramentas, máquinas (como o estetoscópio, a seringa), seus conhecimentos e saberes tecnológicos (o seu saber-fazer clínico) e suas relações com todos os outros (como os atos de fala) que participam da produção e consumo do seu trabalho.

Entretanto, um trabalho não é igual ao outro. De acordo com o que produz, um trabalho difere do outro (MERHY; FRANCO, 2002).

Pensando assim, por estas diferenças, nas suas constituintes, que personalizamos os modos de trabalho pelos processos culturais, pela forma hierárquica de execução dos serviços e tarefas, pela operacionalização específica das profissões, das relações comunicativas e do que o projeto institucional preconiza como modelo a ser exercido.

Para a realização de um trabalho, existe sempre uma prescrição que consiste em objetivos definidos, regras e procedimentos relativos aos resultados esperados e a maneira de obtê-los. A prescrição é feita pela sociedade e pela instituição, mas também pelo próprio trabalhador e pelos colegas de trabalho, individualmente e em grupo. A prescrição não é apenas o oficial, mas também o oficioso, a maneira como os trabalhadores se organizam para fazer ou não o que está prescrito. O trabalho real corresponde à atividade realizada e também àquilo que é avaliado na incerteza, descartado com pesar ou sofrimento, por meio do debate de normas sempre presente (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009).

Neste sentido, o sentir pertencente e executante dentro destas tantas constituições a favor aos processos de trabalho, traz-nos o estranhamento e o desafio do ato em produção viva individual e coletiva.

Há desafios em todos os processos e questionamentos, transpassando também, ser constituído como realmente um processo de trabalho, o eu. Sendo este o constituinte principal deste processo, o protagonista em movimento com suas subjetividades mas integrado neste todo. As vicissitudes são moldadas, vão se encaixando a modelos, políticas públicas, especificidades e intenções, sendo elas individuais, coletivas, políticas e/ou adequadas a situações específicas.

Evidenciamos que nem sempre percebe-se o seu fazer e a importância dele na construção coletiva e na reprodução da sua atuação para a coletividade, em diretrizes de articulação de redes, de esferas inter, de dimensões de reverberação de uma macrodinâmica de trabalho.

A construção do coletivo depende da presença de um mínimo de estabilidade e de certa permanência na organização, pois a confiança e a cooperação se constroem com o tempo. A cooperação é fruto da busca do trabalhador pela qualidade do trabalho como uma condição para ter prazer na atividade laboral, saúde mental e construção da sua identidade singular (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009).

Schwartz (2000) considera que nenhuma atividade humana pode ser padronizada, controlada. Com as mudanças permanentes nas situações de trabalho, sendo elas econômicas, culturais, tecnológicas ou sociais, o trabalho coletivo será sempre se reatualizando.

[...] Eu vejo que *até* se tem *desejos mas que não se faz o movimento* por quê eu penso que *eu sozinha* também *não poderia* fazer esse *movimento*, que talvez *eu junto* com mais alguém *também não conseguiria* [...] (En3)

[...] Eu vejo que podia *melhorar* muito mais só que *eu não consigo pensar* uma *forma diferente* [...] (En4)

[...] do *jeito* como *tá agora eu não consigo* pensar numa *forma de mudar* isso mas eu acho que eu *vejo como algo necessário* que *eu estaria aberta e disponível* para *fazer* [...] (En4)

[...] Ah...*cansativo* (risos), na verdade a gente às vezes se *decepciona* né, na verdade *a gente cansa* né (risos), *por tá indo buscar alternativas* assim [...] (En6)

Nestas percepções compreendemos o **atuar**, na maneira como realiza as suas atividades, nos seus processos de trabalho, aqui no entendimento das competências e atribuições e naquilo que é almejado ao encontro do outro, no caso, na interlocução setorial, em prol da intersetorialidade.

[...] como eu hoje...do *meu papel* assim...também é *precário...acomodado... como também* dos *outros lugares* [...] (En8)

[...] eu, eu tenho um *olhar bem amplo*...bem *grande* aqui... até pela minha, não só pela minha *profissão* mas também pela minha *pessoa*... eu sou uma pessoa que *olha o global* [...] (En9)

[...] eu faço da minha *competência*... da minha *capacidade* e se eu puder *ajudar*... *entrar no setor do outro* para *contribuir*, para *colaborar eu faço* [...] (En9)

[...] olha... eu sou superaberta né... Eu acho que *a gente tá aqui* realmente pra *construir* e *pra implantar* também, *não adianta* só a gente *discutir* [...] (En10)

Poucos entrevistados se compõem explicitamente na atuação intersetorial, se dizem **abertos, colaborativos, em contribuição, em construção e até em implantação**, mas de fato não referem como se veem na atuação intersetorial em prática. Trazem sentimentos e situações mais aflorados de interferência para essa atuação intersetorial como **cansaço, desejos, descréditos, decepção, acomodação**.

O se perceber no processo, demanda o reconhecimento de si no macrossistema, e nas esferas de trabalho com ações de compartilhamentos.

Pelos relatos, percebe-se mais uma espera do outro, uma iniciativa alheia ou a espera de alguma ordenação de tarefa do trabalho, ou simplesmente o não dar se conta que a articulação demanda de cada profissional para além dos processos de intersetorialidade, mas sim, para ampliação do seu próprio trabalho. Pode-se também compreender um conservadorismo daquilo que já é instituído e uma colocação de desinteresse por novas possibilidades.

No processo de trabalho, os trabalhadores usam de si por si. A cada situação que se coloca, o trabalhador elabora estratégias que revelam os saberes de todo trabalho humano. Portanto, o trabalhador também é gestor e produtor de saberes e novidades. Trabalhar é gerir.

Gerir, criar junto com os outros. A criação implica experimentação constante, maneiras diferentes de trabalhar (BRASIL, HUMANIZASUS, 2009).

O trabalho não é, apenas, o que está definido previamente para ser executado, mas também o que de fato se realiza nas situações concretas de trabalho. Ele inclui, portanto, o esforço que se dispense no cotidiano profissional, os acordos e pactos realizados e até mesmo o que se pensou em fazer, mas não foi possível (BRASIL, HUMANIZASUS, 2009).

[...] *eu tento* entrar em *contato* com os profissionais...e aí *eu vou atrás*, *eu tento conversar* mas é só por telefone por quê é difícil se reunir, depende do profissional também né porque às vezes *a gente não sabe* nem *o que* o *profissional faz* [...] (En3)

[...] as vezes *eu fico frustrada* porque *eu gostaria* de implantar mais mas a *gente precisa de outros serviços*, de outros setores pra que isso aconteça e aconteça de uma forma positiva né, e que a gente possa ter *um retorno* de qualidade daquilo que a gente implanta e *eu sou super aberta* a isso assim. (En10)

[...] *nós temos* uma determinada *rotina que não é pensada dentro* da *intersectorialidade* e sim dentro de um número de atendimentos assim... então *eu tenho tantos atendimentos* e daí *uma pessoa do outro serviço liga* para falar de um caso e talvez *eu não posso atender* e dar um retorno depois [...] (En8)

Gestores e trabalhadores tendem a fazer um movimento, involuntário ou intencional, de guarda de suas próprias especialidades, bem como de proteção de seu espaço pessoal, garantindo a impermeabilidade de seus setores e de suas possibilidades de relação interpessoal. Esse movimento, acentuado pela assimetria de poder decisório entre os setores governamentais, enseja práticas de corporativismo e resistências, como apontam Feuerwerker e Costa (2000).

Em contrapartida, Peduzzi e Schraiber (2006) explanam que na dimensão dos processos de trabalho é necessário alcançar algum grau de integração, é preciso que seus componentes, cada um deles e todos de forma compartilhada, façam um investimento no sentido da articulação das ações.

[...] vejo cada um *caminhando por si*, cada um *fazendo por si*, não vejo *nada intersectorial*, nada né [...] (En3)

[...] a gente *não compartilha*, *não articula*, e aí a gente *não dialoga*, a gente *não troca*, a gente tem sempre *as agendas cheias* e a gente *não acha espaço* para fazer *um serviço único*, um serviço ah...*que converse* né... então eu vejo assim que *não existe o diálogo*, existe quando um *busca pelo outro* para saber alguma *informação*, a nível de informação, *não* a nível de *compartilhamento*, de articulação entre as pessoas. (En2)

[...] eu acho que todo mundo se sente *incomodado* mas não, não sei, talvez porque *falte ferramentas* e não consiga deslumbrar uma *forma de fazer diferente*, e que

fica *cada um no seu lugar*... eu já ouvi de outros colegas que estão mais *tempo* do que eu na rede que eu *tentava fazer* isso ou aquilo no começo, mas que agora *já não fazem mais*, que já *perderam* o gás, que já *cansaram mas eu acho que tem, tem ainda algo que ainda a gente não tentou e tem como fazer diferente*. (En3)

Contrapondo essas percepções, quando se pensa em atuação, volta-se para as ações de saúde, pensando que elas não se articulam por si só, automaticamente, por estarem sendo executadas em uma situação comum de trabalho, na qual diferentes trabalhadores compartilham o mesmo espaço físico e a mesma clientela (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2006).

Para tanto, a articulação requer que o profissional reconheça e coloque em evidência as conexões e os nexos existentes entre as intervenções realizadas, aquelas referidas ao seu próprio processo de trabalho e as ações executadas pelos demais integrantes da equipe. (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2006).

Precisa de reconhecimento de si neste universo e a busca do (re)conhecimento do outro também, em entender o que se passa em outros locais, estruturas, outros setores e com os demais profissionais. Atentar-se a um macrossistema maior, pertencente ao seu âmbito de trabalho, seu território, suas possibilidades e demandas.

Neste uso de si, o trabalhador faz uso de si mesmo em função do que os outros lhe demandam e do que ele próprio se demanda, e faz uso dos demais. Esse jogo expressa o coletivo de trabalho (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009).

A pró-atividade, liderança e autogestão implicam profissionais a autonomia, aquela para irem além das práticas em suas especificidades, vai para interlocução necessária que se requer em qualquer ambiente de trabalho, na interlocução de fazeres, de situar-se e colocar-se em disponibilidade, visibilidade e integração no seu âmbito profissional e até mesmo pessoal, visando uma amplitude coletiva.

O coletivo real e o coletivo prescrito são distintos. O coletivo prescrito poderá ser reapropriado, de acordo com as microrrecomposições do coletivo em torno das equipes, em função das referências e lógicas das atividades (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009).

O eu contribuinte no ambiente e nos processos de trabalho, é um ser em movimento, em interligações, em inter-relações e implicado em entender esse conjunto, em ampliar ofertas e possibilidades, vislumbrar desafios e estar nesta dinâmica colaborativa e de compartilhamento.

[...] Vamos colocar panfleto para *explicar o que cada um faz* para a gente ficar *sabendo todo mundo junto e reuniões*, falta reuniões, não tem reuniões. (En4)

[...] eu sou bastante *persistente* nesse sentido né, ãhn para tentar *estimular que a rede flua bem*, tanto que várias iniciativas né, agente teve *várias iniciativas* né *para tentar* uma questão de *capacitação*, de *tentar* colocar os *serviços*, de *divulgação* dos *serviços* [...] (En6)

Estas percepções nos demonstram que há iniciativas individuais de engajamento e estímulo a articulação entre setores, há desejos de mais integração e entendimento do que os outros setores fazem, de entender os processos, de se capacitar, de se colocar disponível.

Diante disso, ressalta-se que, de acordo com o território, com a implicação dos sujeitos envolvidos, a intersetorialidade pode ser efetivada de maneira diferenciada, ou seja, com critérios de funcionalidade, pactuados entre estes envolvidos, dialogando com dinâmicas inclusivas ou amplas (GARAJAU, 2013).

Desta forma, quando se há movimentos de estreitamento nestas relações, há movimentos potentes de estranhamento, reflexões, novas perspectivas de problematização e novas aprendizagens, novamente terreno fértil para processos de ensino na saúde.

A intersetorialidade é implicada por estes movimentos de estranhamento, de problematização dos processos de trabalho quanto nos mecanismos organizacionais, capturantes das ações mais autônomas dos distintos sujeitos em cena.

É um dispositivo, como aquele dispositivo em si mesmo e da rede que se estabelece entre esses elementos de ligação, que se tem uma função estratégica e permeia relações de poder (AGAMBEN, 2009).

#### 4.2.4 Implicações e efeitos - gestão, profissionais e usuários

O trabalho em saúde é um trabalho coletivo, institucional, que se desenvolve com características do trabalho profissional (especialidades) e, também, da divisão parcelar de organização, gestão do trabalho e execução, gerando uma condição de complementariedade e interdependência para uma proposta realmente integral de favorecimento da atenção e cuidado em saúde.

Cada ator deste universo de trabalho e de assistência tem suas práticas não estáveis, desafios executantes diários, produzindo saúde e gerando as necessidades de produção em massa.

Todos são implicados a refletir sobre seus trabalhos, e remeter os efeitos dos seus trabalhos nesta produção, aqui pensando em caráter coletivo. Os papéis, as atribuições e competências de cada ator envolvido nesta esfera macrodinâmica, fazem o acontecer em saúde.

A gestão, na perspectiva da ergologia, é um fenômeno universal que ultrapassa a dimensão macro-política e a prescrição de atividades e tarefas. Envolve escolhas, arbitragens,



hierarquização de atos e objetivos, além de envolver valores que orientam a tomada de decisões pelos trabalhadores no cotidiano (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009).

Deste modo, a problematização de qualquer gestão é prestar assistência aos seus usuários, ser resolutivo, assertivo e prestativo naquilo que lhe demanda, contudo nem todos os processos permeiam suas arbitragens mas suas diretrizes políticas, objetivações de metas e andamentos de processos de trabalhos que o influenciam diretamente nos seus gerir, nas prestações de serviços ofertadas por seus hierárquicos e nas diretrizes por vezes renovadas ou mantidas dos processos de trabalhos e sistemas dos seus profissionais em vigilância.

Para tanto, pensando nas implicações e efeitos quando percebe-se as relações de trabalhos envolvidas, as atribuições dos profissionais em prestação de serviço, as demandas do território e a valia de todo os processos em andamentos, pensando aqui como um dispositivo a intersetorialidade, a convicção de benefício deverá ser remetida diretamente a quem usa destes fins como recurso das suas demandas: **o usuário**.

Este usuário em comum, nas prestações de serviços, no caso de atenção e cuidado pelos setores municipais, como da cooperação, responsabilidade e acompanhamento destes setores, destes profissionais e desta macro rede, se vê também implicado ao entendimento destas estruturas de trabalho para localizar-se dentro deste universo e ser correspondido naquilo que necessita.

Procuramos compreender como o andamento intersetorial atualmente aplicado no município atenta e atende as necessidades dos usuários. Neste sentido, procuramos entender estas percepções de forma generalizada, em suas eficiências, deficiências de processos, de fluxos, efeitos, implicações e tudo aquilo que poderia estar envolto nas devolutivas aos usuários.

[...] *as implicações* é como *falta o diálogo*, as vezes a *criança fica solta* porque *a gente não sabe se a criança está sendo atendida* mesmo por um tal profissional, algum lugar, tal setor [...] (En1)

A comunicação aparece nas percepções dos profissionais e gestores com recorrência, como processo de carência nas relações intersetoriais percebidas por estes. Atingindo a todos, nos processos de trabalho, nas prestações de serviços e nas resolutibilidades dos próprios usuários.

Fator importante a ser repercutido é a necessidade de ampliar e tornar eficaz os canais e formas de comunicação nestes processos de trabalho, também a favor de uma possível intersetorialidade, com uma remediação em foco, emergindo aí as possibilidades de inserção

de ensino na saúde, propositando intervenções necessárias neste sentido, neste território, algo efetivo e objetivado como produto final de intervenção desta pesquisa e de conclusão do mestrado profissional.

[...] vejo cada um *caminhando por si*, cada um *fazendo por si*, não vejo *nada intersetorial*, nada né... Eu acho que *isso reforça esse trabalho cada um no seu lugar*, a forma como tá acontecendo, *não tenho uma troca, não sei dos casos*. (En3)

[...] É cada um *no seu quadrado, funciona*... digamos na saúde né, funciona *para saúde* a intersetorialidade *dentro da Saúde* mas a *saúde com a educação* daí *já falha*... e os *pacientes perdidos* nisso tudo. (En4)

[...] mas de novo recebi outro *caso... não é meu...* mas *a gente acaba recebendo...* vou abrigá-lo... eu vou *acolhê-lo*...esses muitos lugares... eu entendo que é uma *exposição* muito grande ao *usuário*, ao nosso *paciente*... tá ... são *casos graves*, sérios e eles tem que *expor esse caso pra três, quatro, cinco pessoas* até pra chegar num determinado ou pra *para chegar no local certo*... vamos dizer assim...então eu acho isso muita *exposição*, muita *dor* desse paciente... desse *usuário relatar tudo*... pra *várias pessoas...expor* a sua vida, sua particularidade...eu acho que isso... eu entendo que isso *não deveria acontecer*... a gente deveria quem que ter mais *união* mesmo, *comprometimento profissional* e *respeito* ao nosso *usuário*. (En9)

Junqueira (1997) define que as estruturas setoriais se caracterizam por um recorte fragmentado, no qual os serviços não se comunicam; ao contrário, atuam de forma isolada, fato este realmente salientado entre os entrevistados, nas recorrentes menções a dificuldades de comunicação.

Andrade (2010, p. 142) complementa: A setorialização trata o cidadão e os problemas de forma fragmentada, com serviços executados solitariamente, embora as ações sejam para a mesma criança, a mesma família, o mesmo trabalhador num mesmo espaço territorial e meio ambiente. Ocorre uma atuação desarticulada que vai contra os projetos e gestores democráticos e inovadores, distanciando a efetivação coletiva positiva e resoluto.

Consequentemente é fácil então identificar esses **quadrados**, esse **cada um no seu lugar** e na continuidade não comunicativa e não articulada **entre setores**. Algo enraizado dentro dos serviços públicos de prestação de serviço, e cultural na estrutura trefaria de produção de serviço em saúde. Saindo das competências e priorizando os imediatismos de práticas profissionais isoladas.

Neste sentido, quando o entrevistado quatro refere uma articulação maior dentro dos próprios setores, no caso, na saúde, mas saindo dali, indo ao encontro com outras interlocuções setoriais já se identifica essas fragmentações, talvez, paradigmas a serem destituídos através de desafios a novas práticas profissionais, com a educação em saúde intervindo em modelos e enfatizando em novas competências organizacionais, com maior

flexibilidade, horizontalidade e compartilhamento de informações, possam proporcionar mudanças em prol de aproximações e articulações mais efetivas..

Saindo de modelos mais tecnicistas, com o ponto de vista biologista, centrado nas doenças, na hegemonia médica, na atenção individual indo para outros pontos baseados nos fortalecimentos do cuidado, da proteção, da promoção e manutenção da saúde, na ação intersetorial e na crescente autonomia das pessoas e populações em relação à saúde, cuidado e atenção do que necessitam (CLAUS, 2007).

Nesta perspectiva, novas aprendizagem pretendem reorientar as relações entre profissionais de campo e a população em geral, e de redefinir o peso e o papel do setor de prestação de serviços em prol da saúde, educação e determinantes sociais envoltos.

[...] quando se *pega em conjunto* mesmo, eu acho que tenho *resultado* é bem *efetivo* porém muitas vezes foge do nosso controle em função da questão do usuário não se comprometer [...](En4)

[...] É na realidade assim, quando os *setores* né se *conversam*... as coisas *acontecem* de uma forma mais *harmônica* né, aquela *informação*, aquela *conduta* chega mais *suave pra família*, porque *a gente valida o serviço* de cada um né [...](En5)

[...] se a gente conseguisse *trocar* mais *ideias*, mais *informações* a respeito das coisas talvez *a gente* conseguisse *fazer* muito mais *rápido*, que *ficam informações cortadas*... *assim fica cada um com um recorte*... *daí demora* mais e acaba com que *a gente não seja assim tão eficaz*... se a gente conseguisse *trocar mais as informações* ou *juntar o que cada um percebe dos casos*... a gente percebe que *poderia muito se evoluir* [...](En10)

Tratar os cidadãos, situados num mesmo território, e seus problemas de maneira integrada exige um planejamento articulado das ações e serviços. Mas isso só não basta. “É necessário um novo saber e um novo fazer, que envolva mudanças de valores, de cultura como um fenômeno ativo, vivo, através do qual as pessoas criam e recriam os mundos dentro dos quais vivem.” (MORGAN, 1996, p. 135 apud JUNQUEIRA, 2007, p. 37).

Merhy (1999) propõe que temos uma tensão permanente entre a força do trabalho vivo, com seu potencial de criação, e os desenhos que buscam ao cristalizar os processos de trabalho, conformar os atores a determinados papéis.

Destas contradições afloram as possibilidades pedagógicas de reprodução e/ou criação de outros saberes, práticas e poderes. Legitimar, validar como citado pelo entrevistado cinco, nos aproxima dos processos de conhecimento, daquilo que valido pela proximidade, que reconhecemos pelo contato, por deixar se afetar.

Embora por outro lado a validação apresenta-se também por formas de poder envolvidas nos processos de trabalho.

Nessa direção, o poder é assumido como ações sobre outras ações, que não partem de um centro, ou uma ponta, mas que encontram pulverizadas. Destacando a natureza produtiva do poder, no registro Foucautiano, segundo Veiga-Neto (2004). “[...] o poder não é nem repressivo nem destrutivo, mas sim produtivo: ele inventa estratégias que o potencializam: ele engendra saberes que o justificam e o encobrem ou apoderam.” (FOUCAULT, 1995, p. 243).

Em contrapartida, o poder hierárquico também é organizativo, é cultural e é integrante ativo dos processos de trabalho, as hierarquias piramidais como organograma da organização de trabalho atuam também como influência direta nas relações, papéis e fluxos também dos trabalhos a serem exercidos.

Percebemos, que se tem envolvido certa terceirização às lideranças, como hierarquias de poder, para frente de poderes decisórios, de condutas de “mando”, de condutas organizativas também das relações de trabalho, das implementações de novos fluxos, da manutenção da ordem, da execução das tarefas e de exercícios de forma vígil dos processos, dos trabalhadores e das gestões.

Fator este que nos chama a atenção pela fala dos entrevistados, quando referem que para instituir processos intersetoriais é necessário ter alguém, uma cabeça pensante, um coordenador, criar um setor, um mediador, um interlocutor, um profissional de auxílio, uma liderança, uma pessoa firme, uma pessoa à subordinação.

[...] *não existe* também *alguém* né, *alguém que faça isso funcionar*, precisaria de uma *cabeça* pensante, de um *coordenador geral e coordenadores subordinados* para que os *funcionários* também *obedeçam essa hierarquia para as coisas funcionar*. (En4)

[...] *Ter alguém que pense* por este *trabalho inteiro*, esta... *função* né como *interlocutor*, como *mediador*, um *coordenador* né, eu preciso ter... eu vejo assim que *pra gente conseguir isso*... eu *não posso deixar nas mãos ou na responsabilidade de um setor* mas é *preciso criar um setor que faça que isso aconteça*, ãh na verdade um *setor que seja um mediador*, que *tenha* esse conhecimento, um *conhecimento consistente* e que faça com que essas *peças*, então essas *engrenagens*, realmente elas *andem no mesmo sentido* porque eu acredito que, não sei a visão de outros municípios, mas *aqui cada um faz por si*, cada um quer *fazer as coisas pelo seu setor*, quer aparecer da sua forma mas *não pensa numa coletividade*. (En3)

[...] É o que eu acabei de falar... Precisa a vontade do digamos do *prefeito* que *subordina seus secretários*, dos *seus secretários que subordina a um coordenador* e esse *coordenador coordene os serviços* né e que tenha *poder para chamar todos esses serviços* pra que se colaborem. (En5)

[...] eu acho que *já vem melhorando, as equipes* já estão bem *mais integradas*... eu que essas propostas que vieram agora ãhnn de *reuniões da rede* de novo, de *criar um comitê*, de *chamar* alguma *equipe, algum profissional para nos auxiliar*... Eu

acho que isso tudo vai *contribuir* muito pra *fortalecimento da rede*... vai contribuir para fortalecer a rede e a expectativa que eu tenho [...] (En6)

A hierarquia institucional expressa tanto a estrutura organizacional e o modelo de gestão, como a pirâmide de disciplinas, áreas profissionais e respectivos trabalhos especializados - o que, no conjunto, expressa as relações de mando (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2006).

[...] Eu acho que falta... que talvez *falte uma liderança* que... que *tome a frente* essa *intersectorialidade*, essa *comunicação*... que talvez falte isso... que *cada um está preocupado com o seu segmento*, cada um tá *preocupado com o seu trabalho*, com o *seu setor* né e *talvez esqueça* né *que nós trabalhamos aqui na prefeitura* e principalmente *a gente tenha que trabalhar conectado* né... mas realmente existe *uma certa individualização* aí dos *segmentos* sem dúvida nenhuma... É eu acho que isso aí é... é *uma coisa* que talvez tenha que ser *melhorada*. (En7)

[...] assim... *precisa de uma pessoa firme* tá mas que *leve a sério* isso de início, meio e fim... essa *continuidade* e o *comprometimento* dessas pessoas e os *gestores apoiando*... se gestor, *se de cima não quer isso... não vai ter* né por que *percebe-se*, a agente sente né... *nos funcionários senão o gestor disser que é importante*... se o gestor disser que nós queremos, que é importante... *tem que ter o apoio do gestor mor*, o *gestor das secretarias*... nós temos que *ter esse apoio, esse aval* e eles tem que ter essa *ideia do que está acontecendo, nessas reuniões, nessas dificuldades*, quais *são as metas* que vão ser atingidas e tudo mais [...] (En8)

Em contrapartida a estas percepções, mediante a condução das relações de poder se desencadeará a formação e afirmação de vínculos profissionais que levem ao desenvolvimento de relação mais grupal, de abertura democrática a novos processos, de sentimentos de pertencimentos e corresponsabilidade dos processos, de lideranças, portavozes horizontais em prol de um desenvolvimento coletivo para o reconhecimento profissional e engajamento de novos dispositivos de trabalho, entre eles a relação intersetor.

[...] se eu tento que *validar* que *aquele serviço* vai dar *conta da demanda*, agora quando a *informação é fragmentada*, que talvez *eu não acredito* que *tal lugar da rede* pode *fazer*... daí a *família fica circulando entre esses setores*...vai para cá, vai pra lá e *acabam não acomodando* a demanda, acabam entendendo como *fragilizada a própria rede*, a própria *prefeitura* né pensando num...num... *momento mais amplo* né e acabam *desacreditando nos serviços* e *consequentemente nos profissionais* também [...] (En5)

[...] Ah porque eu *fui ali*... *me encaminharam pra lá*... *me encaminharam pra cá* e eu *ainda tô com essa situação*... *tô com esse problema* então... toda a *informação* que *chega fragmentada segue fragmentada* pra todos [...] (En6)

[...] o *prejuízo é maior até para gente como profissional* né *para eles* enquanto ãhn *resolução de sintomas, com certeza*, né *é ruim* né... mas pra gente *enquanto profissional* também fica, *fica difícil*, fica uma coisa assim, sabe... que se *sente inseguro* [...] (En6)

[...] eu acho que *se existisse a intersectorialidade* aqui mesmo ela *seria ampla, com coordenadores*, mais como é que eu vou dizer... *mais responsáveis* por isso e eu acredito que existam pessoas responsáveis mas não todos, daí não funciona. (En3)

A pactuação do processo de trabalho, a cena na qual é definido o modelo tecnológico de produção da saúde é permeada por sujeitos com capacidade de operar pactuações entre si, de forma que a resultante dessas disputas é sempre produto da correlação de forças que se estabelece no processo. “Essa pactuação não se dá apenas em processos de negociação, mas estrutura-se, muitas vezes, a partir de conflitos e tensões vividos no cenário de produção da saúde, seja na gestão ou na assistência.” (MERHY; FRANCO, 2005, p. 283).

Os papéis, atribuições, processos de trabalho setoriais e intersetoriais devem ser sempre explícitos a todos atores envolvidos nas prestações de serviço, devem ser debatidos, pensados e repensados a partir das rotinas profissionais, dos conflitos eminentes, das estruturas envolvidas nos processos de trabalho e mais na facilitação, colaboração de assunção dialógica para intenções mais horizontalizadas.

Percebe-se a identificação dos profissionais e gestores envolvidos na relação de atenção aos usuários, com as mesmas dificuldades que os profissionais e gestores encontram nos seus estreitamentos comunicativos, nos distanciamentos de relações entre setores, ou entre profissionais, sem condutas mais interativas, resolutivas e integrais aos usuários, mostra-se as evidências de fragmentações em uma macrodinâmica maior, tirando a realidade de trabalho voltada ao usuário e apontando dificuldades nas relações, processos e interações do seu trabalho em prol deste mesmo usuário. Há interferências, ruídos para assertividades coletivas em andamento.

[...] o *usuário* gostaria de ter uma *atenção maior*...eu acho que dentro dessa *perspectiva de ter* uma *atenção maior*... mas é eu acho que *se abrem*, que se abrem *canais de comunicação para o usuário*... eu acho que *ele tem dificuldade de chegar até o gestor*... eles têm muita dificuldade de chegar até o gestor. (En7)

[...] assim... *tudo* é mais *demorado*... *assim* também *os casos* ficam mais *difíceis de se resolver*... com mais *complexidade*, porque *cada um fica trabalhando no seu lugar* [...] (En8)

[...] o nosso *foco principal* que *são as pessoas* né, *o ser humano que necessita dos nossos serviços ele não pode ser penalizado por algo que deveria ser constituído por nós profissionais* né... que *somos* também *pessoas importantes dentro deste cenário*... então a gente *acaba penalizando sim o nosso cliente né, o nosso paciente* [...] (En10)

[...] essa *pessoa que utiliza os nossos serviços sofre pela falta*, pela *falta* realmente e pela *construção* de alguns *profissionais de entender* que hoje *não se faz nada sozinho* né [...] (En10)

### 4.3 Processos de comunicação

A evidência da comunicação em qualquer relação humana se faz ainda mais eminente quando se pensa em relações e interações de trabalho com o intuito de integração, engajamento, coletividade e inter-relações.

A partir do momento que uma informação é transmitida a alguém, estabelece-se aí um ato de comunicação, a matéria prima básica da comunicação é a informação e, sendo assim, pode-se afirmar que não há comunicação sem informação.

A comunicação não pode ser vista e estudada como algo estático porque é dinâmica, móvel, está sempre em mudança e em evolução.

Uma situação de comunicação nunca é igual à outra. Podendo haver semelhanças, mas de algum modo uma situação diferencia-se da outra. Por este motivo, a comunicação é vista como um processo.

Sendo a comunicação um processo, é necessário também compreender que ela depende de elementos a serem executados para a efetivação comunicativa acontecer, estes elementos são descritos como a fonte de informação: que produz a mensagem ou a sequência de mensagens que serão comunicadas; o transmissor: que transforma a mensagem em sinal apropriado ao canal, o canal: meio utilizado para transmitir o sinal do transmissor ao receptor; o receptor: que transforma o sinal recebido em mensagem e a envia ao destinatário; destinatário: a pessoa a qual a mensagem é destinada (STONER; FREEMAN, 1999).

Pensando assim, dentro destes processos, se age em comunicação e se transforma também por essa comunicação.

Compreendendo a teoria do agir comunicativo, cabe ressaltar que a comunicação é mediada pela linguagem, e que Habermas (1984) parte do pressuposto de que a linguagem carrega nela mesma um *telos* comunicativo, a linguagem está orientada para a ação comunicativa, para a busca do entendimento, embora possa ocorrer comunicação com base numa racionalidade instrumental ou estratégica. Ele ainda argumenta que nossa capacidade de comunicação tem um núcleo universal, estruturas básicas e regras fundamentais que todos os sujeitos de uma mesma comunidade de linguagem dominam ao chegar a falar uma língua.

Ainda segundo Habermas (1984) observa que a competência comunicativa não se deve apenas ao domínio de regras gramaticais, pois ao falar o sujeito se coloca em relação com o mundo objetivo que o cerca, com os demais sujeitos e com suas próprias intenções, sentimentos e desejos.

Assim, os interlocutores estão, de forma recíproca, constantemente estabelecendo pretensões de validade acerca do que está sendo dito.

Há sempre uma intencionalidade implícita e também aquela explícita naquilo que é dito e naquilo que é entendido, acolhendo e tensionando toda e qualquer comunicação.

#### 4.3.1 Dificuldades, ruídos e processos de aproximação comunicativa.

Comunicar também é estar “inter”, em posição dialógica, intermediando, intervindo, efetivando estreitamentos, essencial para outros processos: como o de trabalho.

Então, a comunicação é a costura da ação intersetorial, à medida que articula as partes, expõe os conflitos e pode viabilizar soluções (CAMPOS; DIMITTI, 2007).

Evidenciada e recorrente nas falas dos nossos entrevistados, a comunicação, o diálogo, a abertura, a interação, foram os principais resultados encontrados remetendo a interlocução nesta pesquisa até então, pensando em intersetorialidade. Em todos os aspectos, desde os conceituais, a percepção do território, das suas atuações e desejos para a intersetorialidade como processo dos seus trabalhos, a comunicação apareceu como fator essencial e deficitário neste território.

A dificuldade de comunicação foi destacado nas falas dos entrevistados e se apresenta como importante eixo na construção para ações intersetoriais eficazes, percebe-se pelos entrevistados a necessidade de intervenção neste aspecto, a necessidade de ampliação e efetivação comunicativa para a prática intersetorial mais eficaz, abrindo assim possibilidades de execução intersetorial com resolutividades e novamente intervindo como oportunidade de ensino na saúde.

Habermas (1984, p. 392) exemplifica isso referindo que:

[...] não é a relação de um sujeito solitário com algo no mundo objetivo que pode ser representado e manipulado mas a relação intersubjetiva, que sujeitos que falam e atuam, assumem quando buscam o entendimento entre si, sobre algo. Ao fazer isto, os atores comunicativos movem-se por meio de uma linguagem natural, valendo-se de interpretações culturalmente transmitidas e referem-se a algo simultaneamente em um mundo objetivo, em seu mundo social comum e em seu próprio mundo subjetivo.

Sendo assim, percebemos os processos comunicativos falhos como remeteram alguns entrevistados, mais diretamente como não existência comunicativa ou como ruídos em prejuízo destes processos, mais eminente ainda que os próprios processos de trabalho e a intersetorialidade.



[...] Não existe, *não existe comunicação* e eu vejo que é um grande *entreve* para que a gente consiga ãhn realizar, é ou... fazer com que essa *questão intersetorial aconteça*. A gente *não consegue* nem se *comunicar dentro* as vezes de um *próprio serviço*, há essa *fragmentação de comunicação dentro do próprio serviço*... E aí a gente não, a gente *não compartilha*, e aí a gente *não dialoga*, a *gente não troca* [...] (En2)

[...] A *comunicação* é um pouco *falha* também, não existe um *esquema* grande que *abranja todos os serviços* da prefeitura né... então aí existe essa *falha*... e *não existe* também *alguém* né, *alguém que faça isso funcionar*, precisaria de uma *cabeça* pensante, de um *coordenador geral e coordenadores subordinados* para que os *funcionários* também *obedeçam essa hierarquia para as coisas funcionar*. (En4)

[...] *falha*...ela *é falha*... eu acho que alguns problemas ocorre devido a função da *falta de comunicação dos serviços*, ãhn...é claro todo mundo tem *muitas atribuições, sobrecarga* também dos serviços né e que muitas vezes a gente pensa [...] (En5)

[...] Existe uma *falha* na questão da *comunicação*, por que hoje a *comunicação é tudo* né... *seja a escrita, a formal, a informal*, ãhn a de *imagem* né...eu acho que hoje a gente *se comunica por diversas maneiras* assim... e essa questão da comunicação ela deveria ser *mais estreita*, obviamente né por que *nós trabalhamos com pessoas*, com situações delicadas né e as pessoas têm uma certa *dificuldade de se comunicar*... *seja por qualquer tipo de forma* né... Ahh vamos então encaminhar *um e-mail*... *é difícil* a gente *registrar lá no e-mail* por que eu *não tenho tempo*... E aí vamos *colocar um sistema*... É difícil porque o sistema *requer tempo* [...] (En10)

Evidencia-se uma grande dificuldade comunicativa entre e intra setores, como refere o entrevistado dois. Os processos de comunicação não estão organizados como um dispositivo para as relações de trabalho. Quando falta comunicação, falta pertencimento, reflexão, desconhecimento do outro, conjunção de saberes e o principal: as articulações.

Diante disso, destaca-se fortemente a imprescindibilidade do estímulo ao diálogo entre as partes interessadas neste processo comunicacional, pois a falta deste impede a construção de um sentimento de pertencimento e de boa vontade dos trabalhadores, em prol da organização em que trabalham (SCROFERNEKER, 2007).

A falta ou as dificuldades de comunicação foram referidas diversas vezes pelos entrevistados, em muitos contextos dos processos de trabalho, demonstrando esta dificuldade como algo instituído, ciente entre trabalhadores e gestão, eminente mas sem intervenções maiores para a melhoria e aproximação das relações de comunicação nesta rede. Algo não só setorial mas da macro rede municipal.

A prática comunicativa pode-se constituir como princípio organizador do trabalho em equipe e promover a integração da equipe e a recomposição dos trabalhos especializados (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2006).

E para que o diálogo se mantenha ou aconteça, é preciso, em todo transcorrer da comunicação, compartilhar acordos quanto aos regimes de validação, através da argumentação e intelecção (McCARTHY, 1995; HABERMAS, 2001).

[...] *nem sempre...* ela é *formalizada...* a gente *conversa muito sobre pacientes* assim nos *encontros* né então ela *acontece informal* assim sabe. (En6)  
 [...] Acho que ainda tá um pouco *segmentado* mas até *existe uma aproximação...* existe essa *aproximação* mas eu te diria que a *nível de secretariado*, a uma *preocupação*, em nível *de aproximação de setores* mas eu acho que tem uma *falta uma conexão maior entre as pessoas* que trabalham nessas diversas secretarias... isso sim, isso tá *faltando... uma conexão maior* (En7).

A comunicação mesmo nos processos de trabalho não necessariamente precisa ser formalizada, ela flui como uma necessidade interativa dos pertencimentos e da interação dialógica natural das pessoas. A informalidade oportuniza a abertura, o consentimento, a prospecção de possíveis diálogos e a aproximação.

Nos grupos informais, cada um sente-se indivíduo e vê confirmar no olhar dos outros. “O prazer provém de poder falar na primeira pessoa, de dizer eu e de ser ouvido.” (CHANLAT; BÉDARD, 1992, p. 144).

Em encontro, a comunicação então, no ambiente interno das organizações toma o lugar de debate, da discussão que poderia contribuir para um melhor entendimento do fator trabalho: “[...] trabalhar não é apenas ter uma atividade, mas também viver: viver a experiência da pressão, viver em comum, enfrentar a resistência do real, construir o sentido do trabalho, da situação e do sofrimento.” (DEJOURS; ABDOUCHELI, 2007, p. 103).

Entretanto é preciso encontrar equilíbrios onde os processos comunicativos achem seus espaços de abertura, de realização sem enfrentamentos pessoais, e transpassem somente as necessidades eminentes, e sim, se realizem como processos das suas rotinas diárias profissionais, como ferramenta, dispositivo interativo sem controles, pois a comunicação é natural entre as pessoas e não depende de suportes internos e externos para que ela aconteça, muito embora, percebe-se pelas falas dos entrevistados que há a necessidade neste território de aplicar alguns componentes de estímulo e facilitação para que transcorram mais canais de comunicação e estreitamento das relações interpessoais e intersetoriais.

Campos e Dimitti (2007) vão mais além ao apontar não somente a importância de se facilitar a comunicação entre os diferentes atores, mas também para a necessidade de se montar um sistema que produza compartilhamento sincrônico e diacrônico das responsabilidades de acordo com cada projeto. O papel de cada instância, de cada profissional, deve ficar bem claro, é necessário que alguém se responsabilize pelo segmento longitudinal e pela construção de uma lógica que procura integrar a contribuição dos vários

serviços, departamentos e profissionais. Em geral, esse papel cabe aos integrantes da equipe de referência.

Deste modo, a comunicação é uma grande alicerce para qualquer processo de trabalho, porém para a implantação de novos papéis de trabalho, realmente necessita de atribuições cabíveis a cada ator envolvido de forma explícita, como também as definições destes novos processos, papéis, atribuições, contribuições, mediações e retornos as competências de cada um, como organizador, evitando conflitos subjetivos.

Pensando assim, às diversas formas comunicativas estão em cena, as subjetividades, a fala, a linguagem não-verbal, as intenções comunicativas e o agir comunicativo nas relações profissionais. Contudo nos remetemos as ações comunicativas, como possível intervenção e conhecimento do que se atravessa nestes processos, assim como diz Habermas (1984) esclarecendo que a ação comunicativa ocorre:

[...] sempre que as ações dos agentes envolvidos são coordenadas, não através de cálculos egocêntricos de sucesso mas através de atos de alcançar o entendimento. Na ação comunicativa, os participantes não estão orientados primeiramente para o seu próprio sucesso individual, eles buscam seus objetivos individuais respeitando a condição de que podem harmonizar seus planos de ação sobre as bases de uma definição comum de situação. Assim, a negociação da definição de situação é um elemento essencial do complemento interpretativo requerido pela ação comunicativa. (HABERMAS, 1984, p. 285-286).

A comunicação pensando desta forma é transversal e perpassa com relevância em contextos diferentes.

Contudo quando apresenta ruídos, resistências, expectativas pela contemplação de ideias, ha um mecanismo negativo pairando nestas relações, no caso aqui, nas articulações, levando a processos frustratórios.

Evidencia-se um pouco destas premissas nas seguintes falas:

[...] A **comunicação** existe **na base da necessidade**, da necessidade assim de **última instância** porque a necessidade seria conversar de todos, se tu quer um **trabalho efetivo, que seja resoluto** tu teria que **ter uma comunicação rápida, ter um fluxo** mas eu acho que as pessoas ainda tão cada um na sua [...] (En3)

[...] Como que **essa comunicação** acontece **é precária** sim né.... **é muito pouca** e quando ocorre é de uma **forma muito precária**, às vezes eu **já participei** de algumas **reuniões com outros setores**, com **outros estudos de caso** e assim eram **tantas coisas para resolver** num dia só né... **que a gente não sabia o que falar**. (En2)

[...] vejo essa **comunicação** quando é **pra passar**... né quando é **pra passar um caso** assim... **não é meu**, não é meu... ãhn porque eu **não entendo isso** né... não é meu, digo assim... veja o que tu faz... então assim... **não tem assim**... ãhnn que parte, tu chegaste **a ver essa situação, esse caso**... **vamos conversar** sobre isso e ele... e **ouvimos**... **eu já conversei e não é da minha competência**... então isso eu

acho que fica *massante*, fica uma *falta de comprometimento* profissional... *não há comunicação*, vejo isso. (En7)

A definição de ação comunicativa feita por Habermas (2003) indica que o falante diz algo dentro de um contexto dinâmico, referindo-se não somente ao mundo objetivo (como a totalidade daquilo que é ou poderia ser o caso), mas ao mesmo tempo ao mundo social (totalidade das relações interpessoais reguladas de forma legítima) e ao mundo próprio, inerente a cada ser em particular (totalidade das vivências manifestáveis, as quais têm um acesso privilegiado).

Clareando a relação da necessidade que o entrevistado um referiu, como também, a questão da implicação de tempo relatado pelo entrevistado dois, onde é preciso fazer escolhas para poder ser atendido quanto as suas necessidades em tempo, no caso de se explicar tudo que gostaria de ser dito e acolhido.

O processo comunicativo é definido como um ato caracterizado não por relações de poder, mas por atitudes de sensibilidade, aceitação e empatia entre os sujeitos, em um universo de significações que envolvem tanto a dimensão verbal como a não verbal (postura e gestos). Nesse processo, é relevante o interesse pelo outro, a clareza na transmissão da mensagem e o estabelecimento de relações terapêuticas entre os envolvidos (BRAGA; SILVA, 2007; SILVA et al, 2000).

Em contrapartida, o processo comunicacional é tratado como uma ferramenta que contribui para a eficiência e a eficácia organizacionais (TORQUATO, 2004).

[...] as vezes a gente *quer dizer algo* mas a gente acaba se colocando de *uma forma que não ficou muito bem dito* ou ficou dito de uma *forma um pouco agressiva*... então *a comunicação tem que ser melhorada* e o modo que ela possa ser *aprimorada* não importa... eu acho que *a gente* tem que *se comunicar mais* né e *julgar menos* e *cobrar menos* também... eu acho que a *comunicação é essencial* e a gente percebe que *existe uma falha* assim entre a rede né nessa questão da comunicação [...] (En10)

Percebe-se também as habilidades comunicativas em reflexão, onde à relação de ações e reações, nestes processos comunicativos. Por ora, sendo evidente a problematização de como nos colocamos e nos percebemos em comunicação e necessitando de observação e vigilância em seu agir em comunicação ou percebendo-se também como constituinte nestes processos.

A comunicação seria então o grande dispositivo para a intersectorialidade?

Como tratativas para implantação de novos processos de trabalho, atos, invenções, definições de papéis, de integrações, articulações colaborativas, compartilhamentos,

objetivações de ações em conjunto, o que se tem em comum, a produção em saúde, desta forma, entende-se que em partes; a comunicação aporta ser uma grande ferramenta para a relação de “inter” setorialidade e para a ativação de tecnologias leves e duras como componentes de validação e consumação para os processos de trabalho coletivo, contudo as instituições precisam validar a intersetorialidade como uma estratégia nos processos de trabalho e implementá-los as condutas de trabalho com os atores envolvidos, que buscam contemplar com mais eficiência, agilidade e assertividade objetivações comuns .

Neste sentido, a produção de atos de saúde é um terreno do trabalho vivo (isto é, um terreno no qual predominam as tecnologias leves relacionais, em detrimento das tecnologias duras, equipamentos e saberes estruturados). Isso acontece porque a produção de atos de saúde opera sempre com altos graus de incerteza e com grau não desprezível de autonomia dos trabalhadores. É exatamente essa característica que abre grandes possibilidades para estratégias que possibilitem a construção de novos valores, compreensões e relações, pois há espaço para a invenção (MERHY, 2002).

Ainda abarcando estes sentidos, Henz et al (2013) discutem que o comum nem é ponto de partida, nem resultado que se alcança, mas o recurso que se inventa e de que se lança mão. O comum pode ser pensado como “um reservatório de experimentações, virtualidades, produção de saberes, poderes, técnicas e potências, que são de qualquer um”. A comunicação então seria este recurso para o envolvimento em comum.

#### **4.4 Movimentos para intersetorialidade**

Para produzir mudanças de práticas de gestão e de atenção, é fundamental que sejamos capazes de dialogar com as práticas e concepções vigentes, que sejamos capazes de problematizá-las, não no abstrato, mas no concreto do trabalho de cada equipe, de cada setor e de cada um (CECCIM, 2005).

Percebe-se que nas falas dos entrevistados a existência de desejos para relações mais estreitas, com movimentos neste território para a aproximação de setores, intersetorialidade, redes e ensino-aprendizagem. Muito embora, ha muitas queixas nas relações intersetoriais, na forma que atuam no momento e como trabalham os processos comunicativos, percebe-se que ha estes desejos de aproximações, de parcerias, de complementariedades e de pertencimento.

Desta forma, qualquer movimento, como este de perceber e refletir sobre a forma e como atuam a intersetorialidade no município já é uma ação educativa, de que temos mediações potentes a fazer neste território, com esses movimentos em prol de iniciativa a

ativadores de processos de mudanças sobre as dinâmicas dos processos de trabalho, das suas atuações e articulações com o propósito da educação permanente em saúde como disparador, assim, novamente reativamos estes desafios de transformação para integração, aproximação e possibilidades de novos processos de trabalho com os dispositivos de práticas educativas, de intervenções com o ensino na saúde.

#### 4.4.1 Processos de integração, aproximação e possibilidades

A provocação de todo esse conjunto de percepções vem a ativar possíveis possibilidades e movimentos para dentro então deste território, sempre pensando em articulações da rede disponível, com os seus setores e nas relações de ensino-aprendizagem para contemplação e mecanismos de formalização intersetorial.

Na perspectiva, as ações intersetoriais têm se mostrado como uma estratégia importante na busca de novos modelos organizacionais e pode ser entendida como uma articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de políticas, programas e projetos dirigidos a comunidades e a grupos populacionais específicos, num dado espaço geográfico, com o objetivo de atender as suas necessidades e expectativas de forma sinérgica e integral (JUNQUEIRA, 2000; JUNQUEIRA et al, 1997).

Neste aspecto, percebemos nos entrevistados um movimento para perspectivas intersetoriais, de como esses processos intersetoriais poderiam ser constituídos, planejados, pactuados, executados e almejados entre gestão, trabalhadores e usuários.

Deste modo, esse campo de forças, na dimensão dos saberes e das práticas, é fundamental na identificação de novas potencialidades, de envolvimento corresponsáveis e de uma perspectiva integrada nos processos de implementação de programas, projetos e políticas públicas (FEUERWERKER; COSTA, 2000).

Outro ponto importante a refletir é que à complementaridade entre a intersetorialidade e a setorialidade, ou seja, a intersetorialidade não é antagônica ou substitutiva da setorialidade, ao contrário, para a eficácia de projetos ou programas é imperativo que as políticas setoriais se complementem com a intersetorialidade (SPOSATI, 2006).

Para isso, é necessário tomar cuidado de como identificam essa relação da intersetorialidade para a resolução dos problemas de saúde, pois se observa interpretações errôneas, como por exemplo, achar que práticas multissetoriais sejam chamadas de intersetoriais. Existe uma diferença nessa questão, pois a intersetorialidade sugere coparticipação efetiva, ou seja, fazer parte de todo o processo (gestão, produção, etc.),

enquanto que na prática multissetorial existe o comparecimento de vários setores para a resolução de um problema (DIAS et al, 2014).

Não é substitutivo a intersectorialidade para os papéis já instituídos nestes setores municipais, e sim reflexivos a novas possibilidades de novos movimentos de trabalho, em intersecção de saberes e oferta de serviços em prol da integralidade de atenção e cuidado aos sujeitos “em comum” por eles todos, em seus serviços desprendidos.

Procuramos entender desta maneira, para este movimento de intersectorialidade, quais seriam os desafios e possibilidades para alcançarmos uma intersectorialidade eficiente e articulada no município, vislumbrando futuros processos e intervenções.

[...] Então eu acho que para *a gente* poder assim *pensar dentro da intersectorialidade* é preciso também *reformular a nossa forma de fazer...* de *pensar* e de *atuar* assim no nosso *trabalho...* daí eu acho que tem que ser essa *proposta...* não sei, *deter dias organizados* para *a gente pensar e falar com os outros lugares*, ter algum *acesso diário...* um pouco mais *facilitado...* com alguma coisa assim... tem que se pensar não sei exatamente de que forma assim mas a gente precisa *reformular o nosso setor... não só o nosso... os outros lugares também*, que também *trabalham nessa questão* de números, *de quantidade e não tão qualitativo* daí se poderia *pensar* em *alguma coisa que fosse prioridade* assim né... assim a gente *conseguiria falar com outros serviços* de uma maneira *rápida*, de uma maneira até *diariamente...* *seria um sonho* sim... *uma coisa boa* [...] (En4)

A intersectorialidade se encontra com as percepções do entrevistado quatro, refletindo que é preciso pensar a forma de atuar no trabalho, reorganizar esta forma, priorizar e pactuar ações e trabalhar em situações pelo comum, ações coletivas, projetos em comum, e que destas, possam com maior resolutividade encarar novos desafios e trabalhar de maneira coletiva, abrangente e mais dinâmica nas ações intersectoriais.

A importância da mudança destas práticas é destacado por Pinto (2016), ao sinalizar acredita que, a ação de mudança das práticas, do processo de trabalho, dos próprios sujeitos e de suas relações, necessária à qualificação da atenção, gestão, educação e participação em saúde, demanda processos de educação nos quais objetiva-se que os sujeitos que promovem a ação se tornem sujeitos da problematização e transformação de suas práticas (PINTO, 2016).

[...] eu acho que as *equipes e os setores* que possuímos são de *serviços essenciais...* as *equipes estão se formando* embora ainda que *tenha entradas e saídas dos profissionais* né mas eu acho que tá um pouquinho mais *acomodado* isso, *as equipes estão mais constituídas* né, então isso né eu acho que é um *passo importante* também... sabendo que *no momento* está sendo *contratado mais profissionais* e esses, *acredito*, que com essa *constituição formada assim, sem haver muitas trocas é ruim...* eu acho que tendo *equipes mais permanentes* isso pode ser um *fator bem importante para formalizar bem assim a rede* né [...] (En6)

Vindo ao encontro da ideia do entrevistado seis, a construção do coletivo depende da presença de um mínimo de estabilidade e de certa permanência na organização, pois a confiança e a cooperação se constroem com o tempo. A cooperação é fruto da busca do trabalhador pela qualidade do trabalho como uma condição para ter prazer na atividade laboral, saúde mental e construção da sua identidade singular (SCHERES; PIRES; SCHWARTZ, 2008).

Assim, quando as equipes e os setores da rede sentirem essa estabilidade e coesão intrasetores, a cooperação pode ser favorecida para almejar dinâmicas entre equipes, sendo assim acordos multiprofissionais com ações intersetoriais.

Neste sentido a fala do entrevistado cinco vem a complementar essas possibilidades incluindo a intersecção de saberes:

[...] É *cruzar os olhares e conversar*... eu acho que a *intersectorialidade* como tu me perguntou no início ela... ãh... é *cruzar os conhecimentos*... e *não ficar baseada né num saber único* né... então de fato seria *validar* o que *o colega* diz e poder assim *não fragmentar o conhecimento* assim né... que seja *para somar* né...  
[...] (En5)

Em contrapartida, as organizações de saúde dependem do trabalho de profissionais da saúde e de outros grupos de trabalhadores que não são profissionais de saúde, resultando numa heterogeneidade que dificulta a construção do espírito de equipe. É um contexto de recursos limitados e necessidades sempre múltiplas, ilimitadas e variáveis. O ambiente é propício a conflitos entre atores com diversos interesses, nem sempre convergentes, o que demanda um processo de negociação permanente (PIRES, 2009).

[...] então eu acho que *o limite para a intersectorialidade acontecer é tempo e espaço* e a única solução que eu vejo para isso é *tecnologia*, eu acho que é isso, e também *trabalhar o humano* para que *as pessoas se disponham a tentar a fazer*... que *surja algo* ...que *se construa algo para rede*, que tenha *um querer partilhar* também, acho que tem isso, *tem uns ranço do positivismo* de algumas *classes* que *às vezes isso contamina*, das *pessoas ficarem melindradas assim de trocar, de compartilhar, de construir* onde *deveria ser algo natural*, de *dividir os problemas*, dividindo os problemas *para juntar forças... unir forças*. (En3)

[...] *Conhecimento* né *científico* né... eu acho que a gente tem que *buscar novos horizontes*, *não tem que se acomodar* né no ambiente de trabalho que a gente tá né... agente *já vem discutindo* isso em outras situações né... eu tomo *a rede como exemplo* que é *algo que tenta ser construído entre os setores* né... *entre outros serviços*... *entre profissionais que pensam diferentes*... que buscam *alternativas de aperfeiçoamento profissional* né *diferentes uma das outras* [...] (En10)

[...] percebo que são *várias dificuldades, vários desafios* mas acho que o *conhecimento científico sai da zona de conforto*, *buscar alternativas* pra que a gente possa *fazer implantações* né, ãhn acredito que seja *um grande desafio a questão da boa vontade*...(Suspira)... *do comprometimento* né, *do respeito ao*



*próximo* também da gente *respeitar o limite de cada um, de cada profissional, de cada serviço...* ãhn eu acho que é essencial assim... eu acho que o respeito, o conhecimento, a boa vontade... acredito que a *questão financeira* também *possa estar envolvida* em algumas *questões específicas* né mas ãhn... principalmente a gente tem que ter uma *equipe envolvida e comprometida com as atividades, com as nossas atribuições diárias*. (En10)

Neste sentido, a pontos importantes a destacar das falas acima, como a questão que o entrevistado três evidenciou, no que precisa de **tempo e espaço**, sentidos necessários para todo novo processo de trabalho acontecer, nisso precisamos de organização, pertencimento e pactuações para que os andamentos tomem suas diretrizes e reformulações com o andar destes novos trabalhos.

Outro quesito, seria o **conhecimento científico** destacado pelo entrevistado dez, pensa-se que as bagagens das esferas profissionais são importantes na inter-relação de saberes, e a comunicação entre estes saberes fazem a proximidade ou geram conflitos por não se conectarem talvez a uma linguagem em comum, desta forma, para as pactuações de linguagens em comum, gera-se possibilidades, que abranjam a todos e aos objetivos também em comuns.

Para tanto, abre-se para auxiliar nesta necessidade, intervenções com novas aprendizagens, buscando uma maior hegemonia e coesão para estas equipes, setores e/ou grupos intersetoriais, possivelmente através de educação permanente, educação continuada ou de outras propostas para as relações de ensino-aprendizagem, visando para reflexões embasadas em evidências, teóricos em comum, demandas de processos de trabalho e das práticas vigentes, e para, as novas **implantações**, como também remete o entrevistado dez.

Em contrapartida, o conhecimento científico trouxe inéditos avanços e progressos técnicos à humanidade (MORIN, 2010). São inúmeras as conquistas trazidas à área da saúde, como as vacinas, por exemplo. Porém não trouxe só vantagens da divisão do trabalho (isto é, a contribuição das partes especializadas para a coerência de um todo organizador). Trouxe também os “inconvenientes da superespecialização: enclausuramento ou fragmentação do saber.” (MORIN, 2010, p. 16).

As ações de educação e saúde para os profissionais da rede tem sido um grande desafio: temos que levar em consideração que esta política, envolvendo os profissionais, com a participação dos serviços ocorre num contexto complexo. Qualificar diferentes profissionais em diferentes pontos, para que a rede funcione com resolutividade, garantindo aos usuários os atendimentos de suas necessidades e complexidades, remete-nos a entender este processo de forma mais profunda.

As ações de educação estão ligadas ao aprofundamento do conhecimento e o funcionamento da rede, da regulação, da regionalização, dos acordos e pactuações realizados. Para conseguirmos religarmos nosso conhecimento com as ações educativas, é necessário o entendimento de como conseguirmos abstrair novos conhecimentos, problematizando para buscas de alternativas, de facilitação do trabalho e de eficiência daquilo que praticamos.

Assim, Ceccim (2005) complementa [...] tomar o cotidiano como lugar aberto à revisão permanente e gerar desconfortos com os lugares “como estão/como são”, deixar o conforto para cenas “como estavam/como eram”, e abrir os serviços como lugar de subjetividades que são explicitadas no cotidiano, tomar as relações como produção, como lugar de problematização e surgimento de efeitos em prol do coletivo, traz consigo a abertura para a produção e não como conformação, podendo praticar a educação permanente em saúde.

Acrescentamos neste sentido, o viés aí do ensino-aprendizagem como ferramenta, usando seus feitos em possíveis variáveis, tomando elo engajador das relações, dos conceitos, da reflexão do que fazemos e da abertura de possibilidades.

Percebe-se também a relação da **rede** remetida pelos entrevistados, neste sentido, podemos pensar que a rede de serviços já é constituída nesta esfera municipal, a setores de uma macrodinâmica maior que é a prefeitura municipal, prestando assistências e cuidados aos usuários, contudo, ha uma necessidade, busca e desejos de uma articulação desta rede, destes setores, destes profissionais, num estreitamento destas relações, nestas dinâmicas de trabalho, podendo ser propulsada pelo dispositivo da intersetorialidade posteriormente.

Sendo assim, é pertinente destacar que, neste contexto, as redes não consistem em pontos de contato somente, mas em conexões possíveis a partir das demandas apresentadas, considerando sua interdependência e complementaridade. Esta análise aponta para uma visão integrada dos problemas sociais e de saúde e a necessidade de articulação para suas soluções (GARAIAU, 2013).

A este respeito, considera-se que não basta encaminhar, orientar, direcionar para a rede de serviços, é necessário conhecê-la para desenvolver um planejamento possível de ações entre os diversos setores para estas demandas. Esta abordagem nos leva a perceber o trabalho em rede como fundamental para a efetivação da intersetorialidade.

Contudo não basta argumentar que o trabalho em rede é a base, deve-se compreender como é a dinamicidade deste processo. A rede pode ser compreendida como o resultado do processo de agregação de várias organizações e entidades em torno de um interesse em comum. A sistematização a seguir permite compreender as etapas para a concretização da intersetorialidade via trabalho em rede (GARAIAU, 2013).

Seguindo o compasso de Morin (2010), ao refletirmos sobre a temática pensamos que dentro desta política de redes, teremos que trabalhar o conhecimento, unindo o todo com as partes, nunca levando em consideração somente a soma das partes separadas. Unir todos os pontos da rede e trabalharmos de forma interligada, conjunta com todos os componentes de forma dinâmica, religando os serviços e os pontos de atenção de modo a garantir as atividades que promovam a integralidade do cuidado ao usuário na rede.

Se somos atores ativos das cenas de formação e trabalho (produtos e produtores das cenas, em ato), os eventos das cenas nos produzem diferenças, nos afetam, nos modificam, produzindo abalos em nosso ser sujeito, colocando-nos em permanente produção. “O permanente é aqui-e-agora, diante de problemas reais, pessoas reais e equipes reais.” (CECCIM, 2005, p. 167).

Sendo assim, o quão é necessário movimentar estes atores, propulsar que as possibilidades emergem deste grande grupo, que fomenta as dificuldades e potencialidades nas práticas, e que delas amplia-se as necessidades de mudança da posição e andamento dos fluxos e processos de trabalho proferidos pela gestão. A forte potência da educação em saúde para reposição de condutas e processos para estas práticas coletivas.

Nesta direção e com essa complementação, fechamos nossa análise e discussão com o efeito de levantamento de problematizações como aqui fizemos, emergindo acoplamento de modificações, e assim, nos disponibilizamos para possíveis intervenções eminentes nestes cenários, com a formação e na subjetividade agregada da relação ensino-aprendizagem, pelo produto final desta dissertação de mestrado profissional que será apresentado a seguir.

## 5 PRODUTO DO MESTRADO PROFISSIONAL

Entre tantas percepções levantadas neste processo de pesquisa, percebemos componentes fortes para atuação e intervenção do Ensino na Saúde neste território, como estratégia de reestruturação e possibilidades nos serviços prestados, nas relações setoriais e dialógicas.

Pensando assim, ao construir uma proposta de intervenção, utilizando das percepções proferidas entre os participantes da pesquisa, visando entender os sentidos e significados que os profissionais e gestores nos demonstraram, buscamos entre tantos, um direcionamento para uma aprendizagem significativa, com enfoque problematizador, sendo emergido como componentes de intervenção, os profissionais e gestores, como centralizadores destes processos de ensino e aprendizagem. Neste sentido, procuramos para contemplação desta estratégia, a lógica da Educação Permanente em Saúde.

Nesta perspectiva, o aprender e o ensinar têm a ver com o modo de fazer. Como a aprendizagem não é uma operação intelectual de acumulação de informações, mas inclui afetos e supõe atividade dos atores envolvidos, estabelece o enfrentamento de um modo já estabelecido de ver o mundo com outro que é apresentado a partir das (novas) informações (CECCIM; FERLA, 2008).

Para tanto, optou-se em utilizar a metodologia de Oficina, visando garantir entre os participantes um espaço de debate, de construção conjunta de conhecimentos e pactuações sobre os processos de intersectorialidade no município.

Esta oficina terá um caráter de aprendizagem, e também devolutiva, apresentando em dado momento os resultados encontrados na pesquisa, com o intuito de refletirmos coletivamente sobre alguns eixos temáticos elucidados durante a pesquisa, como suas categorias de discussão.

Evidenciamos nestes resultados da pesquisa, as relações de atuação, processos de trabalho, conceitos de intersectorialidade, atuação intersectorial e processos comunicativos como elementos para reflexão coletiva e dinâmicas a serem estimuladas.

Estes tópicos escolhidos foram evidenciados e recorrentes nos resultados da pesquisa, podendo assim plainar para aprendizagens mais significativas, pois evidencia-se afecções que muito podem contribuir para a construção dos processos coletivos de trabalho neste território.

Buscamos como aporte metodológico para esta oficina os pleitos das técnicas de grupos operativos propostos por Pichon Riviere (1995), com a lógica de instrumentalização da

Educação Permanente em Saúde, trabalhando em encontros, com foco grupal, em abordagens participativa, dialógica e dinâmicas de grupo.

Estas abordagens possibilitam trabalhar a construção coletiva de saberes, com seus aspectos cognitivos, contudo explorando as vivências, práticas, percepções, ideias, comportamentos como componentes de sensibilização, pertencimento e valorização dos atos profissionais e de gestão nos sentidos e pactuações na formação da aprendizagem significativa.

Os objetivos desta oficina é aproximar, integrar, articular setores, profissionais e gestão acerca dos processos do trabalho intersetorial, refletindo na perspectiva de uma atuação integrada diante da rede pública municipal de atenção e cuidado.

Para Pichon Riviere (1995) o objeto de formação do profissional deve instrumentar o sujeito para uma prática de transformação de si, dos outros e do contexto em que estão inseridos. A aprendizagem é sinônimo de mudança, na medida em que deve haver uma relação dialética entre sujeito e objeto e não uma visão unilateral, estereotipada e cristalizada.

A aprendizagem centrada nos processos grupais coloca em evidência a possibilidade de uma nova elaboração de conhecimento, de integração e de questionamentos acerca de si e dos outros. A aprendizagem é um processo contínuo em que comunicação e interação são indissociáveis, na medida em que aprendemos a partir da relação com os outros (BASTOS, 2010).

A técnica de grupo operativo consiste em um trabalho com grupos, cujo objetivo é promover um processo de aprendizagem para os sujeitos envolvidos. Aprender em grupo significa uma leitura crítica da realidade, uma atitude investigadora, uma abertura para as dúvidas e para as novas inquietações.

Nesta perspectiva, o processo relacional possibilita ações transformadoras dos sujeitos envolvidos em uma práxis e isto ocorre num movimento espiral, dialético, em direção ao alcance da tarefa. Trata-se de um processo mediado pela aprendizagem (RIVIÉRE, 1985).

O grupo operativo de Pichon Riviere e as propostas de Educação Permanente em Saúde estreitam-se e enlaçam-se para estes processos de aprendizagens e na problematização coletiva de saberes.

Para tanto, apresentamos nosso produto final:

O produto deste projeto de pesquisa consiste em um trabalho de Ensino na Saúde, com a proposta de promover entre os profissionais e gestores dos setores municipais de Saúde, Assistência Social e Educação do município de Veranópolis, uma Oficina Intersetorial

chamada QUOTA. Escolhemos este nome temático por dar um significado mais proximal com o grupo em foco. Significa **compartilhar** em talian, dialeto do italiano enraizado no município, que é de origem e cultura italiana.

**NOME DA AÇÃO:** Oficina **QUOTA – Construindo sentidos de intersectorialidade, comunicação e cuidado.**

**JUSTIFICATIVA:** A presente oficina propõe apresentar e discutir resultados da pesquisa de mestrado profissional “A INTERSETORIALIDADE EM QUESTÃO: PERCEPÇÃO DE GESTORES E PROFISSIONAIS SOBRE ATUAÇÃO INTERSETORIAL EM UM MUNICÍPIO DO RIO GRANDE DO SUL”, que teve como objetivo geral compreender a percepção de profissionais e gestores sobre intersectorialidade. Esta pesquisa está vinculada ao mestrado profissional do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, da Faculdade de Medicina da UFRGS. A pesquisa revelou a importância de propor uma oficina, para uma percepção e construção coletiva com moderação de ensino-aprendizagem, para a atuação intersectorial no município, evidenciando aspectos de linguagens comuns sobre intersectorialidade, processos de trabalho, (re)conhecimento do território de trabalho, com intervenção no conjunto da rede municipal, evidenciando aspectos de comunicação efetiva e integração e articulação em ações comuns.

<b>OFICINA “QUOTA” Construindo sentidos de intersectorialidade, comunicação e cuidado</b>	
Objetivo geral	Aproximar, integrar, articular setores, profissionais e gestão acerca dos processos do trabalho intersectorial, refletindo na perspectiva de uma atuação integrada diante da rede pública municipal de atenção e cuidado.
Objetivos específicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Apresentar os resultados da pesquisa “A intersectorialidade em questão: Percepção de gestores e profissionais sobre atuação intersectorial em um município do Rio Grande do Sul”.</li> <li>– Trabalhar estratégias com enfoque intersectorial de saberes compartilhados de conceitos sobre intersectorialidade, processos de trabalho, redes.</li> <li>– Reconhecer o território, os setores, fluxos, os profissionais envolvidos, objetivos, demandas e estruturação setorial.</li> <li>– Propor a ativação de uma prática intersectorial, com simulações de casos e ações a serem compartilhados.</li> <li>– Refletir sobre comunicação, canais de comunicação, habilidades comunicativas e propor dinâmicas de ativação de estreitamento comunicativo</li> <li>– Ativar possíveis pactuações intersectoriais, com estabelecimentos de fluxos, forma comunicativa, ações conjuntas e diretrizes intersectoriais municipais.</li> </ul>
Público-alvo	Profissionais e gestores das secretarias da Saúde, Assistência Social e Educação do município de Veranópolis.
Encontros	6 encontros

Resultados esperados	Produção e pactuação de intersetorialidade, maior reconhecimento dos serviços, e eficiência e ampliação dos processos comunicativos.
Profissional desenvolvedor	Fga Juliana Lauer Gonçalves
Proposta	Primeiro semestre de 2020.

Nossa proposta consiste na realização de seis encontros, previamente estruturados, em local comum a todos os envolvidos e da forma sistematizada pela seguinte organização:

**1º encontro – Saberes compartilhados:** Conhecendo a intersetorialidade, as pessoas envolvidas na rede municipal e serviços, compartilhando conceitos universais de intersetorialidade, redes e articulação. Apresentar resultados da pesquisa “A intersetorialidade em questão: Percepção de gestores e profissionais sobre atuação intersetorial em um município do Rio Grande do Sul”.

Metodologia: (expositiva-participativa)

**2º encontro – Reconhecendo nosso território:** visitação aos serviços da rede conhecendo os locais e as equipes do território (in loco), por fim, um debate com o desfecho da visão geral dos serviços.

Metodologia: visitas nos setores municipais

**3º encontro – Vivenciando:** simulando uma reunião intersetorial, como situações problemas já vivenciadas, compartilhando situações, casos em comum, demandas e políticas públicas.

Metodologia: expositiva participativa

**4º encontro – Comunicando:** identificando competências comunicativas, possibilidades, habilidades e realidades no fluxo de comunicação.

Metodologia (Brainstorming – Chuva de ideias)

**5º encontro – Pactuações:** Estabelecendo fluxos, ajustes, combinações e possibilidades de articulações futuras.

Metodologia: produção documental coletiva

**6º encontro – Encontro final:** Produção de uma avaliação da oficina proposta e fechamento integrativo.

Metodologia: produção documental coletiva e dinâmicas integrativas de fechamento.

A pesquisa de dissertação de mestrado profissional evidenciou processos de trabalhos segmentados, desarticulados, com uma rede estruturada de serviços, contudo sem intersecções comunicativas necessárias para andamentos rotineiros dos seus processos de trabalho, como também nas ações que poderiam ser produzidas coletivamente, com processos intersetoriais

pactuados entre os serviços municipais, ativando as complementariedades necessárias a um olhar mais integrador sobre os sujeitos assistidos por esta rede municipal.

A intersetorialidade seria um dispositivo, uma ferramenta a ser colaborativa nos andamentos e nas articulações setoriais e profissionais deste território.

Sendo assim, a possibilidade de entender os processos, identificar os serviços, reconhecer as potencialidades para novas implementações de processos de trabalho, fazem nossa oficina ser um mecanismo de operacionalização e articulação em evidência constituída pelas práticas de Educação Permanente em Saúde e disponibilização de novas diretrizes, assim refletidas de forma coletiva e pactuadas com o andar profissional e envolvimento de várias mãos, entre atores envolvidos com a prestação de serviço municipal.





## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta etapa final, emergem considerações relevantes, de todo este processo que foi denso e reflexivo.

A pesquisa inicialmente buscou contribuir para reflexões sobre os processos de trabalho em saúde, perpassando por constituições de trabalho, relações e possibilidades de atuação intersetorial como foco principal.

Neste sentido, lembramos que o objetivo geral desta pesquisa foi identificar as percepções de gestores e profissionais das áreas da Saúde, Assistência Social e da Educação, atuantes na rede municipal da cidade de Veranópolis, sobre intersetorialidade, e para tanto, conseguimos exprimir aproximações conceituais pertinentes aos processos de intersetorialidade com significado nas atribuições coletivas a luz dos referenciais teóricos previamente abordados.

Procuramos entender estas percepções quanto intersetorialidade, atuação intersetorial, limites, entraves, possibilidades dentro de uma rede municipal de serviços, onde emergiu estas relações com os processos de trabalho, as redes, a comunicação como o entorno a estratégia de intersetorialidade.

Deste modo, conforme os resultados, foi dado a intersetorialidade, um envolvimento de conjunto, de ação conjunta entre setores, de construção conjunta com objetivos também conjuntos em rede.

Foi encontrado considerações ampliadas de todo dinamismo de trabalho, nesta rede, que na prestação de atenção e cuidado pleitam uma visão também ampliada dos serviços disponíveis no território, nas possibilidades a serem ofertadas aos usuários, como também, na complementariedade que é desejada ao alcance de uma prestação de serviço mais integral.

Percebeu-se que todos os processos de trabalho, requerem implicação, sendo eles diretos dos atores envolvidos, da gestão, da organização dos fluxos, serviços e atendimentos especializados, das atribuições explícitas, das complementariedades necessárias de parceiras, de agilidade gestora e de resolutividades em prol dos beneficiários em comum, que são os usuários destes serviços.

Foi compreendido também, que para atuar intersetorialmente é necessário estar em movimento, estar aberto a novos processos de trabalho, exercendo atribuições de coletividades, com dinamismo em frente as demandas de serviços, na busca de uma integralidade disponível em recursos humanos e serviços já estruturados, na oferta destes serviços, destes setores para os enlances de ação em comum.

É necessária também a quebra de paredes setoriais, respeitando o que é vigente nas estruturas dos trabalhos setoriais, mas na dessegmentação dos serviços cada um no seu quadrado, quando da evidencia coletiva para o enfoque de atuação intersetorial, visando buscar relações de articulação das estruturas existentes no território, que requerem participação ativa na dinâmica das suas constituições e atribuições de trabalhos também coletivos.

Outro ponto que vem ao encontro desta consideração, é a falta de disponibilidade dos profissionais, incentivo e flexibilidade da organização institucional dos setores e da rede macro de serviços, para que exista um envolvimento e movimento maior, numa elaboração e efetivação de ações intersetoriais.

Evidenciou que a intersetorialidade neste território é regida pela rede de serviços, que ela acontece de forma não legitimada, que não tem autonomia e organização institucional aportada pela gestão ou a uma macrodinâmica de rede, na sua constituição e nos seus andamentos, ela também é confundida entre os entrevistados com as práticas interprofissionais, com resoluções de demandas pontuais de usuários, situações e famílias e que um grande esbarre de todos os processos de trabalho que necessitem de um estreitamento de inter-relações, tem na comunicação uma grande dificuldade e distanciamento deficitário.

Outro ponto relevante, é como os entrevistados referem a dificuldade de agir em conjunto, agir coletivamente, por que percebem que se trabalha com as referências e diretrizes de seus setores, e que nestes muitas vezes apresentam internamente rupturas de comunicação e alinhamentos de condutas para com os outros setores, e que há também um certo desconhecimento dos profissionais e reais trabalhos que são exercidos nestes outros setores da rede.

Chama a atenção, a mescla das relações de citações quanto intersetorialidade e rede, e como se ambos fossem constituídos apenas para trocar colaborativamente informações e pensar sobre as demandas de usuários, que por muitas vezes foi citada como casos.

Muitas afecções dos entrevistados se fizeram presentes nas contribuições, com movimentos de estranhamentos, de descômodos, de ideais, descréditos, cansaços e acomodações.

Nas implicações sobre os processos de trabalhos, transpareceu a necessidade de lideranças ou determinações hierárquicas para os andamentos da rede de serviço trabalhar coletivamente, para desta forma, estruturar uma ordenação de trabalho e da intersetorialidade no município a ser regida, como se muitas tentativas já estivessem acontecido sem o retorno, envolvimento e eficiência esperada, demonstrando inquietações nas relações da rede, mas

certo conformismo e/ou desinteresse dos andamentos, dificuldades e processos vigentes. Neste ponto é importante lembrar que as percepções vinham tanto de trabalhadores quanto da gestão.

Pensando assim, é importante aos olhos da gestão permear seu território e entender a inserção, os fluxos, a forma e as condutas dos andamentos dos processos de trabalho em vigência nos setores, de atenção e de cuidado para atentar-se, complementar e executar com novos dispositivos e implantações a prestação de serviço continuada, eficaz, de qualidade e mais resolutiva.

Percebeu-se que há necessidades no território de estreitamentos de comunicação e articulação para trabalhar horizontalmente com mais engajamentos ao coletivo, sem esperar ou depositar no outro os entraves nas relações intersetoriais, trazendo assim, implicações para a cena de um trabalho ainda fragilizado, que não consegue, de fato e totalmente, pautar sua perspectiva das práticas a oferta de ações mais abrangentes de intersectorialidade e na integralidade.

A falta e as dificuldades de comunicação foram referidas diversas vezes pelos entrevistados, em muitos contextos dos processos de trabalho, demonstrando esta dificuldade como algo instituído, ciente entre trabalhadores e gestão, eminente mas sem intervenções maiores para a melhoria e aproximação das relações de comunicação nesta rede. Algo não só setorial mas da macro rede municipal.

Neste sentido, como pesquisadora e profissional da saúde e da comunicação, faz-se tocar que o núcleo profissional, como fonoaudióloga, emerge nos entendimentos comunicativos e de ferramentas de identificação de rupturas e estreitamento destas relações, partindo-se também para um viés de contribuição coletiva mais institucional, no caso, da macro rede municipal, não ao acaso somente a escolha acadêmica para a intersectorialidade mas para de fato emergirmos contribuições nucleares em prol deste coletivo.

Em certo momento, trazemos a provocação de que a comunicação seria então o grande dispositivo para intersectorialidade? Certamente seria um facilitador, contudo para a intersectorialidade acontecer deve-se entender primeiramente as demandas do território, identificar os serviços e setores disponíveis na rede, acionar estes serviços e pactuar ações comuns em prol daquelas demandas coletivas, não para agir setorialmente mas em conjunto, em intersectorialidade e disposta e organizativa pela gestão.

A comunicação de fato é um grande elo entre quaisquer relações, é um componente de trabalho, um agir nos processos de trabalho e um facilitador ou dificultante das organizações, que segue modelos enraizados institucionalmente.

Entre tantas percepções, foram evidenciados componentes potentes de intervenção, que com o aporte do Ensino na Saúde, com a lógica da Educação Permanente em Saúde podem ofertar instrumentalização e movimentos neste território.

Neste sentido, Ribeiro e Motta (2006) ainda nos aportam que a Educação Permanente em Saúde tem como objeto de transformação o processo de trabalho, a partir da reflexão sobre e no serviço, ou seja, o que está acontecendo no serviço e sobre o que precisa ser transformado.

Logo, podemos pensar que, numa perspectiva pedagógica, o processo de trabalho passa a ser valorizado como o centro do processo de ensino-aprendizagem.

Sendo assim, Ceccim (2005) nos complementa que para produzir mudanças na gestão e na atenção é necessário dialogar com as práticas e concepções vigentes, problematizando-as, não no abstrato mas no concreto de trabalho de cada setores, de cada um. Gerando desta maneira, movimentos nas redes, descômodos, alinhamentos e produção entre todos os atores envolvidos.

É necessário ainda, chamar para a gestão o conhecimento destes processos e possibilidades de articulação, de estratégias de trabalho e engajamentos necessários na produção da atenção e cuidado, trazendo a percepção de todos que logicamente fazem parte de uma macrodinâmica municipal, inseridos em produção setorial, necessitando de articulações e efetivações interprofissionais e intersetoriais, contudo, percebe-se um proteger e comprometer cristalizado ao vínculo voltado para os seus setores e seus trabalhos isolados, não fluindo a intersecção de uma corrente da rede municipal em prol dela mesma.

A efetivação da intersetorialidade ainda é uma incógnita, ela, sem dúvida, é um grande dispositivo nos processos de trabalho, pois vislumbra uma articulação necessária para uma contemplação maior das demandas locais, abrangendo diversos vieses, olhares e saberes sobre estas demandas, contudo, e como todo novo processo de trabalho, precisa de organização. Primeiramente uma organização do terreno a ser implantado e após, uma disposição organizada e pactuada entre os atores envolvidos.

A tarefa é desafiadora, já que requerem rompimentos, enfrentamentos, criação, e implementações para a ação desta macrodinâmica municipal.

## REFERÊNCIAS

- AGAMBEN, G. O que é um dispositivo? In: HONESKO, V. N. **O que é o contemporâneo e outros ensaios**. Chapecó, SC; Argos, 2009.
- AKERMAN, M. et al. Intersectorality? Intersectorialities! **Cien Saude Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4291-4300, 2014.
- ALBORNOZ, S. **O que é trabalho**. São Paulo: Brasiliense, 2008.
- ALMEIDA, D. T.; TREVISAN, E. R. Estratégias de intervenção da Terapia Ocupacional em consonância com as transformações da assistência em saúde mental no Brasil. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 15, n. 36, p. 299-308, mar. 2011.
- ALMEIDA, M. C. P. et al. **Contribuição ao estudo da prática de enfermagem**. Ribeirão Preto, SP: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1981.
- ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S. M.; PEDUZZI, M. **A pesquisa em enfermagem fundamentada no processo de trabalho**: em busca da compreensão e qualificação da prática de enfermagem. Ribeirão Preto, SP: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1999.
- ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, n.2, p. 5-20, 1997.
- ANDRADE, L. O. M. **A saúde e o dilema da intersectorialidade**. São Paulo: Hucitec, 2006.
- ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo, 2005.
- AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.
- AZEVEDO, E.; PELICIONI, M. C. F.; WESTPHAL, M. F. Práticas intersectoriais nas políticas públicas de promoção da saúde. **Physis (Rio J.)**, n. 22, p. 1333-56, 2012.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.
- BARROS, M.; BEVENIDES, R. Da dor ao prazer no trabalho. In: SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M.(orgs.). **Trabalhador da saúde**: muito prazer! protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí, RS: Unijuí, 2007, p. 61-71.
- BASTOS, A. B. B. I. A técnica de grupos-operativos à luz de Pichon-Rivière e Henri Wallon. **Psicol inf.**, São Paulo, v. 14, n. 14, p. 160-169, out. 2010. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-88092010000100010&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-88092010000100010&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 25 fev. 2019.
- BATISTELLA, C. Saúde, Doença e Cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. D'A. (orgs.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 25-50.

BERTUSSI, D. C. **O Apoio Matricial Rizomático e a produção de coletivos na Gestão Municipal em Saúde**. 2010. 234 f. Tese (Doutorado em Clínica Médica) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

BOURGUIGNON, J. **Concepção de rede intersetorial 2001**. Disponível em: <<http://www.uepg.br/nupes/intersetor.htm>>. Acesso em: 20 nov. 2018.

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

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento [...], e dá outras providências. 2011a. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 jun. 2011.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 18 de dezembro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de referência para o processo de formação de profissionais do apoio institucional integrado do Ministério da Saúde: QualiSUS-Rede**. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 4.279, de 30 de Dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção da saúde: Carta de Otawa, Declaração de Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRONZO, C. **Programas de proteção social e superação da pobreza: concepções e estratégias de intervenção**. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.

BRONZO, C.; COSTA, B. L. D. **Gestão Social: o que há de novo**. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 2004. 2v.

BURLANDY, L. **Segurança alimentar e nutricional: intersetorialidade e as ações de nutrição**: Disponível em: <<http://www.unimep.br/phpg/editora/revistaspdf/saude13art01.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2017.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CAIPE. **Centre for the Advancement of Interprofessional Education**. United Kingdom, 2002.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalhos em equipes de saúde. In: MERHY, E. E. **Agir em saúde um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 229-66.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, G. W. S.; BARROS, R. B.; CASTRO, A. M. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 745-749, 2004.

CAMPOS, G. W. S.; DIMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CARDOSO, O. O. Comunicação empresarial versus comunicação organizacional: novos desafios teóricos. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 40, p. 1123-44, nov./dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rap/v40n6/10.pdf>>. Acesso em: 8 abril. 2018.

CARVALHO, G. C. M. **Participação da comunidade na saúde**. Campinas: Saberes, 2014.

CARVALHO, G. I.; SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde**: comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis n. 8.080/90 e 8.142/90), 3. ed. Campinas: Unicamp, 2002.

CASTELLS, M. **Comunicación y poder**. Madri: Alianza Editorial, 2009.

CECCIM, R. B. Educação dos profissionais de saúde e compromissos públicos com a integralidade: as disposições do AprenderSUS. In: PINHEIRO, R.; SILVA JÚNIOR, A. G. (orgs.). **Por uma Sociedade Cuidadora**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2010, p. 131-132.

CECCIM, R. B. Ensino, pesquisa e formação profissional na área da saúde: avaliação de impacto do PROFAE na qualidade dos serviços em saúde. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, v.7, p. 113-120, 2003.

CECCIM, R. B. Um sentido muito próximo ao que propõe a educação permanente em saúde!: o dever da educação e a escuta pedagógica da saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 11, n.22, p. 358-361, aug. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832007000200015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000200015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15 fev. 2019.

CECCIM, R. B.; CARVALHO, Y. M. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

CECCIM, R. B.; DARON, V. (rels.). **Relatório final. Seminário de avaliação, integração e participação na elaboração e execução da política de saúde do Estado do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: SES-RS, 1999.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação Permanente em Saúde Politécnica de Saúde. In: VENÂNCIO, J. **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV: Fiocruz, 2008.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro v. 6, n. 3 p. 443-456, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.phpscript=sci\\_arttext&pid=S1981462008000300003&lng=en&rm=iso](http://www.scielo.br/scielo.phpscript=sci_arttext&pid=S1981462008000300003&lng=en&rm=iso)>. Acesso em: 24 nov. 2017.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, 2004.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis (Impresso)**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Disponível em: <<file:///C:/Users/Usuario/Desktop/TCR/A%20INTEGRALIDADE%20DO%20CUIDADO%20COMO%20EIXO%20DA%20GESTÃO%20HOSPITALAR.pdf>> Acesso em: 06 out. 2017.

CHANLAT, A.; BEDARD, R. Palavras: a ferramenta do executivo. In: CHANLAT, J. F. (coord). **O indivíduo na organização: dimensões esquecidas**. São Paulo, Atlas, 1992, p.125-148

CLAUS, S. M. **Gestão de sistemas locais de saúde: desafios cotidianos para o desenvolvimento de competências profissionais**. Caxias do Sul: EducS, 2007.

COLET, N. R. **Enseignement universitaire et interdisciplinarité: un cadre pour analyser, agir et évalue**. Bruxelles: Boeck & Larcier, 2002.

COMERLATTO, D. et al. Gestão de políticas públicas e intersetorialidade: diálogo e construções essenciais para os conselhos municipais. **Rev. Katál**, Florianópolis: v. 10. n. 2. p.265-271, 2007.

CORREA, M. B. Considerações sobre terapia de grupo na clínica fonoaudiológica. In: LIER-DE-VITTO, M. F. (org.). **Fonoaudiologia: no sentido da linguagem**. 2. ed. São Paulo: Cortez; 1994, p. 39-46.

CURY, T. C. H. Elaboração de projetos sociais. In: ÁVILA, C. M. de. (coord.). **Gestão de projetos sociais: textos de apoio**. São Paulo: AAPCS, 2000, p. 33-56.

CURY, C. R. J. **Educação e contradição: elementos metodológicos para uma teoria crítica do fenômeno educativo**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 1995.



DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 2007.

DELEUZE, G. A. A intuição dos métodos. In: DELEUZE, G. **Bergsonismo**. São Paulo: Ed. 34, 1999, p 7-26.

DICIONÁRIO FORMAL. **Intra**. [2018] Disponível em: <<http://www.dicionarioinformal.com.br/intra/>>. Acesso em: 12 out. 2018.

FARIA, H. P.; et al. **Processo de trabalho em saúde**: protocolo de cuidado à saúde e organização do serviço. 2. ed. Belo Horizonte: COOPMED, 2009.

FALER, C. S. **Intersetorialidade**: a construção histórica do conceito e a interface com as políticas sociais públicas. Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul / Faculdade de Serviço Social / Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Porto Alegre, 2015.

FERNANDEZ J. C. A.; MENDES, R. (orgs.). **Promoção da saúde e gestão local**. São Paulo: USP/CEPEDOC Cidades Saudáveis, 2007.

FEUERWERKER, L. M.; COSTA, H. Intersetorialidade na rede UNIDA. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 22, p. 25-35, dez. 2000.

FIGUEIREDO, M. et. al (org.). **Labirintos do trabalho**: interrogação e olhares sobre o trabalho vivo. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

FLEURY, S.; OUVERNEY, A. M. **Gestão de redes**: a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

FOUCAULT, M. A ética do cuidado de si como prática de liberdade. In: MOTTA, M. B (org.). **Ética, sexualidade, política**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006, p. 262-288

FOUCAULT, M. A vida: a experiência e a ciência. In: MOTTA, M. B (org.). **Arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005, p. 352-36.

FRACOLLI, L. A. et al. Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 5, p. 1135-1141, 2011.

FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Gestão em redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: LAPPIS-IMS/UERJABRASCO, 2006.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1987.

FRIDMAN, S.; PASSOS, M. C. O grupo terapêutico em fonoaudiologia: uma experiência com pessoas adultas. In: SANTANA, A. P. et al. **Abordagens grupais em fonoaudiologia: contextos e aplicações**. São Paulo: Plexus, 2007, p 138-63.

GADAMER, H. G. **Verdade e método**. 3.ed. Petrópolis: Vozes; 2011.

GARAJAU, N. **Articulação Intersetorial: uma estratégia de gestão para o Programa Cozinha Comunitária** [Dissertação de Mestrado]. Belo Horizonte; 2013.

GENELOT, D. **Manager dans la complexité: réflexions à l'usage des dirigeants**. 3.ed. Paris: Insep Consulting, 2001.

GIDDENS, A. **Além da direita e da esquerda: o futuro da política radical**. São Paulo: UNESP, 1995.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4.ed. São Paulo: Atlas. 2002.

GIL, C. R. R. **Práticas profissionais em saúde da família: expressões de um cotidiano em construção**. 2006. 296 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

GROSSI K. G.; GUILAMELON, L. F. Intersetorialidade na política de saúde do idoso. **Revista Virtual Textos & Contextos**, Porto Alegre, ano 5, n. 6, p. 88, dez. 2006.

HABERMAS, J. **Teoria da ação comunicativa**. Madrid: Taurus; 1999.

HABERMAS, J. **Dialética e Hermenêutica - para a crítica da hermenêutica de Gadamer**. Porto Alegre: L&PM; 1987.

HABERMAS, J. **The theory of communicative action: reason and the rationalization of society**. Boston, Beacon Press, 1984. v.1

HABERMAS, J. **Vérité et justification**. Paris: Gallimard, 2001.

HARTZ, Z. M.; CONTRADRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 20, supl. 2, p. S331-S336, 2004.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico de 2000**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 22 out. 2018.

HELMAN, C. **Cultura, saúde e doença**. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

HENZ, A. O. et al. Trabalho entreprofissional: acerca do comum e a cerca do específico. In: CAPOZZOLO, A. A. et al. **Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013, p. 163-186.

INOJOSA, R. M. Intersetorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 32, p. 35-48, mar./abr. 1998.

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

JUNQUEIRA, L. A. P. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersectorialidade. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 31-46, 1997.

JUNQUEIRA, L. A. P.; INOJOSA, R. M.; KOMATSU, S. **Descentralização e Intersetorialidade na Gestão Pública Municipal no Brasil**: a experiência de Fortaleza. XI Concurso de Ensayos del CLAD El Tránsito de la Cultura Burocrática al Modelo de la Gerencia Pública: Perspectivas, Posibilidades y Limitaciones. Caracas, 1997.

JUNQUEIRA, R. Agendas sociais: desafio da intersectorialidade na construção do desenvolvimento local sustentável. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 117-130, 2000.

LEITE; A. P. D.; PANHOCA, I. A constituição de sujeitos no grupo terapêutico fonoaudiológico: identidade e subjetividade no universo da clínica fonoaudiológica. **Rev Dist Comun.**, v. 15, n. 2, p. 289-308, 2003.

LEOPARDI, M. T. **Teorias e método em assistência de enfermagem**. 2.ed. Florianópolis: Soldasoft, 2006.

LUKÁCS, G. **O trabalho – por uma ontologia do ser social**. Maceió: Universidade Federal de Alagoas, 1981.

MACHADO, M. F. A. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. **Cien Saude Colet**, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2014.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad.saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, set./out. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/37.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2018.

MATTOS, R. A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS, ABRASCO, 2006.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**. 5. ed. São Paulo. Atlas, 2002.

MARX, K. **O Capital**. 14. ed. São Paulo: Difel, 1994. v. 1.

MARX, K.; ENGELS, F. **Manifesto do Partido Comunista**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 1998.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: OPAS, 2011.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MENDES E. V. **Revisão bibliográfica sobre a atenção primária à saúde**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2005.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Medicina e história**: raízes sociais do trabalho médico. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1979.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Práticas de Saúde**: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde, 1992.

MENDES-GONÇALVES, R. B. Prefácio. In: AYRES, J. R. C. M. **Epidemiologia e Emancipação**. São Paulo: Hucitec, 1995.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

MERHY; E. E. Educação Permanente em Movimento - uma política de reconhecimento e cooperação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para os gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso. **Saúde em Redes**, v. 1, n. 1, p.07-14, 2015.

MERHY; E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY; E. E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In MERHY, E. E; ONOCKO, R. (org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2002, p. 110-150.

MERHY, E. E; ONOCKO, R. **O agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1987.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. 12.ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 31.ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2012.

MINAYO, M. C. S. et al. Métodos e técnicas e relações em triangulação. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SPUZA, E. (orgs.). **Avaliação por triangulação de métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MINAYO M. C.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade?. **Caderno de Saúde Pública**, v. 9, n. 3, p. 239-262, 1993.

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

MOREIRA, L. C. **A passagem de plantão enquanto processo comunicativo**. 1989. 167f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1989.

MORETTI, A. C et al. Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde, realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1827-1834, jun. 2010.

MORIN, E. **A cabeça benfeita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. 8.ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

MORIN, E. **A Religação dos Saberes**: o desafio do século XXI. 7.ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.

MORONI, J. A.; CICONELLO, A. Intersetorialidade nas Políticas Públicas. In: A. CNAS VI **Conferência Nacional de Assistência Social**: caderno de Textos. Brasília: MDS/CNAS. 2007, p. 79-87.

MOTA, A.; SILVA, J. A.; SCHRAIBER, L. B. **Contribuições Pragmáticas para a Organização dos Recursos Humanos em Saúde e para a História da Profissão Médica no Brasil**: obra de Maria Ceclia Donnangelo. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MOYSÉS, S. J.; MOYSÉS, S. T.; KREMPEL, M. C. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 627-641, jul-set. 2004.

NAJMANOVICH, D. El lenguaje de los vínculos. De la independencia absoluta a la autonomia relativa. In: DABAS, E.; NAJMANOVICH, D. (orgs.). **Redes el lenguaje de los vínculos: hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil**. Buenos Aires: Paidós, 1995, p. 33-76.

NAVARRO, N. **A Intersetorialidade como Modelo de Gestão das Políticas de Combate à Pobreza no Brasil**: o caso do Programa Bolsa Família no Município de Guarulhos [dissertação de mestrado]. São Paulo: Curso de Mestrado em Administração Pública e Governo da Escola de Administração de Empresas de São Paulo - EAESP/FGV, 2011.

NOGUEIRA, V. M. R. Direitos à saúde na sociedade contemporânea. **Ser Social: Revista do Programa de Pós-graduação em Política Social**, Brasília, n. 10, 2002.

NOGUEIRA, V. M. R.; MIOTO, R, C. T. Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde. In: MOTA, A. E. et al. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho profissional**. 2006. Disponível em: <[www.fnepas.org/servicosociais/health/inicio.htm](http://www.fnepas.org/servicosociais/health/inicio.htm)>. Acesso em: 10 jan. de 2018.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O sistema único de saúde - SUS. In: GIOVANELLA, L. (org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, p. 435-472.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata. Alma-Ata**: OMS, 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 22 dez 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS**: Contribuições para o debate. Brasília: OPAS, 2011.

PAULA, K. A; PALHA, P. F; PROTTI, S. T. Intersetorialidade: uma vivência prática ou um desafio a ser conquistado? O Discurso do Sujeito Coletivo dos enfermeiros nos núcleos de Saúde da Família do Distrito Oeste. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 8, n. 15, p. 331-348, ago. 2004.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde**: a interface entre trabalho e interação. Tese (doutorado) Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1998.

PEDUZZI, M. et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 47, n. 4, p. 977-983, 2013.

PEDUZZI, M.; CIAPONE, M. H. T. Trabalho em equipe e processo grupal. In: KURCGANT, P. (coord.). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005, p.108-24.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. Processo de trabalho em saúde. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO; ESTAÇÃO DE TRABALHO OBSERVATÓRIO DOS TÉCNICOS EM SAÚDE. (org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2006, p. 199-206.

PEREIRA, P. A. P. A intersectorialidade das políticas sociais na perspectiva dialética. In: MONNERAT, G. L.; ALMEIDA, N. L. T.; SOUZA, R. G. (orgs.). **A intersectorialidade na agenda das políticas sociais**. Campinas: Papel Social, 2014, p. 21-39.

PINHEIRO, A. R. O.; FREITAS, S. F. T; CORSO, A. C. T. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. **Rev. Nutr. Campinas**, v. 17, n. 4, p. 523-533, dez. 2004.

PINTO, L. F. G. **Planejamento estratégico**. Londrina: Educacional, 2016.

PICHON-RIVIÈRE; E. **Teoria do vínculo. (Teoría del vínculo)**. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

PILGER, J. W. **Perfil do idoso atendido por um programa de saúde da família em Veranópolis**. Porto Alegre: PUCRS, 2006.

PIRES, D. **O debate teórico sobre trabalho no setor de serviços**. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1994.

PIRES, D. Novas formas de organização do trabalho em saúde e enfermagem. **Rev. Baiana Enfermagem**, n. 13, p. 83-92, 2000.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Anna Blume, 1998.

PIRES, D. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde. **Rev Bras Enfermagem**, n. 53, p. 251, 2011.

PREFEITURA MUNICIPAL DE VERANÓPOLIS. Histórico do município. Disponível em: <<http://www.veranopolis-rs.com.br>>. Acesso em: 23 out. 2018.

QUARESMA, S. L. **Desvendando conceitos**: intersectorialidade e redes sociais. Florianópolis, 2009.

REDE UNIDA. **Intersectorialidade 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: 15 nov. 2018.

REEVES, S.; HEAN, S. Why we need theory to help us better understand the nature of interprofessional education, practice and care. **Journal of interprofessional care**, Abingdon, v. 27, no. 1, p. 1-3, 2013.

REK, M. **Os modelos de administração pública e reflexos à qualidade na gestão administrativa brasileira**. Disponível em: <[http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=14742](http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=14742)>. Acesso em: 25 jun. 2018.

ROMAGNOLI, R.C. . Relações macropolíticas e micropolíticas no cotidiano do CRAS. **Revista da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 28, n. 1, p. 151-161, 2016.

SANTOS, C. S. **Introdução à gestão pública**. São Paulo: Saraiva, 2006.

SANTOS, E. F. **O Desafio da Intersectorialidade entre Educação e Assistência Social**: Escola Vila Esperança, CRAS Espaço Esperança e Grupo Primavera. 2017. 75 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade Salesiana Dom Bosco, Americana, SP, 2017.

SARRETA, F. O. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. São Paulo: UNESP; Cultura Acadêmica, 2009.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D.; SCHWARTZ, Y. Collective work: a challenge for health management. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo. v. 43, n. 4, p. 721-725, ago. 2009.

SCHÜTZ, F. **A intersectorialidade no campo da política pública**: indagações para o Serviço Social. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Serviço Social) Departamento de Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina, 2009.

SCHUTZ, F.; MIOTO, R. C. T. Intersectorialidade e política social: subsídios para o debate. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 16, n. 1, p. 59-75, jan.-jun. 2010.

SCHWARTZ, Y. Quais as contribuições da linguística aplicadas para análise de trabalho. In: FIGUEIREDO, M. et. al (org.). **Labirintos do trabalho**: interrogação e olhares sobre o trabalho vivo. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

SCHWARTZMAN, S. **Pobreza, exclusão social e modernidade**: uma introdução ao mundo contemporâneo. São Paulo: Augurium, 2004.

SCROFERNEKER, C, M. S. As relações públicas e os blogs organizacionais. In: INTERCON - CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO, 30, 2007. **Anais...** São Paulo: Intercon, 2007.

SENNA, M. C. M.; GARCIA, D. V. Políticas sociais e intersetorialidade. **Cadernos O Social em Questão**, ano 17, n. 32, p. 277-294, 2014.

SERRES, M. **Filosofia mestiça [Le tiers-instruit]**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.

SILVA, K. L. et al. Promoção da saúde: desafios revelados em práticas exitosas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 76-85, fev. 2014.

SILVA, K. L.; RODRIGUES, A. T. Ações intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 5, p. 762-769, out. 2010.

SILVA, S. F.; MAGALHÃES JR., H. M. Redes de atenção à Saúde: importância e conceitos. In: SILVA, S. F. **Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde**. Campinas: IDISA, CONASEMS, 2008.

SILVEIRA, R. M.; A entrevista na pesquisa em educação: uma arena de significados. In: COSTA, M. V. (org.). **Caminhos investigativos II: outros modos de pensar e fazer pesquisa em educação**. Rio de Janeiro: Lamparina, 2007, p. 117-138.

SOUZA, T. O. **Intersetorialidade**: um contexto em política pública de saúde na Estratégia de Saúde da Família. 2014. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde) – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2014.

SPOSATI, A. **Assistência na trajetória das políticas sociais brasileiras**: uma questão de análise. 10.ed. São Paulo: Cortez, 2008.

SPOSATI, A. Gestão pública intersetorial. Sim ou não? Comentário de experiências. **Revista Serviço Social e Sociedade**, n. 85, p. 133-142, 2007.

STEFANELLI, M. C. **Comunicação com o paciente**: teoria e ensino. São Paulo: Robe; 1990.

STONER, J. A. F.; FREEMAN, R. E. **Administração**. Rio de Janeiro: LTC, 1999

STROSCHEIN, K. A; ZOCCHÉ, D. A. Educação permanente nos serviços de saúde: um estudo sobre as experiências realizadas no Brasil. **Trab. educ. saúde (Online)**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 505-519, nov. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462011000300009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000300009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 25 fev. 2019.

TAYLOR, F. W. **Princípios da administração científica**. São Paulo: Atlas, 1990.



TAVARES, M. F. L. et al. Articulação intersetorial na gestão para a promoção da saúde. In: GONDIM, R.; GRABOIS, V.; VIEIRA, W. M. **Qualificação de gestores do SUS**. 2. ed. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2011, p. 309-324.

TOASSI, R. F. C. **Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?** [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017.

TORQUATO, F. G. **Tratado de organização organizacional e política**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

VEIGA-NETO, A. **Foucault e a educação**. 2.ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2004.

VENTURINI, E. O caminho dos cantos: morar e intersetorialidade na saúde mental. **Fractal: Revista de Psicologia**, Niterói, v. 22, n. 3, p. 471-480, 2010.

VINOGRADOV, S.; YALOM, I D. **Manual de psicoterapia de grupo**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.

WARSCHAUER, M.; CARVALHO, Y. M. O conceito “Intersectorialidade”: contribuições ao debate a partir do Programa Lazer e Saúde da Prefeitura de Santo André/SP. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 191-203, mar. 2014.

WESTPHAL, M. F.; ZIGLIO, E. Políticas públicas e investimentos: a intersectorialidade. In: FUNDAÇÃO PREFEITO FARIA LIMA (CEPAM). **O município no século XXI: cenários e perspectivas**. São Paulo: CEPAM, 1999, p. 111-121.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Health Statistics Annual 1997**. Genebra: World Health Organization, 1997.

WIMMER, G.; FIGUEIREDO, G. Ação coletiva para qualidade de vida: autonomia, transdisciplinaridade e intersectorialidade. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 2, n. 1, p. 145-154, 2006.

WOOD JUNIOR, T.; PICARELLI FILHO, V. **Remuneração e carreira por habilidades e por competências: preparando a organização para a era das empresas de conhecimento intensivo**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 2004.

ZIMERMANN, D. **Fundamentos básicos das grupoterapias**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

## APÊNDICES

### Apêndice A – Roteiro da Entrevista Semiestruturada

#### *A INTERSETORIALIDADE EM QUESTÃO: PERCEPÇÃO DE GESTORES E PROFISSIONAIS SOBRE ATUAÇÃO INTERSETORIAL EM UM MUNICÍPIO DO RIO GRANDE DO SUL.*

##### ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

- O que você entende por intersectorialidade?
- Como você percebe a intersectorialidade em nosso município?
- Na sua percepção, quais são os limites no trabalho intersectorial perante a sua atuação?
- Quais são as implicações e/ou efeitos da forma intersectorial que hoje se aplica na rede municipal à saúde, atenção e cuidado ao usuário?
- Como você vê a sua atuação na proposta intersectorial municipal?
- De que forma você percebe a articulação comunicativa entre setores?
- Em sua opinião, quais os limites, as possibilidades e os desafios para alcançarmos uma intersectorialidade eficiente e articulada em nosso município?

## **Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Título do projeto: ***A INTERSETORIALIDADE EM QUESTÃO: PERCEPÇÃO DE GESTORES E PROFISSIONAIS SOBRE ATUAÇÃO INTERSETORIAL EM UM MUNICÍPIO DO RIO GRANDE DO SUL.***

Pesquisadores responsáveis: Juliana Lauer Gonçalves e Luiz Fernando Calage Alvarenga

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que tem como objetivo principal Identificar as percepções de gestores e profissionais da rede municipal de saúde, atenção e cuidado atuantes na cidade de Veranópolis, sobre intersectorialidade.

Se você aceitar participar da pesquisa, o procedimento de coleta se dará da seguinte maneira: você responderá a uma entrevista previamente agendada, de forma presencial e gravada, que posteriormente será redigida e encaminhada para seu e-mail para que você autorize a utilização e esteja ciente de que suas falas não foram modificadas. Essas atividades serão realizadas no posto de Saúde Central do município de Veranópolis, na sala do setor de Fonoaudiologia.

O possível risco decorrente da participação da pesquisa é de cunho emocional, podendo as respostas para a entrevista remeter a problemas que você tenha com o seu trabalho e causarem certo constrangimento. Além disso, sua participação na entrevista não trará benefícios diretos nem será ressarcida de qualquer forma, sendo sua participação totalmente voluntária e não obrigatória. Apesar de não trazer benefícios diretos, sua participação nesta pesquisa pode contribuir para um maior conhecimento acerca da atuação do intersectorial municipal, o que é de extrema importância para futuras articulações entre serviços, na busca de resolubilidade de ações e integralidade de saúde, atenção e cuidado aos munícipes.

Caso haja desistência durante ou após a coleta de dados, sua vontade será respeitada e os dados provenientes não serão apresentados na pesquisa.

Os dados coletados durante a pesquisa serão tratados confidencialmente e os resultados serão apresentados de forma conjunta, de maneira que os participantes não sejam identificados.

Caso você tenha alguma dúvida, poderá entrar em contato com os pesquisadores responsáveis Luiz Fernando Calage Alvarenga através do telefone (51) 99186 4114 e/ou Juliana Lauer Gonçalves, através do telefone (54) 981367404, ou diretamente com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul através do telefone (51) 3308 3738.

O presente documento é elaborado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

---

Nome do participante

Assinatura do participante

---

Nome do pesquisador

Assinatura do pesquisador

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

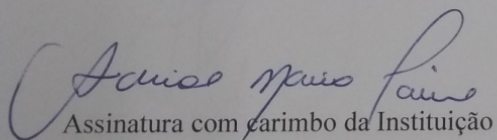
**Apêndice C – Termos de Anuência das Secretarias municipais de Assistência Social,  
Saúde, Educação do município de Veranópolis**

Secretaria da Assistência Social de Veranópolis

Termo de Anuência

Temos ciência de que o projeto de pesquisa **A INTERSETORIALIDADE EM QUESTÃO: PERCEPÇÃO DE GESTORES E PROFISSIONAIS SOBRE ATUAÇÃO INTERSETORIAL EM UM MUNICÍPIO DO RIO GRANDE DO SUL**, sob coordenação do Prof. Dr Luiz Fernando Calage Alvarenga e da pesquisadora e servidora pública municipal **Juliana Lauer Gonçalves**, vinculados ao Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul através da Faculdade de Medicina desta universidade, está sendo realizada nesta secretaria municipal através da coleta de dados por entrevistas semiestruturadas com profissionais e gestores desta instituição.

Veranópolis, 17 de outubro de 2018.

  
Assinatura com carimbo da Instituição

ADRIANE MARIA PARISE  
Sec. Mun. De Desenvolvimento  
Social, Habitação e Longevidade

Secretaria da Saúde de Veranópolis

Termo de Anuência

Temos ciência de que o projeto de pesquisa **A INTERSETORIALIDADE EM QUESTÃO: PERCEPÇÃO DE GESTORES E PROFISSIONAIS SOBRE ATUAÇÃO INTERSETORIAL EM UM MUNICÍPIO DO RIO GRANDE DO SUL**, sob coordenação do Prof. Dr Luiz Fernando Calage Alvarenga e da pesquisadora e servidora pública municipal **Juliana Lauer Gonçalves**, vinculados ao Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul através da Faculdade de Medicina desta universidade, está sendo realizada nesta secretaria municipal através da coleta de dados por entrevistas semiestruturadas com profissionais e gestores desta instituição.

Veranópolis, 17 de outubro de 2018.

Assinatura com carimbo da Instituição

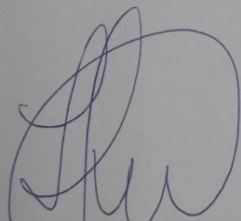
*Vanessa Calioni*  
Vanessa Calioni  
Secretária da Saúde  
Veranópolis - RS

Secretaria da Educação de Veranópolis

Termo de Anuência

Temos ciência de que o projeto de pesquisa **A INTERSETORIALIDADE EM QUESTÃO: PERCEPÇÃO DE GESTORES E PROFISSIONAIS SOBRE ATUAÇÃO INTERSETORIAL EM UM MUNICÍPIO DO RIO GRANDE DO SUL**, sob coordenação do Prof. Dr Luiz Fernando Calage Alvarenga e da pesquisadora e servidora pública municipal **Juliana Lauer Gonçalves**, vinculados ao Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul através da Faculdade de Medicina desta universidade, está sendo realizada nesta secretaria municipal através da coleta de dados por entrevistas semiestruturadas com profissionais e gestores desta instituição.

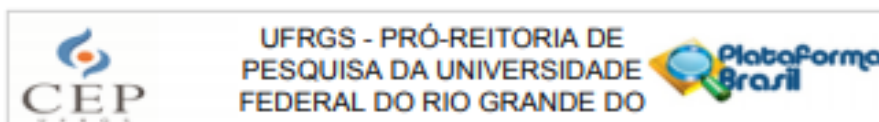
Veranópolis, 17 de outubro de 2018.



Assinatura com carimbo da Instituição

Izabel Cristina Durli Menin  
Sec. Mun. Educação, Esporte,  
Lazer e Juventude

## Apêndice D – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (UFRGS)



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A INTERSETORIALIDADE EM QUESTÃO: PERCEPÇÃO DE GESTORES E PROFISSIONAIS SOBRE ATUAÇÃO INTERSETORIAL EM UM MUNICÍPIO DO RIO GRANDE DO SUL.

**Pesquisador:** Luiz Fernando Calage Alvarenga

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 99167318.0.0000.5347

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Rio Grande do Sul

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.010.579

#### Apresentação do Projeto:

Segunda versão do Projeto de Dissertação junto ao Mestrado Profissional do PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE, de autoria de JULIANA LAUER GONÇALVES, orientanda do Prof. Dr. Luiz Fernando Calage Alvarenga. A primeira versão, analisada por este CEP, teve parecer (pendente) emitido em 11 de outubro de 2018.

Estudo de natureza qualitativa, de caráter exploratório, com o objetivo principal identificar as percepções de gestores e profissionais da Saúde, Assistência Social e Educação, atuantes na rede municipal da cidade de Veranópolis, sobre intersectorialidade através de entrevistas semi-estruturadas.

A entrevista será realizada com um representante de gestão das secretarias municipais da Saúde, Assistência Social, Educação e da Prefeitura Municipal, além de 02 profissionais indicados por cada secretaria já citadas, composta pelos seguintes núcleos profissionais: Assistentes Sociais, Enfermeiros, Médicos, Psicólogos, Psicopedagogos e Terapeutas Ocupacionais, inseridos nos serviços municipais que dispõe de atendimentos aos usuários em saúde, assistência social e educação da rede municipal de Veranópolis. Número de sujeitos previstos: 10 (dez).

**Endereço:** Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
**Bairro:** Farpouilha **CEP:** 90.040-060  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3308-3736 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propeq.ufrgs.br