



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
SISTEMA DE BIBLIOTECAS DA UNICAMP  
REPOSITÓRIO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA E INTELLECTUAL DA UNICAMP

**Versão do arquivo anexado / Version of attached file:**

Versão do Editor / Published Version

**Mais informações no site da editora / Further information on publisher's website:**

Sem URL

**DOI: 0**

**Direitos autorais / Publisher's copyright statement:**

©2016 by Livronovo. All rights reserved.

DIRETORIA DE TRATAMENTO DA INFORMAÇÃO

Cidade Universitária Zeferino Vaz Barão Geraldo

CEP 13083-970 – Campinas SP

Fone: (19) 3521-6493

<http://www.repositorio.unicamp.br>

## **CAPÍTULO 10 – AÇÕES TRANSETORIAIS E TRABALHO EM REDE**

### **Autores:**

#### **Adriana Dantas da Costa**

Fonoaudióloga Prefeitura Municipal de São Carlos, Mestranda Mestrado Profissional em Od. Saúde Coletiva, FOP UNICAMP

#### **Elaine Regina Defavari**

Enfermeira Prefeitura Municipal de Piracicaba, Mestranda Mestrado Profissional em Od. Saúde Coletiva, FOP UNICAMP

#### **Antonio Carlos Pereira**

Docente do Departamento de Odontologia Social FOP UNICAMP, Mestre e Doutor em Saúde Pública, FSP USP

## GUIA DO CAPÍTULO

### Objetivos do Capítulo

Este capítulo tem como objetivo abordar a integração de saberes e práticas entre vários profissionais para otimizar a prática dos diversos atores e resolutividade no serviço público.

### Conteúdo programático

- I. Processo Histórico;
- II. Multidisciplinaridade, Interdisciplinaridade, Transdisciplinaridade e seus correspondentes setoriais: Intersetorialidade e transetorialidade;
- III. Empoderamento;
- IV. Trabalho em Rede;
- V. Conflito de Interesses;
- VI. Papel da Universidade;
- VII. Experiências.

### Leitura Obrigatória

Almeida Filho N. Intersetorialidade, transdisciplinaridade e saúde coletiva: atualizando um debate em aberto. *Rev Adm Pública*. 2000; 34(6): 11-34.

Bosio RS. Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade: uma análise da prática de atividades multi e interdisciplinares na visão dos profissionais que atuam nas Unidades Básicas de Saúde no Município de Petrópolis – RJ [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Fundação Getúlio Vargas; 2009.

### Leitura Complementar

Akerman M, Franco de Sá R, Moyses S, Rezende R, Rocha D. Intersetorialidade? IntersetorialidadeS! *Ciên. Saúde Colet*. 2014; 19(11): 4291-300.

Westphal MF. A nova saúde pública. *J USP*. 2001; 15(545): 2.

### Atividades

1. Segatto C. Quer dizer que médico pode chorar? Como um professor da Faculdade de Medicina da Unicamp ajuda os alunos a trocar o cinismo pela capacidade de se colocar no lugar do paciente. *Época*, 2015 jan 26 [acesso 2015 fev 28]. Disponível em: <http://epoca.globo.com/colunas-e-blogs/cristiane-segatto/noticia/2015/01/quer-dizer-que-bmedico-pode-chorarb.html>.
2. Visite uma ou mais unidades básicas de saúde de seu município e questione ao gerente quais ações transetoriais são realizadas pela equipe da unidade.

## 1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O entendimento da complexidade da relação saúde doença exige uma nova concepção de trabalho, que seja integrada e articulada entre os vários segmentos e setores atuantes num dado território, de forma a integrar saberes e experiências, além da diversidade inerente, a qual é denominada transetorialidade. Esta deve estabelecer um conjunto de relações e construir uma rede na identidade de projetos, desenhando a compreensão global das demandas coletivas entre os profissionais, como também entre estes e a população. Sendo que esta última assume um papel ativo da identificação e na solução dos problemas, modificando seu papel de objeto para sujeito de intervenção. Concomitante a esse processo, as Universidades devem aderir a uma nova postura, objetivando atender às demandas sociais relacionadas à saúde, por meio de novos cursos e reestruturação de disciplinas já existentes.

O conceito saúde vem passando por modificações ao longo dos anos. A Organização Mundial de Saúde (OMS) a define como: “o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença”. Porém, essa proposta não se remete a um ideal de vida real dos indivíduos, pois desconsidera outros fatores que envolvem a adequação da vida social, como o modo de levar a vida de cada um e sua relação com o espaço e território de inclusão (Santos e Westphal, 1999; Pereira, 2012).

Tais conceitos estão relacionados aos processos históricos, reconhecendo as limitações do paradigma tradicional da visão biologicista e individualista, qual visava uma prática sanitária na busca da cura dos indivíduos que manifestavam alguma doença (Santos e Westphal, 1999; Moysés e Moysés, 2009).

No transcorrer do século XIX, com a diminuição das doenças transmissíveis e consequente aumento das doenças crônicas não transmissíveis, houve o deslocamento da ênfase curativista para preventiva (Santos e Westphal, 1999).

A medicina preventiva, mesmo ampliando o espaço para a atuação do profissional de saúde, não dá conta de todo o processo de saúde doença, assim como da gênese dos riscos que envolvem o indivíduo, dando origem a um novo paradigma denominado Promoção de Saúde (Santos e Westphal, 1999).

Relacionando-se, então, o conceito de promoção à história da saúde, ocorre uma transição que fazer saúde não está focada somente no processo saúde-doença, mas de todos os determinantes que norteiam a vida de um indivíduo, na busca de novas realidades políticas, que tornem mais eficientes as ações sociais e ambientais por saúde e qualidade de vida (Santos e Westphal, 1999; Moysés e Moysés, 2009). Buscando novos caminhos baseados em um conjunto de valores: equidade social, participação social, democracia, responsabilidade política e justiça social (Westphal, 2001).

A ideia de que a saúde é produzida socialmente implica o reconhecimento que os determinantes de saúde são mediados pelo sistema social, assim como pelas relações sociais que operam o sistema (Santos e Westphal, 1999). Porém, o setor saúde não dá conta da saúde como vetor para a qualidade de vida, relacionada aos determinantes sociais, sendo necessária a articulação com os demais setores da esfera social e econômica. Assim como profissionais de saúde detentores de saberes e práticas específicas, atuando isoladamente, não dão conta dos problemas relacionados ao processo saúde-doença e de lidar com realidades complexas, resultando a necessidade de trabalho em equipes multiprofissionais (Inojosa e Junqueira, 2008; Moysés, 2009; Moysés e Moysés, 2009).

Na tentativa de suprir essa necessidade, a multidisciplinaridade é caracterizada pela justaposição de várias disciplinas em torno de um mesmo tema ou problema, porém sem o estabelecimento de relações entre os profissionais representantes de cada área no plano técnico ou científico. Essas várias disciplinas são colocadas lado a lado, carecendo então de iniciativas entre si e de organização institucional que estimule e garanta o trânsito entre elas (Bosio, 2009).

Tendo em vista a interação entre as disciplinas, elas podem variar significativamente em intensidade e intercâmbio. Sendo assim, para caracterizar as diferentes formas de aproximação e trocas entre saberes e disciplinas, foram delineados os modos de interação disciplinar, fixando-os em algum ponto entre dois polos: por um lado, quase nenhum contato entre as disciplinas, e, no outro extremo, grande intercâmbio entre elas. Assim, tem-se a multidisciplinaridade, a interdisciplinaridade e a transdisciplinaridade que representam, respectivamente, graus cada vez maiores de interação e troca entre universos disciplinares distintos. Essa classificação, proposta por Jantsch em 1972 (Bosio, 2009), é a mais comumente utilizada, encontrando-se graficamente representada na Figura 1. E seus desdobramentos no Quadro 1.

Já no campo das políticas sociais, a multidisciplinaridade ocorre na representação de conjunto de “setores”, de forma independente e, no limite, apenas comunicantes entre si. Para remediar essa segmentação tão indesejada faz-se necessária uma estratégia denominada intersetorialidade (Almeida Filho, 2000), na qual seus atores e suas ações, transcendam significativamente as fronteiras do denominado “setor de saúde”, por apresentarem necessidades sociais complexas, exigindo assim uma nova forma de atuação transdisciplinar. Este, sendo no campo das organizações e das instituições é representado pela intersetorialidade, a qual promove uma resposta social organizada, que sem a mesma não seria possível o enfoque sistêmico e assim, portanto, a resolutividade que se poderia alcançar seria muito baixa (Inojosa, 2001; Florit-Serrate, 2003).

A interdisciplinaridade vem para representar o grau mais avançado de relação entre disciplinas, considerando um real entrosamento entre elas para alcançar maior abrangência de conhecimento e melhorar a comunicação (Bosio, 2009; Roquete et al., 2012). Nessa perspectiva, visa a negociação de diferentes pontos de vista, com ênfase na ação, caracterizando-se pela articulação das políticas sociais, integrando saberes e práticas para resolver os problemas que afetam a população (Junqueira, 2000).

Um dos espaços que vem aumentando suas práticas intersetoriais são as escolas, por apresentar ao longo do tempo uma ampla significação em sua função social, pois além de serem desenvolvidos processos de ensino aprendizagem também articulam ações de natureza diversa envolvendo seu território e entorno. Assim a incorporação de práticas educativas em saúde é incorporada no cotidiano didático-pedagógico, por meio de iniciativas de Escolas Promotoras de Saúde, a qual consolida a cooperação técnica entre os Ministérios da Saúde e da Educação. Um exemplo dessa atuação são projetos voltados para a interação escola/comunidade com objetivo de ampliar as oportunidades de acesso a atividades educativas, culturais, esportivas, de lazer e de geração de renda por meio da abertura de escolas públicas nos fins de semana. Também podem ser citados projetos voltados para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e alimentação saudável através de ações que colocam a comunidade escolar e seu entorno como sujeitos e territórios de produção de saúde (Brasil, 2007).

Dessa forma, tal projeto exige a integração entre vários setores e instituições de forma participativa, ressignificando a escola enquanto espaço de construção de territorialidades e subjetividade, envolvendo os sujeitos na reflexão a respeito de suas vivências e na construção de saúde, tendo como norteadores os determinantes sociais da saúde/doença da população local e fortalecimento da participação da comunidade escolar nos espaços de controle social e de gestão participativa do SUS (Brasil, 2007).

Para estabelecer as formas de atuação intersetorial é necessário identificar os fatores que estão envolvidos nesse processo. Sendo assim, Florit-Serrate (2003) classificou três grupos que estão envolvidos no desenvolvimento da intersetorialidade, sendo eles:

- **Fatores determinantes da intersetorialidade:**

Estão diretamente relacionados com as questões sociais, econômicas, culturais e políticas, portanto tais fatores variam de acordo com cada país. Por exemplo: países onde o acesso à água potável é difícil, somado a aspectos culturais locais, terão grande probabilidade de desencadear problemas de saúde, como ocorrem em surtos de hepatite A. Sendo assim ações de saúde deverão estar articuladas com outros segmentos assim como com a comunidade.

- **Fatores que condicionam a intersetorialidade**

Estão subordinados a condições prévias, que dependem da existência de um cenário propenso a sua materialização como: vontade política, papel do Estado e Governo, reformas adequadas do

setor sanitário, fortalecimento dos ministérios e secretarias, descentralização da saúde, recursos humanos motivados, investimentos tecnológicos e uma sociedade organizada.

- **Fatores que desencadeantes da intersectorialidade**

Requerem o domínio de enfoques, técnicas, habilidade e tecnologias tipicamente gerenciais, assim como transformação política e ideológica a partir das demandas dos grupos, suas necessidades e interesses (Bonalume, 2011).

Porém, essa forma de atuação não conseguiu suprir todas essas demandas decorrentes da incompreensão do objeto em comum, assim como a incapacidade de convergência dos atores sociais, os quais possuem interesses e objetivos distintos. Torna-se, dessa forma, a intersectorialidade insuficiente, pois não altera o objeto de intervenção, indo apenas até o limite da representação do problema e de um plano de intervenção dos vários setores de uma forma segmentada, pois ainda trabalham com uma lógica fortemente disciplinar e orientada a tratar as consequências ou no máximo as causas imediatas (Negri Filho, 2004).

Um exemplo são casos como a prostituição infantil ou de adolescentes, que imperam a insuficiência da dinâmica intersectorial diante de problemas sociais complexos, originário da miséria econômica e social. Visto sob a lógica da intersectorialidade, vários setores trabalham integrados, como a assistência social, conselho tutelar, policiamento, saúde e outros, formando grupos e comissões. Porém, a essência geradora do problema permanece intacta, o que demonstra o limite do enfoque intersectorial onde o objeto está limitado pelo campo de intervenção de cada disciplina envolvida, mesmo trabalhando junto com outros setores (Negri Filho, 2004).

Diante desse quadro, torna-se necessário uma remodelagem na forma de atuação. Esta deve levar em consideração a construção de um projeto social para além da visão intersectorial, que privilegia a negociação, objetivando alcançar uma dimensão transectorial, criando novos olhares e instaurando novos valores, mediante o respeito das diferenças e a incorporação das contribuições de cada política social, no entendimento e na superação dos problemas sociais (Junqueira, 2000).

Dessa forma, a transectorialidade torna-se um diferencial das propostas anteriores, pois além de dar voz ao objeto, o problema, torna-se compromisso primordial a transformação de uma realidade social complexa. Essa intervenção para a transformação é que pode caracterizar um tipo de intervenção transectorial, pois há a desconfiguração das disciplinas, departamentos e secretarias, para um objeto integrado único que modifica a realidade, alterando os padrões dos problemas enfrentados (Negri Filho, 2004).

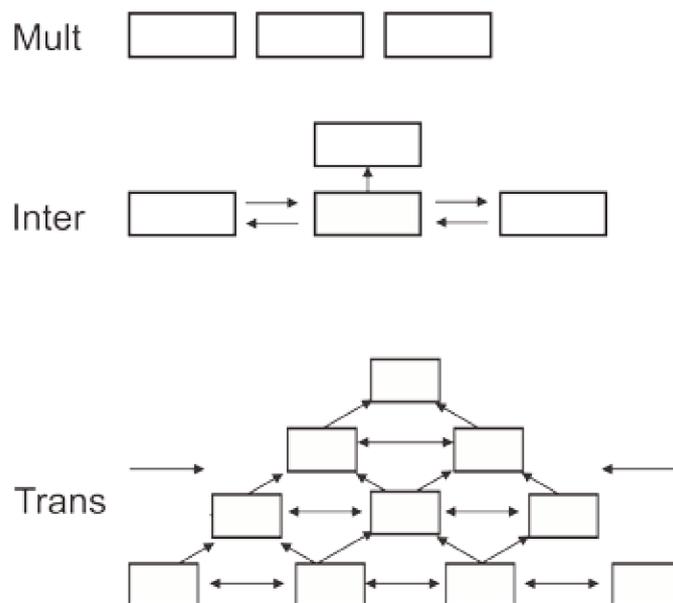


Figura 1: Classificação do grau de interações entre as disciplinas segundo Jantsch.  
Fonte: Bosio, 2009.

Quadro 1: Classificação do grau de interações entre as disciplinas e seus desdobramentos

Grau de interações entre as disciplinas	Relação entre as disciplinas	Relação entre profissionais	Dificuldades encontradas
<b>Multidisciplinaridade</b>	Várias matérias para estudar um determinado elemento, sem a preocupação de interligar as disciplinas entre si.	Quase inexistentes canais de troca entre profissionais;	Dificuldade na compreensão comum do objeto e na obtenção da convergência do trabalho entre atores sociais com interesses e objetivos distintos
<b>Interdisciplinaridade</b>	Estabelecimento de interação entre duas ou mais disciplinas por meio de relações menos verticais.	Há estabelecimento de canais de troca entre os campos em torno de uma tarefa a ser desempenhada conjuntamente, com melhoria na comunicação entre os profissionais	Há um agrupamento em torno de um determinado problema (objeto), com planejamento na forma de intervir, porém até o limite da representação do que isto tem como problema para cada um dos atores ou disciplinas de conhecimento envolvidos. Assim, os limites do enfoque intersetorial está engessado no campo de intervenção de cada disciplina, mesmo trabalhando junto com outros setores. É insuficiente porque não altera o objeto de intervenção, principalmente diante de problemas sociais complexos.
<b>Transdisciplinaridade</b>	As interações entre o conhecimento ocorrem sem fronteiras disciplinares, sendo denominadas de macrodisciplina. Um exemplo de transdisciplinaridade são as grandes teorias explicativas do funcionamento das sociedades.	Desconfiguração das disciplinas, departamentos e secretarias para um objeto integrado único	Romper os limites do fazer cotidiano e inventar novos caminhos por meio da religação dos saberes em torno ao desafio complexo da realidade.

Desse ponto vista, a transetorialidade integra saberes e experiências, estabelecendo um conjunto de relações e construindo uma rede na identidade de projetos, trabalhando com a compreensão da diversidade e superando o campo do conhecimento, por meio da utilização de várias disciplinas de forma integrada, rompendo limites do fazer cotidiano e inventando novos caminhos na religação dos saberes (Junqueira, 2000; Inojosa, 2001; Negri Filho, 2004).

Além do desafio de construir objetos transetoriais com os outros setores, é necessário construir objetos transetoriais dentro dos próprios setores, assim como no setor saúde estabelecer a desfragmentação entre os modelos de atenção curativa, prevenção ou promoção (Negri Filho, 2004).

Como a produção social da doença é uma matriz complexa, a qual deriva da complexidade do campo de trabalho, existe a necessidade de enfrentar esta produção social por meio de ferramentas que permitam produzir socialmente a saúde em um marco transetorial, o qual proporcionará a qualidade de vida e saúde dos indivíduos ou comunidade (Negri Filho, 2004).

Por ser uma nova maneira de atuar, desencadeia mudanças nas práticas e na cultura das organizações gestoras das políticas sociais, pois é um processo que gera riscos em função das resistências de grupos de interesses. Portanto, diante da necessidade de mudar, faz-se necessário integrar alianças de todos os que desejam incrementar a qualidade de vida do cidadão, dentro e fora da administração pública estatal (Junqueira, 2000).

Contudo, a construção da transetorialidade não está isenta de conflitos, contradições e problemas, podendo gerar, em alguns setores, temores da perda de singularidade e especificidade, acarretando em conflito contra o novo e ocultação de informação (Krempel et al., 2004; Waynszok e Akerman et al., 2012). Isto acarreta um processo de trabalho segmentado, mesmo na presença de uma pauta discursiva de integralidade, desencadeando assim, práticas fragmentadas de processos como também de sujeitos. A solução nestas situações é criar espaços de compartilhamentos de saberes e poder pautados nas habilidades de escuta e negociação, para que as demandas sejam realmente enfrentadas em equipe (Krempel et al., 2004; Moysés, 2009; Bonalume, 2011).

A dificuldade de romper as relações tradicionais de trabalho, onde o segmento que detêm o poder acaba prevalecendo nos processos de decisão, aliada a dificuldade da força de trabalho em olhar para além do objeto específico de sua atuação, muitas vezes, em situações contaminadas pelo corporativismo profissional, além de conflitos de poder e interesse que prevalecem acima dos interesses coletivos, caracterizam aspectos da cultura institucional que dificultam a “comunicação” e que devem ser superados (Krempel et al., 2004; Akerman et al., 2014).

Além disso, as rubricas dos orçamentos públicos são predominantemente setorizadas, o que reforça a dificuldade de compartilhamento de poder entre os atores envolvidos e dificulta a agilização e resolutividade das ações (Krempel et al., 2004).

Porém, mesmo na multiplicidade de interesse é possível obter algum tipo de resultado comum (Akerman et al., 2014). E para que as demandas sejam atendidas em sua integralidade, a proposta transetorial necessita da capacidade de articulação com vários campos sociais de um dado território, sendo um desafio a compreensão das necessidades socioeconômicas dos envolvidos (Bonalume, 2011). Para tanto se deve respeitar o direcionamento dado pela população, na busca por uma construção que desmembre o conhecimento técnico e estruturado e o contextualize (Wimmer e Figueiredo, 2006).

Sendo assim, Durante o I Congresso Mundial de Transdisciplinaridade em Lisboa, Portugal, em 1994, foi delineada a Carta da Transdisciplinaridade, a qual incentiva o diálogo entre as várias ciências, em oposição à sobreposição entre elas, mas residindo nas acepções através e além delas, de forma a manter a horizontalização das relações de poder (Carta de Transdisciplinaridade, 1994; Almeida Filho, 1997; Almeida Filho, 2000).

Assim como a vida está tecida em conjunto e não é possível separá-la, as necessidades e expectativas das pessoas e dos grupos sociais referentes à qualidade de vida são integradas. Portanto, o aparato governamental não pode prover de itens isolados para todos, pois essa atuação não permitirá a superação da exclusão social e nem promoção efetiva do desenvolvimento (Inojosa, 2001).

Para tanto, os profissionais envolvidos nesse processo de construção de autonomia da comunidade devem apresentar posturas diferenciadas como atitudes como escuta, afetividade, respeito, tolerância, humildade, abertura ao novo e disponibilidade a mudanças (Wimmer e Figueiredo, 2006).

Uma nova realidade, criada a partir de um conhecimento também novo, deve ser partilhada no interior das organizações gestoras das políticas sociais. E isso vai depender principalmente da mudança das práticas organizacionais e das relações sociais que se estabelecem entre os diversos atores organizacionais. Essas práticas deverão privilegiar a integração de saberes e experiências, em prejuízo da setorialização e da autonomização. Os atores organizacionais e os grupos populacionais passam a ser considerados sujeitos capazes de perceber seus problemas de maneira integrada e de identificar soluções adequadas à sua realidade social (Junqueira, 2000).

Tais ações desencadeiam uma compreensão global dos problemas e da democratização das diversas demandas coletivas, tanto entre profissionais das diversas áreas, como também entre profissionais e a população (Wimmer e Figueiredo, 2006; Moysés et al., 2010).

Nesse processo a população passa a ser considerada sujeito e não objeto de intervenção. Com isso ela se apropria de um papel ativo, participando na identificação de problemas e sua solução. Consequentemente, altera-se a lógica da política social, tramitando da visão da carência e da solução de necessidades, para aquela dos direitos dos cidadãos a uma vida digna e de qualidade (Junqueira, 2000; Westphal, 2001).

O incentivo à participação da comunidade vai além das capacitações por meio de fóruns institucionalizados nos Conselhos e Conferências, abrangendo estratégias de “empoderamento” com a oportunidade de educação para cidadania, socialização de informações, envolvimento no diagnóstico e na tomada de decisões, assim como na execução dos projetos sociais, resultando no compartilhamento de responsabilidades na gestão da saúde (Krempel et al., 2004; Wimmer e Figueiredo, 2006; Moysés, 2009).

O empoderamento aponta para o almejado protagonismo das pessoas, isto é, que desenvolvam a habilidade e o poder de atuar em benefício da própria qualidade de vida, como sujeitos ativos (Moysés e Moysés, 2009).

Assim, a forma que as pessoas se relacionam entre si e com as instituições governamentais e não governamentais criam condições para superar a realidade, de maneira integrada e empoderada, podendo ser vistas como uma teia integrada, a qual perpassa também a criação dos saberes, constituindo redes de interesse comum (Junqueira, 2000; Negri Filho, 2004).

Consequentemente, o fluxo das relações e a articulação em rede, fortalece o empoderamento para transformar situações cujas visões e objetivos são compartilhados (Inojosa e Junqueira, 2008).

Dessa forma, Rede pode ser definida, segundo Marques (1999), como o campo presente em determinado momento, estruturado por vínculos entre indivíduos, grupos e organizações construídos ao longo do tempo.

Porém, na perspectiva de Junqueira (2000), Rede não é apenas a construção de uma realidade de vínculos, mas também uma maneira de analisar e entender a realidade social. E é por isso que da rede pode resultar em um saber transetorial, que transcende as relações na construção de novos saberes, de novos paradigmas.

Destacamos uma experiência de combate a violência contra adolescentes que ocorreu em Porto Alegre em 2001, por meio da reformulação dos distritos sanitários, que passaram a distritos sociais de

saúde. Os gerentes distritais que antes cuidavam da rede de serviços de saúde, passaram para a dinâmica do território social em sua totalidade, trabalhando em torno de núcleos de problemas tratados transetorialmente (Negri Filho, 2004).

Através da configuração das redes de serviços e redes sociais ampliadas nos territórios sociais dos diferentes distritos incluíram o conceito de redes de atenção superando a divisão tradicional entre rede ambulatorial e rede hospitalar, propondo a formação de quatro redes: atenção primária, de ambulatórios especializados, de atenção às urgências e de atenção em internações hospitalares (Negri Filho, 2004). Essas eram complementadas por redes de apoio diagnóstico, de reabilitação, de assistência farmacêutica e de vigilância em saúde. Além de englobar atenções transversais de cardiologia, traumatologia, pediatria, outras que configuram a atenção destas áreas em cada uma das redes (Negri Filho, 2004).

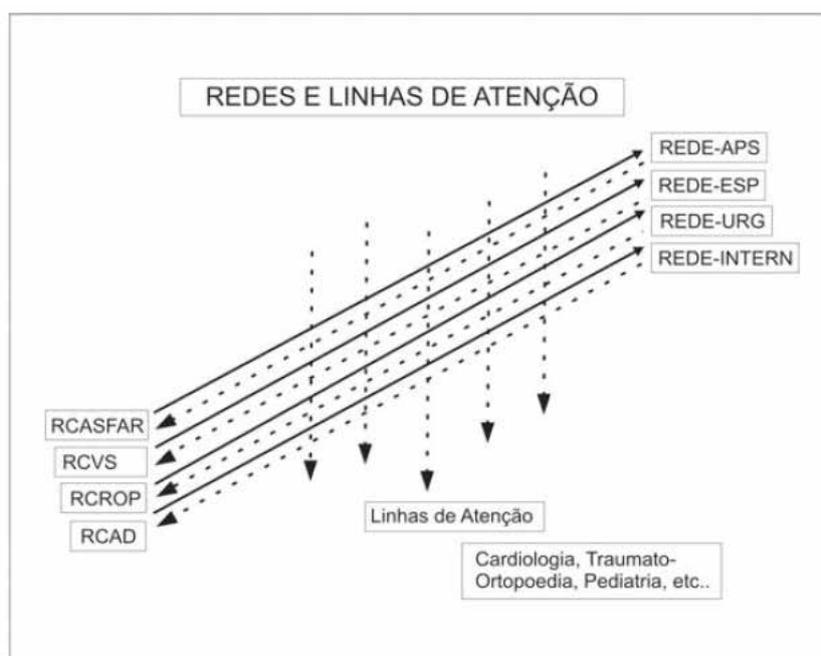


Figura 2. Redes e Linhas de Atenção. Fonte: Negri Filho, 2004.

A sociedade vem fazendo esse aprendizado de operar em rede, ainda que para isso, tropece frequentemente nas velhas estruturas de poder e na fragmentação de saberes e práticas (Inojosa e Junqueira, 2008).

Por outro lado, o número expressivo das disciplinas acadêmicas com seu crescimento exponencial do saber ainda é incapaz de ter um olhar global do ser humano (Carta de Transdisciplinaridade, 1994). Assim, como o conhecimento especializado e fragmentado não tem capacidade de explicar os problemas e nem a ação setorial restrita a capacidade de resolvê-los (Krempel et al., 2004; Moysés et al., 2010).

Nesse sentido, surge a necessidade de comunicação não somente entre campos disciplinares, mas entre agentes em cada campo, através da circulação não do discurso, mas sim dos sujeitos dos discursos (Almeida Filho, 1997; Almeida Filho, 2000).

Já dizia Carlos Matus: “a ciência tem disciplinas, a universidade tem departamentos, o governo tem setores, porém a realidade tem problemas” (Almeida Filho, 2000).

Não obstante, existe um caminho muito importante a trilhar em relação a formação. Mudanças de conceitos e posturas se fazem ainda necessárias, pois muitos ainda defendem o modelo predominantemente clínicista e curativista, os quais são fortemente influenciados pelo modelo biomédico, onde

questões ligadas a promoção de saúde, transdisciplinaridade e intersetorialidade raramente são discutidas. Isso faz com que a maioria dos profissionais deixe à margem esse campo de trabalho, ou, insiram-se nele mal preparados, gerando muitas vezes uma visão distorcida e negativa, tanto por parte das pessoas que recebem os cuidados em saúde, quanto dos próprios colegas de outras áreas que, mesmo entendendo e vendo a importância dos fatores biocomportamentais na relação Saúde-Desenvolvimento Humano, não conseguem ter nos demais colegas os parceiros adequados para somar forças ao seu saber e fazer nessas empreitadas (Sebastiani et al., 2012).

Tentando responder ao contexto atual, o Governo Federal vem implementando políticas com ênfase nas ações sociais, em especial na Saúde e Educação para, dessa forma, favorecer a inclusão social, elaborando um consistente esforço para modificar, em especial no âmbito da Saúde, essa visão tradicional da organização do cuidado em saúde, ainda centrada na doença e no atendimento hospitalar (Brasil, 2005).

Neste sentido, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em parceria com a Secretaria de Educação Superior (SESU) e com o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), do Ministério da Educação (MEC), e com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), instituíram o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) (Brasil, 2005).

O Pró-Saúde foi lançado por meio da Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.101, de 03 de novembro de 2005, inicialmente com os cursos que compõem a Estratégia Saúde da Família, sendo eles Medicina, Enfermagem e Odontologia e posteriormente, com a publicação da Portaria Interministerial MS/MEC nº 3.019, de 27 de novembro de 2007, foi ampliado para os demais cursos de graduação da área da Saúde (Brasil, 2005).

Dentre os objetivos do Pró-Saúde, destaca-se a reorientação na formação dos profissionais de saúde, os habilitando para as práticas das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e, dessa forma, prestar serviço à população brasileira de forma integralizada (Brasil, 2005).

Outro desafio é a integração do Serviço X Ensino, por meio da cooperação dos gestores do SUS com as instituições de ensino, favorecendo a melhor compreensão do Sistema Público de Saúde (Brasil, 2005).

Outra estratégia proposta por meio da Portaria Interministerial nº 1.646 de 05 de agosto de 2014, foi a instituição do componente GraduaCEO – Brasil Sorridente no âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal, a qual constitui uma série de ações e serviços de saúde bucal prestados pelas instituições de ensino superior com os cursos de Graduação de Odontologia (Brasil, 2014).

As Instituições de Ensino Superior de Graduação de Odontologia passam a desenvolver ações de forma articulada com a rede pública de saúde, embasada nas diretrizes e princípios do SUS, prioritariamente:

- Promoção e Prevenção: desenvolvendo ações educativas no âmbito da saúde bucal, como higienização e escovação dental supervisionada, exames com finalidade epidemiológica, aplicações tópicas de flúor;
- Atenção Básica: desenvolvendo ações de planejamento, avaliação, manutenção e recuperação da saúde bucal;
- Atenção Secundária: desenvolvendo ações especializadas na saúde bucal, como exemplo, endodontia, periodontia, entre outros, assim como contratualizações com o gestor do SUS;
- Reabilitação oral: ações de reabilitação de protéticas;
- Assim como na Educação Permanente, desenvolvendo atividades pelos docentes das instituições de ensino aos profissionais da rede pública, de acordo com a necessidade local (Brasil, 2014).

Essas iniciativas favorecerão na humanização do atendimento, sendo primordial a empatia, cujo termo define pela capacidade de compreender o sentimento ou a reação de outra pessoa, imaginando-se

nas mesmas circunstâncias, no sentido de aproximar o futuro profissional ao doente e não à doença (Segatto, 2015).



Fonte: <http://asorridente.blogspot.com.br/2011/05/o-dentista-e-o-pobre-homem.html> [acesso 2015 ago 11]

## 2. Experiências:

### Experiência 1:

#### Iniciativa Popular de Empoderamento nas ações aos Transtornos do Espectro Autista (AUMA / Associação de Pais e Amigos dos Autistas de Piracicaba) em atuação multidisciplinar

A busca por atendimento especializado para crianças com necessidades especiais e ou transtornos específicos tornam-se uma angústia aos familiares de crianças com esse tipo de alteração, pois as filas de espera são longas, causadas por um número reduzido de oferta de atendimento e demandas que vêm em um crescente a cada ano.

Nesse sentido um grupo de pais e amigos de pessoas com autismo, resolveram se unir para formar um órgão especializado no atendimento dessas pessoas no município de Piracicaba. O objetivo fundamenta-se na intervenção precoce de indivíduos com Transtornos do Espectro Autista, melhorando sua capacidade de comunicação e independência nas noções básicas de convívio diário e o contato interpessoal, dentro e fora do contexto familiar. Além de atuarem junto às famílias de forma a ajudarem a refletir, descobrir, aceitar e assumir seu papel junto aos indivíduos com tal diagnóstico, de forma a empoderá-los no processo de desenvolvimento desses indivíduos e dos conhecimentos sobre os direitos do autista na sociedade.

O autismo foi descrito pela primeira em 1943, por Leo Kanner, o qual denominou como distúrbios autísticos do contacto afetivo, onde pôde observar a “incapacidade de relacionar-se” de formas usuais com as pessoas desde o início da vida (Kanner, 1943).

Para viabilizar a comunicação entre profissionais, favorecendo uma padronização na linguagem psiquiátrica e facilitar o diálogo entre diferentes áreas, foi publicado pela Associação Psiquiátrica Americana (APA), em 1953, a primeira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), a qual ao longo dos anos passou por várias revisões (Araújo e Neto, 2014).

A proliferação de pesquisas, revisões bibliográficas e testes de campo permitiram que, em 1994, a APA lançasse o DSM-IV. A evolução do manual representava um aumento significativo de dados, com a inclusão de novos diagnósticos descritos com critérios mais claros e precisos. Assim nesta edição, o distúrbio autista é incluído na categoria dos transtornos invasivos do desenvolvimento, cujas características são prejuízo qualitativo, na interação social e na comunicação verbal e não verbal, nas atividades imaginativas e repertório extremamente restrito de atividades e interesses. São outras características a falta de flexibilidade do pensamento, falta de empatia, rigidez, perseverança e ansiedade aumentada. No quadro clínico apresentado pelo autista há uma variabilidade e intensidade dos sintomas para cada indivíduo (Araújo e Neto, 2014).

Atualmente, a mais nova edição do DSM-5, oficialmente publicado em 18 de maio de 2013, inclui a reformulação e exclusão de diagnósticos, fornecendo uma fonte segura e cientificamente embasada para aplicação em pesquisa e na prática clínica. Nele, os Transtornos Globais do Desenvolvimento, que incluíam o Autismo, Transtorno Desintegrativo da Infância e as Síndromes de Asperger e Rett foram absorvidos por um único diagnóstico, Transtornos do Espectro Autista. A mudança refletiu a visão científica de que aqueles transtornos são, na verdade, uma mesma condição com gradações em dois grupos de sintomas: Déficit na comunicação e interação social; Padrão de comportamentos, interesses e atividades restritos e repetitivos (Araújo e Neto, 2014).

Mesmo nos dias atuais, os Transtornos do Espectro Autista é pouco conhecido e compreendido dentro da sociedade e, com frequência, familiares vão em busca de orientação. Constata-se também um complicador que é o estigma atribuído de serem incapazes de conviver socialmente, devendo, portanto, serem atendidos de forma isolada (Araújo e Neto, 2014).

Diante desse exposto, em 30 de junho de 1999 o pai de uma criança com tal diagnóstico se torna fundador da então chamada Associação de Pais e Amigos dos Autistas de Piracicaba – AUMA, com a proposta de contribuir positivamente com indivíduos que apresentam esse transtorno, assim também com seus familiares.

O perfil da população atendida pela instituição são pessoas com idade entre 04 a 34 anos, de diversas etnias e realidades socioeconômicas, em sua maioria com classe social desfavorecida.

A necessidade da estimulação para o desenvolvimento da pessoa com Transtornos do Espectro Autista torna-se imprescindível para sua futura independência e socialização, sendo assim, a atuação de uma equipe multidisciplinar passa a ser importante para que o acolhimento e intervenção ocorram sob pontos de vistas distintos (Araújo e Neto, 2014).

Dessa forma, pedagogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, educadores físicos, psicólogos, assistentes sociais e médico se unem com um mesmo objetivo, de atuarem com esse público e seus familiares, porém de uma forma multidisciplinar, não havendo troca de saberes entre as disciplinas e outros segmentos.

## **Experiência 2:**

### **Ação Intersetorial, por meio de um programa Escola Promotora de Saúde no município de Embu**

O espaço escolar é um *locus* fundamental de prevenção de doenças e promoção da saúde (Casemiro et al., 2014). Portanto a Iniciativa de Escolas Promotoras de Saúde fortalece a capacidade do setor saúde e de educação e outros que se façam necessários para promover a saúde, de forma que as áreas envolvidas atuem de maneira colaborativa para o alcance de uma meta comum mediante uma estreita coordenação de suas atribuições, objetivando a solução de problemas, o bem-estar e a qualidade de vida de alunos e professores, atravessando os muros escolares para envolver as famílias e a comunidade por meio de orientações de estilos de vida (Brasil, 2007; Lapa et al., 2008)

Inicialmente, há a identificação dos problemas prioritários por todos os setores interessados, tanto da sociedade civil como do poder público e, num segundo momento, organiza-se o planejamento com a participação de todos os sujeitos envolvidos, definindo assim as tarefas e os responsáveis (Lapa et al., 2008).

O município do Embu situado na porção sudoeste da Região Metropolitana de São Paulo possui um programa de saúde escolar desde 1985 e em 2002, implantou o programa Escola Promotora de Saúde, com seus três princípios básicos: educação para a saúde com enfoque integral, construção e manutenção de ambientes saudáveis e articulação com os serviços de saúde (Lapa et al., 2008).

Seguindo o princípio da integralidade da atenção à criança e a estratégia Escola Promotora de Saúde, o programa “Embu Enxergando Melhor” foi implantado no município em 1994, resultando em uma parceria com a Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) cujo objetivo foi a atuação da universidade num sistema regional de saúde, de forma articulada ao poder local e à comunidade. Compreende ações de promoção da saúde ocular, prevenção por meio da detecção precoce de alterações visuais, acompanhamento e tratamento dos danos e reabilitação ortóptica dos pré-escolares. As ações ocorreram de forma intersetorial, com a participação de docentes ortoptistas e estudantes do Curso de Tecnologia Oftálmica da Unifesp, oftalmologista e pediatras da rede Básica de Saúde de Embu, técnicos e professores da Secretaria Municipal da Educação, além de técnicos da Secretaria Municipal de Cidadania e Promoção Social (Lapa et al., 2008). Tal programa resultou na capacitação para triagem oftalmológica de 600 professores e 22.118 (95%) pré-escolares triados. Destes, 4.553 (21%) precisavam de exame oftalmológico (Lapa et al., 2008).

### **Experiência 3:**

#### **Ação transetorial dentro do Programa Prefeito “Amigo da Criança” da cidade de Itatiba**

Uma experiência realizada na cidade de Itatiba, localizada no Estado de São Paulo, próxima a região metropolitana de Campinas, contempla o Programa Prefeito Amigo da Criança que tem como compromisso priorizar crianças e adolescentes com faixa etária entre 0 e 18 anos, no desenvolvimento de políticas públicas municipais, por meio de ações que visem oferecer proteção, assistência, além de garantir os direitos fundamentais como vida, saúde, liberdade, respeito, dignidade, convivência familiar e comunitária, educação, cultura, esporte, lazer, profissionalização e proteção no trabalho.

Tais propósitos foram alcançados por meio do compartilhamento de informações, conhecimentos e de tecnologias sociais com vários atores sociais do município, no desenvolvimento e fortalecimento de ações monitoradas, que são avaliadas e disseminadas sistematicamente. Para tanto a Fundação Abrinq avalia as ações dos gestores municipais, por meio de um conjunto de indicadores sociais quantitativos e qualitativos (Araújo et al., 2004).

Assim as ações envolvendo tal Programa têm como mecanismo a proposta de transetorialidade, a qual integra cinco secretarias municipais: Governo, Ação Social, Educação, Saúde e Cultura, Esportes e Turismo, além do aporte do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente e do Conselho Tutelar. Esta iniciativa desencadeou o surgimento do Núcleo da Criança e Adolescente cujo objetivo foi agregar todos os programas e projetos já existentes no Município (Espaço Amigo, Oficina de Capacitação e Aprendizagem, Escolinhas de Esportes, Visite o Museu, Construindo Caminhos, Educação Inclusiva, Pais na Escola, Apoio Nutricional e Desenvolvimento da Criança, Semente e Sorria para Mim), os quais são co-gerenciados e integrado às ações de cada secretaria que envolvam crianças e adolescentes (Araújo et al., 2004).

Em longo prazo, o Município tem como proposta a constituição de novos núcleos que se interligarão, abrangendo assim, outros atores sociais, bem como todos os cidadãos de Itatiba. Desta forma, o despertar desse novo senso coletivo para as ações que envolvam as crianças e os adolescentes é o fator primordial para a realização dessa proposta transetorial (Araújo et al., 2004).

## Experiência 4:

### Experiência transdisciplinar na saúde desencadeada por situação de vulnerabilidade em Piracicaba

O município de Piracicaba, localizado no estado de São Paulo, a 152 km da capital paulista, acompanhando um movimento de reorganização dos Serviços de Atenção Básica, implantou a Estratégia Saúde da Família (ESF) em 1999, inicialmente com 5 Unidades e constando no momento com 70 Unidades de Saúde, sendo 51 Programas Saúde da Família (PSF), 8 Centros de Referência da Atenção Básica (CRAB) e 11 Unidades Básicas de Saúde (UBS), localizados em sua maioria nas regiões periféricas da cidade, o que potencializou o primeiro contato ao Sistema Básico de Saúde pelo acolhimento, vínculo, trabalho em equipe, vigilância em saúde, planejamento e programação das ações.

As Unidades constam com demandas diversificadas de níveis socioeconômicos e vulnerabilidade.

A introdução do Programa Saúde da Família foi uma tentativa de reorganizar a atenção básica no país, que instituiu a Visita Domiciliar, como instrumento diferencial. Para estabelecer prioridades na visita, elaborou-se uma escala de risco familiar baseada na ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Tal escala se baseia em sentinelas de risco que são avaliadas na primeira visita domiciliar pelo agente de saúde (ACS). Essa Escala é então denominada como Escala de Coelho (Coelho e Savassi, 2004).

Quadro 2: Dados da Ficha A do SIAB e escore de pontuação de risco

Dados da Ficha A		Escore
Acamado		3
Deficiência Física		3
Deficiência mental		3
Baixas condições de saneamento		3
Desnutrição (Grave)		3
Drogadição		2
Desemprego		2
Analfabetismo		1
Menor de seis meses		1
Maior de 70 anos		1
Hipertensão Arterial Sistêmica		1
Diabetes Mellitus		1
Relação	Se maior que 1	3
Morador/cômodo	Se igual a 1	2
	Se menor que 1	0

Escore 5 ou 6 = (R1)
Escore 7 ou 8 = (R2)
Maior que 9 = (R3)
<b>Quadro 02 Classificação das famílias segundo a pontuação.</b>

Fonte: Coelho e Savassi, 2004.

Quando aplicada, demonstra famílias que apresentam maior grau de vulnerabilidade, classificadas como risco 1, 2 ou 3. Os resultados ressaltam a relação morador/cômodo como um impor-

tante indicador na avaliação do risco, bem como a aplicabilidade da escala torna-se um instrumento de priorização tanto das visitas domiciliares quanto do investimento da equipe (Coelho e Savassi, 2004).

Esse instrumento permite à equipe, observar elevados graus de vulnerabilidades, desencadeando a necessidade de acionar outros setores além da saúde. Assim sendo iniciadas ações transetoriais para atender toda complexidade envolvida (Coelho e Savassi, 2004).

O primeiro passo dado, parte da realização de uma reunião para se elaborar um Projeto Terapêutico Singular (PTS) com a participação dos setores envolvidos (Brasil, 2013).

O projeto terapêutico singular (PTS) é um conjunto de condutas/ações/medidas, de caráter clínico ou não, propostas para dialogar com as necessidades de saúde de um sujeito individual ou coletivo, geralmente em situações mais complexas, construídas a partir da discussão de uma equipe multidisciplinar (Brasil, 2013).

É um dispositivo facilitador em casos/situações complexas e de difícil resolução, caracterizadas pela necessidade de se acionar um conjunto de recursos disponíveis na Rede de Atenção à Saúde ou fora dela, como nos Centros de Referências de Assistência Social (CRAS). (Brasil, 2013).

O projeto terapêutico pode ser elaborado para grupos ou famílias e contempla as fases de **diagnóstico, definição das metas, definição das responsabilidades e reavaliação** (Brasil, 2013).

Quadro 3: Fases para Projeto Terapêutico Singular

<b>Diagnóstico</b>	Avaliação/problematização dos aspectos orgânicos, psicológicos e sociais, buscando facilitar a conclusão, ainda que provisória, a respeito dos riscos e da vulnerabilidade de cada sujeito individual ou coletivo.
<b>Definição de Metas</b>	A equipe trabalha propostas de curto, médio e longo prazo.
<b>Definição das responsabilidades</b>	Definir as tarefas e atuações do grupo.
<b>Reavaliação</b>	Momento em que se discutirá a evolução e se farão as devidas correções dos rumos tomados.

Fonte: Brasil, 2013.

A Secretaria do Desenvolvimento (SEMDES), representada pelo Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) desenvolveu o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família – PAIF, o qual consiste em um trabalho social com as famílias que tenham esse perfil de vulnerabilidade, sendo encaminhadas para participação nos programas de transferência de renda, como exemplo, Bolsa Família, Benefício de Prestação Continuada (BPC), assim como os que possuem critérios, ao Centro de Atendimento Socioeducativo (CASE) que, em parceria com a Associação Atlética Educando pelo Es-

porte, desenvolve o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos Familiares e Comunitários de Crianças e Adolescentes de 6 a 15 anos, que se encontram em situação de significativa/alta vulnerabilidade social.

O Centro de Atendimento Socioeducativo (CASE) disponibiliza espaços de referência para o convívio grupal, comunitário e social e o desenvolvimento de relações de afetividade, solidariedade e respeito mútuo, possibilitando a ampliação do universo informacional, artístico e cultural de crianças e adolescentes, bem como estimulando o desenvolvimento de potencialidades, habilidades e talentos.

Quando necessário, a secretaria de desenvolvimento também participa, encaminhando o caso para auxílio habitação, via Empresa Municipal de Desenvolvimento Habitacional de Piracicaba (EMDHAP).

O envolvimento da Secretaria de Educação ocorre por meio da disponibilização de vagas na Creche em Período Integral para as crianças até seis anos, que sejam integrantes de tais famílias. Já para os adolescentes é verificado e, caso não estejam matriculados, é assegurado meio período em Escola do Ensino Fundamental ou Médio e o contraturno no CASE.

O PSF e EMEI pactuaram comunicações sobre alterações no estado de saúde das crianças, assim como capacitação dos professores e pais para doenças mais prevalentes em crianças.

A Agente Comunitária de Saúde, em suas visitas recorrentes, comunica qualquer alteração no quadro de saúde das crianças e sendo assim, os setores da saúde passaram a se comunicar com frequência, seja formalmente pelas guias de referências e contrarreferências, como informalmente, via ligações telefônicas. As lideranças de bairro, pastoral e lideranças religiosas passaram a acompanhar e oferecer auxílio à família.

Secretaria de Saúde enfatizou a vigilância em saúde, acompanhamento nutricional (a equipe de nutrição elaborou cardápios nutritivos com alimentos da cesta básica), encaminhamentos para programas de Leite Fluido e em Pó, assistência em saúde na atenção básica e secundária, Ambulatório do Bebê Chiador, Centro de Reabilitação para a portadora de deficiência física e mental (com assistência médica, fonoaudiologia, terapia ocupacional, fisioterapia), assistência odontológica, sendo oferecidas escovas e pasta de dente, assim como escovação supervisionada pela equipe de saúde bucal, rodas de conversa com os setores.

Tais ações possibilitam a inter-relação com demais setores, aprofundando o conhecimento de suas ações técnicas assim como o diálogo mais eficiente e eficaz em prol de objetivos comuns.

### **3. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A melhoria dos atendimentos se faz de forma cada vez mais necessária e constante, porém para que as exigências da sociedade sejam alcançadas deve-se ater a aspectos subjetivos de suas necessidades, os quais só poderão ser alcançados por meio de seus próprios direcionamentos, de forma participativa e empoderada. Concomitante, a circulação de saberes e integração profissional se tornam de vital importância a implantação de novos fazerem para almejar resultados desejados.

## 4. REFERÊNCIAS

- Akerman M, Franco de Sá R, Moyses S, Rezende R, Rocha D. Intersetorialidade? Intersetorialidades! *Ciêns Saúde Colet*. 2014; 19(11): 4291-300.
- Almeida Filho N. Intersetorialidade, transdisciplinaridade e saúde coletiva: atualizando um debate em aberto. *Rev Adm Pública*. 2000; 34(6): 11-34.
- Almeida Filho N. Transdisciplinaridade e saúde coletiva. *Ciêns Saúde Colet*. 1997; 2(1/2): 5-20.
- Araújo AC, Neto FL. A nova classificação americana para os transtornos mentais – o DSM-5. *Rev Bras Ter Comport Cogn*. 2014; 16(1): 67-82.
- Araújo RAC, Coelho EO, Roncada NFB, Alvarenga SBCS. Núcleo da criança e do adolescente: uma proposta de transetorialidade. In: Vilarta R, organizador. *O espaço Funcamp de políticas públicas: um exemplo de interação universidade-sociedade*. Campinas: IPES; 2004. Cap. 11, p. 127-36 [acesso 2015 maio 11]. Disponível em: [http://www.fef.unicamp.br/fef/sites/uploads/deafa/qvaf/espaco\\_funcamp\\_cap11.pdf](http://www.fef.unicamp.br/fef/sites/uploads/deafa/qvaf/espaco_funcamp_cap11.pdf)
- Bonalume CR. O paradigma da intersetorialidade nas políticas públicas de esporte e lazer. *Licere*. 2011;14(1): 1-26.
- Bosio RS. Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade: uma análise da prática de atividades multi e interdisciplinares na visão dos profissionais que atuam nas Unidades Básicas de Saúde no Município de Petrópolis – RJ [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Fundação Getúlio Vargas; 2009.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde; 2007. p. 7-8, 11, 15.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. *Caderno de atenção domiciliar*. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. v.2
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1.646, de 5 de agosto de 2014 [acesso 2015 maio 11]. Institui o componente GraduaCEO – BRASIL SORRIDENTE, no âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal, que irá compor a Rede de Atenção à Saúde (RAS), e dá outras providências [internet]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri1646\\_05\\_08\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri1646_05_08_2014.html)
- Brasil. Ministério da Saúde. Programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde – Pró-Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, Ministério da Educação; 2005.
- Carta de Transdisciplinaridade. Adotada no Primeiro Congresso Mundial da Transdisciplinaridade. Convento de Arrábida, Portugal, 1994 nov 2-6 [acesso 2015 jan 20] Disponível em: [http://www.ouviroevento.pro.br/index/carta\\_da\\_transdisciplinaridade.htm#Carta da Transdisciplinaridade](http://www.ouviroevento.pro.br/index/carta_da_transdisciplinaridade.htm#Carta da Transdisciplinaridade)
- Casemiro JP, Fonseca ABC, Secco FVM. Promover saúde na escola: reflexões a partir de uma revisão sobre saúde escolar na América Latina. *Ciêns Saúde Colet*. 2014; 19(3): 829-40.
- Coelho FLG, Savassi LCM. Aplicação de escala de risco familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2004; 1(2): 19-26.
- Florit-Serrate PC. La intersectorialidad. Conceptualización. Panorama internacional y de Cuba. *Horiz Sanit* [internet]. 2003; [acesso 2015 fev 25] 2(3). Disponível em: <http://www.revistas.ujat.mx/index.php/horizonte/issue/view/55>
- Inojosa RM. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade. *Cad FUNDAP*. 2001; (22): 102-10.
- Inojosa RM, Junqueira LAP. Práticas e saberes: desafios e inovações em gestão social. *Organ Soc*. 2008; 15(45): 171-80.

- Junqueira LAP. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. *Rev Adm Pública*. 2000; 34(6): 35-45.
- Kanner L. Autistic disturbances of affective contact. *Nerv Child*. 1943; 2: 217-50.
- Krempel MC, Moysés ST, Moysés SJ. Intersetorialidade: estratégia para a construção de uma cidade saudável. A experiência de Curitiba. In: Sperandio AMG, organizador. O processo de construção da rede de municípios potencialmente saudáveis. Campinas: IPES; 2004. v. 2, p.79-94.
- Lapa MCS, Freitas AM, Pedroso GC, Furusato MA, Ventura RN. Programa Embu enxergando melhor: uma proposta de atenção integral à saúde ocular em pré-escolares. *Rev Paul Pediatr*. 2008; 26(2): 113-8.
- Marques EC. Redes sociais e instituições na construção do Estado e da permeabilidade. *Rev Bras Ciênc Soc*. 1999; 14(41): 45-67.
- Moysés SJ. Intersetorialidade e multidisciplinaridade como desafios para a odontologia. In: Pereira AC, organizador. Tratado de saúde coletiva em odontologia. Nova Odessa: Napoleão; 2009. p. 59-71.
- Moysés ST, Krempel MC, Moysés SJ. Intersetorialidade: estratégia para a construção de uma cidade saudável. A experiência de Curitiba. In: Sperandio AMG, Machín DG, Fortunato MAB, organizadores. Políticas integradas em rede e a construção de espaços saudáveis: boas práticas para a iniciativa do rostos, vozes e lugares. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2010. p.61-76.
- Moysés ST, Moysés SJ. Promoção da saúde: conceitos. In: Pereira AC, organizador. Tratado de saúde coletiva em odontologia. Nova Odessa: Napoleão; 2009. p. 431-40.
- Negri Filho AA. Adoção de uma estratégia promocional da qualidade de vida e saúde: transetorialidade das políticas públicas. In: Sperandio AMG, organizador. O processo de construção da rede de municípios potencialmente saudáveis. Campinas: IPES; 2004. v.2, p. 15-56.
- Pereira AL. A política nacional de promoção à saúde. In: Harada MJCS, Pedreira MLG, Viana DL. Promoção da saúde: fundamentos e práticas. São Caetano do Sul: Yendis; 2012. 598p.
- Roquete FF, Amorim MMA, Barbosa SP, Souza DCM, Carvalho DV. Multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade: em busca de diálogo entre saberes no campo da saúde coletiva. *Rev Enferm Cent-Oeste Min*. 2012; 2(3): 463-74.
- Santos JL, Westphal MF. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. *Estud Av*. 1999; 13(35): 71:88.
- Sebastiani RW, François A, Blandy P, Pelicioni MCF, Pereira IMTB. Relato de uma experiência transdisciplinar nos programas e propostas de promoção da saúde. In: Pelicioni MCF, Mialhe FL. Educação e promoção da saúde: teoria e prática. São Paulo: Santos; 2012. p. 625-47.
- Segatto C. Quer dizer que médico pode chorar? Como um professor da Faculdade de Medicina da Unicamp ajuda os alunos a trocar o cinismo pela capacidade de se colocar no lugar do paciente. *Época*, 2015 jan 26 [acesso 2015 fev 28]. Disponível em: <http://epoca.globo.com/colunas-e-blogs/cristiane-segatto/noticia/2015/01/quer-dizer-que-bmedico-pode-chorarb.html>.
- Waynsztok L, Akerman M. Gestión intersectorial en salud. In: Pelicioni MCF, Mialhe FL. Educação e promoção da saúde: teoria e prática. São Paulo: Santos; 2012. p. 523-31.
- Westphal MF. A nova saúde pública. *J USP*. 2001; 15(545): 2.
- Wimmer GF, Figueiredo GO. Ação coletiva para qualidade de vida: autonomia, transdisciplinaridade e intersetorialidade. *Ciênc. Saúde Colet*. 2006; 11(1): 145-54.