

INTERSETORIALIDADE: CONHECIMENTO DOS GESTORES E A SUA APLICABILIDADE NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Intersectoral: Knowledge of managers and their applicability in public health policies

Deliana Dall'Orsoletta¹
Paula Brustolin Xavier²

Recebido em: 15 fev. 2016
Aceito em: 24 mai. 2016

RESUMO: Entendendo a intersectorialidade como a articulação de diferentes saberes para alcançar resultados integrados, no caso da gestão em saúde, esta ação intersectorial faz parte da política pública de saúde, estando nas suas normativas legais. O objetivo do estudo foi analisar a partir do conhecimento dos gestores municipais de saúde o que é a intersectorialidade e a sua aplicabilidade na gestão pública em saúde. Participaram doze gestores municipais de saúde dos municípios do Meio Oeste Catarinense, nos meses de agosto e setembro de 2015. Foi utilizado um questionário para analisar o que os gestores de saúde compreendiam de intersectorialidade e como a utilizavam na gestão; o instrumento de coleta de dados foi autoexplicativo, contendo doze questões. Os dados foram analisados e categorizados utilizando-se a análise de conteúdo. Os resultados indicam que a maioria dos gestores municipais de saúde compreendiam o que é a intersectorialidade, contudo ao serem questionados sobre a sua efetividade na saúde pública referiram ações multisetoriais, como sendo intersectoriais.

Palavras-chave: Gestão em Saúde. Ação Intersectorial. Políticas Públicas. Saúde Pública.

ABSTRACT: Understanding the intersectionality as the articulation of different knowledge to achieve integrated results in the case of health management, this intersectoral action is part of public health policy, being in statutory regulations. The aim of the study was to analyze from the knowledge of local health managers which is intersectoral and its applicability in public health management. Participated in twelve municipal health managers of the municipalities in the Midwest of Santa Catarina, in the months of August and September 2015. A questionnaire was used to analyze what health managers comprised of intersectionality and as used in the management; the data collection instrument was self explanatory, containing twelve questions. The data were analyzed and categorized using content analysis. The results indicate that most local health managers understand what is the intersectionality, but when asked about their effectiveness in public health mentioned multisectoral actions, as intersectoral.

¹ Especialista em Saúde Coletiva pela Universidade do Oeste de Santa Catarina campus Joaçaba, especialista em Gestão Pública em Saúde pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Santa Catarina - IFSC e graduada em Psicologia pela Universidade do Oeste de Santa Catarina, Psicóloga da Secretaria de Estado da Administração de Santa Catarina. E-mail: deliana_psico@hotmail.com.

² Doutoranda em Saúde Coletiva pela UNISINOS, Mestre em Saúde coletiva pela UNOESC, especialista em Enfermagem do Trabalho pela UnC, especialista em Enfermagem em Saúde Pública pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul e graduada em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Federal de Pelotas. Professora titular da Universidade do Oeste de Santa Catarina, professora titular da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe e enfermeira da Prefeitura Municipal de Caçador no setor de Vigilância em Saúde (área epidemiologia). E-mail: paula.xavier@unoesc.edu.br.

||| Keywords: Health Management. Intersectoral action. Public policy. Public health.

INTRODUÇÃO

A Reforma Sanitária Brasileira trouxe modificações importantes para a área da saúde. Dentre os fatos que marcaram esse processo, têm-se: no ano de 1986 a VIII Conferência Nacional de Saúde com reivindicações como: o fortalecimento do setor público de saúde, a expansão do atendimento a todos os cidadãos e a associação da medicina previdenciária à saúde pública, formando um sistema único (PAIVA; TEIXEIRA, 2014). Em 1988, com a Constituição Federal que instituiu a saúde como direito de todos e dever do Estado, sendo este o fundamento legal para a criação do SUS (Sistema Único de Saúde). A consolidação do SUS ocorre a partir de 1990, e com isso se solidificam os princípios da: universalização, da equidade e da integralidade (COHN, 2009). A integralidade é o princípio que faz uma alusão importante para a intersectorialidade, com vistas na própria Lei 8.080 de 1990 (BRASIL, 2015). Contudo, antes de se falar em intersectorialidade, cabe destacar o que é a setorialização, ou a política pública fragmentada. Para Bernardi et al., (2010), as ações de forma fragmentada, fazem com que uma mesma família seja atendida por diferentes setores para fins idênticos, o que não otimiza os recursos públicos. Assim, surge a proposta da intersectorialidade, a qual, articula os diferentes setores para atingir o mesmo objetivo.

De acordo com Bronzo (2010), a intersectorialidade é uma estratégia de gestão que busca de forma articulada e coordenada implementar políticas governamentais. A autora atenta para os mecanismos que tornam essa estratégia possível, por exemplo, com uma gestão em rede, tendo como foco o território e a família. Para Azevedo et al. (2012), a intersectorialidade busca parcerias entre diferentes setores (instituições), para que trabalhem unidos em prol de objetivos afins, formando uma unidade, apesar das: “diferentes áreas de atuação dos setores envolvidos, tentando estabelecer vínculos intencionais que superem a fragmentação e a especialização” (AZEVEDO, et al., 2012, p. 1336).

Como mencionado anteriormente pelos diferentes autores, o trabalho intersectorial visa garantir a integração dos conhecimentos, bem como, a articulação e compartilhamento de experiências a fim de constituir redes para interagir na realidade local de maneira mais efetiva e eficiente. Partindo dessa necessidade a pesquisa buscou analisar o conhecimento dos gestores de saúde acerca do termo intersectorialidade e o seu uso junto as políticas públicas de saúde.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa da qual analisou o conhecimento dos participantes/gestores sobre o termo intersectorialidade e a sua aplicabilidade dentro da política pública de saúde, usando como base de dados a análise

de conteúdo. Participaram da pesquisa doze gestores municipais de saúde dos municípios do Meio Oeste Catarinense, nos meses de agosto e setembro de 2015. A pesquisa foi estruturada por meio de um questionário composto por doze questões – a primeira parte para identificação do perfil dos gestores; na segunda parte as variáveis envolvidas foram: conhecimento acerca do termo intersetorialidade, ações intersetoriais desenvolvidas, relevância da intersetorialidade para a gestão pública em saúde. O mesmo foi elaborado pela pesquisadora e a orientadora, e foi previamente validado no sentido de que não existissem alterações após o início da pesquisa. A validação ocorreu com estudantes de diferentes áreas de conhecimento do curso de especialização em Saúde Coletiva da Universidade do Oeste de Santa Catarina. Utilizou-se como base de escolha, os municípios que fazem parte da região da AMMOC (Associação dos Municípios do Meio Oeste Catarinense). A AMMOC compreende treze municípios, são eles: Água Doce, Capinzal, Catanduvas, Erval Velho, Herval D'Oeste, Ibicaré, Joaçaba, Lacerdópolis, Luzerna, Ouro, Tangará, Treze Tílias e Vargem Bonita (AMMOC, 2015).

A pesquisadora entrou em contato (via correio eletrônico e/ou contato telefônico) com os gestores municipais de saúde da região da AMMOC e explicou os objetivos da pesquisa. Para os gestores que tivessem interesse em participar se procedeu com o agendamento de visita na Unidade de Saúde de cada município e após assinatura do Termo (TCLE), foi aplicado o questionário. Cabe destacar, que um dos questionários aplicados não foi utilizado, pois não cumpriu com os critérios estabelecidos na coleta, pois o sujeito (gestor) estava a menos de trinta dias no cargo gestor de saúde. Por isso a pesquisa ficou pautada nas respostas de doze gestores correspondendo a doze municípios da AMMOC, dos treze pertencentes a região.

Este estudo foi realizado conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde - Res. CNS 466/2012. Os gestores somente foram submetidos ao questionário com prévia assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e para preservar o sigilo de que trata as normas regulamentadoras da referida resolução, os participantes foram denominados por códigos alfanuméricos (G1, G2,...) - gestores municipais de saúde. Os dados obtidos durante a pesquisa foram utilizados apenas para os objetivos desta, mantendo-se o anonimato dos participantes. O projeto foi encaminhado para o CEP (Comitê de Ética em Pesquisa) da UNOESC/HUST, o qual obteve parecer favorável sob o número 1.167.530.

A análise dos dados foi obtida por meio da transcrição das respostas levantadas nos questionários e foram processadas por meio do uso do programa Microsoft Excel, bem como, as questões abertas foram analisadas a partir das respostas, utilizando o método da análise do conteúdo. Para Franco (2005), na análise de conteúdo o ponto de partida é a mensagem, independentemente de ser verbal ou escrita, para isso foi realizado primeiramente a leitura flutuante, e em seguida a categorização das respostas que mais se assemelhavam, para então analisar o teor da mensagem repassada pelo participante da pesquisa. Para tanto, as perguntas do questionário foram definidas preliminarmente.

Para Bardin (2010), a organização da análise de conteúdo se baseia em três

etapas, são elas: 1ª- a pré-análise, 2ª- a exploração do material, 3ª- o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. A pré-análise se baseia na organização do material, o projeto em si. A exploração do material se baseia na aplicação do que tinha sido anteriormente determinado. A última fase foi o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação que se constituiu em como os resultados foram analisados e tratados. As repostas para as questões abertas foram anotadas primeiramente em sua forma discursiva espontânea, para então serem categorizadas de acordo com os seus núcleos de sentido, relacionados assim aos assuntos definidos previamente.

O uso desses procedimentos metodológicos permitiu a realização de uma análise sistemática dos dados coletados de forma que após esta análise fosse possível a categorização e o relacionamento entre os conceitos. Dessa maneira, esta relação entre os conceitos e os dados coletados seguiu o rigor científico, pois objetivou a produção de informações e conhecimentos.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Participaram do estudo doze gestores da região da AMMOC. Dessa forma, os dados que seguem correspondem à doze dos treze municípios pertencentes a AMMOC.

Dos gestores envolvidos na pesquisa, o perfil encontrado foi de 50% (6 gestores) do gênero masculino e 50% (6 gestores) do gênero feminino. Diferentemente do disposto em estudos como de Rissardi e Schaffrath (2014), nos quais indicam uma desigualdade entre os gêneros no mercado de trabalho, na presente pesquisa evidenciou-se uma equiparação entre os gêneros.

A variável idade foi classificada em quatro faixas assim distribuídas: Entre 30 a 40 anos 16,6% (2 gestores), de 41 a 50 anos 33,3% (4 gestores), entre 51 a 60 anos 25% (3 gestores), de 61 a 70 anos 16,6% (2 gestores) e 1 gestor não respondeu representando 8,3% da amostra. A média de idade foi de 44 anos. Corroborando com estudo de Rissardi (2015), realizado com 11 gestores da região da AMARP (Associação dos Municípios do Alto Vale do Rio do Peixe) com maior número de respondentes na faixa de 50 a 60 anos.

Com relação a escolaridade, 33,3% (4 gestores) tinham ensino médio completo como maior titulação, 25% (3 gestores) ensino superior incompleto, 16,6% (2 gestores) ensino superior completo e 25% (3 gestores) possuíam especialização. Esses dados convergem com os de Rissardi (2015), os gestores tendo a maioria ensino médio completo com relação ao grau de escolaridade.

Em relação ao tempo de atuação como gestor verificou-se que a maioria dos gestores, 41,6% (5 gestores) atuavam há cerca de 3 a 4 anos. Há menos de 1 ano (mais de trinta dias) haviam 25% (3 gestores). No período de 4 a 5 anos tinham 16,6% (2 gestores) e na categoria outros tinham 16,6% (2 gestores). Em pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde (2006), verificou-se que na região Centro-Oeste houve maior percentual de mudança de gestores (86,6%), e nas regiões Sul e Sudeste, este percentual foi menor (66,6%).

Cerca de 58,3% (7 gestores) atuavam em outra política pública além da saúde, sendo a maioria gestor(a) de assistência social e um deles, além de saúde, assistência social, também era gestor de habitação. Contudo, referiram como uma dificuldade para articular as ações intersetoriais devido à sobrecarga de trabalho por atuarem em mais de uma política pública.

Dos doze gestores pesquisados, 83,3% (10 gestores) já conheciam ou ouviram falar do termo intersectorialidade, e 16,6% (2 gestores) não tinham conhecimento sobre o termo.

Tabela 1 – Significado do termo intersectorialidade para os gestores municipais de saúde da região da AMMOC.

Gestores Significados	Nº	%
Relacionados ao trabalho com outros setores		
*Trabalho em conjunto em busca de um mesmo objetivo;		
*Ações desenvolvidas com envolvimento de outros setores, com objetivo de obter maior impacto sobre condições de vida da população de um determinado território;	9	75
Relacionados com a integralidade entre setores		
*Integralidade entre setores	1	8,3
Não sabiam o que era intersectorialidade	2	16,6

Fonte: (Dall’Orsoletta, 2015)

Observou-se que os gestores traziam a ideia da intersectorialidade, corroborando assim como visto por autores como Azevedo et al. (2012) e Bronzo (2010). Os autores referiram a intersectorialidade como um trabalho de integração com outros setores, como uma nova forma de planejamento para gerir as políticas públicas, como sendo um trabalho em conjunto. É importante mencionar que os gestores abordaram sobre os “atores” envolvidos na intersectorialidade, mas não especificaram em quais processos esses participam (planejamento, execução e/ou avaliação).

Os respondentes, em sua maioria, afirmaram conhecer ou ouviram falar do termo intersectorialidade (10 gestores), referiram que ela acontecia na política pública de saúde dos seus municípios. No entanto, cabe inferir aqui que a intersectorialidade acontecia conforme cada gestor interpretava esta ação intersectorial no seu município. Estudos sugerem que as propostas intersectoriais interessam a saúde, pois para a resolução dos problemas da área verificam-se que estes exigem novas estratégias para dirimi-los, ultrapassando a área da saúde, como exemplo: agravos não-transmissíveis e a mortalidade por causas externas (AZEVEDO et al., 2012).

Os gestores descreveram de que maneira especificamente ocorria a intersectorialidade nos seus municípios, entretanto conceituar o termo é diferente de saber como ele se operacionaliza no cotidiano da gestão pública em saúde (FRACOLLI et al., 2010). Sendo assim, 41,6% (5 gestores) relacionaram com ações e projetos desenvolvidos em parcerias com outros setores. Como se pode observar nas respostas a seguir:

Parcerias com outros setores. Por exemplo: educador físico, saúde bucal. Através das academias ao ar livre. Projetos com a secretaria de urbanismo, parcerias com a vigilância

sanitária, orientação as famílias, etc.(G1)

Através de projetos que envolvem: saúde, educação, obras, urbanismo, assistência. (G4)

Através do trabalho integrado entre as secretarias, como por exemplo: o Programa da saúde na escola, saúde bucal e outros. (G5)

Projetos e programas entre secretarias afins (saúde, educação, assistência). (G6)

Trabalhamos assuntos como violência com outras secretarias, CREAS, CRAS, CAPS, também temos o projeto Saúde na Escola envolvendo diversas áreas, e parceria com outros municípios como a rede de Assistência.(G7)

Outros 33,3% (4 gestores) apontaram a resolução dos problemas por demanda espontânea como forma de efetivação da intersetorialidade, ou seja, quando surgia algum problema, que eram identificadas demandas que extrapolassem as ações na área da saúde eram realizadas ações em conjunto com outros setores. E 8,3% (1 gestor) colocaram como a prevenção de agravos à saúde como forma de ação da intersetorialidade. E 16,6% (2 gestores) não sabiam o que era a intersetorialidade e nem se ocorria no município. Além disso, a intersetorialidade foi relatada como prática da atividade pública, sem vinculação com a iniciativa privada, para Cunill-Grau (2014) a intersetorialidade é esta integração de vários setores, porém não somente os vinculados ao governo.

Com relação a importância do trabalho da intersetorialidade na resolutividade dos problemas de saúde, obtiveram-se respostas semelhantes. Como por exemplo, a agilidade e eficiência do trabalho por meio da ação intersetorial. Como foi possível verificar nas respostas:

Acompanhamento e comprometimento entre os diversos órgãos da administração municipal (assistência social, urbanismo, educação, cultura e esporte), no cumprimento de suas metas. Secretaria de Agricultura com alimentação saudável. Reuniões nos assentamentos. (G3)

Cada setor tem um ponto de vista colaborando para a busca de soluções. Na verdade, vê-se o indivíduo como um todo. (G4)

O trabalho desenvolvido é otimizado através das ações intersetoriais e potencializa os resultados. (G5)

Melhor resolutividade, sozinhos não conseguimos resolver, dependemos de outros setores, outras especialidades. (G7)

É uma forma de fazerem os problemas ou soluções, é uma maneira mais eficaz de chegar a uma solução mais rápida e eficaz. (G10)

Dessa forma, cerca de 66,6% (8 gestores) relacionaram o trabalho intersetorial como o atendimento com maior rapidez e eficiência para os problemas de saúde. 8,3% (1 gestor) identificaram essa relação no trabalho em rede, por meio de discussão e o entendimento comum dos problemas. E outros 8,3% (1 gestor) relacionaram esse trabalho como sendo uma “atenção melhor para a população” (G2). E 16,6% (2 gestores) não responderam a questão por desconhecerem o termo intersetorialidade.

Importante frisar de como os gestores identificaram essa relação da intersetorialidade para a resolução dos problemas de saúde; observou-se interpretações errôneas, como por exemplo, pensar que práticas “multisetoriais” fossem chamadas de intersetoriais. Existe uma diferença nessa questão, pois a intersetorialidade sugere coparticipação efetiva - fazer parte de todo o processo (gestão, produção, etc.), enquanto que na prática multisetorial existe o comparecimento de vários setores para a resolução de

um problema (DIAS et al., 2014).

Para Nascimento (2010), a intersetorialidade pode ser de diferentes modelos, entre eles, um modelo descendente fará com que os diferentes setores/atores atuem para atendimento de uma meta, um objetivo, mas isso não significa que posteriormente a esta ação não aja um momento de reflexão sobre aquela demanda.

Conforme observado nas respostas dos gestores, a maioria, apontou a agilidade e eficiência no atendimento como relação entre a intersetorialidade e a resolução dos problemas de saúde. Porém, os gestores ao elaborarem as ações de saúde, não deveriam ter como foco os desejos da população, assim o gestor necessitaria encontrar o contraponto, entre o que é desejo e o que são necessidades da população, essas que nem sempre estão ou estiveram compreendidas na decisão (CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIOS DA SAÚDE, 2007).

A proposta da intersetorialidade é relevante, mas é preciso analisar as dificuldades enfrentadas isoladamente em cada setor, por exemplo, na própria gestão pública em saúde – entre as equipes de saúde. Como apontam Zanchett e Dallacosta (2015), a saúde é uma área interdisciplinar, porém as instituições tem encontrado dificuldade para integrar os próprios profissionais nesse contexto; referem que o gestor pode oportunizar essa integração nas reuniões de equipe, mas nem sempre o fazem.

Por meio dos dados apresentados, verificou-se uma ação intersetorial aquém do que previsto nas próprias legislações de saúde. Entretanto, algumas dessas ações estão no início como referiram os gestores e alguns acreditam que não se faz a intersetorialidade pelo gestor, mas sim pelos demais “atores da saúde” (G4).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo evidenciou-se que os gestores municipais de saúde da região da AMMOC, em sua maioria conheciam ou já ouviram falar do termo intersetorialidade. Reconheciam a intersetorialidade, em geral, como a integração e envolvimento de diferentes setores para um objetivo comum, corroborando com a literatura sobre o assunto.

Existiram divergências com relação a aplicabilidade da intersetorialidade dentro da política pública de saúde. Enquanto alguns gestores pensaram em ações multisetoriais como sendo intersetoriais, mesmo quando essas eram apenas por demanda. De acordo com os relatos as ações aconteciam com um único propósito de atender a demanda, mas sem a reflexão ou a avaliação posterior. Um exemplo, pautado em um dos relatos foi sobre o empréstimo de veículo para atendimento por outra secretaria/setor.

Outros relataram que com a intersetorialidade existiria a possibilidade de uma gestão mais próxima das necessidades da população, por meio de projetos e ações com a efetiva participação de outros setores, além da saúde. Entretanto não comentaram da participação da população, por exemplo. Ou ainda, na maioria dos discursos, a

intersectorialidade apresentou-se dentro da gestão municipal - com os setores da administração pública (assistência social, educação, habitação, urbanismo, administração, etc.), sendo que um gestor mencionou da participação de outros municípios, como uma ação intersectorial. E nenhum gestor mencionou da iniciativa privada participando de ações intersectoriais.

Observou-se na pesquisa que a grande maioria dos gestores não atuavam apenas como gestores de saúde, mas concomitante a este trabalho, eram gestores de assistência social e habitação. Na prática isso foi percebido pelos gestores como limitador das ações intersectoriais, em grande parte, devido à sobrecarga de trabalho e não como facilitador para mediar essas ações.

Nesse sentido o grande desafio da intersectorialidade está em efetivamente conhecer a sua aplicabilidade na gestão pública em saúde e quem são os verdadeiros atores da área que deverão assumir essa responsabilidade. Vale destacar que nesta pesquisa não ficou contemplado quais são os atores envolvidos na gestão pública em saúde, pois conforme apontamentos dos próprios gestores, nem sempre é na figura do gestor ou somente nele que ocorre o planejamento.

Com relação ao termo intersectorialidade verificou-se que os gestores tem ideia de sua conceituação, convergindo com a literatura sobre o assunto. Contudo ao se relacionar com a legislação de saúde (Lei 8.080/1990) e sua aplicabilidade dentro da integralidade das ações de saúde, tem-se divergência ao pensarem que ações multisetoriais e/ou por demanda sejam ações intersectoriais.

Finalmente, verifica-se como um dos limitadores dessa ação intersectorial a capacitação e aprimoramento do conhecimento dos gestores de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Assim, para uma gestão pública em saúde que dê conta das metas e proposições previstas na Lei 8.080 de 1990, faz-se necessária a integração com outras políticas públicas, tendo como modelo a intersectorialidade, com a qual o trabalho e as responsabilidades são divididas e todos estão direta ou indiretamente envolvidos – nos diferentes processos: planejamento, execução e/ou avaliação.

REFERÊNCIAS

AMMOC. **Histórico da AMMOC**. Disponível em: <

<http://www.ammoc.org.br/conteudo/?item=2520&fa=2513>>. Acesso em 04 jun. 2015.

AZEVEDO, Elaine de. *et al.* Práticas intersectoriais nas políticas públicas de promoção de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, nº 4, p.1333-1356, 2012.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. ed., rev. e atual. Lisboa, Portugal: Edições 70, 2010.

BERNARDI, Adriana Pigatto et al. Intersectorialidade: um desafio de gestão em Saúde Pública. **Rev. Saúde e Transformação Social**. Florianópolis, v. 1, nº 1, p. 137-142, 2010.

BRASIL. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. **Lex:** PLANALTO.GOV.BR. Legislação. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 04 jun. 2015.

BRONZO, Carla. Intersetorialidade, autonomia e território em programas municipais de enfrentamento da pobreza: experiências de Belo Horizonte e São Paulo. **Rev. planejamento e políticas públicas**. n° 35, 2010.

COMERLATTO, Dunia *et al.* Gestão de políticas públicas e intersetorialidade: diálogo e construções essenciais para os conselhos municipais. **Rev. Katálysis**, Florianópolis, v. 10, n° 2, p. 265-271, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-49802007000200015&script=sci_arttext>. Acesso em: 04 jun. 2015.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (BRASIL). **Atenção primária e promoção da saúde**. Brasília: CONASS, 2007.

COHN, Amélia. A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n° 7, p.1614-1619, 2009.

CUNILL-GRAU, Nuria. La intersectorialidad en las nuevas políticas sociales: Un acercamiento analítico-conceptual. **Gestión y Política Pública**, v. 23, n° 1, p. 5-46, 2014.

DIAS, Maria Socorro de Araújo *et al.* Intersetorialidade e Estratégia Saúde da Família: tudo ou quase nada a ver? **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n° 11, p. 4371-4382, 2014.

FRANCO, Maria Laura P. Barbosa. **Análise do conteúdo**. 2. ed. Brasília, DF: Liber Livro Editora, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Gestores do SUS**: olhares e vivência. Brasília: 2006.

NASCIMENTO, Sueli do. Reflexões sobre a intersetorialidade entre as políticas públicas. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n° 101, p. 95-120, 2010.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde**, v. 21, n° 1, p.15-35, 2014.

RISSARDI, Viviam Fiabane. **Gestão Pública**: Perfil Profissional dos Gestores Municipais de Saúde nos Municípios da AMARP. 2015. 79f. Monografia (Especialização em Gestão e Controle no Setor Público). Unoesc, Universidade do Oeste de Santa Catarina, Videira.

RISSARDI, Viviam Fiabane; SCHAFFRATH, Evaldo. Mercado de trabalho: desigualdades de gênero e enfrentamento ao conflito. **Revista Unoesc & Ciência**, Joaçaba, v. 5, n° 2, p.187-194, semestral, jul./dez. 2014.

ZANCHETT, Sabrina; DALLACOSTA, Fabiana Meneghetti. Percepção do profissional da saúde sobre a importância do trabalho multiprofissional e interdisciplinar na atenção básica. **RIES**, Caçador, v. 4, n° 2, p. 145-153, 2015.