



Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Instituto de Medicina Social

Sandra Maria de Oliveira Fernandes

**A intersectorialidade nos serviços de assistência à saúde: análise de
experiência**

Rio de Janeiro
2013

Sandra Maria de Oliveira Fernandes

**A intersectorialidade nos serviços de assistência à saúde: análise de
experiência**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Administração de Saúde, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração Planejamento e Gestão.

Orientadora: Prof.^a Dra. Célia Regina Pierantoni

Rio de Janeiro

2013

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

F363 Fernandes, Sandra de Oliveira.
A intersectorialidade nos serviços de Assistência à
Saúde : análise de experiência / Sandra de Oliveira
Fernandes. – 2013.
76 f.

Orientadora: Célia Regina Pierantoni.

Dissertação (Mestrado) Universidade do Estado do
Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Políticas públicas - Teses. 2. Crianças e violência –
Teses. 3. Adolescentes e violência - Teses. 4. Serviços
de saúde para crianças – Teses. 5. Estudos transversais
- Teses. I. Pierantoni, Célia Regina. II. Universidade do
Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social.
III. Título.

CDU 179.2:614.39

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Sandra Maria de Oliveira Fernandes

**A intersectorialidade nos serviços de assistência à saúde: análise de
experiência**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação e, Administração de Saúde, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração Planejamento e Gestão.

Aprovada em 19 de novembro de 2013.

Banca examinadora:

Prof.^a Dra. Célia Regina Pierantoni (Orientadora)
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof.^a Dra. Carla Simone Duarte de Gouvêa
Secretaria Municipal do Rio de Janeiro – SMS/RJ

Prof. Dr. Roberto Parada
Instituto de Medicina Social – UERJ

Rio de Janeiro
2013

DEDICATÓRIA

À minha família, em especial aos meus filhos, por sempre compreenderem minha ausência para estudos e trabalho, sempre me incentivando a continuar no aprendizado e aperfeiçoamento profissional.

AGRADECIMENTOS

À Luciana Teixeira Rios, minha mais amiga que secretária, pela digitação desta dissertação.

À Equipe do AAF, pela enorme disponibilidade durante o trabalho de campo.

À Coordenação de Serviço Social, à Coordenação de Prevenção de Acidentes e Violência e ao Núcleo de Informações da Secretaria Municipal de Saúde de Duque de Caxias, pela colaboração oferecida.

A setorização é irracional, pois fragmenta, cria paralelismos de ação, às vezes até concorrência. E o sujeito é um só, cidadão daquele espaço governamental. É uma cultura a ser estabelecida, a de criar a idéia de que o Governo é responsável no seu conjunto, e não setorialmente, pela melhoria das condições de vida do cidadão.

Wanda Engel Adrian

RESUMO

FERNANDES, Sandra de Oliveira. *A intersetorialidade nos serviços de Assistência à Saúde: análise de experiência.* 2013. 76 f. Dissertação (Mestrado em Administração em Saúde) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2013.

Esta dissertação analisou a experiência de um serviço especializado no atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência, no Hospital Infantil Ismélia Silveira, em Duque de Caxias, no estado do Rio de Janeiro, por meio de aplicação de questionários e pesquisa documental, com o objetivo de analisar a construção da intersetorialidade em um serviço de assistência e demonstrar a importância de sua inclusão formal nas políticas públicas. Foi possível descrever o processo de construção de ações intersetoriais por iniciativa dos profissionais do serviço; observar a ausência de políticas intersetoriais formais para a atenção às vítimas de violência no município de Duque de Caxias; perceber a temática da violência como motivadora para o desenvolvimento da intersetorialidade; e, por fim, confirmar a percepção de sua importância para o atendimento integral a esse grupo alvo.

Palavras-chave: Políticas Públicas. Violência. Intersetorialidade. Integralidade.

ABSTRACT

FERNANDES, Sandra de Oliveira. *Intersectoriality in health care services: analysis of experience.* 2013. 76 f. Dissertação (Mestrado em Administração em Saúde) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2013.

This thesis analyzed the experience of a specialized health care service for children and adolescents who are victims of violence, at Children's Hospital Ismélia Silveira, in the city of Duque de Caxias, state of Rio de Janeiro, Brazil, through the application of questionnaires and documental research, aiming to analyze the construction of the intersectoral assistance service and show the importance of its formal inclusion in public policies. It described the building process on the initiative of professional service; observed the absence of intersectoral formal attention in the municipality; understood the theme of violence as a motivator for the development of intersectorality; and finally confirmed the perception of its importance to comprehensive care for this target group.

Key words: Public Policies. Violence. Intersectorality. Comprehensive Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

GRÁFICO 1 - Evolução das taxas de óbito (em 100 mil) de crianças e adolescentes (< 1 a 19 anos de idade) segundo causa. Brasil - 1980/2010.....	26
GRÁFICO 2 - Evolução das taxas de óbito (em 100 mil) de crianças e adolescentes (<1 a 19 anos de idade) por causas externas. Brasil - 1980/2010.....	27
FIGURA 1 - Diagrama de intersetorialidade	32
FIGURA 2 - Mapa de Duque de Caxias	42
QUADRO 1 - Referências para AAF citadas nos questionários e nas atas das reuniões de equipe	52
QUADRO 2 - Benefícios alcançados pelos usuários do AAF através das referências	54

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Evolução dos óbitos de crianças e adolescentes (<1 a 19 anos) segundo causas. Brasil, 1980/2010.....	25
Tabela 2 -	Número e taxas (em 100 mil) de atendimento de crianças e adolescentes (<1 a 19 anos) por violências segundo Unidade da Federação/ Região e faixas etárias. Brasil, 2011.....	28
Tabela 3 -	Número e percentual de atendimentos de crianças e adolescentes (<1 a 19 anos) por violência segundo tipo de violência e faixa etária das vítimas no Brasil, 2011.....	30
Tabela 4 -	Número, percentual e taxas (em 100mil) de atendimento por violência sexual de crianças e adolescentes (< 1 a 19 anos) segundo sexo e faixa etária das vítimas. Brasil, 2011.....	30
Tabela 5 -	Número de casos notificados de violência doméstica, sexual e/ou outras violências segundo sexo. Duque de Caxias, 2012.	33
Tabela 6 -	Número de casos notificados de violência doméstica, sexual e/ou outras violências segundo faixa etária. Duque de Caxias, 2012.....	34
Tabela 7 -	Número de casos notificados de violência doméstica, sexual e/ou outras violências segundo local de ocorrência. Duque de Caxias, 2012.....	35
Tabela 8 -	Número de casos notificados de violência doméstica, sexual e/ou outras violências segundo tipo de violência. Duque de Caxias, 2012.....	35
Tabela 9 -	Número de casos notificados de violência doméstica, sexual e/ou outras violências segundo meios de agressão. Duque de Caxias, 2012.....	36

Tabela 10 -	Número de casos notificados de violência doméstica, sexual e/ou outras violências segundo autor de agressão. Duque de Caxias, 2012.....	37
Tabela 11 -	Número de atendimentos por violência no AAF segundo sexo. Duque de Caxias, 2000-2012.....	46
Tabela 12 -	Número de atendimentos por violência no AAF segundo faixa etária. Duque de Caxias, 2000-2012.....	47
Tabela 13 -	Número de atendimentos por violência no AAF segundo tipo de violência predominante no atendimento. Duque de Caxias, 2000-2012.....	47
Tabela 14 -	Número de atendimentos por violência no AAF segundo agressor Duque de Caxias, 2000-2012.....	48
Tabela 15 -	Identificação dos Profissionais do AAF que responderam ao questionário.....	51

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	13
1	INTEGRALIDADE, INTERDISCIPLINARIDADE, INTERSETORIALIDADE E POLÍTICAS INTERSETORIAIS.....	16
1.1	Contexto da intersectorialidade.....	18
1.2	Iniciativas para assistência integral através de ações intersectoriais.....	20
2	VIOLENCIA CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE.....	23
2.1	Perfil da violência contra a criança e o adolescente no município de Duque de Caxias.....	33
3	OBJETIVOS.....	38
4	MÉTODO.....	39
5	LOCALIZAÇÃO DO CAMPO DE PESQUISA.....	41
5.1	O município de Duque de Caxias.....	41
5.2	A rede de saúde no município de Duque de Caxias.....	43
5.2.1	<u>O Hospital Infantil Ismélia Silveira.....</u>	43
6	RESULTADOS.....	45
6.1	O Ambulatório de Apoio à Família.....	45
6.2	A construção da intersectorialidade no AAF.....	48
6.3	Identificação da necessidade de referências fora da Secretaria de Saúde.....	50

6.4	Benefício alcançados.....	53
6.5	Dificuldades encontradas nos encaminhamentos para referências.....	55
6.6	Motivação para construção da intersetorialidade.....	58
7	DISCUSSÃO.....	60
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	63
	REFERÊNCIAS	65
	APÊNDICE A – Questionário	70
	APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	72
	APÊNDICE C – Tabela 3.....	73

INTRODUÇÃO

A Norma Operacional Básica de 1996 (NOB-96) define claramente os determinantes sociais do processo saúde-doença como “questões relativas às políticas macroeconômicas, ao emprego, à habitação, à educação, ao lazer e à disponibilidade e qualidade dos alimentos” (BRASIL, 1996).

Apesar de definidos diferentes fatores condicionantes e determinantes de saúde ou doença, desenvolve-se habitualmente uma política setorial, e a responsabilidade de alcançar os diversos fatores necessários à saúde recai quase que exclusivamente sobre o setor saúde. Schutz (2010) destaca que a população usuária dos serviços públicos é prejudicada por características da política pública que, por ser habitualmente fragmentada e desarticulada, impossibilita o atendimento das necessidades da população de forma integral. Tumelero (2012) aponta que as políticas intersetoriais ainda são “processos inovadores e experimentais” e viabilizados, sobretudo, pelo interesse dos atores que executam tais políticas e menos por uma decisão política de governo.

Em 2002, Teixeira apontava que a formulação de políticas intersetoriais era entendida pelos governos como busca de alternativas à crise do setor saúde, uma vez que possibilitam a evolução da noção de “promoção da saúde”. Mais recentemente, o Pacto pela Saúde vem realizando a difusão do movimento da promoção da saúde e tem retomado a ideia de rede, implícita nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo a necessidade de desenhar redes regionalizadas de atenção à saúde como forma de oferecer atenção integral.

Entendem-se *redes* como “articulação entre serviços e sistemas de saúde, e às relações entre atores que aí atuam, mediante relações de interdependência entre os pontos da rede” (PIMENTA, 2012, p. 22). O estabelecimento das redes favorece a intersectorialidade dentro dos serviços de saúde, fortalecendo esse setor, o que possibilita a busca da intersectorialidade nos outros setores como educação, assistência social, trabalho e renda, segurança pública, entre outros.

Segundo Dias (2003, p. 23):

[...] se compreendido o processo saúde/doença em toda a sua complexidade, com seus nexos causais diversos e sua determinação social,

se compreende também que a modificação do mesmo exige ações e intervenções do setor saúde e aliança com outros setores que elaboram e implementam políticas públicas.

O autor indica que esta visão rompe com o isolamento do setor saúde e o inclui em outro horizonte político, trabalhando institucionalmente a intersetorialidade para a construção de políticas públicas eficazes, resolutivas e que atendam às necessidades da população (DIAS, 2013), o que justifica a reflexão trazida por este estudo.

Em março de 2000, foi criado o Ambulatório de Apoio à Família (AAF) no Hospital Infantil Ismélia Silveira (HIIS), no município de Duque de Caxias, estado do Rio de Janeiro, para atendimento sistematizado e multidisciplinar das crianças e adolescentes (e suas famílias) vítimas de violência.

Fui pediatra deste ambulatório, da formação do AAF até 2004, e pude vivenciar a intersetorialidade neste serviço, inclusive registrada nos prontuários e atas das reuniões de equipe. Este fato muito me chamou atenção e entendo que isso se dá porque as famílias envolvidas com a temática da violência precisam mais do que atendimento médico, psicológico e social. Elas buscam soluções que, muitas vezes, não estão no serviço de saúde. No entanto, a equipe de saúde passa a ser referência de apoio para a família, e então se mobiliza a buscar os recursos necessários, praticando e construindo continuamente a intersetorialidade, apesar da escassez de políticas formais neste sentido, ainda muito incipientes.

Esse período no AAF me trouxe muito crescimento profissional e benefícios: o aprendizado do trabalho interdisciplinar, o desenvolvimento da autonomia da equipe, a criação de protocolos clínicos, a participação em muitos eventos e aulas para universitários, a publicação de artigos, maior compreensão da importância do vínculo entre profissional e paciente e a necessidade de responsabilização pelo paciente.

Todos esses fatores foram motivadores para o desenvolvimento desta pesquisa, com o objetivo de trazer subsídios para a reflexão sobre a importância da elaboração de políticas públicas intersetoriais, por serem essenciais para o atendimento integral e, por muitas vezes, as ações setoriais surgirem da iniciativa isolada dos profissionais de saúde.

Nesse contexto, este estudo pretende trazer reflexões sobre a construção de políticas intersetoriais, a partir da análise da experiência do Ambulatório de Apoio à

Família do Hospital Infantil Ismélia Silveira, no município de Duque de Caxias, estado do Rio de Janeiro.

Após a breve introdução desta dissertação, o capítulo 1 define os conceitos integralidade, interdisciplinaridade, intersetorialidade e políticas intersetoriais e apresenta, de forma sucinta, o contexto da intersetorialidade na área de saúde e algumas iniciativas para assistência integral aos pacientes, através de ações intersetoriais. O capítulo 2 contextualiza a violência contra a criança e o adolescente na sociedade. Os capítulos 3, 4 e 5 apresentam objetivos, método e localização do campo de pesquisa. Nos capítulos 6, 7 e 8 estão apresentados os resultados, a discussão e as considerações finais deste estudo.

1. INTEGRALIDADE, INTERDISCIPLINARIDADE, INTERSETORIALIDADE E POLÍTICAS INTERSETORIAIS

Para o desenvolvimento desta dissertação, é importante discutir a definição dos termos “integralidade”, “interdisciplinaridade”, “intersectorialidade” e “políticas intersectoriais”.

A *integralidade*, segundo Mattos (2006), pode ter vários sentidos. Pode ser entendida como uma visão abrangente das necessidades dos sujeitos que estão sendo tratados, orientando uma boa prática dos profissionais. Pode, ainda, estar relacionada à organização dos serviços de saúde, colocando lado a lado as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. Por fim, pode ser uma compreensão dos governos de que devem executar ações integradas para responder a problemas ou necessidades. O autor resume esses vários sentidos na seguinte citação:

[...] integralidade talvez só se realize quando procurarmos estabelecer uma relação sujeito-sujeito, quer nas nossas práticas nos serviços de saúde, quer nos debates sobre a organização dos serviços, quer nas discussões sobre as políticas [...]. (MATTOS, 2006, p. 15).

Kell (2003) refere que a integralidade pressupõe intersectorialidade, com os governos buscando respostas aos problemas de saúde. Desta forma, reforça a definição de Mattos de integralidade se referindo às políticas. Gomes (2009, p. 3344) destaca que a contribuição fragmentada de cada disciplina científica não é suficiente para superar problemas complexos, e define *interdisciplinaridade* como a “integração dos conhecimentos de diversas disciplinas a fim de gerar um saber novo, que não é do domínio de uma disciplina específica, é um fazer interativo”.

A Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde (HumanizaSUS) traz a seguinte definição para a *intersectorialidade* (BRASIL, 2003)

[...] integração dos serviços de saúde e outros órgãos públicos com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do SUS, potencializando, assim, os recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos disponíveis e evitando duplicidade de meios para fins idênticos.

Essa definição considera os determinantes multifatoriais das condições de vida para o processo saúde-doença, daí destacar que o planejamento e a gestão da saúde estejam integrados às políticas sociais e econômicas. Schutz (2010) ratifica que a intersectorialidade se vincula ao conceito ampliado de saúde, sendo necessário suprir diversas necessidades para oferecer saúde. Tumelero (2012) aponta diversos sentidos atribuídos à intersectorialidade: complementaridade de setores, prática integrada, articulação política na gestão pública, otimização de recursos e trabalho com redes. Teixeira (2002, p. 62) define de forma muito interessante e muito “inter” a intersectorialidade:

[...] processo em que os objetivos, as estratégias e os recursos de cada setor se consideram segundo suas repercussões e efeitos nos objetivos, estratégias, atividades e recursos dos demais setores.

Nobre (2003, p. 954), após análise do trabalho da Comissão Interinstitucional de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil, instituída pelo governo do Estado da Bahia em 1996, aponta que a intersectorialidade é um “espaço de exercício de poderes e de interesses, por vezes, conflitantes”.

Política intersectorial foi definida por Teixeira (2002, p. 64) como:

[...] relação reconhecida entre uma ou várias partes do setor saúde com uma ou várias partes de outro setor, que se tenha formado para atuar em um tema visando alcançar resultados de saúde de uma maneira mais efetiva, eficiente ou sustentável, do que poderia alcançar o setor saúde agindo por si só.

Bourguignon (2001, p. 43) destaca que as políticas intersectoriais devem existir para “priorizar o atendimento integral às necessidades dos segmentos vulneráveis”. Isso é enfatizado por Sigerist (2003), que entende que as políticas intersectoriais devem ser capazes de oferecer soluções para os problemas da população de um determinado território. Um apontamento importante é feito por Nascimento (2011), quando ressalta que as ações nas políticas intersectoriais devem estar articuladas nas fases de planejamento, organização e desenvolvimento, para que se alcance a intersectorialidade e, a partir daí, a integralidade do cuidado.

Neste estudo adota-se a definição de *integralidade* de Mattos como compreensão dos governos da necessidade de executar ações integradas para

atender às necessidades dos usuários, e a definição de *intersectorialidade* da Política Nacional de Humanização considerando a integração dos serviços de saúde e outros órgãos públicos.

É importante ressaltar que a existência de ações intersectorais na prática cotidiana dos serviços de saúde não representa, formalmente, a existência de políticas intersectoriais implementadas.

1.1. Contexto da intersectorialidade

Andrade (2004) traz em sua tese de doutorado um relato histórico do surgimento dos princípios da “Medicina Social” na Europa no século XIX, chamada de “Promoção da Saúde” a partir de 1941 e denominada “Intersectorialidade” a partir da Conferência de Alma Ata.

A Declaração de Alma Ata para os Cuidados Primários em Saúde (1978) serviu de parâmetro para diversas discussões ao redor do mundo, como por exemplo, para as discussões da Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde realizada em Ottawa, em 1986 (ANDRADE, 2004). Essa Conferência teve seu tema centrado no conceito de Promoção da Saúde, que define como condições e requisitos para a saúde: paz, educação, moradia, alimentação, renda, ecossistema estável, justiça social e equidade (ANDRADE, 2004). Percebe-se claramente o papel fundamental da intersectorialidade na assistência integral à saúde.

Em 1988, aconteceu a II Conferência Mundial de Promoção da Saúde em Adelaide, Austrália. Andrade (2004, p. 122) aponta como um dos resultados desta conferência “a orientação de que a elaboração de políticas públicas saudáveis necessita, acima de tudo, de vontade e compromisso político de *todos* os setores envolvidos com saúde”.

As outras três Conferências Mundiais de Saúde, que aconteceram até o ano 2000, mantiveram o mesmo discurso. Enquanto isso, no Brasil, a relação entre a intersectorialidade e a integralidade da assistência à saúde é reafirmada em diversos momentos. A Constituição de 1988 determina que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Em 1990, a Lei n. 8.080 regulamenta, entre outros:

[...] que as políticas sociais e econômicas protetoras da saúde individual e coletiva são as que atuam diretamente sobre os fatores determinantes e condicionantes da saúde como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, a educação, transporte, lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

A Norma Operacional Básica 1996 (NOB-96) organiza as ações de saúde no campo da assistência propriamente dito e define os determinantes sociais do processo saúde-doença. A partir de 2006, o Pacto pela Saúde reforçou a importância da promoção da saúde e iniciou a proposição de redes (BRASIL, 2006). Segundo Pimenta (2012), estas vêm sendo constituídas no estado do Rio de Janeiro, apenas desde 2012, e ainda estão muito incipientes, embora estejam marcando a importância das linhas de cuidado para os diferentes pacientes. O autor aponta, ainda, que as redes que mais vêm se desenvolvendo são a Rede Cegonha, voltada à assistência materno-infantil, e a Rede de Urgência e Emergência.

Andrade (2004, p. 127), ao discutir a intersetorialidade, apresenta o modelo das casinhas paralelas nas estruturas de gestão. Segundo ele:

[...] cada setor se constitui em uma casinha que operacionaliza as suas políticas em si e para si, de dentro para fora, tornando-se o próprio objeto de sua existência. As políticas são pensadas no interior do setor fundamentadas no seu objeto e acúmulo de práticas e saberes, a partir dos quais exteriorizam um conjunto de ações que sempre buscam justificar a sua própria existência. Assim as casinhas representam os setores da saúde, educação, habitação, meio ambiente, urbanismo, cultura, esporte, obras, etc. E cada um se desenvolve em razão de suas demandas e de suas próprias soluções, operando a reafirmação do setor, em si e para si.

Considerando que os problemas de saúde são multifatoriais, há necessidade de se trabalhar inevitavelmente de forma intersetorial, mas enfrentando um modelo tradicionalmente setorial, conforme bem ilustrado por Andrade (2004), obrigando à reflexão sobre a necessidade de mudanças que viabilizem as políticas de saúde.

1.2. Iniciativas para assistência integral através de ações intersetoriais

É possível identificar exemplos de ações desenvolvidas pelo Governo Federal e Secretarias de Saúde, fundamentais para garantir assistência integral, inclusive custeadas pela área da saúde, mas que poderiam ser desenvolvidas por outros órgãos de governo, demonstrando escassez de políticas intersetoriais.

Ações previstas pelo Ministério da Saúde para os Programas de DST/Aids (doenças sexualmente transmissíveis / síndrome da imunodeficiência adquirida), Tuberculose e Hanseníase exemplificam esta situação. O Ministério da Saúde prevê, por exemplo, que o recurso desses programas possa ser utilizado para compra de vale-transporte para o acesso dos pacientes aos serviços de saúde. Por que não evitar essa despesa pelas Secretarias de Saúde, e atribuir à Secretaria de Transportes a garantia do transporte gratuito dos pacientes junto às empresas de ônibus que trabalham nos municípios? É difícil desenvolver esta prática em um município isoladamente, havendo tantos interesses econômicos envolvidos. Não seria mais viável se ela já fizesse parte da Política Nacional? Este mesmo recurso tem ainda autorização do Ministério da Saúde para ser gasto com “cestas básicas”. Não seria ideal se o Governo Federal já previsse essa demanda para as Secretarias de Assistência Social?

No caso da atuação contra o dengue, o Ministério da Saúde prevê o envio de recursos para compra de larvicidas, inseticidas, equipamentos de proteção, carros, entre outros (BRASIL, 2013). Este recurso não poderia estar previsto no orçamento do Ministério do Meio Ambiente?

Outro exemplo de sobrecarga do setor saúde pela escassez de políticas intersetoriais é o “Programa Academia da Saúde”, criado pela Portaria nº 719 (BRASIL, 2013). O programa prevê a construção de espaços para atividade física, com infraestrutura e equipamentos adequados, para promover modos de vida saudáveis e facilitar a ação da atenção básica na prevenção das doenças crônicas não transmissíveis. Embora seja uma importante iniciativa, tendo em vista seu impacto na promoção da saúde e mesmo na prevenção de doenças, as academias deveriam ser financiadas e administradas pelas secretarias de Saúde?

O recurso financeiro é do Ministério da Saúde, e não do Ministério dos Esportes. A contratação de profissional de Educação Física para operacionalizar as Academias de Saúde fica a cargo das Secretarias Municipais de Saúde. Considerando os limites impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal e a falta de ações intersetoriais entre as secretarias de Saúde e as de Esportes, os municípios enfrentam dificuldades para contratar esse profissional. Por isso o Ministério da Saúde autorizou a operação das academias por *qualquer* profissional de nível superior que já esteja na Equipe de Saúde da Família. Com que habilidades e competência? Não seria mais viável se houvesse uma política intersetorial?

Em relação ao fenômeno do crack, inicialmente, o Ministério Público criou um número telefônico de utilidade pública para que familiares peçam ajuda para filhos, maridos e outros, dependentes de crack (BRASIL, 2013). A partir do recebimento da queixa, o Ministério Público encaminhava para as Coordenações Municipais dos Programas de Saúde Mental, a determinação para realizar visitas domiciliares, inclusive em áreas de risco, com prazo definido, sem participação de outras secretarias, nem mesmo a de Segurança Pública. Em março de 2013, foi retomado nacionalmente o modelo de enfrentamento ao crack proposto em dezembro de 2011, demonstrando o início de um caminho de construção de ações intersetoriais enquanto políticas (BRASIL-MS, 2013).

A proposta, de trabalho intersetorial, é denominada “Plano crack é possível vencer” e sugere ação sistêmica e integrada nas áreas da Saúde, Segurança, Assistência Social, Educação e Direitos Humanos, disponibilizando equipamentos e serviços, e construindo rede de serviços para atendimento a usuários e famílias, com disponibilização de R\$ 4 bilhões do Governo Federal. O Ministério justifica a criação do Plano da seguinte forma (BRASIL, 2013):

[...] A diversidade de problemas trazidos pelas drogas, de dimensões biológicas, psíquicas, sociais, culturais, constitui um grande desafio para a implementação de uma política que exige uma abordagem abrangente e o desenvolvimento de ações articuladas, que contemplem a prevenção do uso, o cuidado ao usuário e o enfrentamento ao tráfico de drogas.

Em Campina Grande, estado da Paraíba, o programa de saúde mental desenvolveu uma política de articulação da rede de cuidado, que possibilitou, segundo Azevedo (2012, p. 95), a “corresponsabilização da assistência e o

estabelecimento do vínculo dos usuários com outros setores do município, sem distanciá-lo do CAPS como local de tratamento”. É desenvolvido, por exemplo, um projeto cultural itinerante que possibilita a inclusão no mercado de trabalho.

Lima (2011) relata a experiência, na Bahia, de criação de um Comitê Estadual de Mobilização Social de Prevenção e Controle de Dengue, constituído por diversos segmentos, num total de 36 instituições, destacando suas responsabilidades. O autor descreve que, após análise do trabalho do comitê, o apoio político dos gestores e a existência de uma política pública específica foram muito importantes para a experimentação da intersetorialidade. Embora com atuação ainda fragmentada, o Comitê transformou o tema da dengue em tema transversal no processo de trabalho das diferentes instituições (LIMA, 2011).

As experiências relatadas demonstram que, apesar de incipientes, algumas ações e políticas já vêm sendo elaboradas com a inclusão da intersetorialidade como eixo central para a atenção integral, deixando de ser essa uma prática muito focada na iniciativa dos profissionais. Parece que se inicia uma nova lógica na gestão.

2. VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE

Segundo Deslandes (1994), definem-se maus-tratos pela existência de um sujeito em condições superiores (em decorrência da idade, força, posição social ou econômica, inteligência, autoridade) que comete um dano físico, psicológico ou sexual, contrariamente à vontade da vítima ou por consentimento obtido a partir de indução ou sedução enganosa. Os maus-tratos contra a criança e o adolescente podem ser praticados pela omissão, pela supressão ou pela transgressão de seus direitos.

Classicamente, os maus-tratos são divididos em quatro tipos:

1. Maus-tratos físicos:

[...] uso da força física de forma intencional, não acidental, praticada por pais, responsáveis, familiares ou pessoas próximas da criança ou adolescente, com o objetivo de ferir, danificar ou destruir esta criança ou adolescente, deixando ou não marcas evidentes. (DESLANDES, 1994, p. 10).

2. Abuso sexual:

[...] é todo ato ou jogo sexual, relação heterossexual ou homossexual cujo agressor está em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado que a criança ou adolescente. Tem por intenção estimulá-la sexualmente ou utilizá-la para obter satisfação sexual. Estas práticas eróticas e sexuais são impostas à criança ou ao adolescente pela violência física, por ameaças ou pela indução de sua vontade. Podem variar desde atos em que não existam contato sexual (voyerismo, exibicionismo) aos diferentes tipos de atos com contato sexual sem ou com penetração. Engloba ainda situação de exploração sexual visando lucros como prostituição e pornografia. (DESLANDES, 1994, p. 11).

3. Maus-tratos psicológicos:

[...] são toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança ou punição exageradas e utilização da criança ou do adolescente para atender às necessidades psíquicas dos adultos. Todas estas formas de maus tratos psicológicos podem causar danos ao desenvolvimento biopsicossocial da criança. (SANCHEZ, 2000, p. 13).

4. Negligência:

[...] é o ato de omissão do responsável pela criança ou adolescente em prover as necessidades básicas para o seu desenvolvimento. (ABRÁPIA, 1997, p. 13).

A violência representa, atualmente, uma das principais causas de morbimortalidade, especialmente na população jovem, sendo considerada grave problema de saúde pública. Isso se deve a um maior número de notificações das ocorrências, além do fato de serem caracterizados como violência fatos antes considerados normais, como a violência intrafamiliar contra a mulher ou as crianças, a violência nas escolas, entre outras. Porto (1997, p. 16) destaca: “Foram incluídos e nomeados como violência, acontecimentos que passavam anteriormente por práticas costumeiras de regulamentação das relações sociais”.

A notificação da violência doméstica, sexual e/ou outras violências foi implantada no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) do Ministério da Saúde em 2009. Deve ser realizada nas situações de suspeita de violências envolvendo crianças, adolescentes, mulheres e idosos, atendendo às leis n. 8.069, que regulamenta o Estatuto da Criança e Adolescente (BRASIL, 1990); n. 10.741, o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003); e n. 10.778, que obriga notificação de violência contra mulher (BRASIL, 2003). Essa notificação é realizada mediante o preenchimento de uma ficha de notificação específica, diante de suspeita de ocorrência de situação de violência.

O Ministério da Saúde organizou, a partir dos dados do SINAN do ano de 2011, um mapa da violência no Brasil (WAISELFISZ, 2011), onde é destacado que esses dados refletem apenas a “ponta do iceberg”, representando uma parcela mínima da violência que, de fato, existe na nossa sociedade.

As causas externas de mortalidade de crianças e adolescentes vêm crescendo de forma assustadora nas últimas décadas, passando de 6,7% do total de óbitos em 1980 para 26,5% em 2010 (WAISELFISZ, 2011). As causas externas são responsáveis por 53,2% do total de mortes na faixa de 1 a 19 anos de idade, seguidas das neoplasias – 7,8%, e doenças do aparelho respiratório – 6,6%. Detalhando as causas externas, homicídios representam 22,5% do total de óbitos nesta faixa. Dentre os 99 países com dados recentes nas bases estatísticas da Organização Mundial da Saúde (OMS), o Brasil, com sua taxa de 13,0 homicídios para cada 100 mil crianças e adolescentes, ocupa a 4ª posição internacional, só superada por El Salvador, Venezuela e Trindade e Tobago.

Os dados apresentados na tabela 1 descrevem o aumento de óbitos por causas externas, entre crianças e adolescentes, em especial por homicídios.

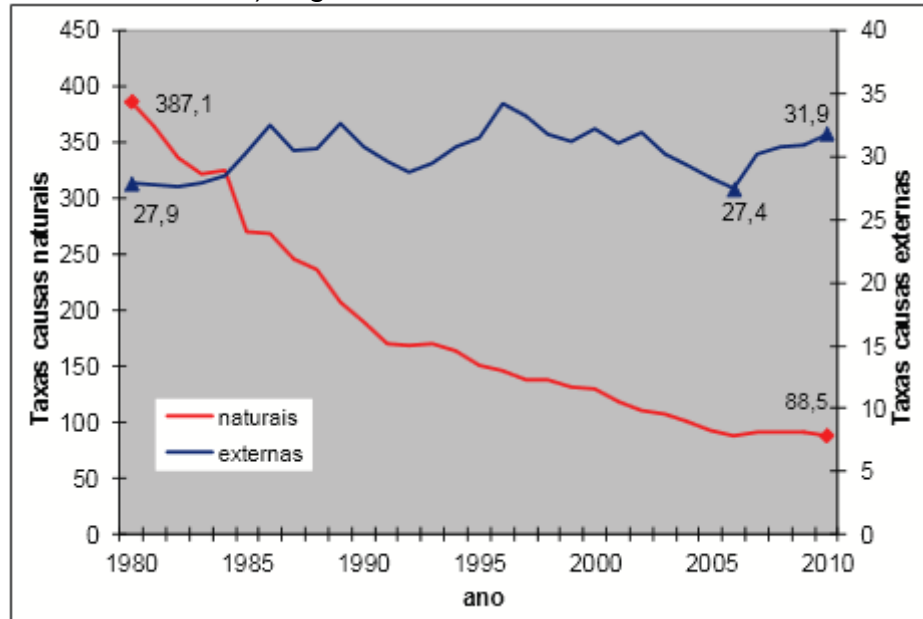
Tabela 1 - Evolução dos óbitos de crianças e adolescentes (<1 a 19 anos)
segundo causa – Brasil, 1980/2010

Ano	Acidentes Transporte	Outros Acidentes	Suicídio	Homicídio	Outras Violências	Causas Externas	Total óbitos <1 a 19 anos
1980	4.782	6.309	482	1.825	3.059	16.457	244.942
1981	4.832	6.538	567	1.920	2.704	16.561	233.620
1982	5.204	6.518	470	1.899	2.524	16.615	219.530
1983	4.788	7.429	533	2.266	2.000	17.016	212.601
1984	5.202	7.115	739	2.596	2.150	17.502	217.361
1985	5.812	7.327	407	2.908	2.406	18.860	187.405
1986	6.652	7.384	455	3.134	2.789	20.414	189.346
1987	5.822	7.199	451	3.396	2.559	19.347	175.320
1988	5.946	7.127	393	3.422	2.734	19.622	171.427
1989	6.278	7.405	443	4.456	2.531	21.113	155.591
1990	5.946	7.255	446	5.004	1.489	20.140	144.457
1991	5.831	7.070	488	4.674	1.549	19.612	131.953
1992	5.581	6.910	485	4.165	1.779	18.920	130.142
1993	5.740	7.039	570	4.782	1.912	20.043	135.580
1994	6.051	7.246	645	5.168	2.113	21.223	134.588
1995	6.423	7.336	632	5.925	1.697	22.013	127.109
1996	6.832	7.254	750	6.170	1.651	22.657	119.518
1997	6.546	6.956	683	6.645	1.530	22.360	115.029
1998	5.574	6.096	701	7.181	2.156	21.708	115.786
1999	5.518	6.317	634	7.355	1.749	21.573	112.470
2000	5.154	6.095	609	8.132	1.953	21.943	110.392
2001	5.243	5.300	816	8.480	1.712	21.551	103.787
2002	5.538	5.455	756	8.817	7	22.373	100.621
2003	5.359	5.074	763	8.787	33	21.516	98.516
2004	5.518	4.992	750	8.309	23	21.192	93.693
2005	5.436	4.930	732	8.361	31	21.040	89.804
2006	5.390	4.710	756	8.414	14	20.614	86.512
2007	5.471	4.448	716	8.166	35	20.436	82.358
2008	5.388	4.329	735	8.433	36	20.471	81.044
2009	4.981	4.258	680	8.393	37	19.979	78.916
2010	5.456	3.953	709	8.686	14	20.048	75.708
%2010	27,2	19,7	3,5	43,3	6,2	100,0	
Total 81/90	56.482	71.217	4.604	31.001	23.886	187.190	1.906.658
Total 91/100	59.250	68.319	6.197	60.197	18.089	212.052	1.232.567
Total 01/10	53.780	47.449	7.413	84.846	15.732	209.220	1.001.351
Total 81-10	169.512	186.985	18.214	176.044	57.707	608.462	4.030.184
△ % 80/90	24,3	15,0	-7,5	174,2	-51,3	22,4	-41,0
△ % 90/00	-13,3	-16,0	36,5	62,5	31,2	9,0	-23,6
△ % 00/10	5,9	-35,1	16,4	6,8	-36,3	-8,6	-31,4
△ % 80/10	14,1	-37,3	47,1	375,9	-59,3	21,8	-69,1

Fonte: Mapa da Violência. Brasil, 2011.

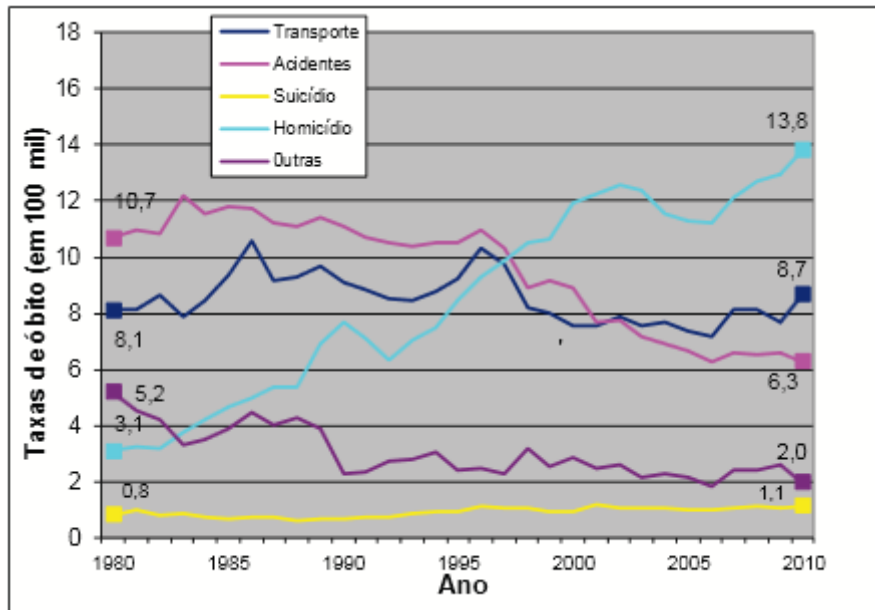
Os dados do gráfico 1 demonstram a queda das taxas de óbito de crianças e adolescentes no Brasil por causas naturais e o aumento por causas externas; o gráfico 2 apresenta o incremento das taxas de óbitos no mesmo grupo e período, por homicídios.

Gráfico 1 - Evolução das taxas de óbito (em 100 mil) de crianças e adolescentes (<1 a 19 anos de idade) segundo causa – Brasil, 1980/2010



Fonte SINAN/SVS/MS

Gráfico 2 - Evolução das taxas de óbito (em 100 mil) de crianças e adolescentes (<1 a 19 anos de idade) por causas externas – Brasil, 1980/2010



Fonte SINAN/SVS/MS

Na tabela 2 está apresentado o número de atendimentos de crianças e adolescentes (<1 a 19 anos) por violência, nos diferentes estados das regiões brasileiras, no ano de 2011.

O cálculo das taxas de atendimento por estado fica prejudicado porque existem diferenças nas coberturas do SINAN relativas aos dados de notificação da violência doméstica, sexual e/ou outras violências.

Tabela 2 - Número e taxas (em 100 mil) de atendimentos de crianças e adolescentes (<1 a 19 anos) por violências segundo UF/região e faixas etárias - Brasil, 2011

UF/Região	<1	1-4	5-9	10-14	15-19	<1-19	Total
Acre	5	16	37	203	86	347	518
Amapá	1	11	6	34	91	143	242
Amazonas	100	153	204	384	313	1.154	2.025
Pará	40	167	311	446	227	1.191	1.764
Rondônia	5	2	10	36	26	79	221
Roraima	3	18	33	76	119	249	609
Tocantins	10	33	35	86	174	338	940
Norte	164	400	636	1.265	1.036	3.501	6.319
Alagoas	14	22	42	137	567	782	1.718
Bahia	94	126	206	388	976	1.790	3.928
Ceará	19	41	47	91	130	328	667
Maranhão	27	47	84	161	120	439	707
Paraíba	49	38	32	90	178	387	1.266
Pernambuco	266	451	319	553	822	2.411	5.851
Piauí	16	78	67	61	98	320	759
Rio Grande do Norte	4	29	36	68	132	269	717
Sergipe	13	53	74	162	42	344	400
Nordeste	502	885	907	1.711	3.065	7.070	16.013
Espírito Santo	6	31	41	69	70	217	604
Minas Gerais	205	454	463	1.054	1.979	4.155	13.245
Rio de Janeiro	386	450	358	609	845	2.648	5.959
São Paulo	741	1.629	1.407	2.385	3.268	9.430	26.514
Sudeste	1.338	2.564	2.269	4.117	6.162	16.450	46.322
Paraná	348	262	298	634	874	2.416	5.122
Rio Grande do Sul	344	620	715	1.012	1.253	3.944	9.205
Santa Catarina	115	190	249	494	724	1.772	5.632
Sul	807	1.072	1.262	2.140	2.851	8.132	19.959
Distrito Federal	70	123	108	173	182	656	1.353
Goiás	37	103	110	182	358	790	1.997
Mato Grosso	25	53	76	110	130	394	805
Mato Grosso do Sul	310	486	318	459	715	2.288	5.347
Centro-Oeste	442	765	612	924	1.385	4.128	9.502
Brasil	3.253	5.686	5.686	10.157	14.499	39.281	98.115
Taxa de atendimento	118,9	50,9	37,7	58,7	84,6	61,9	

Fonte SINAN/SVS/MS

Gawrypzewski (2012) descreve o perfil da violência contra crianças e adolescentes no estado de São Paulo em 2009, a partir da análise de 4.085 notificações em menores de 15 anos. O sexo feminino foi 61,4% do total. A faixa etária mais frequente entre as meninas foi a de 10 a 14 anos (38,8%) e entre os meninos foi de menores de cinco anos (35,8%). A violência física representou 43,3% dos casos em meninos, e a sexual, 41,7% em meninas. Os principais autores das agressões foram os pais (43,8% do total) e conhecidos (29,4%). Agressores homens representaram 72,0%. A residência foi o local de ocorrência de 72,9% dos casos; violência de repetição foi referida em 51,4% das notificações. Algumas diferenças encontradas entre os casos de violência física e sexual: a) violência física – maioria meninos (50,9%), pais como autores (48,4%) e mulheres como autoras (42,8%); b) violência sexual – maioria meninas (77,2%), conhecidos como autores (48,4%) e homens como autores (96,1%).

Entre as formas expressas de violência contra crianças e adolescentes destaca-se o abuso sexual, considerado um fenômeno universal e destituído de fronteiras. O abuso sexual tem maior prevalência no sexo feminino (76% dos casos) e entre adolescentes e adultos jovens, ocorrendo predominantemente no ambiente intra-familiar; em cerca de 80% dos casos, o abusador é conhecido da criança (pai - 38%, padrasto - 35%, avô - 10%) (Academia Americana de Pediatria, 2000). Dados do Brasil demonstram também a relevância do abuso sexual no contexto nacional (tabela 3).

Tabela 3 - Número e percentual de atendimentos de crianças e adolescentes (<1 a 19 anos) por violência segundo tipo de violência e faixa etária - Brasil, 2011

Tipo de Violência	Faixa etária (anos)											
	<1	1-4	5-9	10-14	15-19	Total	<1	1-4	5-9	10-14	15-19	Total
Física	1.114	1.549	2.258	5.243	11.115	21.279	29,4	21,7	26,9	36,0	59,6	40,5
Moral	322	874	1796	2965	2991	8.948	8,5	12,3	21,4	20,4	16,0	17,0
Tortura	41	67	170	287	427	992	1,1	0,9	2,0	2,0	2,3	1,9
Sexual	183	1.552	2.542	4.118	2.030	10.425	4,8	21,8	30,3	28,3	10,9	19,9
Abandono	1.893	2.846	1.425	1.281	830	8.275	49,9	39,9	17,0	8,8	4,5	15,8
Outras	240	244	198	667	1.247	2.596	6,3	3,4	2,4	4,6	6,7	4,9
Total	3.793	7.132	8.389	14.561	18.640	52.515	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: SINAN/SVS/MS

Os dados apresentados na tabela 4 reforçam o predomínio do sexo feminino como vítima do abuso sexual.

Tabela 4 - Número, % e taxas (em 100 mil) de atendimentos de crianças e adolescentes (<1 a 19 anos) por violência segundo sexo – Brasil, 2011 e faixa etária

Sexo	Número de atendimentos						% de atendimentos					
	<1	1-4	5-9	10-14	15-19	Total	<1	1-4	5-9	10-14	15-19	Total
Masculino	34	369	775	445	125	1.478	18,6	23,8	30,5	10,8	6,2	16,8
Feminino	149	1.183	1.767	3.673	1.905	8.677	81,4	76,2	69,5	89,2	93,8	83,2
Total	183	1.552	2.542	4.118	2.030	40.425	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
% de atendimento	1,8	14,9	24,4	39,5	19,5	100,0						
Taxa	6,7	13,9	16,8	23,8	11,8	16,4						

Fonte: SINAN/SVS/MS

Os espaços de atenção às vítimas de violência devem prestar atendimento com equipes multidisciplinares às lesões físicas, assistência psicológica individual e familiar, e também assistência social e legal (CAMARGO, 2002). Para isto é fundamental instituir e multiplicar redes de apoio para que as vítimas de violência se

recuperem, através de sua própria história, sua autoestima e confiança, sendo capazes de reconhecer seus próprios recursos para superar o problema e evitar que a violência se perpetue de geração em geração.

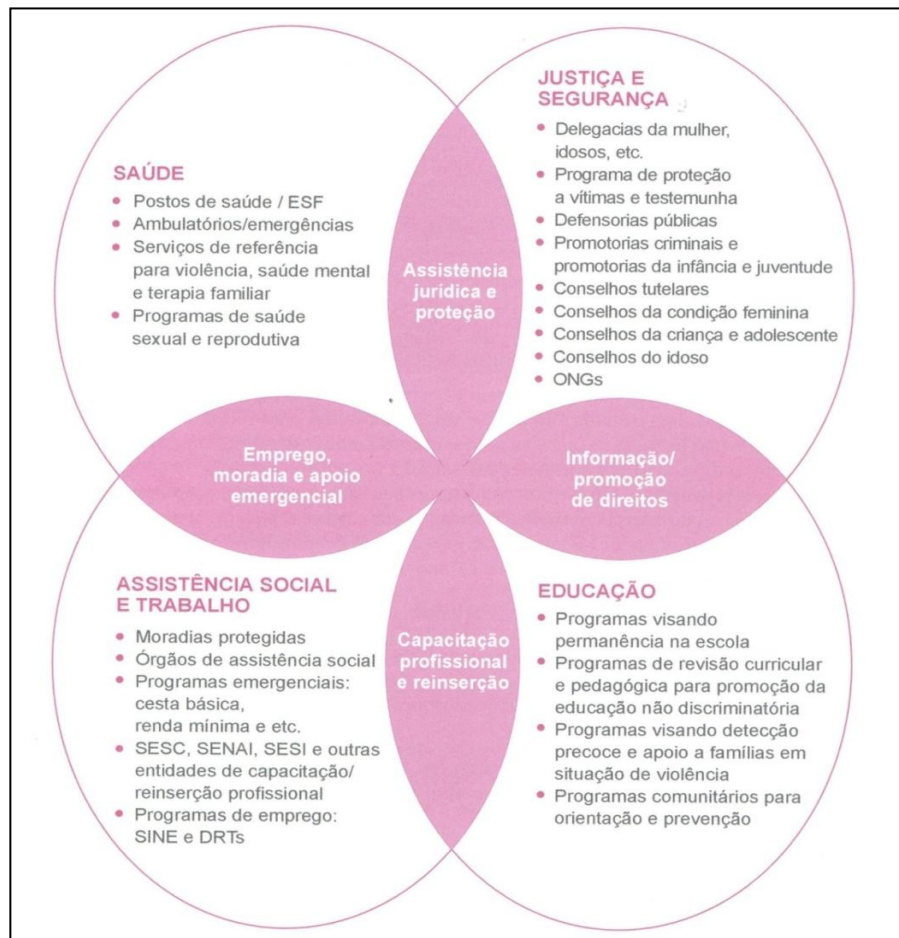
É papel das equipes que atendem as vítimas de violência, promover alternativas de organização social e familiar que incorporem a igualdade de seus membros. Segundo Camargo (2002, p. 85):

[...] a prevenção é feita também através do questionamento à desigualdade de gênero, de raça e etnia, geracional, de orientação sexual e às desigualdades econômicas agudas que levam à exclusão da cidadania um contingente significativo da população, atingindo as condições de saúde e bem-estar das pessoas.

Neste sentido, é necessário propiciar oportunidades de desenvolvimento social e sensibilizar e capacitar todos os atores que tenham contato com pessoas vítimas de violência nas diferentes etapas do processo. Isto inclui os profissionais de saúde, os agentes policiais, membros do Poder Judiciário e Assistência Social, entre outros. A figura 1 apresenta um diagrama sobre as parcerias, papéis das diferentes áreas e os principais resultados desta integração para o apoio a pessoas que sofrem violência, demonstrando a importância da Intersetorialidade para a assistência integral das vítimas de violência (CSP, 2012, p. 88).

A partir do trabalho intersetorial das áreas da saúde, justiça, educação, segurança, assistência social e trabalho, será possível alcançar os resultados necessários para a atenção integral das famílias vítimas da violência, como emprego e assistência judiciária, entre outros.

Figura 1 - Diagrama de Intersetorialidade



Fonte: Estado do Rio de Janeiro, 2012, p. 88.

Assis (2012, p. 2312) destaca a relevância dos serviços de saúde na organização da rede de assistência às vítimas de violência, na medida em que: “é o setor saúde o responsável pelo dimensionamento e monitoramento, subsidiando a tomada de decisão em um nível governamental”. O autor compara o Brasil com os Estados Unidos, onde os registros de violência estão vinculados aos serviços de proteção, enquanto a condução das ações está responsabilidade do setor saúde. Essa responsabilização pode trazer o risco de manter um olhar fragmentado sobre a violência, e até a falta de responsabilização de outros setores, prejudicando a assistência.

2.1. Perfil da violência contra a criança e o adolescente no município de Duque de Caxias

A Secretaria Municipal de Saúde de Duque de Caxias (SMS/DC) tem implantado o Programa de Prevenção de Acidentes e Violência, responsável pela organização da rede de assistência e construção das redes de apoio. Compõem a rede de assistência as diferentes unidades de saúde envolvidas no atendimento à violência, de diferentes complexidades. As redes de apoio incluem, além dos serviços de saúde, os demais recursos disponíveis na comunidade, tais como outras secretarias municipais, ONGs, Conselhos Tutelares e Ministério Público.

As notificações de violência contra crianças e adolescentes, no município de Duque de Caxias, caracterizam-se pela maior quantidade de casos no sexo feminino (tabela 5); nos menores de cinco anos e adolescentes entre 15 a 19 anos (tabela 6); de ocorrência nas residências e a seguir na via pública (tabela 7); de abuso físico e negligência (tabela 8); do uso de força corporal / espancamento (tabela 9); e do pai e da mãe como principais autores (tabela 10). Os dados apresentados se referem ao ano de 2012, mas analisando os dados preliminares de 2013, ainda com pendências de registro de dados, é possível observar que os dados de 2013 seguem a mesma tendência do ano anterior.

Tabela 5 - Número de casos notificados de violência doméstica, sexual e/ou outras violências segundo sexo - Duque de Caxias, 2012

Sexo	2012
Ignorado	2
Masculino	409
Feminino	470
Total	881

Fonte: SINAN NET/SMS-DC

Tabela 6 - Número de casos notificados de violência doméstica, sexual e/ou outras violências segundo faixa etária - Duque de Caxias, 2012

Idade detalhada	2012
menor de 01 ano	147
01 ano	68
02 anos	41
03 anos	31
04 anos	31
05 anos	27
06 anos	30
07 anos	28
08 anos	31
09 anos	26
10 anos	28
11 anos	26
12 anos	44
13 anos	41
14 anos	63
15 anos	67
16 anos	73
17 anos	79
Total	881

Fonte: SINAN NET/SMS-DC

Tabela 7 - Número de casos notificados de violência doméstica, sexual e/ou outras violências segundo local de ocorrência - Duque de Caxias, 2012

Local de Ocorrência	2012
Residencia	377
Habitação Coletiva	5
Escola	27
Local de pratica esportiva	5
Bar ou Similar	12
Via pública	183
Comércio/Serviços	9
Indústrias/construção	1
Outros	185
Ignorado/Não informado	77
Total	881

Fonte: SINAN NET/SMS-DC

Tabela 8 - Número de casos notificados de violência doméstica, sexual e/ou outras violências segundo tipo de violência - Duque de Caxias, 2012

TIPO VIOLÊNCIA	2012
Fisica	359
Psicologica/Moral	132
Tortura	19
Sexual	101
Trafico De Seres Humanos	3
Financeira/Economica	4
Negligencia/Abandono	429
Trabalho Infantil	3
Intervencao Legal	5
Total	1055

Fonte: SINAN NET/SMS-DC

Tabela 9 - Número de casos notificados de violência doméstica, sexual e/ou outras violências segundo meios de agressão - Duque de Caxias, 2012

MEIOS DE AGRESSAO	2012
Força	
corporal/espancamento	260
Enforcamento	15
Objeto contundente	25
Objeto pérfuro-cortante	28
Substancia/objeto quente	12
Envenenamento	20
Arma de fogo	18
Ameaça	74
Total	452

Fonte: SINAN NET/SMS-DC

Tabela 10 - Número de casos notificados de violência doméstica, sexual e/ou outras violências segundo autor da agressão - Duque de Caxias, 2012

Agressor	2012
Pai	231
Mae	386
Padrasto	37
Madrasta	5
Conjuge	13
Ex-Conjuge	9
Namorado(a)	18
Ex-Namorado(a)	6
Irmão(a)	16
Amigo(a)/Conhecido	119
Desconhecido(a)	45
Cuidador(a)	10
Pessoa c/ relação institucional	10
Policial/agente da lei	1
Propria pessoa	30
Outros	107
Total	1043

Fonte: SINAN NET/SMS-DC

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

O objetivo geral desta pesquisa foi discutir a possibilidade de construir a intersetorialidade nos serviços de assistência à saúde, a partir da análise da experiência do Ambulatório de Apoio à Família do Hospital Infantil Ismélia da Silveira, localizado no município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro, demonstrando a importância de sua inclusão nas políticas públicas.

3.2 Objetivos específicos

- a. Descrever e analisar o processo de construção da intersetorialidade no Ambulatório de Apoio à Família do Hospital Infantil Ismélia da Silveira.
- b. Identificar e analisar o(s) fator(es) determinante(s) no processo de construção da intersetorialidade no Ambulatório de Apoio à Família do Hospital Infantil Ismélia Silveira.
- c. Analisar a influência da temática da violência no processo de construção da intersetorialidade no Ambulatório de Apoio à Família.
- d. Identificar e analisar a percepção dos profissionais de saúde sobre a intersetorialidade como facilitadora para uma assistência integral ao paciente.

4. MÉTODO

Para o alcance dos objetivos propostos, esta dissertação foi desenvolvida a partir de três passos metodológicos. O primeiro, *pesquisa bibliográfica* sobre os dois temas centrais do estudo, a intersetorialidade na área de saúde e a violência contra crianças e adolescentes. O segundo incluiu *pesquisa documental* sobre a criação e a evolução do AAF e o terceiro, a *aplicação de questionário* (Apêndice 1).

Trata-se de pesquisa *exploratória* que buscou discutir a possibilidade de construção da intersetorialidade nos serviços de saúde, analisando a experiência de um serviço específico. Foi ainda uma pesquisa do tipo *descritiva*, que estudou o fenômeno da intersetorialidade nas atividades desenvolvidas pelos profissionais do Ambulatório de Apoio à Família do Hospital Infantil Ismélia Silveira. Na pesquisa documental, foi feita consulta aos livros ata das reuniões mensais da equipe e ao projeto de criação do AAF, entre outros documentos que estavam disponíveis.

Paranasumaram (1991, p. 19) define questionário como um “conjunto de questões, feito para gerar os dados necessários para se atingir os objetivos do projeto”. Com base nesta definição, o questionário foi elaborado, com o cuidado especial de preparar questões neutras sem induzir respostas. O questionário foi pré-testado em dois profissionais da AAF, a fim de avaliar a compreensão do instrumento e a necessidade de mudanças nas questões formuladas para o alcance dos resultados esperados.

Tratou-se de análise *qualitativa*. Após a coleta de dados, foi feita a categorização dos mesmos e sua interpretação e, a partir daí, a elaboração de relatório. A categorização é utilizada para agrupar elementos, ideias com característica em comum ou que se relacionam entre si. Segundo Deslandes (1994), há autores que entendem a “análise” como descrição dos dados e a “interpretação” como articulação dessa descrição com conhecimentos mais amplos e que extrapolam os dados específicos da pesquisa.

Segundo Minayo (1992, p. 32), a “análise” tem três finalidades:

[...] estabelecer uma compreensão dos dados coletados, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e/ou responder às questões formuladas, e ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado, articulando-o ao contexto cultural do qual faz parte.

Segundo a autora, após a ordenação e classificação dos dados, a análise final (interpretação) precisa “responder às questões da pesquisa com base em seus objetivos, promovendo relações entre o concreto e o abstrato, a teoria e a prática” (MINAYO, 1992, p. 22).

Todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2), autorizando sua participação na pesquisa. O projeto de pesquisa foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ (IMS-UERJ), sob o protocolo número 09437213.0.0000.5260.

5. LOCALIZAÇÃO DO CAMPO DE PESQUISA

5.1. O município de Duque de Caxias

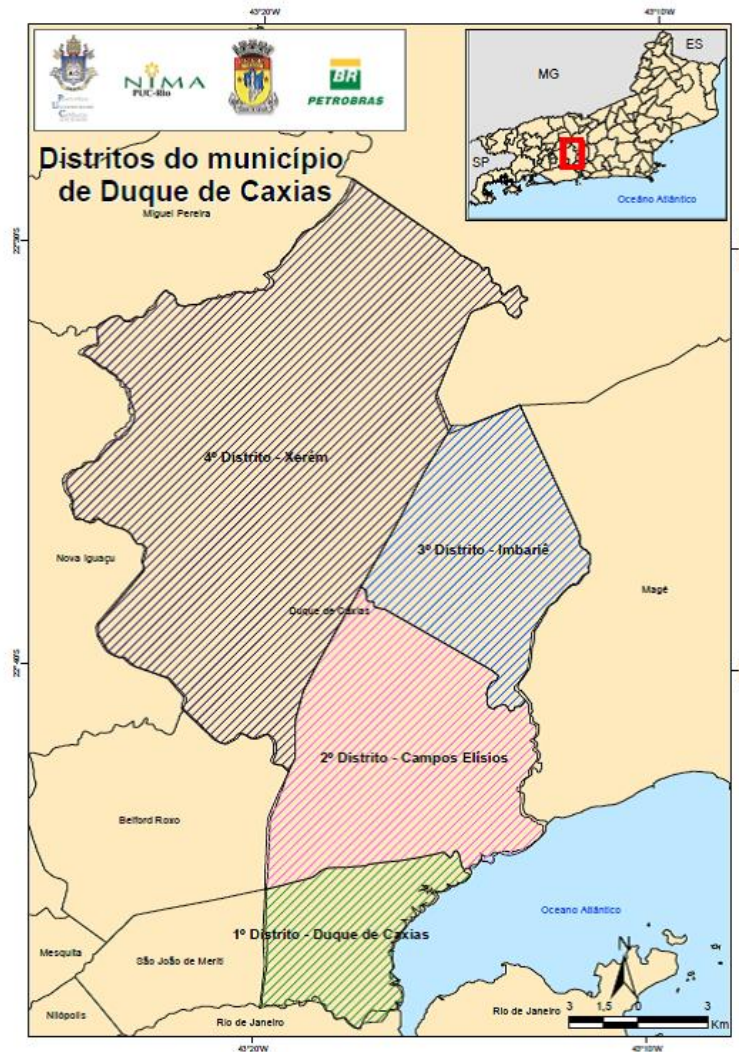
O município de Duque de Caxias integra juntamente com outros 11 municípios a denominada Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro composta pelos seguintes municípios: Nova Iguaçu, Duque de Caxias, São João de Meriti, Rio de Janeiro, Belford Roxo, Nilópolis, Japeri, Seropédica, Itaguaí, Mesquita, Magé, Queimados e Paracambi.

Duque de Caxias (figura 2) compreende uma área de 465 Km², estando limitado ao norte com os municípios de Miguel Pereira e Petrópolis. De acordo com dados do Plano Municipal de Saúdede Duque de Caxias (2012), a parte leste faz limite com o município de Magé e a baía de Guanabara; ao sul, com o município do Rio de Janeiro; e a oeste, com São João de Meriti, Nova Iguaçu e Belford Roxo.

A população estimada pelo IBGE em 2010 é de 867.067 habitantes, com discreto predomínio do sexo feminino (51,55%) e distribuição heterogênea nos quatro distritos geográficos. O 1º Distrito, ao sul do município, tem a menor área geográfica, com 41 Km², onde se localiza a área comercial, mas é a que abriga a maior concentração populacional, correspondendo a 46,5% da população do município. O 2º Distrito, de Campos Elíseos, área industrial, possui uma área de 98 Km², sendo o segundo mais populoso com 30,2% da população. O 3º Distrito, de

Imbariê, possui 16,7% da população distribuídos em 64 Km² e é o que tem os piores indicadores de saúde. O 4º Distrito, de Xerém, o de menor densidade demográfica e maior área territorial, tem 239 Km² e corresponde à área rural do município abrigando 6,6% da população.

FIGURA 2 - Mapa de Duque de Caxias



Fonte: CIDE, 2002. IBGE, 2000. PDGB, 2000. PMDC – Plano Diretor, 2006.

Segundo dados do Plano Municipal de Saúde de Duque de Caxias (2012), aproximadamente 70% dos domicílios têm acesso à rede geral de abastecimento de água; 57% têm rede de esgoto e 88% têm coleta regular de lixo; 92,4% da população maior de 15 anos é alfabetizada; o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) foi de 0,753 em 2000; e o PIB per capita em 2003 chegou a ocupar a segunda posição entre os 92 municípios fluminenses.

5.2. Rede de saúde no município de Duque de Caxias

A rede pública de saúde do município é composta de unidades de diferentes graus de agregação tecnológica (Departamento de Planejamento SMS/DC, 2012). São três hospitais, sendo um geral, uma maternidade e um pediátrico, e seis Unidades pré-hospitalares (UPHs). Com relação à assistência ambulatorial, o município possui, além dos ambulatórios nas seis UPHs, um Centro de Especialidades, sete postos tradicionais de Atenção Básica, 73 Equipes de Saúde da Família, quatro Centros de Atenção Psicossocial, três Centros Odontológicos e um Centro de Reabilitação.

5.2.1. O Hospital Infantil Ismélia da Silveira

Em 1961, um grupo de senhoras da sociedade de Duque de Caxias criou a Associação das Companheiras das Crianças, cuja finalidade era oferecer ao menor carente condições de sobrevivência. A obra era mantida pela associação, tendo mais tarde passado para o patrimônio da Prefeitura Municipal de Duque de Caxias, pois a associação foi extinta no ano de 1970. Em 22 de agosto do mesmo ano, deu-se a fundação do hospital, tendo recebido o nome Hospital Infantil Ismélia da Silveira, em homenagem à esposa do ex- governador Roberto Silveira. Para dirigir o mesmo, foi nomeado o Dr. Oscar Soares. Quando se deu a inauguração do hospital, já era prefeito de Duque de Caxias o Dr. Moacyr Rodrigues do Carmo e governador o Dr. Genuíno de Mattos Fontes.

O HIIS localiza-se no bairro do Centro, no 1º Distrito do município de Duque de Caxias, onde se encontra o maior número de habitantes – quase 50% da população. A população de 0 a 12 anos é em torno de 200 mil crianças.

De acordo com as informações da Secretaria Municipal de Saúde de Duque de Caxias, o HIIS é um hospital especializado em pediatria, que atende crianças de 0 a 12 anos. A unidade funciona com atendimento ambulatorial, de emergência e internações. A emergência atende diariamente uma média de 500 pacientes. Funciona 24 horas, atendendo emergências de média complexidade. O ambulatório

oferece as seguintes especialidades pediátricas: cardiologia, dermatologia, endocrinologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, cirurgia, pneumologia, neurologia, ortopedia, nefrologia, psiquiatria, gastroenterologia, nutrição, psicologia, fonoaudiologia, fisioterapia, DST/Aids, desenvolvimento infantil, acompanhamento de recém-nascido de risco, violência contra a criança (Ambulatório de Apoio à Família – AAF), odontologia, serviço social, além dos atendimentos de puericultura. O setor de internação tem 53 leitos para internação clínica, com uma média de 210 internações por mês e cinco leitos para internação cirúrgica, eletiva e de baixa complexidade. O HHS dispõe dos seguintes serviços de apoio diagnóstico: raios X e laboratório 24 hs e ultrassonografia ambulatorial. O hospital funciona atualmente com 549 funcionários.

Na década de 1990, o HHS notificava casos de maus-tratos contra crianças ao Juizado da Infância e Ministério Público. A partir de 1997, instituiu como instrumento a Ficha de Notificação de maus-tratos contra crianças e passou a ter como parceiro também o Conselho Tutelar. O AAF foi criado em 2000 com o principal objetivo de atender sistematicamente a crianças e adolescentes vítimas de violência e suas famílias.

6. RESULTADOS

6.1. O Ambulatório de Apoio à Família

Em 1999, dados apresentados pela Assessoria de Prevenção de Acidentes e Violência (APAV) da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES) indicavam que mais de 50% dos casos de maus-tratos contra crianças e adolescentes notificados eram de Duque de Caxias, principalmente do HIIS. À época, a equipe da Secretaria Municipal de Saúde (SMS-DC) discutiu a possibilidade de que este número poderia não significar que Duque de Caxias era o município mais violento, mas talvez um dos mais conscientes da importância da notificação.

Nesse contexto, motivado pelo número elevado de notificações e pela preocupação com a assistência a essas famílias, a Coordenação de Saúde Individual da SMS-DC e a direção do HIIS organizaram uma equipe multiprofissional que iniciou atendimento especializado às famílias cujas crianças foram vítimas de violência doméstica. A direção reuniu a equipe e elaborou para a SMS-DC o documento de criação do AAF, que passou a integrar o organograma do HIIS.

A equipe foi inicialmente formada por duas assistentes sociais, uma pediatra e três psicólogas. O objetivo era sistematizar e uniformizar os procedimentos em relação aos casos já atendidos, por vezes isoladamente, pelos diversos setores do hospital. Este grupo específico foi nomeado pela própria equipe de AAF.

Ao longo desses 13 anos, o perfil de atendimento do AAF precisou ser mudado. Inicialmente, a equipe atendia aos quatro tipos de maus-tratos: abuso físico, abuso sexual, abuso psicológico e negligência. Com o aumento da demanda de um modo geral e, em especial, o crescimento significativo dos casos de abuso sexual, o AAF passou a atender, a partir de 2012, apenas esse tipo de abuso. Os casos de abuso físico passaram a ser atendidos pelo ambulatório de pediatria e psicologia, o abuso psicológico pelo ambulatório de psicologia e a negligência pelo ambulatório de serviço social.

O AAF atualmente tem a seguinte equipe: três assistentes sociais, duas psicólogas, duas pediatras e duas enfermeiras e recebe uma média de dez casos novos por mês. De março de 2000 até junho de 2013, foram abertos 1.607 prontuários no AAF, estando 40% destes ativos.

O perfil da clientela do AAF apresenta um predomínio de pacientes do sexo feminino (tabela 11); na faixa etária pré-escolar (sem especificação por tipo de violência), segundo a tabela 12; de casos de violência sexual (tabela 13); e que têm os pais e desconhecidos como principais agressores (também sem especificação por tipo de violência, o que prejudica a análise, conforme a tabela 14.

Com um número tão significativo de atendimentos, 13 anos de experiência, e a gravidade da temática da violência, é possível inferir a importância de políticas intersetoriais para o atendimento a essa população.

Tabela 11 - Número de atendimentos por violência no AAF segundo sexo - Duque de Caxias, 2000-2012

Ano	Sexo Feminino	Sexo Masculino
2000	66 (56,4%)	51(43,6%)
2001	76 (54,7%)	63 (45,3%)
2002	101 (50,8%)	98 (49,2%)
2003	94 (60,3%)	62 (39,7%)
2004	66 (60,6%)	43 (39,4%)
2005	80(65,1%)	43 (34,9%)
2006	37(71,2%)	15 (28,8%)
2007	47 (68,2%)	22 (31,8%)
2008	75 (69,4%)	33 (30,6%)
2009	74 (62,7%)	44 (37,3%)
2010	75 (63%)	44 (37%)
2011	67(68,4%)	31 (31,6%)
2012	90 (72%)	35 (28%)
Total	948 (61,9%)	584 (38,1%)

Fonte: Mapa da Violência

Tabela 12 - Número de atendimentos por violência no AAF segundo faixa etária - Duque de Caxias, 2000-2012

Ano	0-4 anos	5-8 anos	9-12 anos	13-18 anos
2000	51 (43,6%)	35 (30%)	28 (23,9%)	03(2,5%)
2001	69 (49,6%)	42 (30,2%)	23 (16,5%)	05 (3,7%)
2002	71 (35,7%)	69 (34,7%)	51 (25,6%)	08 (4%)
2003	55 (35,3%)	51(32,7%)	36 (23,1%)	14 (8,9%)
2004	36 (33%)	41 (37,6%)	26 (23,9%)	06 (5,5%)
2005	38 (30,9%)	40 (32,5%)	37 (30,1%)	08 (6,5%)
2006	14 (26,9%)	19 (36,5%)	16 (30,7%)	03 (5,9%)
2007	16 (23,2%)	25 (36,2%)	27 (39,1%)	01 (1,5%)
2008	24 (22,2%)	38 (35,2%)	44 (40,7%)	02 (1,9%)
2009	26 (22%)	48 (40,7%)	41 (34,7%)	03 (2,6%)
2010	23(19,3%)	51 (42,9%)	42 (35,3%)	03 (2,5%)
2011	20 (20,4%)	37 (37,8%)	40 (40,8%)	01 (1%)
2012	24(19,2%)	43 (34,4%)	56 (44,8%)	02 (1,6%)
Total	467 (30,5%)	539 (35,2%)	467 (30,5%)	59 (3,8%)

Fonte: Mapa da Violência

Tabela 13 - Número de atendimentos por violência no AAF segundo tipo de violência predominante no atendimento - Duque de Caxias, 2000-2012

Ano	Abandono / Negligência	Agressão Física	Abuso Sexual	Abuso Psicológico
2000	29 (24,8%)	39 (33,3%)	48 (41%)	01 (0,9%)
2001	45 (32,4%)	38 (27,4%)	48 (34,5%)	08 (5,7%)
2002	43 (21,6%)	68 (34,2%)	81 (40,7%)	07 (3,5%)
2003	08 (5,2%)	45 (28,8%)	65 (41,6%)	38 (24,4)
2004	11 (10,1%)	35 (32,1%)	53 (48,6%)	10 (9,2%)
2005	05 (4,1%)	32 (26%)	78 (63,4%)	08 (6,5%)
2006 *	0 (0%)	14 (26,9%)	38 (73,1%)	0 (0%)
2007	0 (0%)	23 (3,3%)	46 (66,7%)	0 (0%)
2008	0 (0%)	30 (27,8%)	78 (72,2%)	0 (0%)
2009	0 (0%)	41 (34,8%)	65 (55,1%)	12 (10,1%)
2010	0 (0%)	41 (34,5%)	66 (55,5%)	12 (10%)
2011	0(0%)	27 (27,6%)	71(72,4%)	0 (0%)
2012 **	0 (0%)	0 (0%)	125 (100%)	0 (0%)
Total	141 (9,2%)	433 (28,3%)	862 (56,2%)	96 (6,3%)

Fonte: Mapa da Violência

Notas: *A partir desta data os casos de abandono/negligência passaram a ser atendidos pelo Ambulatório de Serviço Social.

**A partir desta data o AAF passou a atender exclusivamente os casos de abuso sexual.

Tabela 14 - Número de atendimentos por violência no AAF segundo agressor – Duque de Caxias, 2000-2012

Ano	Pai	Mãe	Tio/Tia	Avô/Avó	Primo	Irmão	Vizinho	Madrasta	Padrasto	Professora	Colega da Escola	Conhecido	Não identificado
2000	28	21	05	03	05	01	03	03	07	0	0	05	36
2001	36	26	08	09	0	03	11	01	08	0	0	14	23
2002	49	55	10	02	0	01	18	03	12	0	0	14	35
2003	40	29	23	02	07	03	15	0	12	0	0	07	18
2004	23	24	10	01	04	02	09	01	08	0	0	12	15
2005	28	17	10	0	06	0	12	0	08	0	0	21	21
2006	12	07	05	01	07	01	03	0	06	0	0	02	08
2007	24	05	08	0	02	01	06	0	05	0	0	08	10
2008	16	11	07	07	11	03	08	01	09	01	03	11	20
2009	32	14	14	0	08	06	12	0	14	0	0	05	13
2010	31	18	13	0	06	06	11	0	13	0	0	07	14
2011	23	12	09	05	07	03	09	01	07	0	0	10	12
2012	18	16	06	03	07	07	09	02	19	0	0	19	19
Total	360	255	128	33	70	37	126	12	128	01	03	135	244
	(23,5%)	(16,7%)	(8,4%)	(2,2%)	(4,6%)	(2,4%)	(8,3%)	(0,8%)	(8,4%)	(0,1%)	(0,2%)	(8,8%)	(15,6%)

Fonte: Mapa da Violência

6.2. A construção da intersectorialidade no AAF

No início da criação do AAF, a equipe fez contatos com instituições de assistência do próprio município e acompanhou o trabalho da equipe do núcleo de atendimentos às crianças vítimas de violência do ambulatório do Instituto de Pediatria Professor Martagão Gesteira (IPPMG), da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), com o objetivo de conhecer sua forma de atuação. Esse serviço foi modelo e orientador das práticas de assistência que passaram a ser desenvolvidas pelo AAF.

Também foi feito contato formal, para apresentação da equipe, com o Conselho Tutelar do Município de Duque de Caxias e, posteriormente, com a Promotoria e Juizado da Infância e Juventude de Duque de Caxias, na medida em que era claro o papel dessas instituições como principais órgãos a referenciar vítimas para atendimentos, bem como parceiras essenciais para o AAF no encaminhamento posterior das vítimas, do ponto de vista legal.

Essa articulação da equipe do AAF com esses e demais órgãos se deu a partir da iniciativa dos profissionais. A equipe do IPPMG pontuou a dificuldade de trabalhar principalmente com o Conselho Tutelar e a Promotoria, por falta de uma política intersetorial. Com base nessa experiência, os profissionais do AAF se anteciparam no estabelecimento de vínculos com estas e outras instituições. Com o tempo, a equipe do AAF foi conquistando a confiança de diferentes instituições, estabelecendo acordos e resoluções conjuntas (embora informais) e passando a emitir relatórios técnicos para processos jurídicos.

Em 2000, a equipe do AAF, com apoio da direção e do Serviço Social do HHS, realizou uma atividade de sensibilização dirigida a todos os profissionais que atuavam no hospital, sobre a problemática da violência envolvendo crianças e adolescentes. O objetivo era estimular a colaboração e o encaminhamento de potenciais vítimas de violência aos profissionais do AAF.

Com o crescimento do AAF, e estando este já reconhecido pelas diferentes instituições como pertencente à rede de atendimento às crianças vítimas de violência, a equipe buscou especialização nessa área, na Universidade de São Paulo. A equipe do AAF passou, então, a ser reconhecida como referência na área de atendimentos às vítimas de violência e começou a participar em atividades de capacitações, encontros sobre o tema, atividades de promoção e prevenção nas escolas municipais, aulas em cursos de Medicina, incluindo a elaboração e publicação de artigo sobre Protocolo de Atendimento Médico às Vítimas de Abuso Sexual.

A equipe, ainda hoje, é convidada a relatar sua experiência a fim de incentivar a criação de novos serviços de atendimento às vítimas de violência e a capacitar profissionais para a assistência. A equipe do AAF participa de eventos promovidos por vários órgãos, como: Secretaria de Estado de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde de Duque de Caxias, Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, organizações não governamentais, Delegacias, Conselho Tutelar, Ministério Público

e Secretaria Municipal de Educação. A atuação da equipe também se estende ao curso de Medicina da Universidade Unigranrio, do município de Duque de Caxias, ministrando aula sobre violência doméstica contra crianças e adolescentes, tema integrado formalmente ao currículo da disciplina de Pediatria.

No início do funcionamento do AAF, não havia nenhum protocolo clínico do Ministério da Saúde para atendimentos às vítimas de violência sexual, normatizando profilaxia de gestação e DST/Aids (drogas, coleta de exames), entre outros aspectos. A equipe seguia as orientações técnicas sobre cada doença específica, a exemplo da sífilis, hepatite B, entre outras. Para sistematizar rotinas e possibilitar o treinamento dos médicos da emergência, a pediatra da equipe escreveu um protocolo que foi publicado em revista científica (FERNANDES, 2002). Uma nota técnica do Ministério da Saúde foi disponibilizada para o atendimento das vítimas de violência sexual em 2002 (Profilaxias DST/HIV/Aids e Hepatites Virais em situações de violência sexual e outras formas de exposição sexual (BRASIL, Ministério da Saúde, 2002).

Os casos encaminhados ao ambulatório especializado recebem atendimento médico, psicológico e social, incluindo visitas domiciliares às famílias para melhor acompanhamento dos casos, garantindo o cumprimento das determinações do Estatuto da Criança e do Adolescente.

A equipe realiza reuniões semanais para discussão de casos, estudo de textos e resolução de questões administrativas. A reunião é registrada em livros ata. Os profissionais se dividem para visitar instituições diversas a fim de discutir casos, reforçar o vínculo intersetorial, apresentando a situação atual do AAF, suas estatísticas, entraves e benefícios.

6.3. A identificação da necessidade de referências fora da Secretaria de Saúde

Os questionários foram respondidos pelos profissionais do AAF, no período de 01 a 28 de fevereiro de 2013. Após a realização do pré-teste, o instrumento foi apresentado a todos os profissionais do AAF em uma de suas reuniões de equipe e distribuído para que fosse respondido e devolvido ao pesquisador em sete dias. Os

nove funcionários do AAF responderam ao questionário. A tabela 15 apresenta um panorama geral da sua identificação:

Tabela 15 - Identificação dos profissionais por categoria e tempo de serviço no AAF

PROFISSIONAL	TEMPO DE SERVIÇO NO AAF
Psicóloga	13 anos
Pediatra	03 anos
Assistente Social	09 meses
Assistente Social	10 anos
Psicóloga	06 anos
Assistente Social	11 anos
Pediatra	09 anos
Enfermeiro	07 anos
Enfermeiro	03 anos

Fonte: Arquivos do AAF/HIIS

Todos os profissionais que responderam ao questionário referiram ter sido necessário oferecer, em algum momento de sua atuação, para algum paciente, serviços fora da Secretaria de Saúde.

No quadro a seguir estão listados os serviços que foram citados como referências necessárias, nos questionários e nas atas de reuniões de equipe para onde famílias do AAF foram encaminhadas e atendidas após contato da equipe, que construiu ao longo do tempo uma rede de assistência, ainda que informal. São serviços de saúde, justiça, segurança, assistência social e trabalho, educação, cultura, esportes e lazer, demonstrando que o atendimento integral dessas famílias, com situação tão complexa como a violência, depende de diversos setores.

Quadro 1 - Serviços referenciados pelos profissionais do AAF

Setor	Referências
Saúde	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Igreja Santo Antônio (Núcleo de Atendimento à Mulher Vítima de Violência) ✓ Outras Unidades de Saúde (Ex.: CAPS AD / CMS – Programa DST-AIDS / CAPSIJ / PAM 404 / Psiquiatras da rede ambulatorial) ✓ Secretarias de Saúde de outros Municípios. ✓ Unigranrio ✓ Programa de Saúde Mental ✓ Instituto Médico Legal ✓ Bombeiros ✓ Ambulatório de Desenvolvimento Infantil do HIIS ✓ Pastoral da Criança
Justiça e Segurança	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Defensoria Pública ✓ Delegacia de Atendimento Especializado à Mulher ✓ Promotoria Pública ✓ Cartórios (Ex.: Cartório da 1ª Vara Criminal) ✓ Juizado Especial Criminal ✓ OAB – Ordem dos Advogados do Brasil ✓ Unigranrio ✓ Conselho Tutelar (Ex.: Duque de Caxias, Macaé) ✓ Vara de Família do Tribunal de Justiça do Estado do RJ ✓ Ministério Público ✓ Vara da Infância e Juventude do Tribunal de Justiça do Estado do RJ
Educação	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ONG's ✓ Creches ✓ FAETEC – Fundação de Apoio à Escola Técnica ✓ FUNDEC – a Fundação de Apoio à Escola Técnica, Ciência, Tecnologia, Esporte, Lazer, Cultura e Políticas Sociais de Duque de Caxias ✓ Secretaria Municipal de Educação
Assistência Social e Trabalho	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Igreja Santo Antônio (Núcleo de Atendimento à Mulher Vítima de Violência) ✓ Abrigos (Ex. : Reviver) ✓ ONG's ✓ FUNDEC – a Fundação de Apoio à Escola Técnica, Ciência, Tecnologia, Esporte, Lazer, Cultura e Políticas Sociais de Duque de Caxias ✓ Secretaria Municipal de Assistência Social / CRAIS ✓ Secretaria Municipal de Trabalho e Renda ✓ Secretaria Municipal de Habitação ✓ INSS
Outros	<ul style="list-style-type: none"> ✓ CLAVES / UFRJ ✓ ONG's ✓ Secretaria Municipal de Esporte e Lazer ✓ Secretaria Municipal de Cultura

Fonte: Entrevistas ao AAF/HIIS

6.4. Benefícios alcançados

Os profissionais relatam que, ao encaminhar as famílias para as referências, como elas foram previamente pactuadas, as diversas demandas são atendidas, o que foi definido por um entrevistado como “benefícios efetivamente alcançados”. O trecho a seguir demonstra o reconhecimento da importância do atendimento realizado pela referência:

[...] o conceito saúde/doença é multideterminado e os índices de violências aos quais uma determinada clientela é submetida altera seus níveis de saúde física e mental. Desta forma, a inclusão desta clientela em outros serviços traz sua inclusão na sociedade, diminuindo a exposição desses sujeitos, promovendo sua autonomia e desenvolvimento de suas habilidades individuais, com isso propiciando independência que facilita a redução dos níveis de violência intrafamiliar [...]. (Entrevistado 1).

A fala do entrevistado é corroborada pela abordagem de Mattos (2001, p. 3):

[...] não é aceitável que os serviços de saúde estejam organizados exclusivamente para responder às doenças de uma população, embora eles devam responder a tais doenças os serviços devem estar organizados para realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população ao qual atendem.

Uma questão relevante citada por sete dos nove entrevistados é a expectativa de que o encaminhamento para as referências construídas possa oferecer a “garantia de direitos”, tais como documentação, escola, atividades físicas e culturais, emprego, alimentação, pensão alimentícia, direito a visita dos filhos, direito previdenciário, cursos profissionalizantes, acesso a programas do governo (ex.: Bolsa Família e Benefício de Prestação Continuada), acesso a bens e serviços, abrigo da família e/ou afastamento do agressor. Um dos entrevistados relata que “[...] só formando parcerias é possível encontrar “saídas” para a questão da violência, oferecendo assim atendimento de qualidade aos usuários do AAF [...]”.

Esta fala demonstra o quanto a temática da violência foi motivadora para que a equipe buscasse parcerias.

No quadro 2, estão citados pelos profissionais entrevistados alguns benefícios alcançados. Relatos registrados nas atas das reuniões de equipe do AAF corroboram a importância e os benefícios do atendimento interssetorial, apontados

pelos profissionais. Foram lidas as atas de reuniões de equipe desde 25 de junho de 2004 até 28 de fevereiro de 2013. As reuniões são mensais, com participação de toda a equipe e sua pauta é dividida em três partes: discussão de problemas administrativos, encaminhamento de casos e elaboração de projetos terapêuticos singulares e uma espécie de “terapia de grupo pelo próprio grupo”. Nessa oportunidade, a equipe faz uma catarse, mostra seu inconformismo, por exemplo, com a permissividade de uma mãe com o abuso pelo padrasto, na medida em que trabalhar no contexto da violência influencia muito a parte emocional dos profissionais, que devem evitar fazer juízo de valores.

Três casos descritos nas atas e resumidos no Apêndice 3 desta dissertação realçam a importância e os benefícios promovidos pela intersetorialidade na assistência prestada pelo AAF.

Quadro 2 - Benefícios alcançados pelos usuários do AAF através das referências

- Inclusão de crianças na escola, inclusive “sala de recursos” e educação especial.
- Inclusão de crianças e adolescentes em atividades lúdicas e/ou esportivas.
- Inclusão de responsáveis em cursos profissionalizantes.
- Empregos.
- Inclusão em programas do governo federal.
- Deliberações sobre guarda provisória.
- Deliberações sobre pensão alimentícia.
- Apoio do Ministério Público para cumprimento das leis de proteção.
- Discussão de casos com equipe do Conselho Tutelar e com equipe técnica do juizado.

Fonte: Entrevistas ao AAF/HIIS

6.5. Dificuldade encontradas nos encaminhamentos para referências

As dificuldades encontradas nos encaminhamentos realizados foram: falta de recursos materiais e humanos, burocracia, falta de qualificação profissional, falta de políticas públicas intersetoriais bem definidas. Os acessos são sempre facilitados por contato da equipe do AAF com alguém da referência, que já conhece o AAF, que habitualmente visita os contatos relevantes, mostra o trabalho realizado, oferece e pede ajuda.

Cinco profissionais destacaram a formação e capacitação insuficientes para lidar com a questão da violência por parte de diferentes profissionais, conforme ilustrado pela fala a seguir:

[...] os profissionais da saúde, da educação e da justiça recebem preparo para atuar em diversas áreas, mas falta capacitação para melhor abordar as situações de violência doméstica [...] (Entrevistado 4).

A situação é semelhante à identificada em pesquisa realizada com Equipes de Saúde da Família em Teresópolis, estado do Rio de Janeiro: a quase totalidade dos entrevistados declarou não se sentir habilitada a lidar com casos de violência contra crianças e adolescentes (LOBATO, 2012). O autor destaca que, diante da complexidade exigida para abordar famílias vítimas de violência, são necessárias ações de educação permanente dos profissionais de saúde: A “fragilidade dos gestores para organização dos processos de trabalho” é também citada neste estudo, o que pode contribuir para as dificuldades dos profissionais (LOBATO, 2012, p. 1752).

Como citado anteriormente, os profissionais do AAF apontaram como dificuldade o fato de o estabelecimento de parcerias ocorrer a partir dos profissionais, e não como parte de uma política pública intersetorial, o que requer um esforço maior da equipe. O trecho a seguir exemplifica este aspecto:

[...] sob o meu ponto de vista, a parceria que tentamos estabelecer com outros órgãos ou Secretarias, tem sido uma postura isolada pelo profissional que está atendendo o caso. E a intersetorialidade vai além disso. Ou seja, é preciso que parcerias estabelecidas entre os setores façam parte das políticas. Cada setor envolvido deve conhecer seu trabalho e o trabalho do outro para que, somando conhecimentos e recursos possamos de fato,

atender as demandas dos usuários que são cidadãos e portanto, sujeitos de direitos, que devem ser tratados com respeito e dignidade. (Entrevistado 1)

Em Esmeraldas, estado de Minas Gerais, Duarte (2012) relatou experiência semelhante. Profissionais do Centro de Referência de Assistência Social e do Centro de Atenção Psicossocial, percebendo a falta de informação dos usuários sobre o perfil dos dois serviços, passaram a se reunir para construir uma prática intersetorial e que facilita a intervenção sobre a família.

Outro exemplo é dado por Pordeus (2003): profissionais da Atenção Básica de Fortaleza, no ano de 2003, iniciaram atividades de prevenção de acidentes e violências em crianças e adolescentes, considerando a mortalidade elevada por causas externas nessa faixa etária, apesar da inexistência de uma política municipal de prevenção, na época.

Todos os profissionais do AAF informaram não conhecer uma Política Municipal de Intersetorialidade, sendo que dois citaram como experiências incipientes de intersetorialidade a participação nas “Audiências Concentradas”, iniciativa da Vara da Infância e Juventude que convoca diversas secretarias do município, Conselho Tutelar, AAF, Ministério Público e Defensoria Pública a participarem de audiências nos abrigos, com objetivo de promover a Reintegração Familiar. Essa experiência tem sido exitosa, conforme descrito no relato abaixo:

[...] Desde 2010 participo das audiências concentradas representando a Secretaria Municipal de Saúde de Duque de Caxias. As audiências concentradas acontecem por determinação do Conselho Nacional de Justiça e tem por objetivo possibilitar decisão judicial com vistas a reintegração familiar ou colocação em família substituta das crianças institucionalizadas. As audiências acontecem dentro das instituições de acolhimento (abrigo) que deveriam ser provisórias, mas onde muitas vezes as crianças ou adolescentes passam toda a sua vida. Em Duque de Caxias o Juiz da Infância e Juventude convoca os gestores (ou representantes destes com poder de decisão) das diversas secretarias municipais, conselhos tutelares e equipe técnica da justiça, possibilitando a intersetorialidade e consequente resolutividade das situações apresentadas que geralmente inviabilizam o retorno da criança ou adolescente para residência. Tem sido uma experiência gratificante e exitosa [...]. (Entrevistado 2)

Aqui se observa o reconhecimento do que é destacado por Motta (2007): a atenção integral à saúde só é possível com a articulação do trabalho dos diferentes saberes e práticas, executando-se ações comuns, nas quais são integrados os saberes de diferentes áreas. Em outro trecho, o entrevistado relata:

[...] baseado no que consta no processo judicial, parecer da defensoria e da promotoria o juiz ouve a equipe técnica do juizado e do abrigo, se a dificuldade for uma situação relacionada a saúde, assistência social, habitação, trabalho, educação, ali mesmo é determinada a intervenção no caso da área necessária visando sempre o direito da criança a convivência familiar e comunitária. Em algumas situações a família não pode receber o filho de volta por falta de condição de moradia e no mesmo momento o representante da Secretaria de Trabalho agenda atendimento para inscrição no “Programa Minha Casa Minha Vida”, na audiência seguinte é confirmado o recebimento da moradia e autorizado o retorno da criança ou adolescente para a família, frequentemente o responsável precisa de tratamento psiquiátrico ou psicoterápico para receber o filho de volta, nesse caso agendamos a consulta na unidade de saúde mais próxima para início do tratamento, em alguns casos a própria criança precisa do tratamento, o que também é viabilizado. Vivi uma situação em que quatro crianças estavam no abrigo e a mãe alegava estar aguardando uma cirurgia para poder recebê-los de volta, em contato com a direção do hospital a cirurgia foi realizada e as crianças retornaram a convivência familiar. Algumas vezes o responsável está desempregado e o representante da secretaria de trabalho e renda encaminha para uma vaga para colocação profissional. Algumas situações em que a criança retorna para a família ou é colocada em família substituta é preciso transferência de escola, o que é possibilitado pelo representante da Secretaria de Educação. Enfim, existe total resolutividade das situações, o que traz grandes benefícios para as crianças, adolescentes e suas famílias ou ainda para realização do sonho de muitas famílias que aguardam autorização judicial para guarda ou adoção, o que também pode acontecer no momento da audiência [...]. (Entrevistado 2)

Por fim, o entrevistado relata:

[...] tem sido uma experiência profissional e pessoal extremamente gratificante, comprovando na prática que a intersectorialidade é a melhor resposta para a solução de questões que envolvem o ser humano, que passa a ser visto de forma integral. (Entrevistado 2)

Outro entrevistado relatou participação em reuniões do Gabinete de Gestão Integrada, liderado pela Secretaria Municipal de Segurança de Duque de Caxias, em gestão anterior à atual. Relata que todas as secretarias municipais eram convidadas, a discussão era pertinente e teorizava soluções intersectoriais que não se concretizavam. O gabinete foi extinto e está em processo de implantação pela nova Secretaria Municipal de Segurança.

A partir das experiências relatadas neste estudo e da revisão de literatura, depreende-se que ações intersectoriais vêm sendo vistas como estratégias para promoção da integralidade, e sendo incluídas na gestão e no planejamento dos *municípios*, o que é ratificado por Couto (2008). Outro autor, Azevedo (2012, p. 27), destaca que a efetivação da intersectorialidade pode ser facilitada no Sistema Único

de Saúde (SUS) pela *descentralização* das ações de saúde: “Os municípios tornaram seus espaços territoriais e sociais mais aptos a concretizar essa articulação que pode ser construída através de um processo dinâmico entre os sujeitos”.

6.6. Motivação para construção da intersectorialidade

A *motivação especial* para que a equipe buscasse a intersectorialidade foi a preocupação em garantir direitos e oferecer melhores condições de vida, uma vez que o grupo compreende e reforça nos questionários que “é preciso atender o usuário (criança e família) vítima de violência, de forma integral” (Entrevistado 3), o que vai muito além da questão da saúde. Foi unânime, nos comentários gerais, a percepção de que a intersectorialidade tem papel fundamental na assistência de famílias vítimas de violência. Conforme relato de um dos profissionais:

[...] A Intersectorialidade é fundamental no acompanhamento das famílias vítimas de violência, especialmente porque *a causa da violência é multifatorial, assim sendo a abordagem não terá êxito se for focada em apenas uma questão. A violência é uma questão de todos e todos devem ser chamados a intervir.* As famílias são atendidas de forma integral e o resultado do trabalho depende da contribuição de cada setor da sociedade. Os casos são singulares e a abordagem é diferenciada, mas todos sem exceção envolvem garantia de direitos, e isto envolve todas as instituições do poder público e sociedade civil. E se não existe uma política, temos que construí-la, pelo compromisso com pessoas já tão vitimizadas. (Entrevistado 5)

Dois profissionais do AAF mencionaram a “crença” depositada pelas famílias no AAF, e estes profissionais entendem que precisam retribuir, oferecendo um atendimento integral que passa necessariamente pela intersectorialidade. Os relatos a seguir exemplificam esse aspecto: (Entrevistados 3 e 4)

- “Não há como não se comover e se mobilizar para a mudança”.
- “Não podemos levar a vítima à sensação de desamparo, descrença, desproteção”.
- “A intervenção profissional não pode passar à margem do ideal”.

- “Através do AAF é possível resgatar a confiança na sociedade, nas instituições como um todo”.

Percebe-se nos relatos que a equipe se envolve com o contexto da violência, e esta traz a responsabilização pela busca de soluções, parcerias, referências, ainda que não haja uma política bem definida para a assistência às vítimas de violência.

Gomez (2011) cita as condições precaríssimas do trabalho do corte de cana e açúcar e destaca que situações muito irregulares e graves são facilitadoras da articulação intersetorial para encontrar uma forma de enfrentamento dos graves problemas. Assim também ocorre com o fenômeno da violência.

Ramos (2011) ainda relata a complexidade da violência como motivação para a construção da intersetorialidade, pelos profissionais das unidades básicas de saúde do município de São Paulo, destacando a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde.

7. DISCUSSÃO

Na análise dos resultados da pesquisa, percebe-se que a intersectorialidade vem sendo construída no AAF por iniciativa de profissionais, que compreenderam sua necessidade e importância para responder aos problemas enfrentados por uma população específica, vítima de violência.

Silva (2010, p. 768) analisou a intersectorialidade na Estratégia de Saúde da Família em Belo Horizonte e fez as seguintes considerações, que também se adequam à realidade do AAF em Duque de Caxias: “a intersectorialidade é uma estratégia em construção, da qual os diferentes atores, setores e segmentos sociais ainda estão se apropriando [...]”. O autor destaca que esse processo de construção se dá porque alguns profissionais reconhecem a complexidade de certos problemas e compreendem a necessidade de ações intersectoriais.

No entanto, apesar de tais demandas serem reconhecidas, existem dificuldades para que as ações sejam praticadas, uma vez que não fazem parte de uma política formal. Bernardi (2010) aponta duas importantes dificuldades oriundas desse contexto: a ausência de conhecimento sobre as ações intersectoriais e a dificuldade de financiamento das ações, por não estarem previstas nos orçamentos. No entanto, Lima (2011, p. 1.507) considera que a intersectorialidade poderá ser em breve “um dos eixos principais para a consolidação de um sistema de saúde mais efetivo”, sendo necessário, para tal, realizar mudanças na lógica atual de gestão setorial.

Silva (2010, p. 766) ressalta que, apesar da falta de inclusão da intersectorialidade nas políticas, a iniciativa dos profissionais para sua construção é muito importante.

[...] essa percepção das limitações do olhar setorial é o primeiro passo para se alcançar a articulação intersectorial. Se o profissional orienta-se pelo paradigma biologicista, a medicalização será a principal forma de atuação. Entretanto, se ele incorpora o paradigma da produção social de saúde, o mesmo entende que o processo saúde doença é influenciado por múltiplos fatores que extrapolam o setor saúde, cabendo então, além da clínica, um trabalho intersectorial.

Nesse contexto, a intersectorialidade é um processo de construção diário. E enquanto isto não acontece, o que motiva os profissionais a fazerem esse exercício de construção da intersectorialidade?

Segundo Silva (2010), a percepção da gravidade do contexto de vida e saúde das pessoas (como nos casos de violência) pode levar à percepção dos limites setoriais e dos benefícios das ações intersectoriais, impulsionando a construção da rede de apoio. O autor destaca, ainda, que somente com a articulação de saberes é possível construir a integralidade.

Ramos (2011) destaca que a violência contra crianças e adolescentes constitui um problema complexo, com consequências que se estendem do plano individual ao plano social, daí os profissionais desenvolverem, além do atendimento clínico, um papel social, ético em relação à proteção e à busca de alternativas para a prevenção.

Magalhães (2009) narra a iniciativa da comunidade de Manguinhos, onde experiências de programas federais de Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável (DLIS) foram desenvolvidas motivadas pelo fato de serem políticas e ações em contextos de pobreza e desigualdades, que dependem da mobilização de todos os setores sociais.

Outra motivação identificada foi a lógica de trabalho em equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Moretti (2010) relata que as equipes de saúde bucal da rede municipal de saúde de Curitiba-PR também promovem ações intersectoriais nas diversas atividades de promoção de saúde, sobretudo atividades de educação em saúde da equipe, sendo a odontologia a principal ligação da unidade de saúde com as escolas.

É muito interessante a reflexão de Paula (2004, p. 339) quando aponta a “liderança do setor saúde em relação aos demais setores sociais”. Essa observação é feita com base na identificação de que os profissionais de saúde, para amenizarem necessidades que chegam até eles, buscam parcerias (ainda que no âmbito individual e não institucional) com outros setores para resolvê-las. Isto acontece pela complexidade do trabalho na saúde, que exige a responsabilização e vínculo do bom profissional, como foi observado no trabalho da equipe do AAF. Situação é semelhante à observada em serviços de saúde mental, que precisam muito da assistência de diversos setores: saúde, assistência social, educação, justiça, entre outros (COUTO, 2008).

No AAF, uma importante dificuldade apontada foi a falta de capacitação dos profissionais de toda a rede de apoio para o trabalho intersetorial. Ckagnazaraff (2010, p. 1.508) relata a proposta do Programa BH Cidadania, criado em Belo Horizonte no ano de 2002, para promover a inclusão social da população vulnerável. Aponta como dificuldade nessa experiência também a falta de capacitação dos profissionais, sugerindo investimento nesta ação:

[...] a falta de consenso acerca do papel a ser cumprido pelos diferentes funcionários e a incerteza sobre em que consiste o trabalho intersetorial são fatores que dificultam a operacionalização da intersectorialidade. Deve haver um nivelamento de conceitos, que são bastante variados, gerando problemas na compreensão do papel e da função dos funcionários [...].

Motta (2007) destaca que:

[...] o trabalho interdisciplinar, apesar de preconizado, é implementado com restrições, que vão da precária formação dos alunos na graduação até a defesa corporativa das profissões, passando por relações de trabalho que deverão incorporar princípios do trabalho em equipe.

Após análise dos resultados e pesquisa bibliográfica, conclui-se que não se alcançam os resultados necessários com implementação de políticas setoriais, por isso a intersectorialidade precisa ser valorizada na dimensão das políticas públicas, com suas possibilidades e limites sendo desenvolvidos. Sposatti (2006, p.134) ressalta que “adotar a intersectorialidade na gestão pública significa adotar uma decisão racional no processo de gestão”. E Zaluar (2002, p. 24) traz a reflexão do desafio da intersectorialidade para melhorar o alcance do trabalho da Segurança Pública, o que é reforçado pela mesma autora em 2004 no texto “Integração perversa: pobreza e tráfico de drogas”, quando aponta as dificuldades da política pública. Tal reflexão é reforçada por Junqueira (2000), que define a intersectorialidade como um dos eixos estruturantes das políticas públicas de saúde.

Por que não compartilhar a opinião dos autores e garantir a efetividade na atenção à saúde dos usuários através de processos de trabalho articulados entre si, extrapolando o setor saúde?

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a pesquisa bibliográfica e documental, a aplicação e análise dos questionários, a definição de conceitos básicos e a análise do contexto da violência, foi possível perceber que há relação entre intersectorialidade e integralidade, além da importância destas nas políticas públicas, de um modo geral, não só no contexto de violência.

Como as políticas são habitualmente setoriais, sem preverem ação conjunta das diferentes áreas do governo, os profissionais algumas vezes são os protagonistas na construção das ações intersectoriais. Assim se deu com o Ambulatório de Apoio à Família (AAF).

Após pesquisa bibliográfica sobre o tema e análise da experiência do AAF, conclui-se que é possível construir a intersectorialidade nos serviços de assistência à saúde. Porém, na maioria das vezes, a partir da iniciativa dos profissionais (busca pessoal e/ou de grupos), uma vez que a prática da construção de políticas públicas orientadas pela lógica intersectorial ainda é incipiente, ela não está inserida na rotina de todos os profissionais de saúde e gestores. A escassez de políticas intersectoriais prejudica a prática da intersectorialidade e o atendimento integral ao paciente; e a carência de atendimento integral acarreta angústia aos profissionais de saúde, trazendo dificuldades para a prestação de cuidados de qualidade.

O maior benefício alcançado pela intersectorialidade na assistência é a garantia de direitos, que promove assim um atendimento integral, tão essencial para as famílias vítimas de violência. A complexidade do fenômeno da violência doméstica contra a criança e o adolescente, trazendo a compreensão de que a articulação entre os diferentes setores da sociedade se faz necessária para encontrar caminhos mais eficazes no encaminhamento destas situações, foi a grande motivação para a construção da intersectorialidade no AAF.

Torna-se necessário uma gestão participativa dos problemas na construção das políticas, unindo gestores, profissionais e usuários na discussão dos problemas, a fim de encontrar soluções intersectoriais que sejam integrantes formais das políticas públicas federais, estaduais e municipais, como nos casos da dengue na Bahia e saúde mental em Campina Grande, descritos nesta dissertação. A responsabilidade

sobre essa forma de atenção não pode ser exclusivamente dos profissionais; é principalmente dos gestores ao formularem as políticas.

Entende-se que a existência de políticas intersetoriais traz benefícios aos pacientes, ao sistema e aos profissionais, que teriam um desgaste emocional menor se não precisassem construir redes para a assistência integral. Pacientes e profissionais caminham para a exigência da integralidade no cuidado, e a gestão precisa entender essa lógica, ainda que inicialmente para os problemas de maior relevância, já que é impossível alcançar uma saúde multifatorial sem a construção de políticas intersetoriais se os diferentes setores do governo têm interesses diferentes.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA MULTIPROFISSIONAL DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA E À ADOLESCÊNCIA. *Maus-tratos contra crianças e adolescentes. Proteção e prevenção. Guia para orientação para profissionais da saúde*. Petrópolis: Autores & Agentes & Associados, 1997.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children: subject review. *Pediatrics*, Illinois, v. 103, n. 1, p. 186-191, jan. 1999.

ANDRADE, L. O. M. de. *A Saúde e o Dilema da Intersetorialidade*. 2006. 364 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

ASSIS, S. G. et al. Notificações de violências doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 2305-2317, set. 2012.

AZEVEDO, E. B. et al. Práticas Intersetoriais que favorecem a integralidade do cuidado nos Centros de Atenção Psicossociais. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 93-99, mar. 2012.

BERNARDI, A. P. et al. Intersetorialidade – um desafio de Gestão em Saúde Pública. *Saúde & Transformação Social*, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 137-142, 2010.

BOURGUIGNON, J. A. *Concepção de Rede Intersetorial*. Disponível em: <<http://www.uepg.br/mupes/intersetor.htm>>. Acesso em: 10 jul. 2013.

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

BRASIL. *Norma Operacional Básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Núcleo de apoio a saúde da família*. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/nasf.phf>> Acesso em: 13 ago. 2013.

_____. Ministério da Saúde. *Academia da Saúde*. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/programaportaldab/apeacademiadasaude>>. Acesso em: 14 ago. 2013.

_____. Ministério da Saúde. *Crack, é possível vencer*. Disponível em: <<http://www.portalbrasil.gov.br/crackepossivelvencer>>. Acesso em: 08 jul. 2013.

_____. Ministério da Saúde. *Dengue*. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 05 maio 2013.

_____. Ministério da Saúde. *Pacto pela Saúde*. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/port2006/GM/GM-399.asp>>. Acesso em: 15 ago. 2013.

_____. Ministério da Saúde. *Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase*. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 02 jun. 2013.

_____. Ministério da Saúde. *Programa Nacional DST/AIDS*. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 04 jul. 2013.

_____. Ministério da Saúde. *Programa Nacional de Controle da Tuberculose*. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 02 jun. 2013.

_____. Ministério da Saúde. *Rede Humanizadas*. Disponível em: <<http://www.redehumanizadas.net/glossary/term/1211>>. Acesso em: 13 ago. 2013.

CKAGNAZAROFF, I. B. et al. Da gestão da intersetorialidade: o caso do Programa BH Cidadania, Brasil. In.: CONGRESSO INTERNACIONAL DO CLAD SOBRE A REFORMA DO ESTADO E DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, 10., 2005, Santiago. *Anais...* Santiago: CLAD, 2005. p. 1-14.

COUTO, M. C. V. et al. Intersetorialidade: uma exigência da clínica com crianças na Atenção Psicossocial. In: RIBEIRO, E. L.; TANALA, O. Y. (Org.). *Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS: contribuições para uma prática responsável*. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 18-39.

DESLONDES, S. F. Prevenir a violência: um desafio para profissionais de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.3, n. 2, p. 207-208 jul. 1995.

DUARTE, R. de J. *A Intersetorialidade entre o CAPS e o CRAS no município de Esmeraldas: um relato de experiência*. Disponível em: <<http://www.incubadora.ufsc.br/>>. Acesso em: 18 set. 2012.

DIAS, M. A. de S; MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Intersetorialidade: um olhar da saúde. *Revista Saúde Digital*, n. 23, nov. 2003. Disponível em: <<http://www.pbh.gov.br>>. Acesso em: 18 set 2012.

GAWRYSZEWSKI, V. P. et al. Maus-tratos contra a criança e o adolescente no Estado de São Paulo. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 58, n. 6, p. 659-665, nov./dec. 2012.

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

GOMEZ, C. M. Produção de conhecimento e intersetorialidade em prol das condições de vida e de saúde dos trabalhadores do setor sucroalcooleiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 8, p. 3361-3368, ago. 2011.

GOMEZ, N. P. Enfrentamento da Violência Doméstica contra a mulher a partir da Interdisciplinaridade e Intersetorialidade. *Revista de Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 14-17, jan./mar. 2009.

INOSOJA, R. M. Intersetorialidade e a Configuração de um Novo Paradigma Organizacional. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 12-16, mar./abr. 1998.

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

KELL, M. do C. G. *Integralidade de Atenção à Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

LIMA, E. C. et al. Implantação das ações intersetoriais de mobilização social para o controle da dengue na Bahia, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 8, p. 1507-1519, ago. 2011.

LOBATO, G. R. Desafios da atenção a violência doméstica contra crianças e adolescentes no Programa Saúde da Família em cidade de médio porte do estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1749-1759, set. 2012.

MAGALHÃES, R. et al. Avaliação de iniciativas e programas intersetoriais em saúde: desafios e aprendizados. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 861-868, maio/jun. 2009.

MATTOS, R. A. Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006. Disponível em: <http://www.lappis.org.br/media/artigo_ruben1.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2013.

MINAYO, M. C. de S. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 23. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

_____. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992.

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

MOTTA, L. B. et al. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersectorialidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. v. 12, n. 2, p. 363-372, mar./abr. 2007.

NASCIMENTO, S. Reflexões sobre Intersetorialidade entre as políticas públicas. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, n. 101, p. 95-120, jan./mar. 2010.

NOBRE, L. C. da C. Trabalho de crianças e adolescentes: os desafios da intersectorialidade e o papel do Sistema Único de Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 963-971, 2003.

PARASURAMAN, A.; GREWAL, D.; KRISHNAN, R.; *Marketing Research*. 2. ed. Boston: South-Western College Pub, 2006.

PAULA, K. A. et al. Intersetorialidade: uma vivência prática ou um desafio a ser conquistado? *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v. 8, n. 15, p. 331-48, mar./ago. 2004.

PIMENTA, L. A. et al. *Rede de Atenção à Saúde*. Diadema: Secretaria de Saúde de Diadema, 2012.

PORDEUS, A. M. J. et al. *Ações de prevenção dos acidentes e violências em crianças e adolescentes, desenvolvidas pelo setor público de saúde de Fortaleza*. Fortaleza: Secretaria Estadual de Saúde, 2003.

PORTO, M. S. G. A violência entre a inclusão e a exclusão social. In: CONGRESSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE SOCIOLOGIA, 7, 1997, Brasília, DF. *Anais...* Brasília, DF: [s.n.], 1997.

RAMOS, M. L. C. O. et al. Estudo sobre a violência doméstica contra a criança em unidades básicas de saúde do município de São Paulo – Brasil. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n.1, p. 136-146, jan./mar. 2011.

SANCHEZ, R. N. et al. *Guia de Atuação Frente a Maus-tratos na Infância e Adolescência: Orientações para pediatras e demais profissionais de saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

SCHUTZ, F. Intersetorialidade e política social: subsídios para o debate. *Sociedade em Debate*, Pelotas, v. 16, n. 1, p. 59-75, jan./jun. 2010.

DUQUE DE CAXIAS (RJ). Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Municipal de Saúde de Duque de Caxias*, 2012. Duque de Caxias, 2012.

SIGERIST, H. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). *Promoção de saúde: reflexões, conceitos, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

SILVA, K. L. et al. Ações Intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 63, n. 5, p. 765-9, set./out. 2010.

SPOSATI, A. Gestão pública intersetorial: sim ou não? Comentários de experiência. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, n. 85, p. 133-141, jan./mar. 2006.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. In: TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. (Org.). *Promoção e vigilância da saúde*, Salvador: Copec, 2002. p. 59-78.

TUMELERO, S. M. *Intersetorialidade nas políticas públicas*. Disponível em: <<http://www.litoral.ufpr.br>>. Acesso em: 20 ago. 2013.

WASELFISZ, J. J. *Mapa da Violência 2012: os novos padrões da violência homicida no Brasil*. 1. ed. São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://www.mapadaviolencia.org.br>>. Acesso em: 13 jul. 2013.

ZALUAR, A. *Integração perversa: pobreza e tráfico de drogas*. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

ZALUAR, A. Oito temas para debate: Violência e Segurança Pública. *Sociologia, Problemas e Práticas*, Lisboa, n. 38, p. 19-24, maio 2002.

APÊNDICE A – Questionário

Questionário aplicado aos membros do AAF para pesquisa do Curso de Mestrado Profissional em Administração de Saúde / IMS / UERJ. Esta pesquisa é motivada pela necessidade de se discutir as políticas de intersetorialidade, e as respostas deste questionário serão relevantes para alcançar os objetivos da pesquisa.

Este questionário é composto de perguntas abertas, com exceção da Identificação (I) e da pergunta II. A pergunta III só deve ser respondida se a resposta da pergunta II for “SIM”. As perguntas IV e V devem ser respondidas independente da resposta da pergunta II.

I – Identificação:

- 1) Nome:
- 2) Data de nascimento:
- 3) Categoria Profissional:
- 4) Tempo de formação:
- 5) Tempo de atuação no AAF:

II – Você já achou necessário oferecer para algum paciente serviços de outra secretaria ou de outro órgão? () SIM () NÃO

III – Se sim:

- 1) Quais órgãos / secretarias? Que serviços?
- 2) Qual o benefício esperado com esses encaminhamentos?
- 3) Que benefícios foram efetivamente alcançados pelo paciente / famílias?
- 4) Que impasses / dificuldades enfrentou nos encaminhamentos realizados?
- 5) Houve alguma motivação especial para que você fizesse esse encaminhamento?

IV – Você conhece a política municipal de intersetorialidade? Se sim, comente sobre ela.

V – Por fim, comente sobre Intersectorialidade e seu papel na assistência de famílias vítimas de violência.

APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido

Você está convidado(a) a participar, como voluntário(a) da pesquisa intitulada “É possível construir a Intersetorialidade nos serviços de Assistência à Saúde? – Análise de experiência”, desenvolvida pelo IMS / UERJ como pré requisito para conclusão do Mestrado Profissional conduzida por Sandra Maria de Oliveira Fernandes. Este estudo tem por objetivo demonstrar a possibilidade de construir a Intersetorialidade nos serviços de assistência à saúde.

Você foi selecionado(a) por fazer parte do Ambulatório de Apoio à Família / Hospital Infantil, onde será estudada a Intersetorialidade. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder questionário elaborado de forma a atingir o objetivo proposto. Fica assegurado o direito de recusar-se a responder perguntas que ocasionem constrangimento.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação.

O pesquisador responsável se comprometeu a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos participantes.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final desse documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável da pesquisa. Seguem os telefones e o endereço institucional do pesquisador responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Contatos do pesquisador responsável: Sandra Maria de Oliveira Fernandes, Diretora do Departamento de Atenção à Saúde / Secretaria Municipal de Saúde / Duque de Caxias / Alameda James Franco, Nº 03 – Jardim Primavera – CEP.: 25215-265 – Tel.: (21) 2773-6319 / (21) 9961-1339 – arcas.fernandes@ig.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524 – sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro, CEP 20559-900, telefone (21) 2334-0235, ramal 108. E-mail: cep-ims@ims.uerj.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Duque de Caxias, _____ de _____ de _____

Assinatura do(a) participante _____

Assinatura da pesquisadora _____

APÊNDICE C – Tabela 3

Caso 1. O primeiro caso trata de uma criança de 9 anos encaminhada pelo Conselho Tutelar (CT) ao AAF em 2009. A mesma tem sido agressiva na escola e mora com os tios desde os cinco anos, após assistir mãe ser assassinada pelo pai, que está foragido. A menor sente falta dos 07 (sete) irmãos que estão distribuídos com diferentes parentes, e se preocupa muito com irmã adolescente grávida do terceiro filho que mora em outro município e vêm sofrendo violência pelo marido. Teme a volta do pai e acha que os tios ficaram com ela por obrigação. Os tios não deixam que ela fale sobre o ocorrido com a mãe, achando que assim ela esquecerá os fatos.

Encaminhamentos dados pelo AAF:

- Discussão do caso com Conselho Tutelar Local
- Suporte e orientação para equipe da escola
- Tratamento psicológico da menor e seus tios
- Regularização de guarda da menor
- Nova moradia para menor e seus tios através de Programa Habitacional
- Inclusão da menor em curso de teatro
- Inclusão da tia da menor em curso profissionalizante de Informática
- Contato com CT de Macaé, solicitando intervir na situação da violência da irmã adolescente da paciente.

Os encaminhamentos realizados foram efetivos proporcionando reforço do vínculo entre a menor e os tios, melhora da agressividade na escola, maior sensação de segurança por estar em endereço desconhecido pelo pai e pelo abrigo da irmã que vinha sofrendo violência, junto com seus filhos.

Caso 2. O segundo caso trata de criança de sexo masculino, 4 anos, encaminhada pelo CT em 2001 após denúncia do avô paterno de violência física pela mãe. Segundo relato materno, menor é muito “agitado”, quebra vidro das janelas e móveis. Mãe, do lar, Pai, trocador, não se compromete com educação dos filhos (três) e não leva dinheiro para casa. Moram com avô paterno, 60 anos, aposentado.

A família é sustentada pelo avô, que em função disso interfere completamente na educação dos netos. Após avaliação do menor por neurologista, psicólogo e psiquiatra, foi feito o diagnóstico de Distúrbio Psicótico, e iniciado tratamento (que continua até hoje) no Centro de Atenção Psicossocial.

A equipe tentou comprometer o pai na educação dos filhos, buscando a responsabilização pelo vínculo, mas não foi bem sucedida. O avô não aceitou comparecer ao AAF, tendo sido convidado diversas vezes.

A equipe do AAF consegue ajudar à família com inclusão dos filhos em creche e Sala de Recursos através de contato com a Secretaria Municipal de Educação, além de atividades da Secretaria de Esporte e Lazer e Curso de Informática para irmão maior. Foi dado o encaminhamento para garantir pensão alimentícia dos filhos, o que já permitiu autonomia da mãe na educação dos filhos perante o avô. Mãe fez curso de Panificação e atualmente faz bolos sob encomenda e vende lingerie. Relata ter vontade de ir para Bahia, morar com sua mãe, mas quer ter primeiro certeza de que vai encontrar lá tratamento para criança e condições de trabalho, uma vez que destaca não querer perder sua independência o que demonstra recuperação de sua autoestima.

Caso 3. O terceiro caso é de uma menina de 9 anos, trazida pelo abrigo para acompanhamento multidisciplinar. A menor foi abrigada porque foi espancada pela mãe que tem doença psiquiátrica, além de ter apresentado doença sexualmente transmissível, relatando abuso sexual pelo pai. Tem 2 (dois) irmãos maiores que não tem vínculo nem com ela, nem com a mãe. Pai e mãe moram juntos. A menor demonstra desde o início do acompanhamento preocupação intensa com a mãe. A equipe do AAF chama o pai da menor (que nega o abuso sexual) para responsabilizá-lo pelo tratamento psiquiátrico da mulher, o que dá certo. Mãe foi incluída no tratamento psiquiátrico em Unidade da rede municipal de saúde, fica bem e ganha depois de algum tempo autorização para visitar a filha no abrigo nos finais de semana. Pai fica doente e AAF tenta envolver os 2 irmãos maiores no cuidado da mãe. A filha maior não deseja se aproximar mais dos pais, mas inicia psicoterapia. O filho maior passa a visitar regularmente os pais. O pai morre e irmão maior mantém visita da mãe, mas não assume seu cuidado completamente porque sua mulher não autoriza. Nesta ocasião a paciente tem 16 anos e precisará

trocar de abrigo e manifesta para equipe do AAF que gostaria de ir morar com a mãe para cuidar dela. A equipe técnica do AAF e do abrigo onde viveu dos 9 aos 16 anos (equipe essa também em acompanhamento por todo este período no AAF), escreve relatório para Juizado da Infância e da Juventude solicitando emancipação para a menor, mas esta não foi autorizada. Quatro meses depois, o irmão maior da menor assume os cuidados da mãe (com envolvimento de sua mulher e filhos). Continuam visitando a menor nos finais de semana e 6 meses após ele pede e consegue a guarda da irmã, que em março deste ano alcançou a maioridade.