

**Programas Integrados de Residências em Medicina de Família e Comunidade e  
Multiprofissional em Saúde da Família  
Fundação Estatal Saúde da Família/ Fundação Oswaldo Cruz**

FABRÍCIO MACHADO DOS SANTOS

VIVÊNCIAS COM A INTERSETORIALIDADE

BAHIA

2020

## FABRÍCIO MACHADO DOS SANTOS

### VIVÊNCIAS COM A INTERSETORIALIDADE

Trabalho de conclusão de Residência apresentado à Fundação Estatal Saúde da Família e Fundação Oswaldo Cruz – BA para certificação como Especialista Multiprofissional em Saúde da Família.

Orientadora: Priscila Conceição dos Santos

BAHIA

2020

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	4
1.1. Começando pelo começo	5
1.2. A descoberta da resiliência	7
2. CONCEITUALIZANDO A INTERSETORIALIDADE	8
2.1. Contextualizando minha experiência com a Intersetorialidade: “O sindicato”	10
2.1.2.integração entre Vigilância Sanitária e a Atenção Básica	16
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23

## 1 INTRODUÇÃO

Olá, venho através desse texto me apresentar, meu nome é Fabrício, sou residente do Programa Integrado de Residência em Saúde da Família da Fundação Estatal de Saúde da Família (FESF-SUS), formado em odontologia e nutrição pela UFBA. Não sou muito adepto de falar sobre minha vida, mas encaro essa escrita como mais um desafio dentre outros que já tive na vida. Poderia iniciar essa narrativa contanto sobre os meus primeiros dias de vida, mas ficaria longo demais e minha intenção não é transformar esse relato de experiência em um roteiro para vários filmes. Quero aqui apenas compartilhar minhas vivências, pouco antes de entrar na residência, da qual faço parte a cerca de dois anos, e a experiência que tive dentro dela no período citado.

Após a insatisfação com a minha primeira formação como nutricionista, empreguei esforços para tentar um recomeço. Mesmo criticado por algumas pessoas que achavam desnecessário essa empreitada, fui atrás do meu sonho e terminei o curso. A vantagem de se fazer uma segunda faculdade, é o fato de saber o que fazer e o que não fazer, para que tudo ocorra da forma desejada. Mesmo com a vantagem de ser um “viajante do tempo”, passei por algumas dificuldades, mas tive êxito no final.

Para um recém formado a grande pergunta que surge é : para onde irei ? Sim, eu não tinha idéia para onde iria depois de concluir o curso. Quando pensei em fazer odontologia, imaginava um dia me tornar um empreendedor , já que tinha vontade de trabalhar para mim mesmo. Só que a minha realidade naquele período não tornaria possível me aventurar nessa empreitada, seja por motivos financeiros, ou por questões relacionadas a minha falta de experiência em gerir uma clínica. Não tenho sequer um nome consolidado no mercado, onde já existem diversos consultórios, muitos em dificuldade devido à conjuntura atual do país, que até hoje permanece em crise.

Depois de algum tempo parado, cerca de dois meses, encontrei um colega de turma, que me ofereceu a oportunidade de trabalhar na clinica da qual ele é sócio. Em parceria com uma outra colega, tiveram a ousadia de abrir seu próprio negócio logo após se formar. Trabalhei durante um ano nesse consultório, até surgir a oportunidade de entrar na Residência da qual estou quase me despedindo. Dois anos se foram na velocidade de um piscar de olhos. Ao longo desse lapso temporal, adquiri diversos saberes que me auxiliaram no amadurecimento e na compreensão do meu papel

enquanto profissional de saúde, que transcende a atuação como dentista, garantindo uma visão mais ampla sobre o cuidado a saúde.

Dentro de uma perspectiva micro, o trabalho em equipe as vezes já é difícil para garantir a integralidade do cuidado, pois requer o comprometimento e sintonia no trabalho, além de boa relação interpessoal. O que dizer então de uma perspectiva macro, na qual setores diferentes precisam atuar em conjunto para alcançar um objetivo em comum.

Portanto, o que vou trazer é um relato da experiência que vivi, sobre a intersetorialidade no âmbito da saúde e sua importância no estabelecimento de meios para obtenção de resultados satisfatórios, que as vezes não são tão satisfatórios assim devido a dificuldades de interação entre os profissionais dos diversos setores envolvidos e a falta de empenho entre os mesmos.

### 1.1 Começando pelo começo

O primeiro dia foi marcado por certa ansiedade, pois não sabia como seria a recepção e nesse momento todos eram estranhos, não havia rostos conhecidos. Isso para mim não foi inesperado, porém o fator mais preocupante era minha adaptação a uma nova realidade, a uma nova turma. Recomeçar nem sempre é fácil, estar aberto para o novo também não é.

As pessoas que estão inseridas em uma situação de mudança sentem falta do *status quo* da organização, e voltam às práticas e políticas do passado, principalmente àquelas que funcionavam bem. É como um desejo de resgatar a calma e o conforto da situação anterior, a sensação de um retorno aos bons tempos, onde a segurança e a estabilidade eram presenças fortes no processo organizacional. (NADLER et al, 1995. apud MARTINELLI & VICHI, 1999 p2.).

Embora tenha conseguido entrar na Residência, algo que almejei bastante, o processo de trabalho seria diferente do que eu estava acostumado. Saúde da Família não era um tema tido como prioridade na faculdade. A visão sobre os problemas do paciente era resumida a sua queixa principal, adotando-se uma conduta com vista à eliminação do problema principal apenas, mas sem adentrar no quesito social, lacunas oferecidas por um modelo médico centrado, onde o usuário do sistema não tem voz, apenas escuta e obedece.

O biologismo ocultou a causalidade social da doença ao reconhecer a natureza biológica de suas causas e consequências, dada a ênfase na microbiologia e nas teorias dos germes e da história natural das doenças. O individualismo constituiu o objeto individual da saúde, ao considerar o paciente como abstração à parte da coletividade e, portanto, excluído de todos os demais aspectos sociais da vida. (SCHERER, et al. 2005, p5.).

O começo foi um tanto difícil, pois precisava utilizar na prática ferramentas que até então só tinha visto na teoria. O processo de aprendizado veio aos poucos, tornando-me mais confiante. Essa evolução foi gradual e foi necessário errar muitas vezes para aprender. A dificuldade maior vinha pelo fato de não ter um R2 a quem pudesse me espelhar, ou seja, não havia um colega residente dentista com mais experiência dentro da unidade para me auxiliar na adaptação ao serviço. Os profissionais médicos e enfermeiros tinham os seus respectivos residentes antecessores, responsáveis por contribuir na transição do processo de trabalho, e nós dentistas não. Embora esse fato fosse um dificultador, isso não impossibilitou caminhar de forma igual aos demais residentes, que me ajudaram na aprendizagem, seja no acolhimento, visitas domiciliares ou grupos de atividades coletivas.

Trabalhar em equipe constitui um desafio grande, pois é necessário a confiança no outro, além da entrega e dedicação para as atividades. Essa é a essência da Residência e isso me fez sentir desafiado não só pelo trabalho em si, mas também em não criar um personagem para agradar ou parecer diferente daquilo que sou. A autenticidade influi no processo de tomada de decisões, já que o conjunto de crenças e valores pode influenciar uma decisão importante, não se deixar levar pelo caminho mais fácil é a parte mais difícil dessa trajetória.

As decisões são tomadas por pessoas. Pessoas essas que são afetadas pelo meio onde vivem, por suas percepções, experiências e até mesmo por suas crenças, o que torna o processo em si extremamente delicado, pois não existe a “decisão perfeita”, o que há é a busca pela melhor alternativa, aquela que norteará a organização rumo ao sucesso. (BERTONCINI et al, 2013, p3.).

A vontade em prestar um trabalho digno e que traga satisfação não só aos colegas e preceptores, mas também à comunidade, esteve presente de forma marcante nesse período inicial. Satisfazer a uma grande demanda é algo que jamais vivenciei. Minha primeira experiência de trabalho após formado foi em uma clínica particular com poucos pacientes, mas nem por isso deixei de prestar o serviço de forma adequada, embora houvesse o receio de não atender a todos em tempo hábil. Essa questão porém foi superada, já que consegui me adaptar bem ao novo ritmo.

O desafio mais difícil a princípio foi o acolhimento, que de fato exige um trabalho multiprofissional e em sintonia. Foi a atividade mais exigente no que se refere à aplicação prática do conhecimento, e ao emprego da paciência e resiliência que a abordagem requer.

## 1.2 A descoberta da resiliência

Aprofundei-me sobre esse termo no acolhimento da Unidade de Saúde Nova Aliança, pois não tinha ideia da minha capacidade de adaptação a ambientes com nível de pressão tão grande. A alta demanda por escuta médica ou renovação de receita no acolhimento era algo surreal. O número de pacientes à procura por estes serviços sempre foi elevado. Para mim o teste definitivo para descobrir se eu tinha ou não resiliência se deu dentro desse espaço. Minha paciência foi testada por diversas vezes, seja por algum usuário que tinha pressa e precisava ser acolhido de imediato, seja pela quantidade infindável de receitas para renovação, ou sobrecarga no trabalho. Esse estresse era atenuado pela ajuda dos colegas e pela empatia, outra condição essencial para se lidar com o problema dos outros.

Em Psicologia, o estudo do fenômeno da resiliência é relativamente recente. Vem sendo pesquisado há cerca de trinta anos, mas apenas nos últimos cinco anos os encontros internacionais têm trazido este construto para discussão. Sua definição não é clara, tampouco precisa quanto na Física ou na Engenharia, e nem poderia sê-lo, haja vista a complexidade e multiplicidade de fatores e variáveis que devem ser levados em conta no estudo dos fenômenos humanos (YUNNES, 2003, p3.).

Responder às adversidades de forma intuitiva e responsável é o que nos torna especiais frente a outros seres vivos. Para a psicologia, a resiliência não é uma característica com a qual se nasce e sim algo adquirido ao longo do tempo. Assumir riscos e sair da zona de conforto, foi a principal motivação para continuar na Residência.

Tornar-me mais comunicativo e receptivo a novas ideias e metodologias foi também outra dificuldade. Para mim, era muito mais fácil executar uma atividade dentro dos moldes tradicionais, como uma apresentação em Power point, sem a utilização de metodologias ativas, pois achava que isso era adequado a qualquer grupo que eu fosse apresentar, quando na verdade esse método tradicional tornava-se apenas conveniente para mim, pois me sentia mais confortável.

. A abordagem do trabalho em saúde na Atenção Básica era novidade para mim, até então não estava acostumado a participar de peças de teatro, de grupo de práticas corporais, coordenar uma atividade física era para mim algo impensável. Tive essas experiências que me fizeram rever o meu processo de trabalho e compreender a necessidade de adaptação em relação ao meio, embora tenha tido uma sensação de incômodo no começo, consegui enxergar a importância dessas dinâmicas não só em facilitar a compreensão do usuário sobre determinado tema, melhorar a adesão deles ao tratamento proposto, como também contribuir com o processo de recuperação de alguns pacientes.

Ao longo de dois anos consegui me adaptar ao acolhimento, às metodologias ativas e segui em frente. As mudanças são comuns na vida e são elas que nos permitem crescer. Quando entrei nessa Residência, vi a necessidade de experimentar algo diferente e superar desafios, e hoje agradeço por não ter desistido, pois aprendi a ser mais resiliente e forte.

## **2 CONCEITUALIZANDO A INTERSETORIALIDADE**

O Brasil teve avanços significativos na seguridade social garantidos pela constituição de 1988, estabelecendo um conceito de proteção social que até então não existia na legislação e nos modelos clássicos de proteção social. (Carmo, ME; 2017) O sistema de seguridade social instituído pela carta Magna de 1988, estabeleceu dois eixos, em torno do qual giraria as políticas sociais.

Os dois eixos em questão são: o contributivo, representado pela previdência social, e o não contributivo e distributivo, composto pelas políticas de saúde e de assistência social que foram organizados por meio do sistema único de saúde (SUS) e pelo sistema único de assistência social (SUAS) e tiveram em suas respectivas Leis Orgânicas a inclusão da diretriz e do objetivo de atuação intersectorial. (BRASIL, 1990; 1993)

Identifica-se a intersectorialidade dentro do eixo distributivo da saúde e assistência social, cujo tema é ainda um desafio para gestão que visualiza a importância que existe na articulação de setores, mas ainda não ganhou a dimensão que deveria ter, como proposto nos marcos regulatórios da seguridade social (Carmo, 2017).

Com o devido destaque a intersetorialidade tornou-se necessária para implementação de políticas setoriais, auxiliando no menor custo de execução em consequência da articulação entre instituições governamentais e sociedade civil, no intuito ainda de enfrentar a complexidade dos problemas sociais contemporâneos. (CARMO et al., 2017 Apud COMERLATO et al.,2007).

A intersetorialidade das políticas públicas passou a ganhar destaque à medida que não se observava a eficiência, a efetividade e a eficácia esperadas na implementação das políticas setoriais, primordialmente no que se refere ao atendimento das demandas da população e aos recursos disponibilizados para sua execução. (NASCIMENTO, 2010, p.)

A relação entre setores na implementação das políticas públicas ocorre de forma natural, ou seja, é proporcional às demandas multifacetadas e não lineares das populações em seus territórios. Analogamente ao território vivo, sujeito à influência dos seus atores, as políticas públicas também se sujeitam à interação de atores distintos. Por isso, faz mais sentido falar que as fases das políticas públicas não obedecem a uma sequência hierárquica, mas se inter-relacionam, e que, assim, a atuação intersetorial caberia em qualquer momento, a critério do resultado esperado (CARMO et al.,2017).

A intersetorialidade é definida no campo da administração pública como uma forma de gestão com fins a superar a fragmentação existente nas políticas de cunho social no país (CARMO et al.,2017 Apud NASCIMENTO, 2010; INOJOSA,2001). Do mesmo modo, para Pereira, 2013, a intersetorialidade é definida como forma planejada e integrada de gestão para se otimizar os resultados positivos com um menor gasto de recursos na administração pública.

A intersetorialidade representa um princípio da Política Nacional de Atenção Básica no Brasil, ao sinalizar como atribuições de todos os profissionais que integram as equipes da Estratégia Saúde da Família o desenvolvimento de ações intersetoriais por meio de parcerias e de recursos na comunidade que possam potencializá-las. O impacto positivo dessas ações é proporcional ao nível de parceria entre os setores envolvidos, gerando resultados desejáveis do ponto de vista na mudança das condições de saúde da população. (MORETTI, 2010)

De acordo com Akerman, 2014, a articulação entre diversos setores é um caminho para fortalecer a equidade e integralidade da saúde, sendo este o propósito principal da intersetorialidade, ou seja, para se atingir níveis aceitáveis de desenvolvimento social. Corroborando com este autor, Inojosa, 2001, diz que a integração de diferentes saberes proporciona patamares de desenvolvimento social maiores. Embora a articulação entre diferentes setores traga benefícios sociais relevantes, ainda existem obstáculos a serem perpassados, principalmente no que se refere ao corpo burocrático estatal, já que a articulação intersetorial tem como demanda, mudanças no modelo organizacional dos setores envolvidos, e para ultrapassar esses obstáculos é necessário que se tenha políticas públicas comuns as instancias envolvidas (INOJOSA, 2001).

A sinergia em torno de um objetivo comum é o que define melhor a atividade intersetorial, transcendendo a lógica do mero trabalho em conjunto, ou seja, não é apenas uma ação interdisciplinar com troca de saberes. Mas para que o trabalho seja sinérgico é necessário que haja habilidades e competências que não são tradicionalmente desenvolvidas ou estimuladas na burocracia estatal nem, na formação acadêmico-profissional (MOYSÉS, MOYSÉS & KREMPEL, 2004).

Reconhecer a complexidade da realidade de um território, me levou ao entendimento de que atitudes isoladas não irão trazer os resultados esperados, haja vista que trabalhar em saúde requer uma visão do todo e não apenas de partes separadas. Essa crença de trabalhar de forma fragmentada tem origem no modelo médico centrado, que vivenciei durante o meu processo formativo e que tive dificuldade em deixar de lado.

Mas essa dificuldade foi superada, me fazendo escolher esse tema, devido ao desafio de se trabalhar em um território vivo, cujas demandas multifacetadas exigem a coesão de diferentes setores com vista na articulação de saberes para se atingir o conceito ampliado de saúde.

## 2.1 Contextualizando minha experiência com a intersetorialidade: “O sindicato”

A Unidade de Saúde e seus muros continham apenas um universo que era observável, mas para além desses muros havia um universo paralelo, pouco explorado por mim, no qual pessoas de maior vulnerabilidade não tinham acesso aos

bens e serviços de saúde. Importante salientar nesse caso, a concepção ampliada de vulnerabilidade:

A concepção de vulnerabilidade denota a multideterminação de sua gênese não estritamente condicionada à ausência ou precariedade no acesso à renda, mas atrelada também às fragilidades de vínculos afetivo-relacionais e desigualdade de acesso a bens e serviços públicos (CARMO, 2018, p2.).

É com essas pessoas de maior vulnerabilidade e fora dos muros da Unidade que quero iniciar a próxima narrativa, falando a respeito da experiência que tive com a intersetorialidade e o aprendizado adquirido sobre sua importância para se atingir os objetivos sociais. Conheci um grupo que se autodenominava “o sindicato”, e foi a partir dessas pessoas que pude ver a real necessidade de se fazer algum tipo de intervenção no sentido de pelo menos minimizar os danos causados pela ingestão diária de álcool.

Saúde do homem foi o nome do grupo de atividade coletiva no qual trabalhei e tive o primeiro contato com o tema intersetorialidade. Eu ainda não tinha muita noção sobre o conceito de intersetorialidade, apenas tinha lido a respeito, mas a prática sobre o tema surgiu sem que me desse conta de que estava acontecendo. Digo isso porque o número de atores envolvidos na execução, ficava limitado a equipe em que eu fazia parte, mas depois cresceu, contando com o apoio da comunidade local, cujo representante principal foi o padre, responsável por ser o mediador das nossas conversas e depois surgiu o CAPS AD.

O nível de complexidade era crescente, digo isso, pois conheci usuários, cujo histórico, seria digno de se fazer um PTS. Com isso, mais gente envolvida na execução das atividades, tornava o nosso alcance de fala maior. O auxílio da paróquia local em algumas atividades, distribuindo lanches, auxiliando com brechós, nos ajudou a ter melhor acesso ao grupo.

A princípio surgiu a ideia de se fazer uma intervenção no sentido de conscientizar os homens em geral, a respeito da necessidade da prevenção de doenças, sejam doenças crônicas ou transmissíveis, além de termos também como objetivo a redução de danos causado pelo álcool, com atenção para a saúde mental. A motivação para essa intervenção surgiu após uma reunião da minha equipe, onde a agente comunitária Ana Célia comentou sobre a existência do sindicato, apelido dado por seus próprios componentes.

A partir daí surgiu o questionamento sobre como as ações voltadas para o homem são quase inexistentes, o próprio ministério da saúde não conscientiza a população masculina a respeito da importância do exame de próstata. Culturalmente as mulheres têm o hábito de se cuidar mais, já os homens frequentam menos a unidade de saúde.

A justificativa para a criação das atividades voltadas para o homem, surgiu do fato de estarmos lidando com um público que historicamente, seja por questões de machismo ou por falta de orientação, não procura o atendimento nos serviços de saúde e ainda faz parte de um grupo de risco, cujo principal passatempo é ingerir álcool durante toda madrugada.

Após algumas reuniões da equipe 1, composta por mim que sou o dentista, por Marina a médica, Monique a enfermeira, as agentes comunitárias: Ana Célia, Marineusa, Neuma e Rosália e o NASF-1. A agente comunitária Ana Célia trouxe a sugestão de trabalharmos com um grupo de indivíduos que viviam em condições precárias, por conta do vício no álcool.

Tenho orgulho em dizer que nossa equipe foi pioneira na criação e condução do grupo de saúde do homem. Nossas atividades aconteciam na praça próximo a unidade Nova Aliança, lá se concentrava nosso público alvo. Era necessário chegarmos cedo, para evitar não os encontrar mais, pois a estadia para alguns na praça, terminava nas primeiras horas da manhã.

Chegávamos as oito horas, e terminávamos perto do meio dia, as atividades eram organizadas pela minha equipe com o apoio do NASF1. O público alvo é conhecido como "O Sindicato", os participantes eram em sua maioria homens de todas as faixas etárias, com diferentes histórias de vida marcadas em grande maioria por contos de derrota e revolta, seja por um infortúnio familiar ou mesmo por desemprego e falta de esperança por dias melhores.

Posso ter me enganado, mas tivemos um total de oito encontros, feitos mensalmente. O objetivo principal do grupo, foi para a redução dos danos, eu sabia que seria quase improvável retirá-los daquela vida, mas só o fato da conscientização sobre os efeitos deletérios da ingestão alcoólica acentuada e do uso do cigarro, já era de grande valia. Ainda mais pelo fato de trazer alguns para perto dos serviços da unidade, mesmo tendo usuários pertencentes a outra área, não coberta por Nova Aliança.

Fiquei feliz em conseguir trazer pelo menos dois deles para consulta odontológica, um se chama Valternei e o outro é Tadeu. Tive êxito na criação de vínculo, não só com os dois citados, mas também com os demais, através da escuta e troca de conhecimentos.

A criação de vínculo era algo necessário e não seria possível fazer isso, somente com uma palestra de conscientização, pois todos cairíamos na armadilha de não sermos escutados.

Esse era um grande desafio: sair da chamada “caixinha”, já que a parte difícil, foi quebrar uma hegemonia de anos, com duas formações voltadas ao atendimento centrado nas orientações, cujo conhecimento era centralizado, ou seja, sem a troca de conhecimento e o foco de discussão principal era a doença e não o indivíduo.

O conceito ampliado de saúde envolve três questões principais: 1) A superação do paradigma da doença, que capitaneado pela Medicina, tem sido a referência norteadora das profissões de saúde; 2) A discussão dos principais males e sintomas, afetando a saúde física e mental, trazidos pelo atual estágio da Civilização; e 3) A questão dos inúmeros agravos à saúde que não são propriamente doenças, mas que também fazem sofrer e que limitam consideravelmente o bem estar, a felicidade, a produtividade e a criatividade das populações. (AVILA, 2003, p6.).

Para iniciar o vínculo com o grupo, a equipe teve a ideia de no primeiro dia, fazer uma breve apresentação, que consistia num sonoro um bom dia, no intuito de “quebrar o gelo”, além de oferecer um café da manhã. No encontro que ocorreu no mês seguinte, foram oferecidas garrafas de água com o nome de algumas pessoas que obtivemos contato na primeira apresentação. Foi uma estratégia interessante para reduzir danos, mas era necessário algo a mais.

Nessa segunda intervenção, fizemos uma abordagem mais tradicional sobre hipertensão e diabetes, mas o retorno não foi o esperado, devido à falta de atenção do público. Vimos então a necessidade de envolvê-los mais nas atividades, para que se tornassem protagonistas e não coadjuvantes do processo.

Assim surgiu a oportunidade de sair da minha “caixinha” e colocar em prática as metodologias ativas, com direito a perguntas com respostas discutidas de forma bilateral dentro de uma roda de discussão.

A despeito das transformações decorrentes das mudanças tecnológicas, há que se considerar os aspectos culturais arraigados no cotidiano das pessoas, que se mostram sob a forma de resistência às inovações. Este comportamento limita a possibilidade de ampliação das formas de produção

e incorporação de saberes. Limitação que transita também pela dificuldade do trabalho interdisciplinar, visto que o mesmo exige uma "desconstrução de práticas e de saberes, visando sua construção coletiva (CARNEIRO, et al, 2000, p2.).

A motivação autônoma é a principal força motriz em um processo de discussão, oferecer a ferramenta adequada, dentro do tempo certo, traz à tona o interesse do participante. Essa foi a lição que tive, pois prender a atenção de um grupo em estado de embriaguez, não podia ser feito durante um período longo.

Estimular a participação e o protagonismo do público nesse terceiro encontro não foi fácil. Nessa atividade tive um protagonismo maior, falei sobre saúde bucal com uma abordagem diferente do método tradicional, oferecendo uma discussão sobre o tema, com efetivação de troca de conhecimentos.

Fizemos um jogo, utilizando uma caixa, que era passada de pessoa para pessoa ao som de uma música e quem a estivesse segurando ao parar de tocar, dizia o seu nome, contava um pouco sobre seu histórico e respondia à pergunta. As perguntas tinham um foco na saúde bucal. Nessa abordagem tivemos respostas que eram fornecidas pelos usuários e complementadas por mim, ajudando a estabelecer o vínculo necessário.

O vínculo de confiança foi estabelecido, as primeiras atividades foram norteadoras para as futuras intervenções e tivemos nessas primeiras atividades a ajuda da associação de moradores que nos forneceu mesas e cadeiras, além do apoio do padre, figura respeitada pelo sindicato. Ele foi responsável por mediar os nossos encontros, conversando previamente com o grupo, antes das atividades acontecerem, com o intuito de conscientizá-los a não beber no dia anterior as nossas abordagens.

A paróquia local contribui em algumas ocasiões, na distribuição de lanches e organizou também brechós, o NASF 1 ajudou também nas atividades, auxiliando na organização de jogos de dominó, boliche, karaokê e alongamento corporal com o professor de educação física Renato. Tudo isso servindo de chamariz para atrair o máximo de participantes possíveis.

Tivemos o apoio da comunidade local, do padre, mas o público alvo possuía um nível de complexidade que demandava o auxílio de outras vertentes. Daí entra o CAPS AD, fortalecendo nosso vínculo com o sindicato e nos ajudando também a estabelecer um contato maior com as redes. A articulação de saberes e experiências com o CAPS AD foi fundamental nesse contexto, pois planejar e executar ações

apenas voltadas para prevenção de doenças e redução de danos pelo álcool, sem falar dos seus efeitos sobre a mente era com praticar uma heresia.

Neste contexto o conceito de intersectorialidade se faz necessário e o uso dele muitas vezes é menor que o necessário, já que muitos profissionais têm dificuldade de enxergar além do seu campo de atuação, além disso, pode ocorrer dificuldade de financiamento desses setores acarretando mais entraves dentro do processo de trabalho. A Intersectorialidade apresenta como conceito “a articulação de saberes e experiências com vistas ao planejamento para a realização e a avaliação de políticas, programas e projetos, com o objetivo de alcançar resultados sinérgicos em situações complexas” (INOJOSA, 2001, p4.).

O CAPS AD foi de fundamental importância na continuidade do trabalho, já que tínhamos governabilidade para falar sobre redução de danos, doenças sexualmente transmissíveis, além de doenças crônicas não transmissíveis. Mas falar sobre os efeitos do álcool sobre a mente era necessário também, pois os fatores emocionais têm relevância no processo de adoecimento. Lidar com a saúde mental é algo complicado que necessita de apoio e matricialmente para os profissionais. Esse apoio surgiu e houve esclarecimentos a respeito do que é o CAPS e os possíveis encaminhamentos. Alguns já tinham vínculo, outros passaram a conhecer o CAPS a partir das ações que prestamos em conjunto.

A compreensão do processo saúde-doença envolve as concepções adotadas acerca dos fatores que podem estar relacionados com a manutenção e a promoção da saúde, e com os determinantes do processo de adoecimento. Essas concepções podem estar fundamentadas numa visão materialista, que considera que os únicos fatores relevantes neste processo são de natureza física, ou numa visão mais ampla, que considere também aspectos cognitivos e emocionais como determinantes da saúde e da doença (CRUZ, 2011, p1.).

Não tivemos financiamento externo, mas o trabalho humanitário com a ajuda local da igreja e a associação de moradores, trouxe benefícios para nossas ações, pois o vínculo que o sindicato tinha com o padre tornou possível algumas das atividades realizadas. Praticar ação humanitária acima de tudo é uma questão de ética e não um modismo, obviamente a empatia com o próximo ajuda bastante, inclusive me livrou de algumas amarras acadêmicas. Me aproximar mais das pessoas dando escuta para seus problemas pessoais me tornou uma pessoa mais humana e preparada para o lado holístico.

Sou grato por participar desse grupo, fiz alguns vínculos que mesmo não fazendo parte do território, consegui levar ao atendimento no consultório odontológico.

O entretenimento não era o foco principal da equipe, mas me envolvi com tudo isso, deixando de lado o meu perfil acadêmico tradicionalista para conhecer mais essas pessoas cujas magoas e tristezas eram afogadas através de um copo de cachaça.

## 2.2 Integração entre Vigilância Sanitária e a Atenção Básica

Essa foi a experiência que tive durante o estágio optativo na área de gestão no Distrito Sanitário de Abrantes. Uma experiência na qual pude ver como a falta de diálogo e consenso entre os setores da Vigilância, Atenção Básica e gestão dificultam esse processo de integração, cuja finalidade é o alcance de resultados que atendam às necessidades de saúde da população, através da inserção do agente comunitário de endemias dentro das equipes de atenção básica, com isso fazendo parte da equipe mínima.

O maior empecilho para essa integração é a forma como se dá a organização dos processos de trabalho dos diversos setores e órgãos da Administração Pública, o que pode ser superado, por exemplo, com um maior engajamento dos profissionais dessas equipes.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017, já menciona a importância dessa inserção dos agentes de endemias nas equipes da atenção básica, pois isso ajuda a ampliar a visão sobre os condicionantes e determinantes de saúde, evitando a duplicidade de olhar sobre determinada realidade, ou seja, trabalhos isolados de duas categorias dentro de um contexto envolvendo território, não otimiza mas apenas dificulta o diagnóstico mais preciso das situações sanitárias daquela área.

Integrar as ações, deve ter um significado amplo que possa de fato ajudar na resolutividade dos problemas de saúde do território. Pois, o trabalho da Atenção Primária à Saúde necessita de uma comunicação e a integração dos profissionais, favorecendo uma assistência integral, fugindo da ótica da individualidade e, conseqüentemente, da fragmentação do cuidado (CUTOLO; MADEIRA, 2010, p1.).

O trabalho que participei tratava-se de um projeto piloto de corte transversal, abordagem descritiva e exploratória realizado pela minha equipe composta por: eu (Fabrício), Dorlane, Rander, Natali e a apoiadora Juli Oliveira, no distrito sanitário de Abrantes em Camaçari. O estudo envolveu os representantes da Gestão Municipal, representantes da vigilância sanitária do distrito, e agentes comunitários e de

endemias em duas Unidades de Saúde da Família do Distrito Sanitário de Abrantes que participaram do Planifica-SUS, Areias e Fonte das Águas, no período de outubro a dezembro de 2019.

O método utilizado foi o da estimativa rápida participativa, que constitui um modo de se obter informação sobre um conjunto de problemas e dos recursos potenciais para o seu enfrentamento. O estudo foi feito tendo em vista a obtenção do diagnóstico situacional a nível local, em um curto período e sem altos gastos através da aplicação de questionário.

O objetivo do questionário é obter dos entrevistados de cada categoria, a percepção que tem sobre o processo de integração. O documento contém perguntas relacionadas a dados sociodemográficos, como idade, tempo de serviço, função desenvolvida, e questões relacionadas sobre a percepção, facilidades e dificuldades do processo de integração dos ACE nas equipes de Saúde da família, sendo ele aplicado em um encontro com cada categoria que faz parte desse estudo.

No estudo notou-se uma divisão referente ao conhecimento sobre a integração, pois alguns profissionais entendem a integração somente como o trabalho articulado do ACE com o ACS, o que mostra uma limitação na percepção, já que a integração é com a equipe de Saúde da Família.

Dentro desse contexto, o processo de integração com vista a assistência integral da saúde não aconteceu devido à falta de entendimento de alguns profissionais das categorias profissionais ACS e ACE sobre o benefício do trabalho em conjunto, que traria uma visão única sobre os indicadores de saúde no território.

A tentativa de ações conjuntas entre setores, pode gerar resultados positivos, pelo menos foi isso que pude constatar através do meu conhecimento empírico, me refiro ao bem-sucedido grupo de saúde do homem, ou inexistente, nesse caso, falo sobre a minha recém experiência com o projeto de integração, onde a falta de diálogo entre gestão, vigilância e atenção básica não ajudou neste desfecho. Para resumir, não basta apenas a existência de vários profissionais ou setores em uma ação conjunta, se os envolvidos não entregam o máximo de si pela causa em comum.

Essa integração dependia da reorganização dos processos de trabalho junto a criação de regulamentações e normas técnicas. Tudo isso precedido pela boa vontade dos participantes em entender essa integração como algo além do conceito de prevenção de agravos, desenvolvendo atividades que impactam nos determinantes e condicionantes de saúde.

A falta de comunicação entre a gestão, vigilância e a atenção básica são os maiores dificultadores para o processo de integração. Nas entrevistas realizadas com cada setor, pude identificar falhas no entendimento sobre o processo em questão. A gestão demonstra interesse sobre processo, porém, não sabe como pôr em prática, já que os representantes das categorias ACS e ACE tem visões e ponto de vista parecido no que se refere a não perda de privilégios.

A articulação entre os setores que compõe a vigilância em saúde já é algo difícil de fazer, imagine colocar nessa equação a atenção primária em saúde. Do mesmo modo que em um ambiente micro, profissionais com diferentes formações e sem interesse em compartilhar e articular ideias não conseguem desenvolver um trabalho em grupo satisfatório, o desfecho não seria diferente em um ambiente macro envolvendo a gestão, a vigilância em saúde e a atenção básica.

A distância em relação ao alcance dos objetivos muitas vezes, pela falta de interesse de se estudar a respeito do processo, foi algo possível de observar durante as entrevistas. Isso me fez pensar se na verdade essa apatia, não está relacionada à espera de uma ação verticalizada, vinda da própria esfera governamental.

Sabe-se que o isolamento histórico entre as instâncias governamentais e o setor saúde, sempre afetou diretamente a população. Os entraves burocráticos e os interesses específicos do governo contradizem os interesses pela atenção à saúde de forma integrada. Ações verticalizadas, sem o estudo prévio do território não irá proporcionar qualquer benefício aos habitantes e os trabalhadores que podem ter a concretização do medo da desvalorização ou perda da essência da profissão devido a uma integração feita de forma desarmoniosa.

O insulamento burocrático, onde a máquina estatal se isola de outros setores inclusive da população, é um dos principais entraves para a intersetorialidade, tornando ausente a dialógica e assumindo uma relação mais verticalizada com a população (INOJOSA,2001, p.8). Para o autor, gestores e trabalhadores de diferentes setores tornam a relação menos horizontalizada, devido as suas especificidades de trabalho, impedindo uma relação mais próxima entre os setores. Esse movimento de resguardo, acaba sendo involuntário ou intencional, promovendo a impermeabilidade entre os setores e distanciando as relações interpessoais (INOJOSA,2001, p8).

Para evitar uma integração desastrosa e com base em experiências relatadas na literatura, nos debruçamos para fazer esse projeto piloto, que foi um diagnóstico, uma etapa inicial para o processo de integração acontecer.

Com esse projeto conseguimos analisar o entendimento de cada profissional trabalhador do SUS e gestão municipal de Camaçari, do Distrito Sanitário de Abrantes sobre o processo de integração, a fim de, definir juntamente com os órgãos competentes os papéis, competências e responsabilidades de cada categoria e propor aos gestores as diretrizes para a realização da integração de maneira compartilhada.

As entrevistas realizadas com os representantes das categorias profissionais, me possibilitou enxergar o quanto é difícil atingir um objetivo com tantos atores envolvidos, cada um com sua própria visão, contribuindo ou não para a tomada de decisão.

Essa visão fragmentada impede a ampliação do olhar sobre os condicionantes e determinantes de saúde, pois o trabalho compartilhado entre a vigilância em saúde e atenção primária poderia otimizar o alcance do território, oferecendo maior resolutividade para os problemas que poderiam ser notificados pela vigilância e pela atenção primária em saúde.

O exercício da intersetorialidade denota um movimento de superação da visão e das práticas fragmentadas, sendo, ainda, uma estratégia de produção crescente de articulações entre diferentes segmentos, tanto no plano interno quanto no externo. Na saúde, este esforço significa reconhecer a complexidade da realidade sanitária e que ações isoladas e descontextualizadas não conseguirão produzir os resultados desejados do ponto de vista de transformação das condições de saúde da população. Compreende-se aqui que a intersetorialidade implica em reciprocidades dos atores que atuam no contexto da saúde coletiva, o que sugere a ideia de compartilhamento de: significados, conhecimentos, compromissos, valores, afetos, responsabilidades e ações (DIAS, et al,2014, p2.).

Me refiro aos focos de dengue que poderiam ser notificados por um agente comunitário de saúde, o inverso poderia ocorrer com o agente de endemias em relação a notificação de um usuário acamado e com febre, por exemplo. Os benefícios são imensuráveis, e por essa razão é que espero haver um consenso entre a gestão, a vigilância e atenção básica.

No momento dessa escrita, a integração ainda não se consolidou. E quando acontecer, acredito que ocorrerão mudanças significativas no planejamento das ações no território. O diagnóstico que fizemos serviu para preencher a matriz de intervenção proposto pelo ministério da saúde como um eixo orientador, ela foi preenchida com as respostas obtidas através das perguntas norteadoras referente ao tema integração entre VS e APS, contemplando ações que propõem o fortalecimento das potencialidades existentes no município de Camaçari, ao mesmo tempo, que propõe ações que minimizem ou suprimam as fragilidades.

Fico feliz de ter participado de um projeto com um nível de importância tão grande para o município de Camaçari. Com esse diagnóstico situacional, consegui enxergar a dificuldade existente no compartilhamento das ações, pois os interesses divergem e as mudanças trazem desconforto para quem está acostumado a receita de bolo pronta, ou seja, acabei me identificando com a chamada de zona de conforto que algumas ocasiões abandonei para poder me conhecer melhor e descobrir novas potencialidades.

### 3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo desses dois anos tive experiências incríveis, das quais não poderia ter somente dentro de um consultório odontológico, isso me possibilitou transcender as limitações e crenças que carreguei durante muito tempo, baseadas apenas no trabalho preventivo e curativo dos problemas da cavidade oral, sem me envolver em outras questões também pertinentes ao processo de saúde e doença.

Dentro da universidade muitas vezes não se desenvolve um modelo de empatia para com o paciente, deixando que o padrão de atendimento médico centrado impere, cujo princípio é mais pautado na objetividade, no atendimento rápido da demanda, o que não chega a ser algo negativo, porém em alguns casos é necessário se fazer mais, como conhecer um pouco do histórico familiar daquele indivíduo, ou identificar se o mesmo está em situação de risco no local em que vive. Pude ver o peso do ambiente familiar sobre a recuperação do paciente e a importância da intervenção de uma equipe de apoio interdisciplinar para o estudo de um caso mais singular.

Nesse contexto de atenção integral no qual estive envolvido, o modelo biomédico não se insere com perfeição já que o mesmo não enxerga o ser humano como um todo na sua singularidade, apenas o observa como um problema a mais para o sistema que precisa ser liberado de imediato sem se importar com outros condicionantes e agravos para saúde.

Pode parecer presunçoso, mas as vezes faço uma analogia as histórias em quadrinhos ou filmes, onde um único herói não consegue dar conta de uma ameaça. Sim, mesmo tentando ser multiprofissional, havia a necessidade de pedir auxílio dos colegas.

Esse foi outro ensinamento que recebi, o de que não existe ninguém autossuficiente, perceber minhas limitações e assumir não ter governabilidade mesmo sobre algumas atividades de núcleo, assim como outras de caráter multiprofissional, me fizeram ter a noção sobre o conceito do constante aprendizado, ou seja, além de não ser autossuficiente, ainda sou alguém em processo de melhora.

Algo que consegui desenvolver bem, foi a confiança e vínculo com o paciente e isso nem sempre era obtido com satisfação na universidade, já que a priori muitos graduandos pensam apenas na obtenção da nota. Por isso creio ter conseguido enxergar o indivíduo dentro de sua singularidade, aumentando ainda mais a minha empatia.

Aprendi também sobre como níveis de dificuldade de determinado problema requerem proporcionalmente um nível maior de coordenação, uma quantidade maior de atores envolvidos no serviço e porque não fora dele, já que a intersectorialidade também influencia no cuidado integral a saúde.

Para que seja efetivo, esse cuidado deverá se encontrar dentro de uma perspectiva dinâmica, ajustada as especificidades, complexidade e nível de fragmentação do sistema, acrescentando ainda as características singulares dos grupos e indivíduos para os quais em função dos quais o sistema existe (Almeida PF et al,2010).

Outras conquistas, como a melhora no atendimento ambulatorial, e a minha entrega as dinâmicas de grupo, esta última, me ajudou a sair um pouco da minha natureza introspectiva, embora isso ainda precise ser melhorado. A necessidade de arriscar um pouco mais, pode fazer a diferença tanto no campo profissional como no pessoal.

Talvez esse tenha sido meu maior arrependimento, consegui colocar em prática a minha resiliência, mas não consegui ser mais ousado. Mas como a vida é um eterno aprendizado, ainda consigo me ver superando essa barreira da introspecção e obter melhor crédito.

Aprendi bastante e sou grato a todos que estiveram comigo nessa jornada, consegui criar laços de amizade com muitos colegas e outros gostaria de ter tido mais proximidade. Espero um dia poder reencontrá-los, por isso não sou adepto de despedidas, e prefiro dizer um até logo.

#### 4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AKERMAN, Marco; SÁ Ronice Franco, de; MOYSES, Simone; REZENDE, Regiane; ROCHA, Dias. **Intersectorialidade? Intersectorialidades!** *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4291-4300, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4291.pdf>>. Acesso em: 27 fev 2020.

ALMEIDA, Patty Fidelis de GIOVANELLA, Lígia, MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de; ESCOREL, Sarah. **Desafios à coordenação dos cuidados em saúde- estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos.** *Cad Saude Publica* 2010; 26(2):286-298.

ÁVILA, Lazslo Antonio. **Saúde mental: uma questão de vínculos.** *Revista da SPAGESP*, v. 4, n. 4, p. 69-76, 2003.

BERTONCINI, Cristine; BRITO, Adriana; LEME, Elisangela; SILVA, Ismael; SILVA, Thiago Ferreira da; PERRI, Ricardo Alves. **Processo decisório: a tomada de decisão.** *Revista FAEF*, Garça, São Paulo, v.5, n.3, 8-34, maio.2013. Disponível em: [http://faef.revista.inf.br/imagens\\_arquivos/arquivos\\_destaque/QjxDDqGcS5r3dHL\\_2013-5-3-12-8-34.pdf](http://faef.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/QjxDDqGcS5r3dHL_2013-5-3-12-8-34.pdf). Acesso em: 28 fev. 2020.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 8 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016. 496 p.

(\_\_\_\_\_\_). 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, 19 set. 1990a. Seção 1.

(\_\_\_\_\_\_). Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.** *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 31 dez. 1990 b. Seção 1.

(\_\_\_\_\_\_). Presidência da República. *Lei Orgânica da Assistência Social*, nº 8.742, de 7 de setembro de 1993.

CARMO, Michelly Eustáquia do GUIZARD, Francini Lube. **O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social.** *Cad. Saúde Pública* 2018; Brasília, DF ;34(3):1-14. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n3/1678-4464-csp-34-03-e00101417.pdf>. Acesso em: 28 fev.2020.

(\_\_\_\_\_\_), Michelly Eustáquio do; GUIZARDI, FranciniLube. **Desafios da intersectorialidade nas políticas de saúde e assistência social: uma revisão do estado da arte.** *Physis Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 2017, p. 1265-1286. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v27n4/0103-7331-physis-27-04-01265.pdf>>. Acesso em 27 fev. 2020.

CARNEIRO, Maria Lígia Mohallem; GUIMARÃES, Eliane Marina Palhares; RESENDE, Salete Maria de F. Silqueira de; MOREIRA, Andréia Rodrigues. **Construindo caminhos para a troca de saberes: produção e incorporação de tecnologias apropriadas.** *Rev. Bras. Enf.*, Brasília, v. 53, p.77-9, dez. 2000 Número especial.

COMERLATTO, Dunia; COLLISELLI, Liane; KLEBA, Maria Elizabeth; MATIELLO, Alexandre; RENK, Elisônia Carin. **Gestão de políticas públicas e intersetorialidade: diálogo e construções essenciais para os conselhos municipais.** *Revista Katálysis*. Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 265-271, jul/dez. 2007.

CUTOLO, Luiz Roberto Ágea; MADEIRA, Karin Hamerski. **O trabalho em equipe na estratégia Saúde da Família: uma análise documental.** *Arquivos Catarinenses de Medicina*. v. 39, n. 3, de 2010.

CRUZ, Marina Zuanazzi, JÚNIOR, Pereira Alfredo. **Corpo, Mente e Emoções: Referenciais Teóricos da Psicossomática.** *Revista simbio-logias*, v.4, n.6, Dez/2011.

DIAS, Maria Socorro de Araújo; PARENTE, José Reginaldo Feijão; VASCONCELOS, Maristela Inês Osawa; DIAS, Fernando Antônio Cavalcante. **Intersetorialidade e estratégia Saúde da Família: tudo ou quase nada a ver?** *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(11):4371-82.

FLÁVIA, Regina Souza. **Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas.** *Interface (Botucatu)* 2005; 9(16):53-66.

INOJOSA, Rose Marie. **Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade.** *Cadernos Fundap*; p.102-104; 2001;Disponível em: <http://www.fundap.sp.gov.br/publicacoes/cadernos/cad22/dados/Inojosa.pdf>. Acesso em: 28 fev.2020.

MARTINELLI, Dante Pinheiro; VICHI, Maria Cristina. **Administrando a transformação organizacional: em busca da organização de alto desempenho.** In: XXIII Encontro da ANPAD, 1999, Foz do Iguaçu. Anais... Foz do Iguaçu: EnANPAD, 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica.** *Diário Oficial da União*. 2017; 22 set.

MORETTI, Andreyra Cristina; TEXEIRA, Fabrício Farias; Suss, Fabiane Maria Bortoloso; LAWDER, Juliana Aparecida de Campos; LIMA, Luciane Silveira Miranda de; BUENO, Roberto Eduardo; MOYSÉS, Samuel Jorge; MOYSÉS, Simone Tetu. **Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR).** *Ciênc Saúde Coletiva* 2010; 15 Suppl 1:1827-34.

MOYSÉS, Samuel Jorge.; MOYSÉS, Simone Tetu.; KREMPEL, Márcia Cristina. **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.

NADLER, David; SHAW, Robert; WALTON, Elise and associates. **Discontinuous change: leading organizational transformation.** New York: Jossey-Bass, 1995.

NASCIMENTO, Sueli. do. **Reflexões sobre a intersetorialidade entre as políticas públicas.** *Serviço Social & Sociedade*. São Paulo, n. 101, p. 95-120, 2010.

PEREIRA, Karine Yanne de Lima.;TEIXEIRA, Solange Maria. **Redes e intersetorialidade nas políticas sociais: reflexões sobre sua concepção na política de assistência social.** *Revista Textos & Contextos*. Porto Alegre, v. 12 n. 1, p.114-127, 2013.

PEREIRA, Potyara A. P. **A Intersectorialidade das Políticas Sociais na Perspectiva Dialética.** In: ALMEIDA, Ney Luiz Teixeira de; SOUZA, Rosimary Gonçalves de (Orgs). *A Intersectorialidade na Agenda das Políticas Sociais*. Campinas, SP: Papel Social, 2014.

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; MARINO, Selma Regina Andrade; RAMOS. **Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas.** *Interface Com Sau Educ* 2005, 9(16): 53-66.

YUNES, Maria Ângela Mattar. **Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família.** *Psicologia em Estudo*, 8 (Esp.),2003, 75-84.