

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

LARISSA BARROS SOUZA

A atenção à crianças e adolescentes em territórios
vulnerabilizados: articulação intersetorial sob a ótica de
profissionais de saúde e assistência social

RIBEIRÃO PRETO
2023

LARISSA BARROS SOUZA

A atenção à crianças e adolescentes em territórios vulnerabilizados: articulação intersetorial sob a ótica de profissionais de saúde e assistência social

Tese apresentada ao Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Doutora em Ciências.

Linha de pesquisa: Sociedade, Saúde e Enfermagem

Orientadora: Regina Célia Fiorati

RIBEIRÃO PRETO
2023

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

de Souza, Larissa Barros

A atenção à crianças e adolescentes em territórios vulnerabilizados: articulação intersetorial sob a ótica de profissionais de saúde e assistência social. Ribeirão Preto, 2023.

121 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

Orientadora: Regina Célia Fiorati

1. Colaboração Intersetorial. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Proteção Social. 4. Iniquidade Social. 5. Criança e Adolescente.

de SOUZA, Larissa Barros

A atenção à crianças e adolescentes em territórios vulnerabilizados: articulação intersetorial sob a ótica de profissionais de saúde e assistência social

Tese apresentada ao Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Doutora em Ciências.

Aprovado em/...../.....

Presidente

Prof.(a) Dr.(a) _____

Instituição: _____

Comissão Julgadora

Prof.(a) Dr.(a) _____

Instituição: _____

Prof.(a) Dr.(a) _____

Instituição: _____

Prof.(a) Dr.(a) _____

Instituição: _____

AGRADECIMENTOS

Expresso aqui meu agradecimento a todos aqueles que, de alguma forma, se fizeram presentes ao longo da minha jornada (não só de pesquisa, mas de vida), contribuindo para a concretização deste trabalho.

Destaco alguns agradecimentos especiais:

À Profa. Dra. Regina Célia Fiorati, pela parceria e confiança dedicada, constante incentivo e valioso aprendizado.

Ao programa Interunidades de Doutorado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), pela oportunidade de crescimento profissional e pessoal.

A todos os pesquisadores do Grupo de Altos Estudos de Vulnerabilidade Social e Determinantes Sociais da Saúde, pela parceria e pelos encontros enriquecedores.

Aos membros das bancas examinadoras (de qualificação e defesa), por aceitar o convite e, principalmente, pelas generosas contribuições e trocas de conhecimento.

A todos os profissionais que participaram desta pesquisa, por dedicarem seu precioso tempo e compartilhar suas experiências, mesmo diante do desafiador contexto da pandemia da Covid-19.

À minha família extensa, por sempre valorizarem a educação e os estudos, buscando me proporcionar as melhores oportunidades, me incentivando e possibilitando ir mais longe.

Ao meu núcleo familiar, Haroldo, pelo suporte incondicional e compreensão ao longo desta caminhada; e à nossa querida Gal, melhor companhia possível durante a reta final deste trabalho.

Ao meu corpo, à minha mente e aos processos que me compuseram até aqui.

A todos, muito obrigada!

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

“Retornar ao passado para ressignificar o presente e construir o futuro”

Abdias Nascimento

RESUMO

SOUZA, L. B. **A atenção à crianças e adolescentes em territórios vulnerabilizados: articulação intersetorial sob a ótica de profissionais de saúde e assistência social.** 2023. 121f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2023.

O presente estudo buscou identificar e analisar iniciativas intersetoriais na atenção à crianças e adolescentes em territórios vulnerabilizados. Trata-se de uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório-descritivo e analítico interpretativo. Realizada a partir de entrevistas semiestruturadas em profundidade, junto a profissionais atuantes em serviços da Atenção Primária à Saúde e da Proteção Básica de Assistência Social do município de Ribeirão Preto-SP, Brasil. Para gerenciamento dos dados e análise temática inicial foram usados recursos do *software Atlas.ti* versão 22. Posteriormente, o processo de análise seguiu caráter interpretativo-reconstrutivo a partir do referencial teórico da Hermenêutica Crítica de Jürgen Habermas tendo como base sua Teoria da Ação Comunicativa. Participaram do estudo 15 profissionais, atuantes em 13 diferentes serviços, sendo oito deles vinculados à Assistência Social e cinco à Saúde. Verificou-se, a partir das entrevistas, estratégias escassas voltadas a intersetorialidade na atenção à crianças e adolescentes, com ausência de articulação entre os diferentes setores mesmo diante de situações complexas como o enfrentamento a pandemia da Covid-19. Foram destacadas pelos trabalhadores ações pontuais, sem enfoque institucional ou sistematização. Como consequência, os proferimentos revelaram haver um limitado impacto nas comunidades no que concerne ao enfrentamento das iniquidades sociais. Desafios foram pontuados pelos profissionais como entraves para o desenvolvimento ideal de ações, destacando-se a falta de políticas públicas e investimento adequado, o desinteresse por parte das autoridades, assim como a burocracia nos processos cotidianos. E ainda, a necessidade de melhores condições de trabalho, sendo referida a rotatividade dos profissionais e a insuficiência de recursos humanos, com equipes mínimas em áreas extensas e de alta demanda. As falas dos profissionais revelam distanciamento quanto à cultura de abordagens intersetoriais e perspectiva de rede na gestão de problemáticas sociais. Assim, serviços de assistência mostram-se ainda ancorados em um modelo conservador de trabalho, de organização fragmentada e gestão baseada na centralização do poder. Em suma, esta pesquisa possibilitou identificar a carência de uma agenda e gestão municipal comprometida, assim como os desafios para a efetivação de uma atuação intersetorial, com ações efetivas e sistematizadas, voltada à crianças e adolescentes que nascem e crescem em regiões vulnerabilizadas.

Descritores: Colaboração Intersetorial; Atenção Primária à Saúde; Proteção Social; Iniquidade Social; Criança e Adolescente.

ABSTRACT

SOUZA, L. B. **Care for children and adolescents in vulnerable territories: intersectoral collaboration from the perspective of health and social assistance professionals.** 2023. 121p. Thesis (Doctorate) - University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2023.

The present study sought to identify and analyze intersectoral initiatives in the care of children and adolescents in vulnerable territories. This is a qualitative research of an exploratory-descriptive and interpretative analytical nature. Carried out through in-depth semi-structured interviews, with professionals working in Primary Health Care and Basic Social Assistance Protection services in the city of Ribeirão Preto-SP, Brazil. For data management and initial thematic analysis, resources from the Atlas.ti software version 22 were used. Subsequently, the analysis process followed an interpretative-reconstructive character based on the theoretical framework of Jürgen Habermas' Critical Hermeneutics, based on his Theory of Communicative Action. Fifteen professionals participated in the study, working in 13 different services, eight of which were linked to Social Assistance and five to Health. From the interviews, it was verified that there were few strategies aimed at intersectoral care for children and adolescents, with a lack of coordination between the different sectors even in the face of complex situations such as facing the Covid-19 pandemic. Specific actions were highlighted by the workers, without institutional focus or systematization. As a consequence, the statements revealed that there was a limited impact on communities in terms of confronting social inequities. Challenges were highlighted by professionals as obstacles to the ideal development of actions, highlighting the lack of public policies and adequate investment, lack of interest on the part of authorities, as well as bureaucracy in daily processes. And also, the need for better working conditions, with reference to the turnover of professionals and the lack of human resources, with minimal teams in large and high-demand areas. The professionals' statements reveal a distance from the culture of intersectoral approaches and a network perspective in the management of social problems. Thus, assistance services are still anchored in a conservative work model, with fragmented organization and management based on the centralization of power. In short, this research made it possible to identify the lack of a committed municipal agenda and management, as well as the challenges in implementing intersectoral action, with effective and systematized actions, aimed at children and adolescents who are born and grow up in vulnerable regions.

Descriptors: Intersectoral Collaboration; Primary Health Care; Social Protection; Social Inequity; Child and Adolescent.

RESUMEN

SOUZA, L. B. **Atención a niños y adolescentes en territorios vulnerables: la coordinación intersectorial desde la perspectiva de los profesionales de la salud y la asistencia social.** 2023. 121h. Tesis (Doctorado) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2023.

El presente estudio buscó identificar y analizar iniciativas intersectoriales en la atención de niños y adolescentes en territorios vulnerables. Se trata de una investigación cualitativa de carácter exploratorio-descriptivo y analítico interpretativo. Realizado a través de entrevistas semiestructuradas en profundidad, con profesionales que actúan en los servicios de Atención Primaria a la Salud y Protección Social Básica de la ciudad de Ribeirão Preto-SP, Brasil. Para la gestión de datos y el análisis temático inicial se utilizaron recursos del software Atlas.ti versión 22. Posteriormente, el proceso de análisis siguió un carácter interpretativo-reconstructivo sustentado en el marco teórico de la Hermenéutica Crítica de Jürgen Habermas, fundamentado en su Teoría de la Acción Comunicativa. Participaron del estudio quince profesionales que trabajan en 13 diferentes servicios, ocho de los cuales vinculados a la Asistencia Social y cinco a la Salud, a partir de las entrevistas se verificó que existían pocas estrategias orientadas a la atención intersectorial a la niñez y adolescencia, con falta de coordinación entre los diferentes sectores incluso ante situaciones complejas como enfrentar la pandemia de Covid-19. Acciones específicas fueron destacadas por los trabajadores, sin enfoque institucional ni sistematización. Como consecuencia, las declaraciones revelaron que hubo un impacto limitado en las comunidades en términos de enfrentar las inequidades sociales. Los desafíos fueron destacados por los profesionales como obstáculos para el ideal desarrollo de las acciones, destacando la falta de políticas públicas e inversión adecuada, el desinterés de las autoridades, así como la burocracia en los procesos cotidianos. Y también, la necesidad de mejores condiciones laborales, en referencia a la rotación de profesionales y la falta de recursos humanos, con equipos mínimos en áreas grandes y de alta demanda. Las declaraciones de los profesionales revelan un distanciamiento de la cultura de los enfoques intersectoriales y de la perspectiva de red en la gestión de los problemas sociales. Así, los servicios asistenciales siguen anclados en un modelo de trabajo conservador, con una organización y gestión fragmentada basada en la centralización del poder. En definitiva, esta investigación permitió identificar la falta de una agenda y gestión municipal comprometida, así como los desafíos en la implementación de acciones intersectoriales, con acciones efectivas y sistematizadas, dirigidas a niños, niñas y adolescentes que nacen y crecen en regiones vulnerables.

Descriptor: Colaboración Intersectorial; Atención Primaria a la Salud; Protección Social; Iniquidad Social; Niño y Adolescente.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Modelo conceitual dos DSS preconizado pela CSDH- WHO.....	45
Figura 2	Especificação dos equipamentos da saúde e assistência social incluídos. Ribeirão Preto, SP. Brasil, 2023.....	59
Figura 3	Representação do sexo dos participantes. Ribeirão Preto, SP. Brasil, 2023.....	59
Figura 4	Representação da idades dos participantes. Ribeirão Preto, SP. Brasil, 2023.....	60
Figura 5	Especificação da formação dos participantes. Ribeirão Preto, SP. Brasil, 2023.....	60
Figura 6	Especificação do tempo de atuação dos participantes (nos respectivos equipamentos). Ribeirão Preto, SP. Brasil, 2023.	61

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Roteiro norteador para realização das entrevistas.....	55
Quadro 2	Caracterização dos participantes.....	58

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COVID-19	Coronavirus Disease 2019
CRAS	Centros de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CSDH	Commission on Social Determinants of Health
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
ESF	Estratégias de Saúde da Família
GEDUC	Grupo de Atuação Especial de Educação
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES	Instituição de Ensino Superior
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPRS	Índice Paulista de Responsabilidade Social
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OSC	Organização da Sociedade Civil
PAIF	Programa de Atenção Integral a Família
PETI	Programa de Erradicação ao Trabalho Infantil
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PSB	Proteção Social Básica
PSE	Programa Saúde na Escola
SCFV	Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculo
SUS	Sistema Único de Saúde
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
TAC	Teoria da Ação Comunicativa
UBS	Unidade Básica de Saúde

UNICEF	United Nations Children's Fund
USP	Universidade de São Paulo
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	15
1.1	Revisão Integrativa da literatura.....	18
2.	REFERENCIAL TEÓRICO.....	43
2.1	Determinantes Sociais da Saúde - modelo conceitual da Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial da Saúde.....	44
2.2	Hermenêutica Crítica - Teoria da Ação Comunicativa de Jürgen Habermas.....	47
3.	OBJETIVOS.....	50
3.1	Objetivo Geral.....	51
3.2	Objetivos Específicos.....	51
4.	MÉTODO	52
4.1	Desenho do estudo.....	53
4.2	Local e cenário da pesquisa.....	53
4.3	Participantes da pesquisa.....	54
4.4	Coleta de dados.....	54
4.5	Análise dos dados.....	55
4.6	Procedimentos éticos.....	56
5.	RESULTADOS	57
6.	DISCUSSÃO	75
7.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	91
	REFERÊNCIAS.....	94
	APÊNDICES.....	103
	ANEXOS.....	111

1 INTRODUÇÃO

Um número elevado de crianças e adolescentes, em todo o mundo, enfrenta graves desigualdades que cerceiam suas vidas, negando-lhes o direito de se desenvolver independentemente de raça/etnia, gênero, condição social ou local onde vivem. No Brasil, com 70,4 milhões de crianças e adolescentes entre zero e 19 anos de idade (33% da população do país), essa realidade pode ser constatada por indicadores como saneamento básico, pobreza, moradia, violência, alimentação, trabalho e educação (FUNDAÇÃO ABRINQ, 2022). Esse cenário se agravou diante da pandemia da COVID-19, evidenciando a fragilidade de nossas políticas públicas, acentuando desigualdades e atingindo principalmente populações e grupos vulnerabilizados, dentre estes, crianças e adolescentes (IBGE, 2022; KOMATSU et al., 2022).

Tal realidade se traduz por um percentual de 45% de pessoas com idade entre zero e 14 anos vivendo em situação pobreza no ano de 2020 (renda familiar mensal igual ou menor que meio salário mínimo), pretas e pardas em sua maioria. Além disso, neste mesmo ano, 1,6 milhões de crianças e adolescentes de até 17 anos de idade não estavam na escola, sendo que dentre as crianças mais pobres com idade entre zero e três anos, apenas 26% estavam na creche; os índices de violência e exploração sexual e os casos de negligência e abandono correspondem à 74,1% e 81% das notificações, respectivamente, considerando o grupo etário até 19 anos. (FUNDAÇÃO ABRINQ, 2021; IBGE, 2020; IBGE, 2021; UNICEF 2020; UNICEF 2021a; UNICEF 2021b; IPEA, 2021; ANAZAWA et al., 2020).

Para atender à Agenda 2030 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) é urgente que crianças e adolescentes tenham sua condição peculiar de pessoa em desenvolvimento reconhecida e respeitada, sendo que em países que se comprometem com o desenvolvimento sustentável, as ações de redução da pobreza, da desigualdade social e de garantia de justiça devem ser prioritárias. Contudo, os direitos de crianças e adolescentes dependem de um contexto de desigualdades construído historicamente por processos sociais de exclusão e discriminação. Pessoas que nascem, crescem e vivem em territórios pouco assistidos e marcados pela pobreza, vivenciam todas as etapas da vida sob impacto de iniquidades sociais que resultam na diminuição de oportunidades, determinando a persistência de doenças, condições e estados de sofrimento

passíveis de erradicação. Tratam-se de desigualdades produzidas socialmente, uma realidade evitável, injusta e desnecessária diante da tecnologia e de todo o conhecimento aos quais se tem acesso (SOLAR & IRWIN, 2010; OTTERSEN et al., 2014; FIORATI; ARCÊNCIO; SOUZA, 2016).

Compreendendo que um único setor não é capaz de sustentar problemáticas com raízes estruturais e de ordens distintas, a Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial da Saúde (*Commission on Social Determinants of Health by the World Health – CSDH-WHO*) pontua enquanto recomendação as políticas intersetoriais para o enfrentamento às desigualdades em saúde (CSDH-WHO, 2008; WHO, 2012; OTTERSEN et al., 2014; MORAL; GASCON; ABAD, 2014). A intersectorialidade corresponde à articulação de saberes técnicos e experiências em busca de políticas e programas mais efetivos (NASCIMENTO, 2010; INOJOSA, 2001), ofertando uma visão ampliada e integral na atenção aos sujeitos (JUNQUEIRA, 2000). Seu processo demanda que diferentes setores da administração pública e sociedade civil, negociem responsabilidades, poder, recursos e também capacidades técnicas e institucionais (ANDRADE et al., 2015). Para além da intersectorialidade, organizada a partir das esferas centrais de governo, estudos evidenciam que também são necessárias ações locais que envolvam a sociedade civil, fomentando a participação social (OBACH; SADLER; CABIESES, 2019; CHANDRA-MOULI et al., 2018; FABBIANI et al., 2016; LAURIN et al., 2015; DIBA; D'ÓLIVEIRA, 2015; EUGENIO et al., 2015; SHAN et al., 2014; NASCIMENTO et al., 2014; RAMIREZ; ALVAREZ, 2013).

De fato, a intersectorialidade compõe parte das diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS/2006) e está entre os princípios organizativos da Política Nacional de Assistência Social (PNAS/2004). Nesse sentido, percebe-se que na esfera da administração pública, tanto a Atenção Primária à Saúde (APS) quanto a Proteção Social Básica (PSB), buscam atuar junto às comunidades na redução da vulnerabilidade social de grupos e no desenvolvimento de estratégias para o enfrentamento às iniquidades sociais. A integralidade do cuidado na APS consiste na integração das variadas ações: assistência, prevenção de enfermidades, promoção da saúde e controle de doenças, pautada nos determinantes biológicos e sociais da saúde. Nesta direção, a

Assistência Social objetiva ofertar programas e estratégias de proteção social voltadas a populações vulnerabilizadas, na perspectiva da prevenção e enfrentamento à violação e do exercício de direitos, na redução da vulnerabilidade social e no cumprimento das disposições constitucionais para o pleno desenvolvimento de crianças e adolescentes (BRASIL, 2017; BRASIL, 2015; BRASIL, 2005; BRASIL, 1990).

Nesse sentido, torna-se necessária a criação de programas de redução das iniquidades sociais desenvolvidos intersetorialmente, envolvendo setores diversos da administração pública e da sociedade civil. Faz-se importante a investigação a respeito da existência de programas, ações ou estratégias, seu mapeamento e a identificação de possíveis repercussões dessas redes nos territórios e comunidades afetadas, assim como de estratégias de aplicabilidade e viabilização. Entende-se que, parte importante deste conhecimento é possível com base na compreensão dos profissionais da APS e da PSB, setores que podem vir a desenvolver atenção territorial, centrada em famílias e comunidades.

Assim, este estudo avança no conhecimento ao analisar a atenção à crianças e adolescentes em territórios vulnerabilizados, buscando identificar iniciativas intersetoriais no cotidiano das ações de saúde e assistência social, a partir da percepção de profissionais atuantes no âmbito de tais políticas. Avança ainda, ao permitir o repensar das práticas de atenção a grupos socialmente vulnerabilizados e contribuir para o desenvolvimento de intervenções mais eficazes e direcionadas, orientando políticas públicas e práticas profissionais na construção de uma sociedade mais justa e equitativa.

1.1 Revisão integrativa da literatura¹

Artigo: A intersetorialidade na redução de iniquidades sociais vivenciadas por crianças e adolescentes

Resumo

Objetivo: descrever as evidências sobre a repercussão de

¹ A referida revisão trata-se de artigo original publicado na Revista Latino-Americana de Enfermagem sob o DOI: 10.1590/1518-8345.4162.3427.

programas/ações/estratégias intersetoriais na redução de iniquidades sociais vivenciadas por crianças e adolescentes em vulnerabilidade social. Método: revisão integrativa realizada nas bases de dados *National Library of Medicine*, *Cummulative Index to Nursing and Allied Health Literature*, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, *Web of Science*, *Scopus* e *Scientific Eletronic Library On Line*. Foram considerados estudos primários publicados entre os anos 2005 e 2019, em inglês, português e espanhol, sendo utilizada plataforma Rayyan durante a seleção. A amostra foi composta de 27 estudos. Para extração dos dados foi utilizado instrumento Ursti, a qualidade metodológica dos estudos foi avaliada com o *Mixed Methods Appraisal Tool* e a análise elaborada de forma descritiva. Resultados: os principais resultados mostram que ações intersetoriais repercutiram em melhorias no acesso à saúde, nos indicadores de nutrição infantil, na qualidade de atendimentos voltados à saúde mental, aumento de hábitos saudáveis e aspectos da qualidade de vida. Conclusão: avanços significativos na vida e desenvolvimento da população infantojuvenil têm sido atribuídos à intersetorialidade. Os estudos apontaram diferentes estratégias, em diferentes regiões do mundo, cujas repercussões contribuíram para melhorar a qualidade de vida de crianças e adolescentes e subsidiar novas políticas intersetoriais.

Descritores: Colaboração Intersetorial; Fatores Socioeconômicos; Desigualdade em Saúde; Criança; Adolescente; Populações Vulneráveis

Introdução

Em muitos países por todo o mundo grande número de crianças e adolescentes continua com pouco ou nenhum acesso a serviços de saúde e educação de qualidade, ou, ainda, boa nutrição e saneamento adequado⁽¹⁻³⁾. Essa desigualdade no acesso a direitos sociais e recursos básicos para o desenvolvimento satisfatório está ligado de modo intrínseco à classe social, sendo, portanto, observada principalmente em crianças e adolescentes de famílias em vulnerabilidade social, em territórios pobres⁽⁴⁾.

Segundo a Estratégia Global para a Saúde das Mulheres, das Crianças e dos Adolescentes (2016-2030)⁽⁵⁾, uma em cada três crianças (200 milhões em todo o mundo), não consegue alcançar seu pleno potencial físico, cognitivo, psicológico e/ou socioemocional devido à pobreza, saúde e nutrição precárias, cuidado e estimulação insuficientes e outros fatores de risco para o desenvolvimento na primeira infância. O impacto da pobreza na saúde e bem-estar de crianças e adolescentes podem afetar desde a participação em ocupações, tais como escola, lazer, cuidados pessoais, e relacionamentos, passando por problemas de saúde física até questões de saúde mental e comportamentos de risco⁽⁶⁻⁹⁾.

A pobreza e a desigualdade aumentaram em todo o mundo, principalmente devido à globalização da economia e à reestruturação do trabalho, gerando aumento no desemprego e colapso dos laços sociais. Assim, devido às persistentes desigualdades sociais, sociedades seguem violando direitos de crianças e adolescentes provenientes de famílias pobres, mantendo uma realidade de iniquidades para essa faixa etária^(4,10-11).

Estudos anteriores, sobre as ações intersetoriais a populações vulneráveis socialmente, mostraram resultados relevantes para reduzir as iniquidades sociais, como a melhoria do acesso aos serviços de saúde e educação, aumento da renda, melhoria do estado de saúde e empoderamento de grupos mais vulneráveis, aumento de capital social, participação e mobilização social⁽¹²⁻¹⁶⁾.

A intersetorialidade busca articular diferentes indivíduos, de diversos setores e saberes, a fim de romper e superar a fragmentação de conhecimentos e intervenções. Representa uma nova maneira de trabalho para enfrentar problemas complexos e para um enfoque mais complexo dos problemas⁽¹⁷⁻¹⁹⁾.

A Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial da Saúde (CSDH-WHO) aponta que para o enfrentamento às desigualdades em saúde estratégias intersetoriais devem ser adotadas, pois a maior parte dos problemas que impactam a saúde humana está relacionada ao acesso desigual a serviços e tratamentos de qualidade, as condições materiais, psicossociais e sociais dependem diretamente de como a sociedade está estruturada. Dessa forma, o enfrentamento às iniquidades exige articulação de vários setores, além da saúde. Também a Organização das Nações Unidas, com base nos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), que visa a erradicação da pobreza em todo o mundo, como condição essencial para o desenvolvimento, aponta a intersetorialidade como estratégia fundamental para o enfrentamento nos diversos países^(10,20).

Entretanto, a literatura tem apontado estudos sobre a intersetorialidade principalmente em populações adultas, sendo que se percebe lacuna do conhecimento que mostre resultados de programas intersetoriais para crianças e adolescentes. Por isso existiu a motivação para desenvolver uma revisão de literatura a fim de se conhecer o que tem sido realizado em diferentes partes do

mundo para a redução de iniquidades sociais que atingem essa população estudada, com base em estratégias intersetoriais. Diante do exposto, foi realizada uma revisão integrativa cujo objetivo foi descrever as evidências sobre a repercussão de programas/ações/estratégias intersetoriais na redução de iniquidades sociais vivenciadas por crianças e adolescentes em vulnerabilidade social.

Método

Trata-se de revisão integrativa, conduzida a partir das seguintes etapas: elaboração da questão de pesquisa (identificação do problema), busca na literatura dos estudos primários, avaliação dos estudos primários, análise dos dados e apresentação da revisão⁽²¹⁾.

A questão norteadora, estruturada por meio da estratégia PICO⁽²²⁾ foi: quais as evidências sobre a repercussão de programas/ações/estratégias/intervenções intersetoriais na redução de iniquidades sociais vivenciadas por crianças e adolescentes em vulnerabilidade social (Figura 1)?

Acrônimo	Definição	Descrição
P	Paciente ou problema	Crianças e adolescentes em vulnerabilidade social
I	Intervenção	Ações intersetoriais
C	Controle ou comparação	-----
O	Desfechos (<i>outcomes</i>)	Redução das iniquidades sociais

Figura 1 – Descrição da estratégia PICO

A busca dos estudos primários ocorreu nos meses de junho a julho de 2019 e foram selecionadas as bases de dados MEDLINE/PubMed (via *National Library of Medicine*), CINAHL (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), *Web of Science*, *Scopus* e SciELO (*Scientific Eletronic Library On Line*).

Foi elaborada estratégia de busca com os descritores controlados e palavras-chave com os seguintes cruzamentos: - PubMed, CINAHL, *Web of Science*, Scopus e SciELO: ((Intersector* OR “cross-sector*” OR “inter-sector*” OR “intersectoral collaboration”) AND (program OR programs OR action OR actions OR strateg* OR policy OR policies OR intervention*) AND (child OR children OR childhood OR adolescen*)); - LILACS: (tw:((Intersectoria\$ OR Intersector\$ OR “colaboracion intersectorial”))) AND (tw:((programa\$ OR ação OR ações OR accion OR acciones OR estrategia\$ OR politica\$))) AND (tw:((criança\$ OR adolescen\$ OR nino\$))).

A seleção dos estudos foi realizada considerando estudos primários publicados entre os anos 2005 e 2019, em inglês, português e espanhol. A delimitação do período justifica-se, pois no ano de 2005 foi criada a Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial da Saúde, introduzindo recomendações para a implementação de estratégias de ação intersetorial, ressaltando seu papel fundamental no enfrentamento de iniquidades sociais.

Os critérios de inclusão foram: artigos que tratassem sobre as repercussões de ações/estratégias/programas/intervenções intersetoriais e artigos sobre estratégias voltadas para crianças e/ou adolescentes em vulnerabilidade social. Os critérios de exclusão foram: artigos em que as estratégias ainda não tinham sido implementadas e não apresentavam resultados.

A etapa de seleção dos estudos ocorreu por meio da plataforma de seleção Rayyan⁽²³⁾, sendo realizada de maneira independente por dois revisores. Inicialmente os artigos foram selecionados após a leitura do título e resumo e os que atenderam aos critérios de elegibilidade e aqueles que tiveram consenso entre os dois revisores foram lidos na íntegra para sua inclusão ou exclusão da revisão.

A extração dos dados dos estudos primários foi executada com base no instrumento Ursi⁽²⁴⁾, composto de cinco itens: identificação, instituição sede do estudo, tipo de publicação, características metodológicas do estudo e avaliação do rigor metodológico. Essa etapa foi realizada por três autores da revisão, de forma independente.

A análise dos dados da revisão foi elaborada de forma descritiva. Organizou-se um quadro-síntese com as seguintes informações dos estudos

selecionados: referência (autor e ano de publicação), objetivo do estudo, tipo de estudo, detalhamento amostral, ação/estratégia/programa/intervenção intersetorial e resultados referentes à redução de iniquidades sociais em crianças e adolescentes. A qualidade dos estudos incluídos foi avaliada usando o *Mixed Methods Appraisal Tool* (MMAT). O MMAT foi desenvolvido para revisões que incluem estudos qualitativos, quantitativos e métodos mistos. Por meio dele avalia-se a qualidade dos estudos em cinco categorias: ⁽¹⁾ pesquisa qualitativa, ⁽²⁾ ensaios clínicos randomizados, ⁽³⁾ estudos não randomizados, ⁽⁴⁾ estudos descritivos quantitativos e ⁽⁵⁾ estudos de métodos mistos. Para cada categoria, a ferramenta fornece cinco critérios de qualidade que devem ser avaliados, podendo, portanto, o escore variar de zero (não atender a nenhum critério) a cinco (atender todos os critérios)⁽²⁵⁾.

Por se tratar de estudo de revisão e não envolver seres humanos, não houve submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa. Foram seguidos os padrões *Standards for Quality Improvement Reporting Excellence 2.0* (SQUIRE 2.0), como guia para todos os passos que envolveram a elaboração do artigo.

Resultados

Na busca nas bases de dados, identificaram-se 2.300 publicações potencialmente elegíveis (*Scopus*=730, *Web of Science*=425, *PubMed*=414, *LILACS*=336, *CINAHL*=257, *SciELO*=138). Após importação para a plataforma Rayyan, foram identificados e excluídos 1.011 registros duplicados. Do total restante (n=1.289), após leitura de títulos e resumos, foram excluídos 1.181 registros. A partir da leitura na íntegra dos artigos restantes (n=108) e aplicação dos critérios de seleção, foram excluídos 81, sendo que 28 publicações não tratavam de ações intersetoriais, 23 apenas ressaltavam a importância da intersectorialidade, porém não traziam os resultados dessas ações, em 14 dos artigos as ações descritas não eram voltadas para crianças e adolescentes, nove não eram estudos primários e sete não tratavam de população em vulnerabilidade social. Dessa forma, a revisão foi composta por uma amostra de 27 estudos primários (Figura 2). Ressalta-se que não foram utilizadas outras fontes de publicações, tais como busca manual das referências dos estudos primários incluídos na revisão e literatura cinza.

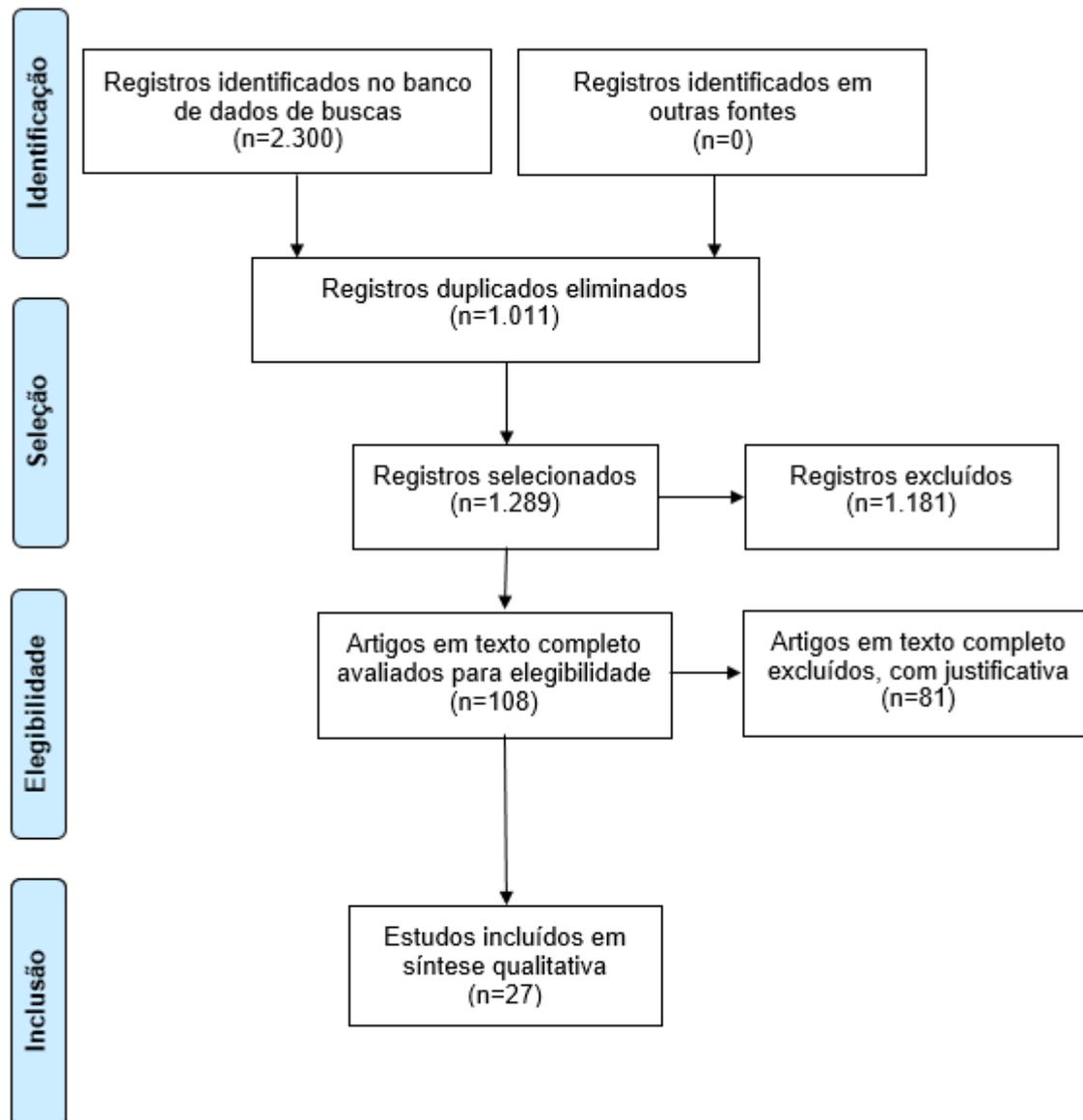


Figura 2 - Fluxograma do processo de seleção dos artigos para a revisão, segundo recomendação PRISMA⁽²⁶⁾. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019

Na Figura 3 encontram-se os 27 estudos caracterizados segundo autor(es), ano, local de realização, tipo de estudo e avaliação de qualidade, segundo o MMAT. Quanto ao ano de publicação, os artigos incluídos são do período de 2008 a 2019. No entanto, a maior parte das publicações ocorre entre 2014 e 2019⁽²⁶⁾, havendo apenas um estudo do ano 2008. Destaca-se o ano 2016, com seis publicações, seguido do ano 2019 com cinco, em 2018, 2017 e 2015 foram quatro publicações em cada e três estudos são de 2014.

Autor	Ano	País do estudo	Tipo de estudo	MMAT*
Appleby et al. ⁽²⁷⁾	2019	Etiópia	-----	5/****
Appleby et al. ⁽²⁸⁾	2019	Nova Zelândia	Abordagem qualitativa	1/*****
Barrett et al. ⁽²⁹⁾	2016	EUA	-----	3/*****
Chandra-Mouli et al. ⁽³⁰⁾	2018	Índia	Qualitativo e quantitativo	5/****
Fabbiani et al. ⁽³¹⁾	2016	Uruguai	Relato de experiência - qualitativo	1/*****
Fabelo-Roche et al. ⁽³²⁾	2016	Cuba	Qualitativo	1/*****
Ferrugem et al. ⁽¹⁷⁾	2015	Brasil	Relato de experiência - qualitativo	1/*****
Gimenez et al. ⁽³³⁾	2014	Brasil	Qualitativo	1/*****
Jones et al. ⁽³⁴⁾	2019	Austrália	Descritivo	1/*****
Laurin et al. ⁽³⁵⁾	2015	Canadá	Estudo de casos múltiplos - interpretativo	1/*****
Leite et al. ⁽³⁶⁾	2015	Brasil	Relato de experiência - qualitativo	1/*****
Melo et al. ⁽³⁷⁾	2016	Brasil	Estudo de caso com abordagem qualitativa	1/*****
Milman et al. ⁽³⁸⁾	2018	Chile	Estudo de caso	1/*****
Mongioli et al. ⁽³⁹⁾	2018	Brasil	Relato de experiência - qualitativo	1/*****
Monteiro et al. ⁽⁴⁰⁾	2015	Brasil	Pesquisa-ação com abordagem qualitativa	1/*****
Moyano et al. ⁽⁴¹⁾	2018	Argentina	Pesquisa-ação com avaliação qualitativa	1/*****
Nunes et al. ⁽⁴²⁾	2016	Brasil	Exploratório-descritivo com abordagem qualitativa	1/*****
O'Malley et al. ⁽⁴³⁾	2017	EUA	Estudo de caso	1/*****
Obach et al. ⁽⁴⁴⁾	2019	Chile	Qualitativo etnográfico	1/*****
Obach et al. ⁽⁴⁵⁾	2017	Chile	Qualitativo etnográfico	1/*****
Pappas et al. ⁽⁴⁶⁾	2008	Paquistão	-----	5/*****
Reader et al. ⁽⁴⁷⁾	2017	Nova Iorque	-----	1/*****
Shan et al. ⁽⁴⁸⁾	2014	Canadá	Misto	5/****
Tãno et al. ⁽⁴⁹⁾	2019	Brasil	Exploratório e de levantamento, com triangulação de métodos	5/*****
Tkac et al. ⁽⁵⁰⁾	2017	Brasil	Longitudinal, do tipo experimental	3/****
Torricelli et al. ⁽⁵¹⁾	2014	Argentina	Transversal analítico descritivo, qualitativo e quantitativo	5/*****
Woodland et al. ⁽⁵²⁾	2016	Austrália	Abordagem de métodos mistos	5/*****

*Os números e asteriscos referem-se, respectivamente, à categoria do desenho dos estudos e à classificação de qualidade dos estudos, de acordo com o MMAT.

Figura 3 - Caracterização dos estudos primários, segundo autor(res), ano de publicação, país de realização do estudo, tipo de estudo e avaliação de qualidade

segundo o MMAT. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019

Dentre os estudos selecionados foi possível observar, segundo a distribuição geográfica, diferentes regiões do mundo, a saber: América do Sul, América do Norte, América Central, África, Ásia e Oceania. O Brasil, com total de nove estudos^(17,33,36-37,39-40,42,49-50), foi o país com maior número de artigos na temática. Em seguida, com três estudos cada, o Chile^(38,44-45) e os Estados Unidos^(29,43,47), com dois estudos cada país, o Canadá^(35,48), a Argentina^(41,51) e a Austrália^(34,52). Os demais países, Etiópia⁽²⁷⁾, Nova Zelândia⁽²⁸⁾, Índia⁽³⁰⁾, Uruguai⁽³¹⁾, Cuba⁽³²⁾ e Paquistão⁽⁴⁶⁾, apresentaram apenas um estudo cada.

Em relação ao tipo dos estudos incluídos, optou-se por manter a nomenclatura indicada pelos autores, sendo a maioria de abordagem qualitativa, dentre eles quatro estudos foram indicados como relatos de experiência^(17,31,36,39), quatro estudos de caso^(35,37-38,43) (sendo um estudo de casos múltiplos⁽³⁵⁾), três definidos apenas como qualitativos^(28,32-33), dois estudos etnográficos⁽⁴⁴⁻⁴⁵⁾, dois de pesquisa-ação⁽⁴⁰⁻⁴¹⁾, uma pesquisa exploratória descritiva⁽⁴²⁾ e um estudo descritivo⁽³⁴⁾. Outros dois como sendo de abordagem mista^(48,52), um exploratório de levantamento com triangulação de métodos⁽⁴⁹⁾, um transversal analítico descritivo com abordagem quanti-qualitativa⁽⁵¹⁾, um do tipo experimental longitudinal⁽⁵⁰⁾ e quatro estudos que não deixaram claro o tipo de delineamento^(27,29,46-47).

Quanto à aplicação do MMAT, os estudos incluídos foram classificados quanto à sua categoria de estudo e cada grupo analisado separadamente para avaliação da qualidade metodológica. Os números de um a cinco identificam cada categoria dos desenhos de estudo, de acordo com a ferramenta. Nesse sentido, 18 estudos^(17,28,31-45,47) se enquadraram em uma abordagem qualitativa⁽¹⁾, sete estudos^(27,30,46,48-49,51-52) utilizaram métodos mistos⁽⁵⁾ e dois dos estudos^(29,50) apresentaram abordagem quantitativa não randomizada⁽³⁾. Dos 27 artigos, 23 foram classificados como sendo estudos de alta qualidade (*****), dentre eles todos os estudos de abordagem qualitativa, quatro dos estudos de métodos mistos e um estudo quantitativo não randomizado, pois atenderam todos os cinco critérios analisados. Os demais artigos^(27,30,48,50), apesar de também apresentarem

alta qualidade metodológica, atenderam apenas quatro dos critérios analisados (****), não havendo, portanto, nenhum estudo classificado como de baixa qualidade.

Os dados referentes às ações intersetoriais, identificadas nos estudos e seus resultados na redução de iniquidades sociais vividas por crianças e adolescentes, são apresentados na Figura 4.

Com relação aos setores envolvidos nas ações identificadas, todos os estudos citam o setor saúde, enquanto o setor educação é citado em 23 dos estudos^(17,27,29,31-42,44-50,52). Destacam-se ainda ações que tratam de questões relacionadas à saúde mental^(28-29,42-43,49,51), alimentação^(27,37,46-47,50) e questões mais específicas, como jovens com questões na justiça^(28-29,36) e educação sexual⁽⁴⁴⁻⁴⁵⁾. As ações dos demais estudos tratam de temas mais amplos e abrangentes como aconselhamento em saúde⁽³¹⁾, qualidade de vida^(33,41), desenvolvimento pleno⁽³⁸⁾, prevenção da violência⁽⁴⁰⁾ e diminuição de desigualdades (sociais, em saúde e educação)⁽³⁴⁾.

Referência (autor/ano)	Ação/estratégia/política/intervenção intersetorial	Resultados (referentes à redução de iniquidades sociais em crianças e adolescentes)
Appleby et al. (2019) ⁽²⁷⁾	Iniciativa de Saúde Escolar Aprimorada – programa de saúde e nutrição escolar na Etiópia	- melhorias nos principais indicadores de saúde e nutrição infantil, incluindo reduções na prevalência e intensidade de infecção por parasitas - melhorias no comportamento de higiene e saneamento entre as crianças em idade escolar
Appleby et al. (2019) ⁽²⁸⁾	Estratégia de compartilhamento de informações sobre as necessidades de saúde mental de jovens em residências de justiça juvenil na Nova Zelândia – envolve setores de saúde mental e justiça	- compartilhamento de informações - informações apropriadas sobre saúde mental - apoio aos funcionários para oferecer o melhor atendimento aos jovens
Barrett et al. (2016) ⁽²⁹⁾	<i>Safety Net Collaborative</i> , parceria colaborativa para impedir o encarceramento de jovens e melhorar o acesso a serviços de saúde mental, em Cambridge, Massachusetts – entre polícia, prestadores de serviços de saúde mental, escolas e serviços humanos	- detenções comunitárias diminuíram mais de 50% - a contratação de serviços de saúde mental elevou a média de consultas médicas ambulatoriais por ano
Chandra-Mouli et al. (2018) ⁽³⁰⁾	Intervenção multissetorial em nível distrital para tratar do casamento infantil implementada em Rajasthan, Índia	- efeito em cascata para estimular ações mais combinadas nos níveis de bairro e vila - organização não governamental comprometida em apoiar - um <i>design</i> e implementação específicos do contexto e uma abordagem flexível e responsiva - alistar lideranças dos principais oficiais do governo, de acordo com os deveres descritos na Lei de Proibição de Casamento Infantil de 2006

Fabbiani et al. (2016) ⁽³¹⁾	Projeto Espaços de Orientação e Audição em Saúde Integral em Centros Educacionais, uma estratégia de centros de compartilhamento e aconselhamento integral em saúde em centros educacionais do Uruguai, Montevideo – envolve serviços sociais, de saúde e educacionais	<ul style="list-style-type: none"> - alunos se apropriam do espaço, participam espontaneamente e valorizam positivamente a proposta - a maioria das consultas é resolvida no momento, oferecendo atendimento e orientações oportunas - redução do sofrimento e desconforto, pelo cuidado com problemas antigos observados e detectados nesse espaço pela primeira vez - resposta a situações de maior complexidade é feita de maneira coordenada com a comunidade educacional, a família e as redes
Fabelo-Roche et al. (2016) ⁽³²⁾	Oficinas conduzidas com técnicas participativas e dinâmicas de grupo para reduzir o consumo de álcool em um grupo de adolescentes cubanos – colaboração entre setor acadêmico, setor educacional e setor de negócios	<ul style="list-style-type: none"> - nenhum aluno adicional iniciou o consumo de bebida durante a intervenção - houve aumento nos indicadores sugerindo uma mudança para atividades culturais e recreativas saudáveis e formulação de aspirações vocacionais nos planos de vida - a percepção dos riscos envolvidos no consumo de álcool e drogas aumentou consideravelmente - houve aumento de atitudes negativas em relação à bebida
Ferrugem et al. (2015) ⁽¹⁷⁾	Projeto Bonde do Cine: discutindo cinema, produzindo saúde em Porto Alegre, Rio Grande do Sul – envolve saúde, educação e cultura	<ul style="list-style-type: none"> - através de intervenções coletivas, com trocas de experiências, participação social, diálogo horizontal, houve a construção conjunta do conhecimento, fortalecimento dos sujeitos e reflexão crítica sobre diferentes temáticas relacionadas com o cotidiano dos adolescentes - importante contribuição no processo de educação dos estudantes e professores
Gimenez et al. (2014) ⁽³³⁾	Programa Saúde na Escola (PSE) em Marília, São Paulo - política intersectorial do Ministério da Saúde e Ministério da Educação, com a finalidade de melhorar a qualidade de vida de crianças, adolescentes e adultos através da proposição de políticas e ações a serem desenvolvidas pelos setores da saúde e da educação em ambiente escolar	<ul style="list-style-type: none"> - aumento considerável na demanda de menores de 18 anos por testes de sorologia, assim como na distribuição de preservativos na Unidade Básica de Saúde (UBS) - o processo de corresponsabilização ampliou a capacidade de cada setor/área analisar e transformar seu modo de atuar, a partir da perspectiva dos outros setores/áreas, levando a ações com resultados mais efetivos - proporciona maior visibilidade à multicausalidade e determinação do processo saúde-doença, sendo pertinente a participação de todos os setores em ações que visem romper a fragmentação da atenção aos diversos problemas apresentados por esses grupos
Jones et al. (2019) ⁽³⁴⁾	Estratégia que busca abordar as desigualdades de saúde, educação e sociais que as crianças e os adolescentes rurais enfrentam na Austrália – colaboração entre um distrito de saúde local, educação escolar e um departamento universitário de saúde rural	<ul style="list-style-type: none"> - ganhos de relacionamento, recursos e força de trabalho - promoção da coordenação e integração do cuidado
Laurin et al. (2015) ⁽³⁵⁾	Pesquisa sobre a prontidão escolar de crianças em distritos de Montreal, Canadá – parceiros da rede de assistência à saúde, educação, creche, organizações comunitárias e de caridade e do Ministério da Imigração	<ul style="list-style-type: none"> - foi dado ao desenvolvimento infantil maior visibilidade e importância, impactando atores da primeira infância que se sentiram capacitados a chamar atenção de outros órgãos para a situação - a formação de comitês intersectoriais em todos os territórios para organização e acompanhamento da cúpula local resultou na extensão e consolidação de redes de parceiros - contar com ações intersectoriais garante a oferta de uma gama maior de serviços, abrangendo as diversas esferas do desenvolvimento infantil, melhor visibilidade na comunidade e maior acessibilidade

Leite et al. (2015) ⁽³⁶⁾	Plano Operativo Estadual (POE) de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Privação de Liberdade e sua efetiva aplicação no estado do Acre – aproximação com o Ministério Público Estadual, Instituto Socioeducativo, Secretaria Estadual de Saúde, Secretaria Estadual de Educação e Secretarias Municipais de Saúde e Assistência Social de Rio Branco	<ul style="list-style-type: none"> - ampliação e envolvimento de atores da rede de cuidado e proteção dos adolescentes - potencializou a corresponsabilização dos diversos serviços da rede de cuidados
Melo et al. (2016) ⁽³⁷⁾	Programa de Alimentação Escolar (PAE) de Itabira, Pernambuco – envolve os setores da educação, saúde e social	<ul style="list-style-type: none"> - resultados relativos aos contextos organizacional e sociopolítico: institucionalização do programa, uso eficiente dos recursos financeiros, gestão municipalizada, alta participação comunitária e uso dos recursos locais a favor do programa
Milman et al. (2018) ⁽³⁸⁾	Programa Chile Cresce Contigo para ajudar todas as crianças a alcançar seu potencial de desenvolvimento, independentemente da condição socioeconômica, apoiando crianças e famílias – envolvendo setores de saúde, proteção social e educação	<ul style="list-style-type: none"> - efeitos positivos no desenvolvimento infantil - verifica-se que quanto mais as famílias usam os benefícios do programa e quanto mais tempo o subsistema opera na comunidade, maiores os efeitos positivos
Mongioli et al. (2018) ⁽³⁹⁾	Intervenção educativa para o enfrentamento à homofobia realizada com adolescentes numa escola de referência em ensino médio em Recife, Pernambuco – envolve saúde e educação	<ul style="list-style-type: none"> - criação de um espaço de participação e diálogo para o enfrentamento à homofobia na escola - promoção da saúde e formação integral e cidadã de adolescentes no que tange ao enfrentamento da vulnerabilidade social e violência
Monteiro et al. (2015) ⁽⁴⁰⁾	Círculos de Cultura, considerados espaços dinâmicos de aprendizado na construção coletiva de conhecimentos sobre estratégias de prevenção à violência em Recife, Pernambuco – intervenção educacional em saúde envolvendo adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> - a ação educativa suscitou uma posição sociopolítica e cultural crítica dos adolescentes diante das situações de vulnerabilidade à violência, incluindo a garantia de direitos humanos, justiça e combate às iniquidades - mudanças nas relações sociais, combate à discriminação e intolerância - expansão do acesso e reorientação dos serviços de saúde por meio de políticas públicas intersetoriais
Moyano et al. (2018) ⁽⁴¹⁾	Projeto baseado em sistemas agroecológicos para melhorar algumas dimensões da qualidade de vida e do ambiente escolar na Argentina – envolve setores da educação, saúde, social e ambiental	<ul style="list-style-type: none"> - os professores expressaram impactos positivos do projeto no nível escolar dos adolescentes - contribuições positivas para aspectos da qualidade de vida na adolescência, tanto objetivos quanto subjetivos e viáveis a serem realizados no ambiente escolar de forma intersetorial
Nunes et al. (2016) ⁽⁴²⁾	Ações voltadas à saúde mental infantojuvenil em São Lourenço do Sul, Rio Grande do Sul – articulação entre os serviços de rede (saúde, educação, assistência social e justiça)	<ul style="list-style-type: none"> - maior potencial para a resolutividade das necessidades de crianças e adolescentes - os diversos setores integrantes, independentemente da esfera que representam, estão imbuídos do compromisso com a proteção integral desses indivíduos - as estratégias se mostram eficientes na continuidade do cuidado prestado e contribuem para enriquecer novas possibilidades de intervenções
O'Malley et al. (2017) ⁽⁴³⁾	Colaboração inovadora para lidar com o estresse tóxico entre crianças que crescem na pobreza em Kansas City – entre um centro comunitário, a Operação <i>Breakthrough</i> (OB) e um hospital infantil de atendimento terciário	<ul style="list-style-type: none"> - os acordos de compartilhamento de dados permitem que a clínica saiba quais cuidados foram prestados às crianças e quais cuidados são necessários - as crianças passaram a receber os cuidados que precisam em tempo hábil e sem redundância - cooperação e colaboração são evidentes na escola, na clínica, na administração e até nos departamentos de filantropia da <i>Children's Mercy Hospital</i> (CMH) e da OB

Obach et al. (2019) ⁽⁴⁴⁾	Estratégias para abordar a saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes, prevenir a gravidez na adolescência e explorar as percepções dos adolescentes e profissionais de saúde sobre essas estratégias, no Chile – envolvendo os setores da saúde e educação	<ul style="list-style-type: none"> - facilitou o acesso dos adolescentes aos cuidados de saúde sexual e reprodutiva - permitiu que a saúde sexual e reprodutiva fosse entendida como uma dimensão integral da vida dos adolescentes e reforçou uma ideia holística da saúde - estimulou o setor de saúde a se conectar com a comunidade e compartilhar a responsabilidade pelos cuidados em saúde - facilitou o exercício dos direitos e bem-estar dos adolescentes na comunidade, contribuindo para uma comunidade mais saudável, à medida que os riscos associados à gravidez na adolescência diminuem, assim como a reprodução da pobreza e das desigualdades de gênero
Obach et al. (2017) ⁽⁴⁵⁾	Programa de Espaços Amigáveis, uma estratégia para indagar sobre as percepções dos adolescentes acerca da educação sexual na Região Metropolitana do Chile – envolvendo os setores da saúde e educação	<ul style="list-style-type: none"> - setores trabalhando de maneira colaborativa e coordenada - foi dada melhor resposta às necessidades dos adolescentes no tocante à informação e à educação sexual
Pappas et al. (2008) ⁽⁴⁶⁾	<i>Tawana Pakistan Project (TPP)</i> , programa de alimentação escolar que forneceu refeições em escolas primárias do governo no Paquistão – envolveu saúde, educação e comunidade	<ul style="list-style-type: none"> - o desperdício diminuiu quase pela metade e as matrículas nas escolas aumentaram 40% - diminuiu a desnutrição e melhorou o conhecimento da dieta nas comunidades - melhorias nas três medidas do estado nutricional: desnutrição aguda, diminuiu 45%; as meninas abaixo do peso caíram 21,7%; a baixa estatura, uma medida da desnutrição crônica, diminuiu 6% - várias melhorias nas escolas do projeto: aumento do número de professores, melhora da disciplina escolar e aumento das escolas; a infraestrutura foi melhorada, incluindo latrinas e abastecimento de água, assim como a higiene das cozinhas nas escolas
Reader et al. (2017) ⁽⁴⁷⁾	Programa de Estágio de Bem-Estar nas escolas para combater a obesidade em crianças de escolas públicas de Nova Iorque – parceria entre uma organização sem fins lucrativos e uma faculdade comunitária urbana	<ul style="list-style-type: none"> - a exposição repetida a alimentos saudáveis mudou as atitudes de algumas crianças em idade escolar em relação à alimentação saudável, demonstrando atitudes positivas - alguns alunos começaram a demonstrar interesse em experimentar novos alimentos - os estagiários da universidade serviram como exemplos positivos devido à juventude, etnia e experiência de vida que compartilharam com os alunos
Shan et al. (2014) ⁽⁴⁸⁾	<i>KidsFirst</i> , programa de intervenção na primeira infância que atende famílias vulneráveis em áreas-alvo em Saskatchewan – Canadá, com práticas eficazes para aumentar o capital social e a coesão social nos níveis comunitário e institucional	<ul style="list-style-type: none"> - fortaleceu o tecido comunitário, unindo a comunidade, cultivando capital social comunitário e melhorando os ambientes institucionais e de serviços - aumentou a conscientização da comunidade com relação à saúde das crianças - ganhou apoio de diferentes organizações que auxiliaram na captação de recursos, doando medicamentos, fornecendo serviços gratuitos e divulgando informações sobre saúde - desempenhou papel central na ligação dos pais com a saúde e outros serviços
Tãno et al. (2019) ⁽⁴⁹⁾	Situações de cuidado à população infantojuvenil acompanhadas nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSij) da Região Sudeste do Brasil – os principais setores envolvidos são da saúde, educação e assistência social	<ul style="list-style-type: none"> - tecidas redes de suporte para os usuários dos serviços e para os profissionais - ampliação da comunicação e a troca de saberes, pensamentos e experiências, que produzem uma sensação de parceria e de contato que alivia a sobrecarga de trabalho e sustenta a duração das intervenções - melhora da percepção de educadores com relação à saúde mental e às crianças e aos adolescentes em sofrimento psíquico

Tkac et al. (2017) ⁽⁵⁰⁾	Programa para promover a saúde de crianças em idade escolar por meio de atividade física e dieta saudável em Curitiba, Paraná – apoio dos departamentos municipais de educação e saúde, direção da escola e grupos de pesquisa de universidades públicas e privadas	<ul style="list-style-type: none"> - intervenções de longo prazo que promovem mudanças positivas e significativas no perfil dos indicadores de saúde escolar - mudança de comportamentos a partir do empoderamento dos alunos, dos gerentes e dos pais
Torricelli et al. (2014) ⁽⁵¹⁾	Um Programa de Assistência Comunitária (PAC) para crianças e adolescentes com problemas de saúde mental na cidade autônoma de Buenos Aires	<ul style="list-style-type: none"> - atendimento a um número maior de crianças e adolescentes com sofrimento psicológico significativo e vulnerabilidade psicossocial, melhorando a acessibilidade e as condições gerais - projetou e implementou respostas abrangentes e territorializadas e garantiu respostas intersetoriais eficazes, resultando em uma avaliação positiva
Woodland et al. (2016) ⁽⁵²⁾	Programa Otimizando Saúde e Aprendizagem, com objetivo de desenvolver um modelo de atendimento transferível e sustentável que melhorasse os resultados de saúde e aprendizado em refugiados e outros jovens migrantes vulneráveis em Sidney, Austrália	<ul style="list-style-type: none"> - aumento na detecção de condições de saúde com probabilidade de causar impacto na saúde e na aprendizagem dos alunos - ligação de estudantes recém-chegados e suas famílias com os cuidados primários de saúde - coordenação dos cuidados de saúde primários e serviços especializados

Figura 4 - Caracterização dos estudos primários, segundo autor(res), ano de publicação, ação intersetorial e resultados (referentes à redução de iniquidades sociais em crianças e adolescentes). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019

Os principais resultados mostram diversos avanços referentes à redução de iniquidades sociais, vivenciadas por crianças e adolescentes em vulnerabilidade social, tais como melhorias no acesso à saúde, nos indicadores de nutrição infantil, aumento da informação, da qualidade e quantidade dos atendimentos voltados à saúde mental, aquisição de hábitos saudáveis e melhoria da qualidade de vida^(27-29,31-33,41,51).

Outros avanços mostram intervenções que contribuíram no processo educacional de crianças e adolescentes, como aumento de matrículas nas escolas, aumento nos indicadores sugerindo mudança para atividades culturais e recreativas saudáveis, formulação de aspirações vocacionais nos planos de vida, construção conjunta do conhecimento, reflexão crítica e empoderamento dessa população, criação de espaços de participação e diálogo no ambiente escolar para enfrentamento à homofobia, discriminação e intolerância e melhorias na infraestrutura de escolas^(17,39-41,46-47,50).

Outras ações e resultados significativos mostram apoio aos profissionais que atendem crianças e adolescentes, visando melhor atendimento; contratação de

número maior de profissionais; reconhecimento da importância do processo de corresponsabilização e compartilhamento de informações; abordagens mais flexíveis e responsivas; promoção da coordenação e integração do cuidado; resultados relativos aos contextos organizacional e sociopolítico, como uso eficiente dos recursos financeiros e alta participação comunitária; aumento da visibilidade e importância do desenvolvimento infantil; fortalecimento do tecido comunitário, cultivando capital social e melhorando os ambientes institucionais e de serviços; maior parceria e contato, a partir da ampliação da comunicação e a troca de saberes, aliviando a sobrecarga de trabalho e sustentando a duração, qualidade e efetividade das intervenções; e a criação e o fortalecimento de redes de apoio e suporte, tecidas para os usuários dos serviços e para os profissionais^(17,28-31,33-36,43-46,48-49,52).

Discussão

Nesta revisão o objetivo foi identificar as repercussões de ações intersetoriais voltadas para crianças e adolescentes no que diz respeito ao enfrentamento de iniquidades sociais. Nesse sentido, os artigos revisados apresentaram avanços importantes na redução das iniquidades sociais.

Observa-se, a partir das ações identificadas e dos resultados apontados nos estudos, desde dados mais claros e diretos, que refletem principalmente na saúde e educação das crianças e adolescentes^(27-28,31-33,39,43-47,51-52), quanto resultados de ações indiretas, mas de grande impacto para a população infantojuvenil, como melhorias nos serviços, na ação dos profissionais que trabalham com essa população, novas parcerias e apoios, construção de redes, suporte às famílias, aumento de acesso a serviços e informação^(17,28,30-31,35-36,40-49).

Dos setores envolvidos nas ações identificadas, o setor da saúde está presente nas ações de todos os estudos selecionados. Há que se considerar a importância desse setor, tendo em vista que uma sociedade plenamente saudável tende a aumentar sua produtividade, conseqüentemente aumenta retornos econômicos aos bens da participação no mercado de trabalho, ampliando assim possibilidades de desenvolvimento mais inclusivo e sustentável⁽⁵³⁾. No entanto, para se obter melhorias na saúde e bem-estar social da população apenas ações do setor

saúde não bastam, é necessário liderança para estimular ações intersetoriais voltadas para a redução de iniquidades⁽¹³⁾.

Após o setor da saúde, o setor na educação foi o mais frequente nas ações intersetoriais dos estudos selecionados, ficando evidente, também, a parceria entre saúde e educação^(17,27,31,33-34,39,44-46,50,52), que ocorreu em sua maioria em países da América do Sul (Brasil, Chile e Uruguai). O sistema escolar apresenta-se como excelente meio para intervenções voltadas para condições de saúde mais comuns que afetam as crianças em idade escolar, melhorando a participação e a aprendizagem⁽²⁷⁾. Programas de saúde e nutrição escolares são apontados como uma das maneiras mais usadas em países de baixa e média renda para gerar educação em saúde e mudanças de comportamento nessa população⁽⁵⁴⁻⁵⁵⁾.

Dentre os estudos selecionados, foi possível observar ações relacionadas à alimentação focando questões específicas de cada país como um estudo na Etiópia⁽²⁷⁾, por meio de um programa de saúde e nutrição escolar, obteve melhorias no comportamento de higiene e saneamento entre crianças e identificou a redução na prevalência e intensidade de infecção por parasitas. No Paquistão⁽⁴⁶⁾ um programa de alimentação escolar, realizado em 4.035 escolas primárias, diminuiu a desnutrição aguda em 45%, o baixo peso caiu 21,7% e a baixa estatura 6%. Em Nova Iorque⁽⁴⁷⁾ programa visando o combate à obesidade infantil identificou a mudança de atitudes de crianças em relação à alimentação saudável, adquirindo atitudes positivas e o interesse por novos alimentos. No Brasil⁽⁵⁰⁾ uma ação para a promoção de saúde de crianças em idade escolar, por meio de atividade física e dieta saudável, conseguiu melhorar os indicadores de saúde escolar e a mudança de comportamento não só dos alunos como dos profissionais e pais.

Autores pontuam que programas de saúde e nutrição escolar estão entre os principais serviços que buscam intervir em condições de saúde que tendem a afetar crianças em idade escolar. Com a infraestrutura que as escolas são capazes de oferecer, torna-se viável a implementação de programas de saúde com mais agilidade e custos iniciais reduzidos. Dessa forma, a escola atua fornecendo informações sobre educação em saúde, aumentando o acesso à assistência aos mais marginalizados e levando à mudança de comportamentos que refletem no

aumento das matrículas, da frequência escolar e redução das diferenças de gênero⁽⁵⁴⁻⁵⁵⁾.

Ainda sobre a educação em saúde, nota-se que as práticas de intervenções no ambiente escolar com participação ativa de crianças e parceria com organizações de outros setores asseguram consistência e sustentabilidade às iniciativas⁽⁵⁶⁻⁵⁷⁾.

Dentre os estudos selecionados, a saúde mental de crianças e adolescentes é tratada com relação à melhoria do acesso⁽²⁹⁾, aumentando a média anual de consultas ambulatoriais e diminuindo em mais de 50% as detenções de jovens em uma cidade dos Estados Unidos (EUA); ao estresse crônico em crianças pobres⁽⁴³⁾, por meio da cooperação e colaboração entre os setores, também nos EUA; ao cuidado infantojuvenil em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij)⁽⁴⁹⁾ no Brasil; e a jovens em residência de justiça juvenil (serviços residenciais para jovens de 12 a 17 anos, que representam um risco para si ou para outras pessoas)⁽²⁸⁾ da Nova Zelândia, com estratégia de compartilhamento de informações.

Assim como observado, outros estudos também assinalam que trabalhos organizados, a partir da criação de ações em rede, apresentam-se mais efetivos e potentes, sendo apontados, portanto, como prioritários no campo da atenção psicossocial infantojuvenil. Nesse sentido, as repercussões da intersetorialidade como estratégia de intervenção e gestão, identificadas nesta revisão, vão ao encontro do que autores já pontuaram, evidenciando a estruturação de um compromisso compartilhado com a diminuição de iniquidades sociais e outros sofrimentos enfrentados por crianças e adolescentes⁽⁵⁸⁻⁶⁰⁾. Observou-se que a intersetorialidade, quando priorizada em serviços de saúde mental, possibilita ações mais singulares no cuidado a essa população, além de contribuir com uma visão mais ampla sobre o sofrimento psíquico, distanciando-se cada vez mais de uma ideia biomédica reducionista e mecanicista⁽⁶¹⁻⁶³⁾.

Percebe-se que as ações voltadas para jovens e sua relação com a justiça buscam trabalhar a saúde mental tanto como ação preventiva, a fim de impedir o encarceramento dessa população⁽²⁹⁾, como promoção de saúde para jovens que estão em residência de justiça⁽²⁸⁾. Trata-se, em sua maioria, de jovens

que lidam desde muito cedo com condições de pobreza, de privação social, alta exposição à violência, dentre outras situações que evidenciam a vulnerabilidade social desses jovens e as iniquidades às quais estão sujeitos⁽²⁸⁾. Observa-se a importância do acesso à assistência por parte dessa população que, mesmo sendo considerada como em situação de risco, possui acesso mínimo antes de entrar em um sistema de justiça, sendo escassas as ações que buscam impedir jovens de cometer crimes⁽²⁹⁾.

Os estudos também mostraram que a ação intersetorial, estratégia recente de gestão de programas e políticas públicas, e pouco utilizadas em situações complexas, vem sendo cada vez mais uma opção em face de desafios como a violência e o uso abusivo de drogas⁽¹³⁾. Nesse sentido, destacam-se os estudos cujas ações abordam questões mais específicas, que produzem profundas iniquidades e que tratam sobre jovens com questões na justiça; ações voltadas para educação sexual e reprodutiva de adolescentes⁽⁴⁴⁻⁴⁵⁾, buscando levar maior informação e prevenir a gravidez na adolescência; ações para o enfrentamento da homofobia⁽³⁹⁾, abordando gênero, diversidade sexual e direitos humanos; redução do consumo de álcool em adolescentes⁽³²⁾; ações para tratar do casamento infantil⁽³⁰⁾ na Índia; para aumentar o capital social e a coesão social⁽⁴⁸⁾; e no cuidado a crianças refugiadas⁽⁵²⁾, na Austrália.

Embora a intersetorialidade seja apontada como essencial para obter bons resultados com as políticas implementadas, os estudos indicam que importantes dificuldades administrativas e gerenciais precisam ser superadas. Os problemas evidenciados dizem respeito a dificuldades em desmontar uma lógica setorial predominante que inviabiliza a cooperação, distribuição de responsabilidades e ações operacionais. Além disso, dificuldades relacionadas aos governos que promovem a centralização do poder e capacidade deliberativa para fóruns intersetoriais, bem como obstáculos à sociedade civil de se organizar de maneira coesa para reivindicar seus direitos ao aumento do poder político, são fatores importantes⁽⁶⁴⁻⁶⁵⁾.

Outra dificuldade na implementação de projetos intersetoriais é o preparo técnico insuficiente dos gestores. A necessidade de criar uma cultura cooperativa

nas relações gerenciais e administrativas, juntamente com o treinamento técnico para a gestão intersetorial é fundamental⁽¹³⁾.

Embora avanços possam ser verificados em muitos países, as iniquidades sociais ainda são fatores predominantes que marcam as iniquidades em saúde e os obstáculos ao estabelecimento da equidade. Nos países pobres, as políticas que abordam os determinantes sociais da saúde e a redução das iniquidades são fragmentadas e mostram desarticulação em sua implementação, gestão e inspeção. Os governos locais apresentam diferenças importantes no ritmo e na definição de prioridades com as quais as políticas são implementadas, criando lacunas entre as regiões do mesmo país. No que diz respeito aos países da América Latina, existem problemas relacionados a fortes questões culturais, étnicas, de gênero e à pobreza que precisam ser abordados, a fim de se implementar projetos intersetoriais voltados à produção de equidade em saúde^(14-15,66).

Os estudos incluídos nesta revisão tiveram uma boa qualidade metodológica analisada com o MMAT, uma vez que todos atenderam de quatro a cinco dos critérios, de acordo com a categoria do desenho de estudo. Todos os artigos qualitativos foram avaliados como sendo de alta qualidade, atendendo todos os cinco critérios. Quanto aos estudos que apresentaram quatro dos critérios, o estudo quantitativo não randomizado apresentou falha com relação aos fatores de confusão, que não ficaram claros. A limitação mais frequente dos estudos mistos foi referente a não descrição adequada dos procedimentos, dificultando a avaliação dos métodos envolvidos.

Apresenta-se como limitação desta revisão a restrição de período e de idiomas, bem como a não inclusão da literatura cinzenta, tendo os autores delimitado estudos primários publicados. Além disso, a análise descritiva de dados provenientes de estudos com diferentes tipos de abordagem metodológica pode gerar viés na elaboração dos resultados da revisão.

Entretanto, este trabalho representa um passo inicial importante para um estudo mais aprofundado do tema investigado. De acordo com os ODS da ONU e os objetivos da OMS de acabar com a pobreza global até 2050, visando a equidade global em saúde, serão cada vez mais necessárias as ações globais de cooperação multissetorial, intersetorial e transnacional. Portanto, estudos como esse e

evidências adicionais são necessários para mostrar que políticas intersetoriais e/ou combinadas à participação social podem ter impacto nos determinantes sociais da saúde e na redução das iniquidades sociais e de saúde.

Conclusão

A partir dos estudos incluídos nesta revisão, foi possível concluir que avanços significativos têm acontecido por meio da intersetorialidade, a qual vem auxiliando e aumentando as potencialidades de efetivação de sociedades mais equitativas.

Refletindo sobre esta questão de pesquisa, a análise mostrou que as estratégias intersetoriais relatadas produziram resultados positivos em relação ao estado de saúde, nível de educação e qualidade de vida de crianças e adolescentes nos países ou regiões em que essas experiências foram implementadas. Além disso, também foi possível verificar a repercussão de resultados positivos nas comunidades em que essas crianças e adolescentes vivem e o consequente aumento do capital social comunitário.

Os resultados mostraram-se positivos para profissionais atuantes à população estudada, capacitando-os e aumentando a qualidade de atendimentos prestados, construindo informação para aplicação em novos projetos de intervenção, subsidiando a formulação de políticas públicas.

Referências

1. World Health Organization. Saving lives, protecting futures. [Internet]. Geneva: WHO; 2015 [cited Jan 18, 2020]. Available from: <https://www.who.int/life-course/news/progress-report-global-strategy/en/>
 2. World Health Organization. Fulfilling the health agenda for women and children: The 2014 report. [Internet]. Geneva: WHO; 2014 [cited Jan 18, 2020]. Available from: <http://countdown2030.org/2014-report>
 3. United Nations. The Millennium Development Goals Report 2015. [Internet]. New York: UN; 2015 [cited Jan 18, 2020]. Available from: [https://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20\(July%201\).pdf](https://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20(July%201).pdf)
- Gonçalves MV, Malfitano APS. Brazilian youth experiencing poverty: Everyday life in the favela. *J Occup Sci*. 2020 May;27(3):1-16. doi: 10.1080/14427591.2020.1757495
4. World Health Organization. The Global strategy for women's, children's and adolescents' health 2016-2030. [Internet]. Geneva: WHO; 2015 [cited Jan 18, 2020]. Available from: <https://www.who.int/life-course/publications/global-strategy-2016-2030/en/>

5. Leadley S, Hocking C, Jones M. The ways poverty influences a tamaiti/child's patterns of participation. *J Occup Sci.* 2020 Apr;27(3):1-14. doi: 10.1080/14427591.2020.1738263
6. Simpson J, Duncanson M, Oben G, Wicken A, Gallagher S. Child poverty monitor: technical report 2016. [Internet]. Dunedin: New Zealand Child and Youth Epidemiology Service; 2016 [cited May 21, 2020]. Available from: <http://hdl.handle.net/10523/7006>
7. Spencer N, Thanh T, Louise S. Low income/socio-economic status in early childhood and physical health in later childhood/adolescence: A systematic review. *Matern Child Health J.* 2013 Apr;17(3):424-31. doi: 10.1007/s10995-012-1010-2
8. Reiss F. Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: A systematic review. *Soc Sci Med.* 2013 Aug;90:24-31. doi: 10.1016/j.socscimed.2013.04.026
9. United Nations. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development. [Internet]. New York: UN; 2015 [cited Jan 18, 2020] Available from: <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld/publication>
10. Barbiani R. Violation of rights of children and adolescents in Brazil: interfaces with health policy. *Saúde Debate.* 2016 Apr./June;40(109):200-11. doi: 10.1590/0103-1104201610916
11. Fiorati RC, Arcêncio RA, del Pozo JS, Ramasco-Gutierrez M, Serrano-Gallardo P. Intersectorality and social participation as coping policies for health inequities-worldwide. *Gac Sanit.* 2018 May-Jun;32(3):304-14. doi: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.07.009>
12. Andrade LOM, Filho AP, Solar O, Rigoli F, Salazar LM, Serrate PC. Social determinants of health, universal health coverage, and sustainable development: case studies from Latin American countries. *Lancet.* 2015 Apr 4;385(9975):1343-51. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61494-X
13. Diba D, D'Oliveira AF. Community Theater as social support for youth: agents in the promotion of health. *Cienc Saude Colet.* 2015 May;20(5):1353-62. doi: 10.1590/1413-81232015205.01542014
14. Eugenio JL, Mendoza MLM, Figueroa IV, Amezcua JMM. Social mobilization and social determinants of health: educational process in rural community of Jalisco, Mexico. *Rev Estudios Sociales.* [Internet]. 2015 Jul [cited May 21, 2020];23(46):139-61. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-45572015000200006
15. Alia KA, Freedman DA, Brandt HM, Browne T. Identifying Emergent Social Networks at a Federally Qualified Health Center-Based Farmers' Market. *Am J Community Psychol.* 2014 Jun;53(3-4):335-45. doi: 10.1007/s10464-013-9616-0
16. Ferrugem RD, Funk CS, Souza RD, Machry DS, Souza CC. CINE BEVY: an intersectoral experience of popular education in health. *Rev APS.* [Internet]. 2015 Oct [cited Jan 18, 2020];18(4):507-11. Available from: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15747>
17. Grossi PK, Guilamelon LF. Intersectorality in the elderly's health. *Rev Virtual Textos Contextos.* [Internet]. 2006 Dec [cited Jan 18, 2020];(6):5-10. Available from: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/45811/mod_resource/content/1/intersectorialidade%20na%20pol%C3%ADtica%20do%20idoso%5B1%5D.pdf

18. Wimmer GF, Figueiredo GO. Collective action for quality of life: autonomy, transdisciplinarity and intersectorality. *Cienc Saude Coletiva*. 2006;11(1):145-54. doi: 10.1590/S1413-81232006000100022
19. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. [Internet]. Geneva: WHO; 2010 [cited Jan 18, 2020]. Available from: http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf
20. Whittmore R, Knafk K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. 2005 Dec;52(5):546-53. doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x
21. Santos CMC, Pimenta CAM, Nobre MRC. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2007 Jun;15(3):508-11. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000300023>
22. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan - a web and mobile app for systematic reviews. *Sys Rev*. 2016 Dec;5(1):210. doi: 10.1186/s13643-016-0384-4.
23. Ursi ES, Gavão CM. Perioperative prevention of skin injury: an integrative literature review. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2006 Jan./Feb.;14(1):124-31. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000100017>
24. Hong QN, Pluye P, Fàbregues S, Bartlett G, Boardman F, Cargo M, et al. Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT), version 2018. [Internet] Montréal: McGill University; 2018 [cited May 21, 2020]. Available from: http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com/w/file/attach/127916259/MMAT_2018_criteria-manual_2018-08-01_ENG.pdf
25. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med*. 2009;6(7):e1000097. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
26. Appleby LJ, Tadesse G, Wuletawu Y, Dejene NG, Grimes JET, French MD, et al. Integrated delivery of school health interventions through the school platform: Investing for the future. *PLoS Negl Trop Dis*. 2019 Jan 31;13(1):e0006449. doi: 10.1371/journal.pntd.0006449
27. Appleby LJ, Shepherd M, Staniforth B. Speaking the same language: Navigating information-sharing in the youth justice sphere. *Aotearoa New Zealand Social Work*. 2019;31(1):59-71. doi: <http://dx.doi.org/10.11157/anzswj-vol31iss1id537>
28. Barrett JG, Janopaul-Naylor E. Description of a collaborative community approach to impacting juvenile arrests. *Psychol Serv*. 2016 May;13(2):133-9. doi: 10.1037/ser0000066
29. Chandra-Mouli V, Plesons M, Barua A, Sreenath P, Mehra S. How can collective action between government sectors to prevent child marriage be operationalized? Evidence from a post-hoc evaluation of an intervention in Jamui, Bihar and Sawai Madhopur, Rajasthan in India. *Reprod Health*. 2018 Jun 28;15(1):118. doi: 10.1186/s12978-018-0552-1
30. Fabbiani A, Pasinotti A, Martello B, Antía L. Adolescents' health consultations in educational centers. *Arch Pediatr Urug*. [Internet]. 2016 Apr [cited Jan 18, 2020];87(suppl.1):S34-S39. Available from: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492016000500005&lng=es

31. Fabelo-Roche JR, Iglesias-Moré S, Gómez-García AM, Hernández-Domínguez H, García-Enríquez I. An Intersectoral Intervention to Prevent Early Alcohol Use in Cuban Adolescents. *MEDICC Rev.* [Internet]. 2016 Jul [cited Jan 18, 2020];18(3):25-8. Available from: <http://mediccreview.org/an-intersectoral-intervention-to-prevent-early-alcohol-use-in-cuban-adolescents/>
32. Gimenez F, Higa E, Duarte M, Tonete V. Analysis of the project health and prevention at schools: contributions to intersectoral management. *J Nurs UFPE On Line.* 2014 Jun;8(8):2770-80. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v8i8a9984p2770-2780-2014>
33. Jones D, Ballard J, Dyson R, Macbeth P, Lyle D, Sunny P, et al. A community engaged primary healthcare strategy to address rural school student inequities: a descriptive paper. *Prim Health Care Res Dev.* 2019 Mar 20;20(e26):1-6. doi: 10.1017/S1463423618000907
34. Laurin I, Bilodeau A, Giguère N, Potvin L. Intersectoral Mobilization in Child Development: An Outcome Assessment of the Survey of the School Readiness of Montreal Children. *Soc Sci.* 2015 Dez 8;4(4):1316-34. doi: <https://doi.org/10.3390/socsci4041316>
35. Leite MLE, Guimarães MH, Guedes FM. The challenge of intersectionality in the comprehensive health care of adolescents deprived of freedom in Acre. *Adolesc Saúde (Online).* [Internet]. 2015 Mar [cited Jan 18, 2020];12(Supl.1):70-5. Available from: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=494#
36. Melo MNT, Franco de Sá RMP, Melo Filho DA. Sustainability of an innovative school food program: a case study in the northeast of Brazil. *Cienc Saude Coletiva.* 2016 Jun;21(6):1899-908. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015216.08752016>
37. Milman HM, Castillo CA, Sansotta AT, Delpiano PV, Murray J. Scaling up an early childhood development programme through a national multisectoral approach to social protection: lessons from Chile Crece Contigo. *BMJ.* 2018 Dec 7;363:k4513. doi: 10.1136/bmj.k4513
38. Mongiovi VG, Lima AWS, Firmino ACS, Melo CMF, Araújo EC, Ramos VP. Health education in schools to deal with homophobia. *J Nurs UFPE On Line.* 2018 Jun;12(6):1817-23. doi: 10.5205/1981-8963-v12i6a236457p1817-1823-2018 » <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i6a236457p1817-1823-2018>
39. Monteiro EM, Brandão Neto W, Lima LS, Aquino JM, Gontijo DT, Pereira BO. Culture Circles in adolescent empowerment for the prevention of violence. *Int J Adolesc Youth.* 2015 Apr 3;20(2):167-84. doi: 10.1080/02673843.2014.992028 » <https://doi.org/10.1080/02673843.2014.992028>
40. Moyano D, Scándolo MC, Toledo C, Danielle L, Arellano MJ, Zarate C, et al. Qualitative impact evaluation of an intersectoral project about agroecology and quality of life in adolescents of Argentina. *Rev Esp Nutr Comunitaria.* [Internet]. 2018 Mar [cited Jan 18, 2020];24(1):1-14. Available from: http://www.renc.es/imagenes/auxiliar/files/RENC_2018_1_2_D_Moyano_Agroecologia.pdf
41. Nunes CK, Kantorski LP, Coimbra VCC. Interfaces between services and actions of the psychosocial care network for children and adolescents. *Rev Gaúcha Enferm.* 2016 Aug 25;37(3):e54858. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.03.54858>

-
42. O'Malley D, Woods-Jaeger B, Dowd D. Building a Collaboration Between a Children's Hospital and an Early Childhood Education and Social Services Center. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2017 Sep;47(9):222-8. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2017.07.008>
43. Obach A, Sadler M, Cabieses B. Intersectoral strategies between health and education for preventing adolescent pregnancy in Chile: Findings from a qualitative study. *Health Expect*. 2019 Apr; 22(2):183-92. doi: 10.1111/hex.12840
44. Obach A, Sadler M, Jofré N. Salud sexual y reproductiva de adolescentes en Chile: el rol de la educación sexual. *Rev Salud Pública*. 2017 Dec;19(6):848-54. doi: <https://doi.org/10.15446/rsap.V19n6.70023>
45. Pappas G, Agha A, Rafique G, Khan KS, Badruddin SH, Peermohamed H. Community-based approaches to combating malnutrition and poor education among girls in resource-poor settings: report of a large scale intervention in Pakistan. *Rural Remote Health*. [Internet]. 2008 Jul-Sep [cited Jan 18, 2020];8(3):820. Available from: <https://www.rrh.org.au/journal/article/820>
46. Reader S, Aleong C. Pilot Study of a Cross-Sector Partnership to Integrate Inner-City Community College Students into a School Based Health Promotion Program. *Calif J Health Promot*. 2017 Nov;15(2):81-8. doi: 10.32398/cjhp.v15i3.1911
47. Shan H, Muhajarine N, Loptson K, Jeffery B. Building social capital as a pathway to success: community development practices of an early childhood intervention program in Canada. *Health Promot Int*. 2014 Jun; 29(2):244-55. doi: 10.1093/heapro/das063
48. Tãno BL, Matsukura TS. Intersectorality and care in mental health: experiences of psychosocial care centers for children and adolescents (CAPSIJ) in Brazil's Southeastern region. *Physis*. 2019 Jun 19;29(1):e290108. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312019290108>
49. Tkac CM, Fridlund LE, Moyses SJ, Werneck RI, Moyses ST. Implementation of an intervention program with physical activity and healthy diet for health promotion at school: a possible challenge. *Motri*. [Internet]. 2017 Dez [cited Jan 18, 2020];13(supl.1):28-35. Available from: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-107X2017000600005
50. Torricelli F, López PL. Characterization and Evaluative Analysis of a Children Community Care Program in Buenos Aires City. *Anuario Investig*. [Internet]. 2014 [cited Jan 18, 2020];21(1):241-9. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139994024>
51. Woodland L, Kang M, Elliot C, Perry A, Eagar S, Zwi K. Evaluation of a school screening programme for young people from refugee backgrounds. *J Pediatr Child Health*. 2016 Jan;52(1):72-9. doi: <https://doi.org/10.1111/jpc.12989>
52. Bloom DE, Canning D. The health and wealth of nations. *Science*. 2000 Feb 18;287(5456):1207-9. doi: 10.1126/science.287.5456.1207
53. Bundy DAP, Silva N, Horton S, Patton GC, Schultz L, Jamison DT, et al. Investment in child and adolescent health and development: key messages from Disease Control Priorities, 3rd edition. *Lancet*. 2018 Feb 17;391(10121):687-99. doi: 10.1016/S0140-6736(17)32417-0
54. Sarr B, Fernandes M, Banham L, Bundy D, Gillespie A, McMahon B, et al. The Evolution of School Health and Nutrition in the Education Sector 2000-2015 in sub-

- Saharan Africa. *Front Public Health*. 2017 Jan 30;4(271):1-6. doi: 10.3389/fpubh.2016.00271
55. Madsen K, Linchey J, Gerstein D, Ross M, Myers E, Brown K, et al. Energy balance 4 kids with play: Results from a two-year cluster-randomized trial. *Chil Obes*. 2015;11(4):375-83. doi: 10.1089/chi.2015.0002
56. Haggis C, Sims-Gould J, Winters M, Gutteridge K, McKay HA. Sustained impact of community-based physical activity interventions: key elements for success. *BMC Public Health*. 2013;13(1):892. doi: 10.1186/1471-2458-13-892
57. Lourenço MSG. Saúde mental infantojuvenil: identificando realidades de municípios que não contam com CAPS infantojuvenil, a partir da Atenção Básica em Saúde. [Dissertação]. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos; 2017 [Acesso 18 jan 2020]. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/9102>
58. Couto MCV, Delgado PGG. Presença viva da saúde mental no território: construção da rede pública ampliada de atenção para crianças e adolescentes. In: Lauridsen-Ribeiro E, Lykouropoulos CB, organizadores. *O Capsi e o desafio da gestão em Rede*. São Paulo: Hucitec; 2016. p. 161-92.
59. Inojosa RM. Sinergia em política e serviços públicos: desenvolvimento social com intersectorialidade. *Cad FUNDAP*. [Internet]. 2001 [cited May 21, 2020];(22):102-10. Available from: https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/sinergia_politicas_servicos_publicos.pdf
60. Braga CP, d'Oliveira AFPL. Políticas públicas na atenção à saúde mental de crianças e adolescentes: percurso histórico e caminhos de participação. *Cienc Saude Coletiva*. [Internet]. 2019 Feb [cited May 21, 2020];24(2):401-10. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000200401&lng=en <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018242.30582016>
61. Lugon R. Breves reflexões e paradoxos sobre a psiquiatria nos CAPSI. In: Lauridsen-Ribeiro E, Lykouropoulos CB, organizadores. *O Capsi e o desafio da gestão em Rede*. São Paulo: Hucitec; 2016. p. 108-15.
62. Ministério da Saúde (BR). Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil: recomendações de 2005 a 2012. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [Acesso 21 mai 2020]. Disponível em: <https://repositorio.observatoriodocuidado.org/handle/handle/1404>
63. Campos-Matos I, Russo G, Perelman J. Connecting the dots on health inequalities - a systematic review on the social determinants of health in Portugal. *Int J Equity Health*. 2016 Feb;15:26. doi: 10.1186/s12939-016-0314-z
64. Akerman M, Franco de Sá R, Moysés S, Rezende R, Rocha D. Intersetoriality? Intersetorialities? *Cienc Saude Coletiva*. 2014 Nov;19(11):4291-300. doi: 10.1590/1413-812320141911.10692014
65. Goeij MCM, Suhrcke M, Toffolutti V, Mheen D, Schoenmakers TM, Kunst A. How economic crises affect alcohol consumption and alcohol-related health problems: a realist systematic review. *Soc Sci Med*. 2015 Apr;131:131-46. doi: 10.1016/j.socscimed.2015.02.025

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O presente estudo utilizou os seguintes referenciais teóricos para o seu desenvolvimento: os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) com base no modelo conceitual da Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial da Saúde (CSDH-WHO) e a hermenêutica crítica de Jürgen Habermas, focada na sua Teoria da Ação Comunicativa (TAC).

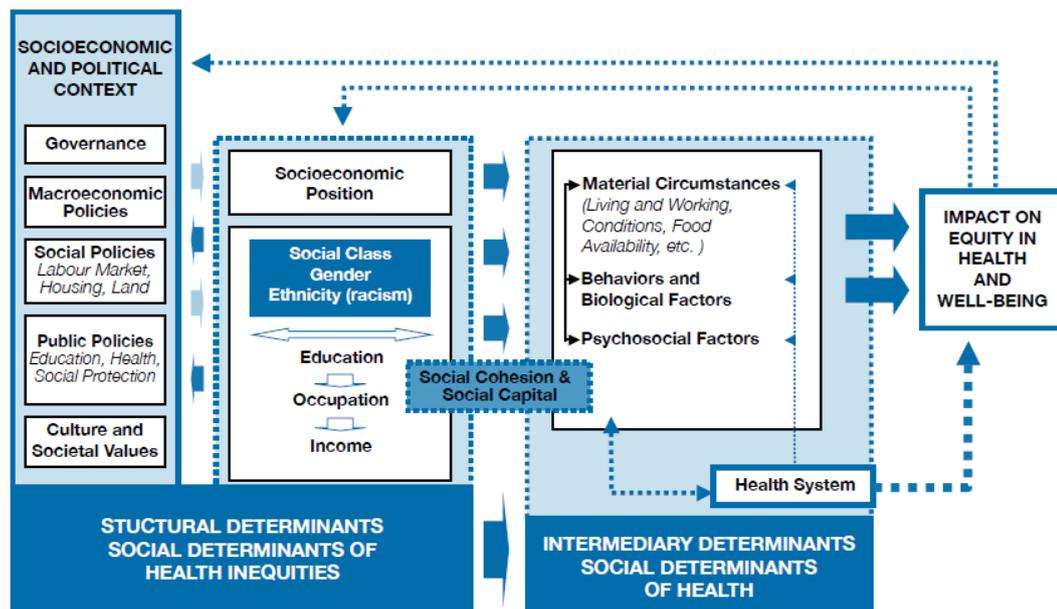
O modelo DSS-CSDH-WHO foi adotado como estrutura teórica fundamental para a análise dos dados, estabelecendo uma base conceitual que enfatiza a perspectiva de que todos os processos de saúde-doença nos seres humanos são determinados socialmente. Enquanto o referencial da TAC orientou o processo metodológico e filosófico de análise dos dados em si, permitindo uma interpretação hermenêutica para reconstrução das estruturas geradoras subjacentes à produção de formações simbólicas, especialmente por meio da análise dos processos de comunicação facilitados pela linguagem (Aragão, 2002).

2.1 Determinantes Sociais da Saúde - modelo conceitual da Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial da Saúde

A CSDH define DSS como fatores sociais que têm impacto na saúde de pessoas e populações, caracterizando-se como fatores de risco, estes fatores são determinados, por sua vez, pelas condições em que as pessoas nascem, vivem, crescem e trabalham. Parte-se do pressuposto que a estrutura das sociedades, através de inúmeras interações sociais, normas e instituições, afetam a saúde da população e o que os governos e a saúde pública têm que agir sobre isso (SOLAR; IRWIN, 2010).

A CSDH classifica os DSS em duas categorias: os determinantes estruturais e os intermediários da saúde (Figura 1). Os determinantes estruturais tratam-se de mecanismos e fatores geradores de estratificação social e divisão da sociedade em classes sociais, definindo a posição de indivíduos em uma estratificação hierárquica de prestígio, poder e acesso a recursos. Incluem fatores ligados a renda, educação, trabalho, gênero, etnicidade, bem como as instituições e os contextos socioeconômicos e políticos que estruturam determinada sociedade e, por sua vez, estruturam as desigualdades sociais e iniquidades em saúde, dessa organização social.

Figura 1: Modelo conceitual dos DSS preconizado pela CSDH-WHO.



Fonte: Solar & Irwin (2010, p.06).

A estratificação social por sua vez, dá origem a uma desigual distribuição dos determinantes sociais da saúde, incluindo as condições materiais da vida, as circunstâncias psicossociais, bem como de comportamento e fatores de risco biológicos que vão caracterizar-se com os determinantes intermediários da saúde, os quais incluem as condições de trabalho, disponibilidade de alimento, suporte social, comportamentos da população e barreiras para a adoção de um estilo de vida saudável, fatores genéticos e biológicos, assim como o sistema de saúde (HARGREAVES et al., 2011; WHO, 2012).

Na perspectiva desse quadro conceitual, os determinantes estruturais condicionam os intermediários, há uma compreensão de causalidade partindo dos fatores, aspectos e relações estruturantes de uma sociedade na determinação das condições materiais e cotidianas de vida de sujeitos e populações e os recursos e serviços disponibilizados (SOLAR; IRWIN, 2010).

Ainda é crucial destacar o contexto global que influencia a formulação dos DSS, concentrando-se nos fatores moldados pelo macro determinante político associado à globalização econômica e suas consequências nas economias nacionais, levando a uma estrutura política que prioriza o crescimento econômico em detrimento das políticas sociais (MOENE; WALLERSTEIN, 2001; CSDH, 2008; HARGREAVES et al., 2011; WHO, 2012).

O sistema de saúde, importante ligação entre as condições materiais da vida e os resultados em saúde, desempenha um papel crucial ao proporcionar acesso universal e equitativo a serviços de saúde, tratamentos de qualidade e medicamentos. Quando operado de forma universal e focado na equidade, o sistema de saúde atua como um determinante fundamental para resultados positivos em saúde. Além disso, intervém nas disparidades de exposição e vulnerabilidade, implementando ações interdisciplinares e colaborando com outros setores da administração pública para combater iniquidades sociais que prejudicam a saúde da população e de grupos socialmente vulnerabilizados. O acesso equitativo aos serviços de saúde é essencial para reduzir a vulnerabilidade e exposição a fatores de risco, bem como mitigar as consequências dessas exposições (SOLAR; IRWIN, 2010).

Encontra-se ainda, enquanto importante elo dentro desse modelo, o capital social. Tal elemento interliga determinantes estruturais e intermediários, pois origina-se tanto da estrutura social, incluindo cultura e valores, quanto das comunidades onde os determinantes intermediários têm impacto.

O capital social representa a capacidade de uma comunidade estabelecer laços sólidos de solidariedade e construir redes de apoio social robustas. A medida que essa ligação se fortalece, com investimentos em redes de apoio e participação social, maior será o impacto positivo na promoção e proteção da saúde. Dessa forma, o conjunto dos recursos individuais se transforma, sendo ampliados por meio da coesão social, resultando em benefícios tanto individuais quanto coletivos. O capital social, junto a uma cultura fundamentada na coesão social, é portanto, como o tecido social ou o elo invisível que sustenta a coesão das sociedades, fundamentado na confiança interpessoal e nas redes de relacionamentos entre indivíduos e grupos sociais que compõem as comunidades (MACINKO; STARFIELD, 2001; KAWASCHI; SUBRAMANIAN; KIM, 2008; ALMEIDA-FILHO, 2004; SOLAR; IRWIN, 2010).

Através de sua estrutura conceitual, a CSDH enfatiza ainda a necessidade de intervenções e políticas que não se restrinjam aos determinantes intermediários, mas também abordem os mecanismos sociais que perpetuam as iniquidades em saúde. Isso requer um processo político que envolva tanto as comunidades desfavorecidas quanto o comprometimento do Estado para discernir entre causas sociais de saúde e aspectos sociais que contribuem para a distribuição

desigual dessas causas. Para abordar também os determinantes estruturais, algumas abordagens são essenciais, como ações políticas que moldem o contexto socioeconômico, a promoção da participação social e o empoderamento comunitário. Além disso, destaca-se a implementação de práticas intersetoriais, guiando as políticas e ações para enfrentar as desigualdades em saúde. O governo desempenha um papel fundamental na condução e alinhamento dessas ações, promovendo uma governança eficaz em que todos os setores se envolvam na redução das iniquidades em saúde. No entanto, desafios persistem, especialmente no contexto das agendas governamentais atuais, demandando uma reflexão sobre como os países estão lidando com essas desigualdades em saúde (SOLAR; IRWIN, 2010; WHO, 2011).

2.2 Hermenêutica Crítica - Teoria da Ação Comunicativa de Jürgen Habermas

Jürgen Habermas, filósofo e sociólogo alemão, é reconhecido por suas contribuições à teoria crítica e ao pragmatismo, sendo um membro proeminente da Escola de Frankfurt. Seu interesse primordial reside no estudo da democracia, evidenciado por suas teorias do agir comunicativo, política deliberativa e esfera pública. Essa dedicação reflete um compromisso duradouro com a análise crítica da sociedade contemporânea e uma capacidade contínua de se adaptar às transformações históricas, enraizadas em sua formação intelectual.

A partir da década de 1970, Habermas adotou um novo paradigma linguístico, favorecendo a linguagem como o meio primordial para o acesso à razão, à racionalidade e à interpretação da realidade. Ao enfatizar a linguagem como um meio de compreender o pensamento, o conhecimento da realidade e o universo social humano, Habermas adotou uma abordagem que favorece uma interpretação das relações humanas e da realidade como dialógica e intersubjetiva, rompendo com a racionalidade centrada no sujeito e adotando uma perspectiva mais ampla e participativa (ARAGÃO, 2002).

Para Habermas, a interação humana consiste no processo pelo qual os indivíduos solucionam problemas e coordenam suas ações dentro de um contexto social, utilizando a linguagem como mediadora. O autor distingue duas dimensões na interação, sendo elas: o agir comunicativo, centrado no diálogo e na cooperação para o bem coletivo, e o agir estratégico, orientado pela razão instrumental visando a influência e o sucesso individual. Enquanto o agir comunicativo promove a

integração social e a racionalidade do entendimento público, o agir estratégico busca êxito técnico através da manipulação da linguagem para interesses particulares (HABERMAS, 1988).

Para o filósofo, é através do agir comunicativo que os indivíduos podem alcançar entendimento sobre questões do mundo real e estabelecer acordos fundamentados para orientar suas ações sociais. Esses acordos, chamados de consensos fundados, são provisórios e contextuais, visando a coordenação das ações, mas exigem uma situação ideal de comunicação, na qual todos os participantes tenham igualdade de oportunidades de expressão e decisão, assim como valores equitativos. Somente nessas condições é possível um diálogo verdadeiro, livre de coerção e baseado na intersubjetividade genuína (HABERMAS, 1994).

Habermas argumenta que uma situação ideal de comunicação é frequentemente prejudicada por interesses, poderes e equívocos, resultando em falsos consensos. Nestes casos, o diálogo é corrompido e deixa de buscar entendimento mútuo, tornando-se guiado por interesses privados ao invés de públicos. Esses falsos consensos podem surgir de erro, engano ou corrupção, desviando os verdadeiros propósitos do diálogo original (HABERMAS, 1994).

Na TAC, surge uma indagação crucial sobre como ocorre a construção de entendimento entre os participantes. Ao buscar alcançar consenso sobre assuntos controversos, os participantes da comunicação têm como objetivo o reconhecimento mútuo das pretensões de validade presentes em seus proferimentos linguísticos. Ao orientarem-se por essas pretensões, eles não apenas submetem o conteúdo de suas falas à crítica, mas também fortalecem suas relações sociais ao participarem de um processo argumentativo, no qual procuram fundamentar suas posições por meio de argumentos racionais (ARAGÃO, 2002)

Na busca pelo entendimento mútuo em uma ação comunicativa, os participantes procuram identificar as pretensões de validade presentes em suas declarações linguísticas. Os critérios de validade são: 1) verdade proposicional, que se refere ao mundo objetivo, ou seja, o que de fato é dito; 2) verdade normativa, que fala sobre o mundo social em que se inserem, a conformidade com as leis, cultura, normas sociais e institucionais que moldam o contexto da comunicação; e 3) processo interpretativo-reconstrutivo, que trata sobre as razões e estruturas generativas subjacentes a produção dos discursos, de que forma os proferimentos

são produzidos. Para a hermenêutica habermasiana, portanto, o caminho do conhecimento está em saber 'o que', 'por que' e 'como' os discursos são proferidos.

Essa dimensão da TAC é relevante para analisar os dados das entrevistas presentes nesta pesquisa, uma vez que as interações comunicativas dos entrevistados estão permeadas pelas pretensões de validade mencionadas, o que influencia diretamente o processo de análise qualitativa, como será delineado na seção de Métodos. Tal abordagem oferece uma base sólida para analisar e interpretar a comunicação discursiva de indivíduos habilitados linguisticamente, permitindo compreender concepções, visões e pontos de vista de pessoas, segmentos ou grupos sociais sobre fenômenos sociais ou históricos.

Assim, ao considerar as entrevistas como interações comunicativas contextualizadas socialmente, nas quais as declarações dos participantes refletem pretensões de validade, optou-se por utilizar a Teoria da Ação Comunicativa de Habermas na análise dos dados qualitativos deste estudo.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Identificar e analisar iniciativas intersetoriais na atenção à crianças e adolescentes em territórios vulnerabilizados.

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar, sob o olhar de trabalhadores da saúde e da assistência social, quais os principais fatores sociais que vulnerabilizam crianças e adolescentes na região selecionada;
- Identificar, a partir de trabalhadores da saúde e assistência social, iniciativas intersetoriais no cotidiano de suas ações, voltadas ao enfrentamento das iniquidades sociais vivenciadas pelas crianças e adolescentes do território;
- Identificar a percepção de trabalhadores da saúde e da assistência social quanto às possíveis repercussões das iniciativas intersetoriais identificadas para redução dos fatores geradores de iniquidades sociais que vulnerabilizam a população estudada.

4.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo qualitativo de caráter exploratório-descritivo e analítico interpretativo. A coleta de dados ocorreu a partir de entrevistas semiestruturadas em profundidade, sendo a análise dos dados de caráter interpretativo-reconstrutivo com base no referencial teórico da Hermenêutica Crítica de Habermas e sua Teoria da Ação Comunicativa.

4.2 Local e cenário da pesquisa

A pesquisa foi realizada em Ribeirão Preto, cidade brasileira com população estimada em 698.642 habitantes (IBGE, 2022), localizada no interior do Estado de São Paulo. De acordo com Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS) caracteriza-se por altos níveis de riqueza e níveis satisfatórios nos indicadores sociais, no entanto tais dados não evidenciam as contradições existentes no município (PEREIRA; FEITOSA; FRÓIS, 2023; SEADE, 2018; GOMES, 2011). Com uma população estimada em 204.929 habitantes e 48 bairros, a região norte do município foi escolhida como foco do estudo por apresentar extensas áreas de territórios pouco assistidos e bolsões de pobreza, expondo um alto índice de violência, elevadas taxas de abandono escolar, doenças infecciosas entre outros problemas de saúde com determinantes sociais, desemprego, presença de atividades informais de obtenção de renda e grupos ligados ao tráfico de drogas (FREITAS; MORAES, 2010; ARCÊNCIO et al., 2011; REBEHY et al., 2015).

O município conta com uma rede de Atenção Primária à Saúde composta por 30 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 16 Estratégias de Saúde da Família (ESF). A região norte do município possui 11 serviços de APS, sendo sete UBS e quatro ESF, ainda possui uma unidade de nível secundário da atenção em saúde contando com especialidades médicas.

A Secretaria Municipal de Assistência Social (SEMAS) organiza-se em duas áreas de atendimento, o Departamento de Proteção Social Especial e o Departamento de Proteção Social Básica. No primeiro, as ações desenvolvidas são voltadas para a proteção de famílias e indivíduos em situação de risco pessoal e social, sendo os serviços divididos de acordo com os níveis de complexidade exigidos na ação (média ou alta complexidade). Quanto ao Departamento de Proteção Social Básica, suas ações são voltadas à população em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação e, ou, fragilização de vínculos

afetivos – relacionais e de pertencimento social, objetiva prevenir situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. A região norte de Ribeirão Preto possui três Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e outros nove serviços de PSB que funcionam como extensão do CRAS, denominados Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculo (SCFV).

Os locais da pesquisa foram serviços de APS e da PSB localizados na região Norte do município de Ribeirão Preto, por se tratarem de setores que lidam diretamente com a questão das iniquidades.

4.3 Participantes da pesquisa

Foram convidados a participar da pesquisa trabalhadores que atuam em serviços da APS e PSB, na região norte do município. Considerou-se para inclusão no estudo trabalhadores inseridos nas ações cotidianas dos serviços, atuante por pelo menos seis meses.

4.4 Coleta de dados

A princípio, foi solicitada aprovação para coleta de dados em todos os serviços pertencentes a região norte do município. No entanto, alguns serviços da saúde não responderam à solicitação, havendo também caso de desistência por parte da gerência em participar do estudo devido ao período crítico de pandemia, com alta demanda de trabalho e quadro de funcionários reduzido por afastamento. Com relação aos serviços da PSB, não houve negativas ou desistências. A seleção dos participantes foi feita por amostragem não probabilística proposital, sem definição prévia do tamanho da amostra, considerando todos os participantes como informantes-chave, passíveis de contribuição.

Para uma breve apresentação do projeto e convite aos participantes, inicialmente foram contatados por telefone coordenadoras e gerentes dos serviços. Após este primeiro contato, demais profissionais/técnicos foram identificados, convidados e incluídos na pesquisa. A realização das entrevistas semiestruturadas teve início no ano de 2020, se estendendo até 2021. Devido às condições impostas pela pandemia de COVID-19 inicialmente as entrevistas foram realizadas de forma remota (vídeo-chamada e e-mail); em 2021, passado o período crítico de

enfrentamento da pandemia pelos serviços, algumas entrevistas foram realizadas presencialmente. Todos os dados coletados foram devidamente registrados e, nos casos de áudio e vídeo, transcritos na íntegra para posterior análise. O roteiro da entrevista (Quadro 1), elaborado previamente, foi composto por cinco grandes temas, sendo eles: fatores do território que impactam a vida de crianças/adolescentes; presença/ausência de iniciativas intersetoriais; setores e profissionais envolvidos e sua articulação; repercussão das ações intersetoriais; e enfrentamento à pandemia.

Quadro 1 - Roteiro norteador para realização das entrevistas

Quais os principais fatores sociais, identificados na região, que impactam a vida das crianças e adolescentes?
Existem iniciativas intersetoriais voltadas ao enfrentamento de iniquidades sociais vivenciadas pelas crianças e adolescentes, sendo desenvolvidas em seu território? Quais?*
Quais os setores e profissionais envolvidos nestas iniciativas? Como se dá a articulação destes?
Como essas iniciativas atuam para reduzir fatores sociais geradores de iniquidades sociais que influenciam a saúde dessas crianças e adolescentes? Quais as repercussões observadas?
Como a pandemia está interferindo nesse território? Como os serviços, em geral, têm se organizado para enfrentar esse momento junto às famílias vulnerabilizadas? Intersetorialmente, há alguma estratégia de enfrentamento?

*As questões do presente roteiro referem-se a todas as atividades desenvolvidas pelo serviço, mesmo aquelas que encontram-se paralisadas devido a pandemia do novo coronavírus (COVID-19).
Fonte: própria autora, 2023.

4.5 Análise dos dados

Para gerenciamento dos dados e análise temática inicial foram usados recursos do *software Atlas.ti* versão 22, sendo a análise dos dados realizada com base no referencial teórico dos DSS da OMS. Os procedimentos e processo de análise seguiram caráter interpretativo-reconstrutivo a partir do referencial teórico da Hermenêutica Crítica de Habermas e sua Teoria da Ação Comunicativa. Assim, utilizando como base os critérios de validade dos proferimentos linguísticos para uma comunicação dialógica e formadora de consensos fundados, segundo Habermas (1998), a análise dos dados seguiu o seguinte roteiro: 1- organizou-se

(com auxílio do *software Atlas.ti*) as falas dos participantes, considerando que delineiam um conjunto de experiências objetivas compartilhadas, trata-se do conteúdo assertivo referente às questões das entrevistas; 2- buscou-se analisar os proferimentos considerando o universo simbólico normativo e o mundo social, o modo como as leis, normas, valores e a atual conjuntura refletem na construção de comportamentos e relações interpessoais/interinstitucionais; e por fim, 3- buscou-se compreender, através de um processo interpretativo-reconstrutivo, como os discursos foram produzidos, as razões e estruturas generativas subjacentes à sua produção. A última fase da análise consiste no trabalho hermenêutico em si: compreender como os participantes construíram seus discursos, quais as razões generativas os levam, em seu tempo e espaço, a esses discursos e não a outros, no processo de argumentação (ARAGÃO, 2002).

Uma vez que, a primeira etapa do roteiro consiste nas experiências objetivas compartilhadas, a princípio sem nenhuma interpretação, esta será apresentada nos resultados, como eixos temáticos, gerados e descritos a partir das questões abordadas nas entrevistas. Enquanto as demais etapas são contempladas na discussão, a partir da análise e interpretação do conteúdo apresentado.

4.6 Procedimentos éticos

O projeto do presente estudo foi enviado para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (CEP-EERP-USP), tendo-se como princípio a adoção dos procedimentos básicos e éticos de respeito aos voluntários e à instituição, de acordo com a resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que dispõe sobre normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2013). A aprovação se deu sob o protocolo CAAE 11571219.6.0000.5393 (ANEXO A) e posteriormente foram aprovadas as alterações do projeto, apresentadas ao mesmo CEP (ANEXO B).

A proposta do estudo foi também devidamente apresentada e autorizada pela Secretaria Municipal da Assistência Social (ANEXO C) e pela Secretaria Municipal da Saúde (ANEXO D). Além disso, aos participantes do estudo elaborou-se os devidos termos de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE B e C).

5 RESULTADOS

Inicialmente são apresentados dados referentes a caracterização dos participantes da pesquisa.

Participaram do estudo 15 trabalhadores, atuantes em 13 diferentes equipamentos, sendo oito destes vinculados à assistência social e cinco à saúde, conforme quadro abaixo:

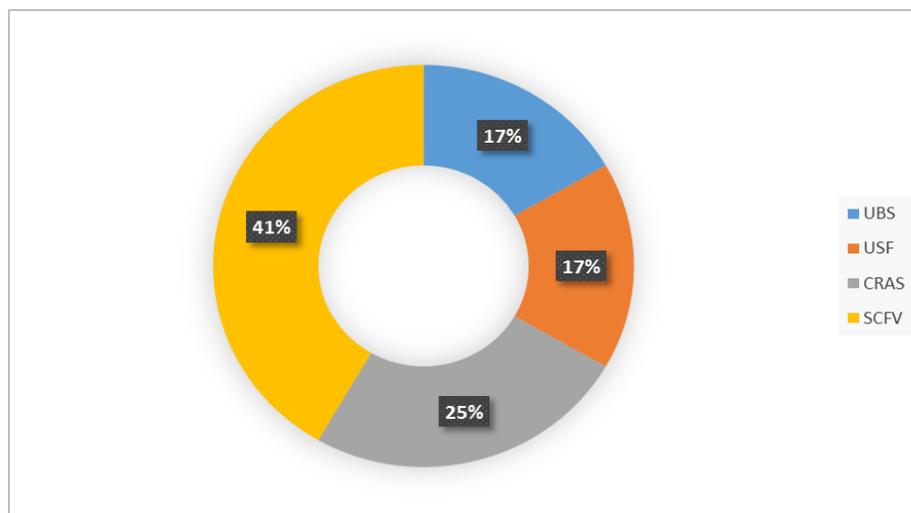
Quadro 2 - Caracterização dos participantes.

Participante	Serviço	Cargo	Sexo*	Idade	Raça/ Cor	Formação	Tempo de atuação
P1	1 UBS e 1 USF	Gerente	F	57 anos	Branca	Enfermagem	7 anos
P2	1 UBS e 1 USF	Gerente	F	40 anos	Branca	Enfermagem	2 anos e meio
P3	1 UBS	Gerente	F	30 anos	Branca	Odontologia	2 anos
P4	CRAS	Coordenação	F	63 anos	Branca	Serviço Social	12 anos
P5	CRAS	Coordenação	F	31 anos	Branca	Serviço Social	1 ano e meio
P6	CRAS	Coordenação	F	54 anos	Branca	Serviço Social	2 anos
P7	CRAS	Técnica	F	43 anos	Branca	Serviço Social	13 anos
P8	CRAS	Técnica	F	42 anos	Branca	Serviço Social	2 anos e meio
P9	CRAS	Técnica	F	33 anos	Branca	Psicologia	4 anos e meio
P10	SCFV	Coordenação geral	M	38 anos	Branca	Publicidade e Propaganda	1 ano
P11	SCFV	Coordenação	M	53 anos	Branca	Pedagogia	6 anos
P12	SCFV	Coordenação	M	56 anos	Branca	Educação Física	6 anos
P13	SCFV	Coordenação	F	55 anos	Branca	Pedagogia	14 anos
P14	SCFV	Coordenação	F	55 anos	Branca	Ensino médio	1 ano
P15	SCFV	Coordenação	F	55 anos	Branca	Ensino técnico	1 ano

*F= feminino e M= masculino
Fonte: Própria autora, 2023

O gráfico abaixo evidencia os equipamentos aos quais os trabalhadores incluídos no estudo estão vinculados, demonstrando a prevalência dos serviços de Assistência Social, sendo 41% das unidades SCFV e 25% CRAS. Enquanto na Saúde, UBS e ESF apresentam mesmo percentual (17%).

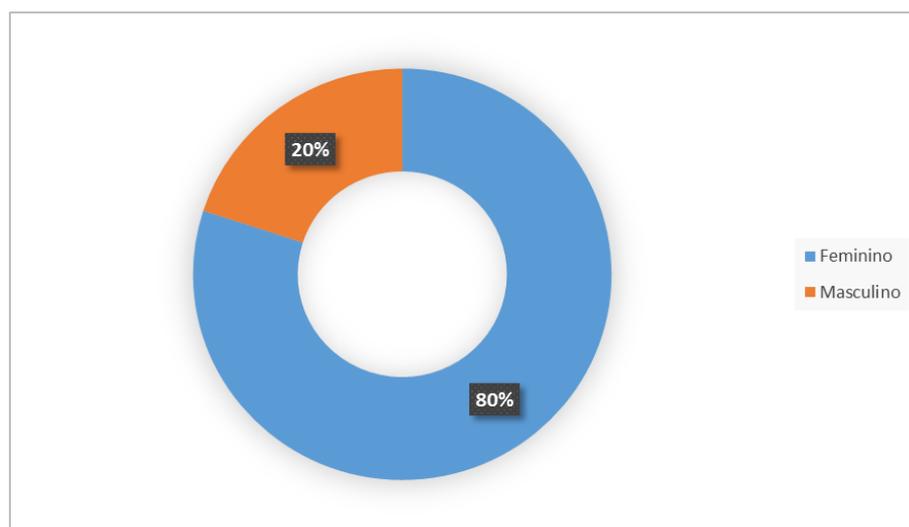
Figura 2 - Especificação dos equipamentos da saúde e assistência social incluídos. Ribeirão Preto, SP. Brasil, 2023.



Fonte: Própria autora, 2023

Com relação ao perfil dos participantes, no que se refere a raça/cor autodeclarada, temos que todos os trabalhadores consideram-se brancos. E quanto ao sexo (Figura 3), observa-se que em sua maioria as entrevistadas foram do sexo feminino (80%).

Figura 3 - Representação do sexo dos participantes. Ribeirão Preto, SP. Brasil, 2023.

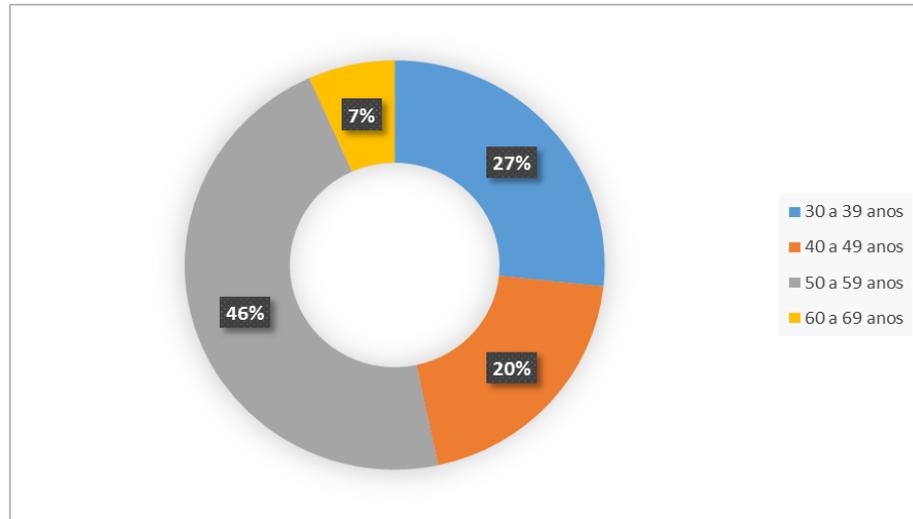


Fonte: Própria autora, 2023

Referente a idade dos sujeitos (Figura 4) incluídos na pesquisa, mostra-se como faixa etária de maior prevalência a de 50 a 59 anos, com 46%. Em seguida,

com uma representação de 27%, a faixa etária de 30 a 39 anos. Ressalta-se aqui não ter havido entrevistados com idade inferior a 30 anos.

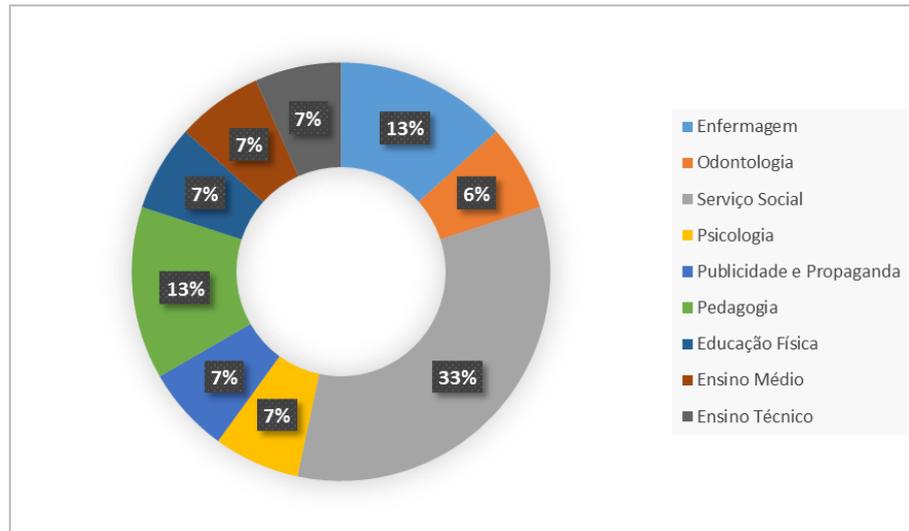
Figura 4 - Representação da idades dos participantes. Ribeirão Preto, SP. Brasil, 2023.



Fonte: Própria autora, 2023

Sobre a formação dos participantes (Figura 5), refletindo a prevalência de equipamentos da Assistência Social, nota-se um maior percentual de profissionais do Serviço Social (33%), seguido de Enfermagem e Pedagogia com 13% cada. Cabe destacar que, com exceção de duas participantes (ensino médio e ensino técnico), todos os outros possuem ensino superior, ainda que não seja uma exigência do cargo atual.

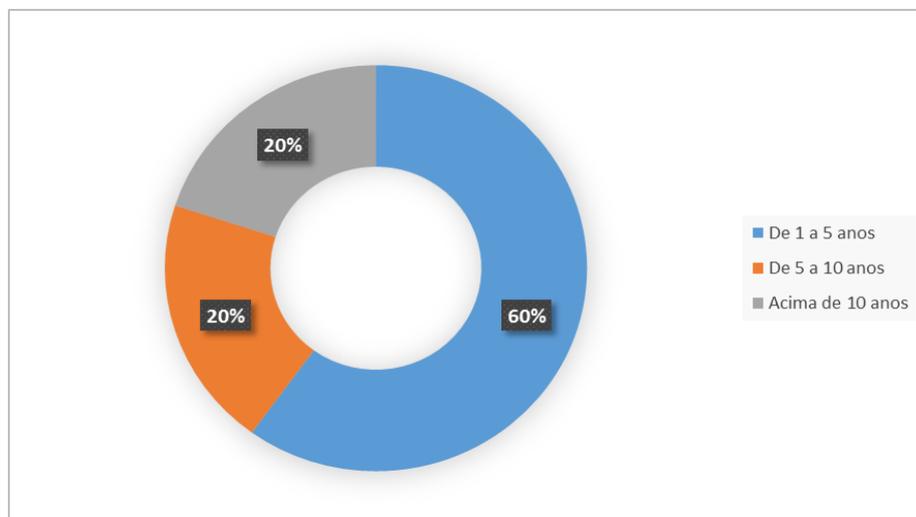
Figura 5 - Especificação da formação dos participantes. Ribeirão Preto, SP. Brasil, 2023.



Fonte: Própria autora, 2023

E quanto ao tempo de atuação em suas respectivas unidades (Figura 6), a maioria dos trabalhadores refere possuir de um a cinco anos, representando 60% dos participantes.

Figura 6 - Especificação do tempo de atuação dos participantes (nos respectivos equipamentos). Ribeirão Preto, SP. Brasil, 2023.



Fonte: Própria autora, 2023

A seguir, serão descritos os proferimentos linguísticos dos participantes, referente a primeira fase da análise dos dados, realizada para identificação dos eixos temáticos a partir do que foi efetivamente dito pelos participantes - verdade proposicional.

Assim, a partir da exportação de todas as entrevistas para o *software Atlas.ti* - versão22 uma análise inicial se deu, a fim de selecionar trechos (*quotations*)

e criar códigos (*codes*), capturando e organizando os principais temas e ideias compartilhadas durante as entrevistas. A princípio foram criados 18 códigos, referentes a um total de 473 trechos destacados. Após novas leituras, os códigos foram sendo agrupados (*families*) e, a partir de 290 trechos considerados mais relevantes, resultaram cinco eixos temáticos: Fatores sociais que vulnerabilizam crianças e adolescentes; Ações intersetoriais e seus atores; Potencial de enfrentamento e resolubilidade; Intensificação das iniquidades sociais; e Barreiras para articulação em rede, desafios e desabafos. Desta forma, os referidos eixos temáticos, que emergiram a partir das questões utilizadas no roteiro de entrevista, são descritos a seguir.

Fatores sociais que vulnerabilizam crianças e adolescentes: o território

Com relação ao levantamento dos fatores sociais que mais impactam as crianças e adolescentes da região estudada, emergem com grande destaque a falta de infraestrutura e saneamento básico e a presença do tráfico de drogas. São relatadas condições precárias de moradia, com esgoto a céu aberto, ausência de água filtrada, de eletricidade, asfaltamento e transporte, além de casas de madeira e/ou lona. Quanto à forte presença do tráfico de drogas, se destaca a grande exposição de crianças e adolescentes, e seu envolvimento cada vez mais cedo, uma vez que tal atividade se apresenta muitas vezes como *status*, possibilidade de ascensão social e importante vínculo comunitário para esse grupo.

Há um grande número de comunidades e moradias em situações precárias nos territórios dos CRAS [identificação das unidades] e grande parte das crianças e adolescentes residem nesses locais sem rede de esgoto, saneamento básico, higiene, segurança alimentar e sem recursos. (P4)

O tráfico de drogas é intenso na área, interferindo de maneira direta ou indireta na saúde de crianças e adolescentes. (P3)

Outros fatores apontam para a realidade familiar: famílias numerosas, monoparentais e chefiadas por mulheres, além de relações afetivas com vínculos fragilizados, pai e/ou mãe preso ou dependente de drogas; violência doméstica (negligência, violência física e psicológica) entendida como estratégia de educação; a baixa qualidade da educação; a dificuldade de acesso a serviços, a falta de lazer,

locais de convivência, de organizações da sociedade civil e equipamentos públicos sociais no contra turno escolar, como os SCFV. Em termos de saúde, a gravidez na adolescência, que para as meninas pode ser vista como uma busca por independência, por segurança através de um companheiro e uma possível melhora na qualidade de vida.

Mas então, eu acho que são vários fatores: tudo começa na educação, que não é boa, e vai pro tráfico, vai pro desemprego, vai... adolescente engravida, aí essa adolescente grávida, a gente fala, fala, fala... não retorna à escola... infelizmente. A história é cíclica, né? Então, é isso. E eles têm uma ascensão dentro da comunidade, né? (P7)

Aqui a gente também tem a presença de assentamentos e acampamentos rurais, que é uma característica muito peculiar... é enorme lá, é muito grande. E não tem transporte público, né? Não vai um ônibus... é tudo de terra, então, o acesso, né? Tem uma escola que tem um ônibus que passa lá, pega as crianças, pega os adolescentes, mas é isso, e o que eles tem dentro lá da [identificação do assentamento] é o equipamento de saúde, mas qualquer outra coisa, o acesso pra qualquer outra coisa é muito distante, muito distante mesmo. (P5)

Ações intersetoriais e seus atores: o cotidiano

Referente às ações desenvolvidas no cotidiano dos serviços, foram citadas iniciativas como: o Grupo de Atuação Especial de Educação (GEDUC), ferramenta desenvolvida e proposta pelo Ministério Público do Estado, totalmente *online* e feita para atender solicitações das escolas para a saúde ou assistência social, que eventualmente demandam visitas; a reunião de rede, que funciona para discussão de casos e se pretende mensal, reunindo profissionais e representantes dos diversos equipamentos presentes no território, com iniciativa recente de sistematização em alguns serviços; a conferência de caso, que acontece mediante demanda do Tribunal de Justiça em casos considerados graves, podendo envolver Conselho Tutelar, Saúde, Escola, Defensoria Pública, Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e Ministério Público; o Programa Saúde na Escola (PSE), que consiste em ações da saúde desenvolvidas no ambiente escolar, com temáticas como dengue e saúde bucal; o Programa Criança Feliz, que é um programa de visitação voltado a primeira infância, mas que vincula-se apenas a assistência social, sendo terceirizado e desenvolvido pela equipe de uma Organização da Sociedade Civil (OSC); e ainda, os contatos direto entre os

profissionais dos diferentes serviços e setores, principalmente via *whatsapp* e as chamadas parcerias, feitas nos SCFV com Instituição de Ensino Superior (IES), OSC, voluntários/doadores, centro cultural, esporte.

Os encaminhamentos [do GEDUC] são realizados direto no sistema online, onde colocamos os procedimentos e ações realizadas por cada equipamento e solicitamos ao setor indicado as devidas providências. (P4)

Foi feita uma reunião [de rede] em março, primeira sexta-feira de março e em abril [2020] não deu pra ter mais, mas a ideia era a princípio que a gente conhecesse o trabalho de cada um dos setores, nós da saúde, ficamos de levar na próxima reunião como é que a gente trabalha, como a gente faz, o cadastramento, essas coisas do serviço de saúde. E depois, seria o pessoal do CRAS, e o pessoal das escolas, e aí a gente ia se conhecer. A proposta era primeiro a gente se conhecer, pra gente ver se conseguia armar alguma coisa pra gente trabalhar junto, né? ...pra fazer discussão de caso e tentar fazer alguma intervenção. (P1)

As Conferências de Casos, elas são mediante demanda de necessidade de discussão, né? Eu entrei no CRAS em 2019, então, eu peguei um período muito curto de funcionamento de CRAS normal - vamos chamar assim - então nós tínhamos discussão de rede, né? mas, assim, atualmente, a gente faz essas discussões via meet, on-line, mas isso são demandas que são levantadas caso a caso, não é algo sistemático, por exemplo: "ah, toda semana a gente se reúne e para", né? então, nesse aspecto a gente ficou bem aquém, até por conta da pandemia. (P8)

Relatos pontuam sobre o contato entre assistência social e saúde principalmente nos casos onde há ESF no bairro, porém são ações pontuais relacionadas ao auxílio na busca ativa ou solicitações mais específicas do dia-a-dia, como um vale transporte providenciado pela assistência social a pedido da saúde, para viabilizar a ida do usuário a uma consulta.

Além disso, discursos apontam para integração de ações dentro de um mesmo setor/política, como são citadas no caso da Saúde as visitas domiciliares, puericultura, reunião de equipe, e na Assistência Social o Programa de Atenção Integral a Família (PAIF), Programa de Erradicação ao Trabalho Infantil (PETI) e encaminhamentos, dos CRAS para o Conselho Tutelar, SCFV, Programa Criança Feliz e outros.

Quando a gente percebe alguma coisa, a gente encaminha pra assistente social é... que atende... todos os núcleos tem uma assistente social que é a técnica responsável pelo núcleo [SCFV], a gente encaminha pra ela, aí ela dá encaminhamento pro CREAS ou pro Conselho Tutelar. (P11)

Tem as reuniões de equipes, mas não envolve outros setores. (P2)

Os CRAS realizam acompanhamento familiar pelo PAIF (grupos, oficinas, atendimentos particularizados, etc.), inserção em Programas Sociais de Transferência de Renda, encaminhamento para Cadastro Único, encaminhamento para o SCFV, encaminhamento para o Programa Criança Feliz, programas de segurança alimentar, encaminhamento para cursos do Centro de Qualificação Profissional oferecidos pela SEMAS para adolescentes a partir de 16 anos e demais encaminhamentos. (P4)

No caso dos SCFV fica nítida a necessidade da iniciativa dos coordenadores em lançar mão de seus contatos pessoais em busca de parcerias, seja para doações ou para oferecimento de atividades de voluntariado. Observa-se casos em que profissionais que assumiram o cargo recentemente encontram dificuldade pois a coordenação anterior possuía seus contatos particulares e ao entrar sentem que precisam começar do zero. Trata-se, portanto, não de uma integração institucionalmente definida, mas sim condicionada a iniciativa pessoal dos profissionais que ali atuam.

...eu lembro que eu fui na Cultura uma vez e falei assim: “se tiver um ensaio de teatro, traz pra cá”, porque o ensaio deles é uma peça pra nós. Então, é difícil você levar a criança pro teatro, mas se você tiver um grupo de teatro e local que faz apresentações, tem de mobilizar essas pessoas pra irem nos bairros, né? Não só a gente ir até o teatro, mas eles conhecerem o trabalho que a gente desenvolve aqui. É uma troca... (P12)

...E esse ano, assim, eu tô buscando muito isso, tô tentando, assim, convidar uns amigos que trabalham na área do esporte, pelo menos uma vez na semana, sabe? Fazer um grupo de adolescentes, vir aqui... faz um jogo ou, sei lá, ensaiar uma música, entendeu? Eu tenho cuidado de tá ali na minha rede “olha, a gente vai fazer uma festinha pras crianças, cê pode ajudar com alguma coisa?” ... então, assim, os meus contatos, na maioria das vezes, é com amigos, amigos e familiares. (P13)

Potencial de enfrentamento e resolubilidade: as repercussões

Como reflexo da ausência de ações intersetoriais institucionais especificamente dirigidas à infância e adolescência, torna-se difícil aos participantes pontuar repercussões na vida desta população. São apontadas repercussões indiretas, ao auxiliar famílias ou membros-chave; há também o reconhecimento dos benefícios da reunião de rede, tanto para os usuários quanto para os profissionais, desde a discussão de casos, formulação de estratégias, melhor compreensão do contexto e olhar ampliado, até a sensação de alívio do trabalhador ao compartilhar o peso do dia-a-dia com os demais.

Como a gente discutia bastante casos, né? a gente pensava em estratégias para atuar por aquela família, tanto o CRAS, como a escola, como a saúde. Então, era assim, era bem rico, era bem legal quando a gente conseguia estabelecer algumas estratégias, assim, de metas, pra cada equipamento, né? a responsabilidade de cada equipamento, “ah, então eu vou falar com a mãe”, né? enfim, às vezes até a comunicação da escola era mais fácil, porque todo dia a criança tava lá na escola, né? e aí “ah, eu não estou conseguindo falar com ela, e a minha visita vai demorar...” e daí a escola fazia esse papel, entendeu? Então, assim, era bem bacana essa articulação. (P5)

É interessante (reunião de rede), num sentido até pra que você... porque a família, ela pertence a todos esses espaços, então, quando a gente trazia pra discussão, cê tem um olhar ampliado da situação, você consegue entender um pouquinho melhor do contexto, porque a Escola tem uma visão fragmentada do caso, a Saúde... então, quando tem esses encontros, você possibilita um olhar ampliado... (P8)

...além de reverberar pra família, ela [reunião de rede] também reverbera pros profissionais, porque não são casos leves, e quando isso é compartilhado, isso se torna um pouco menos difícil, né? Menos pesado, porque a gente tem que trabalhar na integralidade, nem sempre a gente consegue... Mas, quando a gente consegue fazer uma boa articulação desse caso com a rede, a gente ter o todo das ações... (P9)

Além disso, uma repercussão direta às crianças e adolescentes, são as parcerias feitas pelos SCFV (em geral com IES e OSCs), que possibilitam diferentes oportunidades de desenvolvimento aos seus usuários.

“As oficinas elas ensinam muito, né? principalmente, quando tem as terapias, as terapeutas de alguma coisa que ajuda a gente a identificar coisas na criança que, às vezes, a gente não percebe, né?”

porque, às vezes, eles se abrem... tem crianças que não, e as terapeutas ajudam muito.” (P14)

Hoje um pai veio pegar leite pra uma criança e falou assim pra nós: “nossa que saudade que eu tenho, hoje eu tô ganhando dinheiro com isso... hoje eu sou letrista, e eu aprendi aqui, eu faço fachadas de lojas, de mercado, das coisas, cartazes pra mercado”. É muito gratificante, porque ele aprendeu aqui e hoje ele ganha a vida com isso. Mudou a vida dele... (P11)

...teve um jogador que saiu daqui... ele jogou no Corinthians, jogou no São Paulo, jogou no Fluminense, jogou no Japão, né? Mesmo que a intenção nossa não era formar atleta, acabou que... olha o potencial que essa garotada tem, né? (P12)

No mais, fala-se apenas sobre repercussões específicas de seus próprios serviços/setores. Colocando, inclusive, quase como uma descrição dos objetivos do serviço.

...conscientização dos seus direitos, fortalecendo a função protetiva de todos os componentes contribuindo na melhoria da qualidade de vida. Previne a ruptura dos vínculos familiares e comunitários, possibilitando a superação de situações de fragilidade social vivenciadas. (P6)

Intensificação das iniquidades sociais: a pandemia

Relatos permitem identificar que durante a pandemia não ocorreu qualquer iniciativa intersetorial voltada para crianças e adolescentes. Durante o período de afastamento social, a Assistência Social deixa o acompanhamento familiar e assume uma frente de trabalho de emergência, voltada a segurança alimentar, enquanto a Saúde deixa de realizar visitas domiciliares, busca ativa e grupos, mantendo apenas (tele) consultas de gestantes, puericultura e casos de urgência. Ocorrências do GEDUC e atividades do PSE também deixam de ocorrer, uma vez que as escolas encontram-se fechadas; as reuniões de rede dão lugar a contatos breves via *whatsapp* ou *Googlemeet*, quando necessário; e os SCFV são fechados ao público e seus funcionários passam a dar suporte ao CRAS de referência. Relata-se ainda, a dificuldade com relação aos recursos humanos, devido ao afastamento de grande parte dos profissionais das equipes por comorbidades/grupo de risco ou pela própria contaminação pelo Sars Cov-19.

...as visitas dos agente comunitários foram suspensas, né? E aí é meio contraditório, porque justo no momento que precisávamos

saber das famílias, precisávamos proteger o agente comunitário...
(P1)

Narrativas trazem a alimentação como principal problemática durante esse período, havendo expressivo aumento de famílias solicitando ajuda. Muito dessa situação devido ao aumento do desemprego, em especial das mães, somado ao não acesso a serviços como escola e SCFV, locais que diariamente forneciam refeições às crianças e adolescentes. Neste sentido, houve a implementação do 'Alimento Solidário', um projeto do Estado de entrega de cestas básicas para famílias vulneráveis, que chega até a assistência social já estruturado e com a lista dos beneficiados. O público alvo foram famílias do Cadastro Único, em situação de extrema pobreza (até 89,00 reais per capita). Para desenvolvimento do programa houve auxílio da educação, no armazenamento e entrega das cestas básicas, e da saúde, na busca ativa das famílias contempladas, única articulação entre os setores que foi pontuada referente ao período de pandemia.

Muitas perderam o emprego, porque tinham algumas mães que trabalhavam na limpeza, empresas terceirizadas, que perderam o emprego, que estão vivendo com o auxílio emergencial enquanto teve, né?... (P13)

...a questão da cesta, muitas famílias necessitando, hoje eu fiz quatro pedidos que nunca pediram a pandemia toda. Tá vindo novos usuários pra Assistência... são famílias que têm uma renda, tem um salário mínimo, só que não tá conseguindo se manter... Tá criando-se mais demandas e muita gente não tá conseguindo absorver, tecnicamente, com recursos e tudo mais. (P7)

Pra ajudar na busca ativa, a gente solicitou o auxílio da saúde e da educação... foi uma coisa que a gente fez intersetorial, assim, entre as políticas... por exemplo, a saúde, principalmente a equipe de saúde da [identificação do assentamento], porque lá não chega carta, telefone lá é difícil pegar, então, as agentes de saúde, a própria equipe de saúde conhece e já foi... Então, acho que essa é uma ação, assim, que mais me chamou a atenção que aconteceu durante a pandemia. Sem contar o dia-a-dia, né? que a gente conversa, "troca figurinha", mas essa foi a maior delas. (P5)

Nos SCFV, foi adotada a estratégia de "take out", na qual as atividades eram elaboradas pela equipe, retiradas no serviço e realizadas em casa, remotamente; no entanto, de acordo com os relatos houve pouca adesão por parte das crianças e adolescentes. Além disso, coordenadores buscaram manter o contato através de *whatsapp*, *facebook*, telefone e atividades de *drive thru* em datas

comemorativas, enquanto as crianças e adolescentes frequentemente se deslocavam até o serviço para questionar sobre o retorno do serviço.

...tem dois que vem sempre aqui. Tem um que vem aqui todo dia, se eu ficar aqui, ele vem aqui todo dia. Eles sentem falta, porque aqui na redondeza não tem nada... E aí "tia quando é que vai voltar, quando é que vai voltar... tia, não vai voltar não?", eles perguntam... Alguma coisa que aqui é atrativo, acredito que a boa parte quer comida, mas, tem outras coisas também. (P15)

A gente sente que eles sentem falta da convivência no núcleo e com as outras crianças no núcleo, porque eles vêm aqui e fala "ai tia, quando vai voltar, a gente quer jogar bola de novo na quadra" por quê? A quadra é um lugar coberto, é um lugar limpo, é onde tem uma torneira que eles podem lavar o rosto, sabe? tem tudo perto... então, eles tão sentindo falta do conforto, eles tão assim... da convivência com outras crianças também, né? As mães, algumas mães falam "ai, eles tão dando muito trabalho, eles tão muito revoltados, e eles só querem ficar pra rua..." mas, a gente entende, né? Uma criança que só fica num cômodo ela não vai ficar dentro de casa, ela vai ficar na rua mesmo. (P13)

Além do impacto na alimentação, os profissionais da saúde e da assistência social demonstram preocupação quanto ao tempo ocioso dessas crianças e adolescentes e a provável maior exposição à violência (dentro e fora de casa) e ao tráfico de drogas. Repercussões na educação também são observadas, com narrativas sobre a dificuldade em acompanhar as aulas de forma remota, a ausência do suporte de familiares (por diferentes motivos) nesse processo, até casos mais concretos de abandono escolar. Narrativas também apresentam o impacto na saúde mental dos profissionais, não havendo qualquer tipo de suporte.

A gente tem recebido casos de violência doméstica, via GEDUC, via Secretaria. Agora, né, que começou voltar, porque tava fechado o Ministério Público também... Então, assim, não tinha nem por onde denunciar. Agora tem chegado todo esse "um ano e meio" de violência que tem acontecido com as crianças, tá começando a chegar agora, porque agora que as pessoas estão conseguindo fazer denúncia. (P2)

...uns vem e brigam com você, outros vem... teve senhor de vir aí na porta e pedir ajoelhado... eu fico sem estrutura, sabe? Às vezes eu choro escondido, né? Pra pessoa não ver, mas, assim... cê acaba, emocionalmente, se envolvendo. Tá sendo um período bem desgastante, né? Sofrido, que a gente vê o sofrimento das pessoas. (P14)

Barreiras para articulação em rede, desafios e desabafos: as faltas

Durante as entrevistas, muitos profissionais relataram estar exteriorizando verdadeiros desabafos, pontuando desafios enfrentados no dia-a-dia e inúmeras lacunas, como a ausência de políticas públicas, de investimento, de interesse, de profissionais, de serviços públicos, melhores condições de trabalho, conhecimento do território, comunicação e orientação.

Com relação à falta de políticas públicas e investimento, profissionais falam de um grande descaso, desvalorização e falta de interesse por parte das autoridades, além da necessidade de se investir mais e melhor.

...se a gente for pensar na grandeza do município de Ribeirão, a gente tá muito aquém do que precisaria pra atender ...é uma falta de política pública, a gente não tem incentivo pra criação de postos, né? de organizações de sociedade... não existe um interesse político, na minha opinião ...o que a gente faz é artesanato, de costurar políticas públicas e quem está na frente disso é o CRAS, que é a política que menos recebe atenção, atualmente, é a Assistência Social, é a que menos recebe verba... Nós, enquanto políticas né, a gente deveria atuar que nem o Poupatempo, a pessoa vai num lugar só e aí ela já sai dali com seu documento, com seu primeiro atendimento de saúde mental, com a sua inscrição de creche, com a sua vaga num serviço de convivência... eu acho que, assim, é uma utopia na minha cabeça, mas se a gente for pensar em ação intersetorial... (P9)

...a gente precisa ter mais atenção do poder público no sentido de prevenir, pra não deixar essa criança entrar pro Especial [Proteção Social Especial]. Além do Especial ser mais caro, o custo, não só de profissionais, mas o custo per capita por criança... E quanto mais recurso for dado pro Básico [Proteção Social Básica], quanto mais parcerias... e essa criança tiver a oportunidade de sair dos núcleos e vivenciarem teatros, cinemas, estádios, ginásios, música... quanto mais a gente passar isso pra criança, mais oportunidades eles vão ter... E oportunizar, através de parcerias com a própria prefeitura, não só com as parcerias privadas, mas, principalmente, entre as secretarias ter um maior entrosamento, um maior intercâmbio para que o serviço possa ser ofertado com qualidade pra todo mundo sair ganhando, né? Eu acho que os próprios secretários precisariam conversar mais entre si, né? (P12)

A insuficiência de recursos humanos foi uma das principais problemáticas apontadas, principalmente pela assistência social. Apesar da região ser descrita por um coordenador como uma das melhores em recursos humanos, relatos dos profissionais apontam para equipes mínimas em áreas muito extensas. A alta demanda, impossibilita os profissionais até mesmo de conhecerem/conviverem de

fato com a população a ser atendida por eles e assim oferecer a devida assistência: as técnicas de referência dos SCFV (assistentes sociais e psicólogas) não estão presentes no serviço para acompanhar o cotidiano, pois sua rotina de trabalho se desenvolve nos CRAS. Ainda sobre a assistência social, relatos apontam para a precarização dos serviços, uma vez que não tem havido novas contratações em casos de abertura de novo serviço, aposentadoria, demissão ou morte de funcionários, ocasionando acúmulo de função e aumento da demanda.

A Saúde, a Educação e a Assistência se conversam? Sim. Temos falhas? Sim, temos falhas. Mas, a gente não consegue por conta da demanda... Então, a gente tem que começar a mudar essa questão, e aí mudando, a gente começando o básico com menos atendimento, com mais qualidade, eu acho que vai melhorar a intersectorialidade... porque a saúde não dá pra atender a região, e não dá pra uma enfermeira conversar com a gente todos os casos, você entendeu? Então, eu acho que, se a gente tivesse condições de trabalho, a gente conseguiria fazer mais o que nós fazemos...(P7)

...ela [assistente social do CRAS] teria que vir pra cá, no núcleo, nem que fosse uma vez por semana, toda semana um dia, pra ela poder ter mais contato com as crianças pra ela poder ver a realidade das famílias pra ela ter um envolvimento melhor pra poder ajudar naquilo que cabe a eles, né? ...pra ela poder se interagir melhor porque ela conhece e sabe o que tá no cadastro da criança, que fica lá, aquilo lá que ela conhece, mas ela não sabe que criança vem, ela não sabe como ela tá, entendeu? (P15)

O CRAS foi inaugurado e aí éramos... era uma outra coordenação, eu, como assistente social, e a [nome], como psicóloga, então, a gente tinha uma equipe mínima, mínima mesmo, né? Em 2019, a coordenadora anterior se aposentou, e aí eu assumi a coordenação, e durante quase o ano todo de 2019 ficamos só eu, enquanto coordenadora e assistente social e a [nome], como psicóloga que trabalha quatro horas por dia pra atender todo esse território. Então, de fato, assim, a gente tentava fazer, né, os acompanhamentos, estabelecer a rotina do CRAS mesmo, mas era muito difícil por conta do recursos humanos (P5)

A região norte é uma das que têm melhores condições de recursos humanos... (P10)

Nos SCFV, a insuficiência de recursos humanos impacta também na atenção aos adolescentes, uma vez que não se consegue separá-los das crianças para um atendimento mais adequado, com o qual eles se identifiquem, e que possam criar e manter vínculos que os impeçam de deixar o serviço precocemente.

A rotatividade dos profissionais também é citada, assim como a

importância de melhores condições de trabalho, que priorize uma maior qualidade em detrimento do número de atendimentos.

...porque nós gostaríamos de trabalhar, assim, de seis a nove anos, de nove a onze, que é a idade mais ou menos que bate, e, depois, de doze a quinze, né? Com dois educadores, a gente teve que juntar os grupos. Então, aquele menino que tá com quinze ele não quer papo com aquele menino que tem onze... as ideias não batem. E eles ficam com vergonha e vão saindo. As meninas saem mais cedo, 13 anos, 12 anos, elas já começam, assim, a achar que é muito infantil pra elas, né? Elas ficavam mais, quando a gente tinha um educador só para os adolescentes, aí era só o grupo dos adolescentes, eles tinham orgulho de falar, né? "ah, nosso grupo de adolescentes", eram outros assuntos, outras atividades, né? (P13)

...as reuniões de rede, como a gente sempre tinha uma pessoa nova na equipe, a gente não conseguia avançar muito. Ou era na equipe de saúde, ou era na equipe de educação, muda um diretor, muda, né? Uma coordenação, então, a gente não conseguia ver muitos avanços." (P9)

Outro ponto levantado é a escassez de serviços públicos no território. Contudo, recortes discursivos apontam para falta de conhecimento da realidade com relação à existência, localização e funcionamento dos serviços públicos dos diferentes setores/políticas, relatam não saber se as escolas retornaram as atividades presenciais ou, onde se encontram os serviços de outros setores. Ao mesmo tempo em que têm conhecimento de OSCs atuando na região, reconhecem não haver qualquer contato, não sabem quem são ou o que de fato fazem. Nesse sentido ressaltam a necessidade de um mapeamento de rede.

Olha, é, não, não tem [contato com SCFV]. Não tenho contato. Eu gerencio as duas unidades [de saúde], né e os CRAS são diferentes. Então assim, como o CRAS do [bairro], eu não sei nem onde eles estão, tá? Sendo muito sincera pra você, eu não sei, eles não têm muito contato comigo. Eu sei que tem um núcleo desses para atendimento de crianças e adolescentes no [bairro], que é aqui muito pertinho, mas também não sei dizer pra você se algumas criança nossa aqui, usa lá. Mea culpa né, tenho que fazer a mea culpa, porque assim, não existe contato deles comigo e nem meu com eles, né? A gente não fez esse contato com eles, não sei como isso funciona. (P1)

Recortes discursivos evidenciam falhas na comunicação e ausência de orientação adequada, como por exemplo em casos de novos decretos.

Então, o acompanhamento deixa a desejar. Porque aí, a gente faz mais ou menos como no Taylorismo: eu aperto minha porquinha daqui e passo à frente... Porque a gente precisa saber se resolveu o problema, e esse feedback a gente não tem. (P1)

Tem outros núcleos [SCFV] que têm parceiros, que ajudam, aqui eu não tenho... tá bem complicado, eu tô aprendendo a ver onde eu posso ligar... Eu acho que, na verdade, todos os núcleos tinham que ter uma união maior, fulano tem mais contato, mais parceiro, “ó, eu posso te ajudar”, sabe? Porque não é meu aqui, lá, o outro, não é da outra pessoa, é tudo pra comunidade e pra criança. (P15)

Que hoje, se for pegar a Assistência hoje, nós estamos num... numa dúvida, “vai ter o Bolsa Família?” baixou um decreto hoje, agora, do Auxílio Brasil, “como vai ser?” não chegou pra nós ainda, né? Nós recebemos o decreto, eu ainda não vi, chegou agora de manhã, mas a gente não consegue nem orientar as pessoas. Então, assim, muda-se lá em cima, solta na mídia, mas esquece de avisar quem tá no pé no chão. (P7)

Outro entrave que, na visão dos profissionais, também impedem o desenvolvimento ideal de ações e impossibilita repercussões, é a burocracia nos processos cotidianos, havendo ainda uma responsabilização das famílias e de outros setores por não darem continuidade após recomendações e encaminhamentos.

...demora muito pra ser diagnosticado, né? ... porque sem o diagnóstico eles [a educação] não conseguem professor pra ajudar. Até a saúde poder fazer isso, a criança já passou dois ou três anos esperando esse diagnóstico. E nós temos crianças que faz acompanhamento psiquiátrico, que tem problema mental, e aí nós temos, também, que nos reinventar pra como acolher essas crianças. (P7)

...a família falha, o que tem de forte dentro da comunidade é o crime... (P10)

Olha, depende, assim, do envolvimento da família, na verdade. Porque a gente, às vezes, faz tudo, encaminha, né? Mas a família não vai, a criança tá com problema escolar, a gente faz a avaliação, o médico realmente nota, a gente vê que tem problema, né, na família, então, encaminha pro CAPS, pra psicologia infantil, pra fono... e a mãe não leva pra nenhum desses lugares, entendeu? E aí a gente fica preso assim, e eu acho que isso desanima muito a equipe, porque quando a gente... na verdade, o que eu sinto é que a equipe não quer pegar esse tipo de caso porque ela sabe que ela vai se frustrar. Porque aí a gente vai, desprende tempo, né? Fica com dó, vê que a criança tá, e não sei o que.. Aí chega e passa pra Assistência Social, aí não tem carro pra Assistência Social pra fazer

visita, só daqui um mês. Então, são entraves que vão acontecendo que vão desanimando a gente, então quanto menos casos a equipe tiver, melhor pra ela, segue atendendo as consultas normais, segue fazendo sua visita tranquila, né, nas casas, faz “vista grossa” que é melhor. Porque é frustrante. (P2)

6 DISCUSSÃO

A partir dos proferimentos linguísticos dos participantes, com relação ao território estudado, os profissionais destacam a falta de infraestrutura, o saneamento básico precário e a presença do tráfico de drogas como principais fatores sociais que vulnerabilizam crianças e adolescentes da região. No que diz respeito às ações intersetoriais presentes no cotidiano dos serviços voltadas ao enfrentamento de iniquidades, foram citadas iniciativas como reuniões de rede, o PSE, os contatos diretos entre os profissionais, visando ações pontuais e as parcerias, que demonstraram depender da iniciativa pessoal dos profissionais. Além disso, foram pontuadas ações de simples encaminhamento ou integração dentro de um mesmo setor/política. Frente à ausência de ações intersetoriais institucionais focadas na infância e adolescência, houve dificuldade por parte dos participantes em apontar repercussões diretas a essa população. São citados apoios pontuais às famílias e as reuniões de rede como formas de possíveis benefícios indiretos. No caso dos SCFV, especificamente, relatos destacam distintas e valiosas oportunidades de desenvolvimento através das parceiras.

Mesmo diante da realidade imposta pela pandemia, a partir dos proferimentos, observa-se a completa ausência de iniciativas intersetoriais. Segundo os relatos, as ações da Assistência Social e Saúde foram direcionadas principalmente para segurança alimentar e (tele) consultas específicas, respectivamente, enquanto as escolas e os SCFV foram fechados. O aumento do desemprego e uma maior demanda por ajuda alimentar também são pontuados pelos profissionais. Além disso, relataram percepções sobre o impacto na educação, com desafios no ensino remoto e casos de abandono escolar, bem como expressaram preocupações com a exposição à violência e tráfico de drogas entre as crianças e adolescentes.

Durante as entrevistas, os profissionais apontaram desafios, destacando lacunas como a falta de políticas públicas, investimento e o desinteresse das autoridades. A insuficiência de recursos humanos, com equipes mínimas em áreas extensas e a alta demanda na assistência social foi uma preocupação. Os discursos pontuam também sobre a rotatividade de profissionais, a necessidade de melhores condições de trabalho e a escassez de serviços públicos no território. E ainda, a burocracia nos processos cotidianos e a responsabilização de famílias e outros setores foram apontadas como entraves para o desenvolvimento ideal de ações.

Analisando inicialmente a partir do modelo conceitual da CSDH-OMS apresentado enquanto referencial teórico desse estudo, vemos que, considerando os mecanismos e processos pelos quais os DSS contribuem para a desigualdade social, os proferimentos, principalmente sobre os fatores sociais de maior impacto para crianças e adolescentes, incluindo o período da pandemia, evidenciam as consequências advindas do contexto socioeconômico e político atual, moldando uma estratificação social com base em ocupação, renda, escolaridade, gênero e raça. Estes, considerados determinantes estruturais, acabam por definir circunstâncias materiais, como a condição de moradia, trabalho e alimentação, assim como fatores comportamentais e psicossociais, incluindo estilo de vida e suporte social (determinantes intermediários) (SOLAR & IRWIN, 2010; BUSS & PELLEGRINI-FILHO, 2007). Essa interação entre determinantes estruturais e intermediários, junto ao sistema de saúde resulta em significativos impactos na saúde geral e bem-estar da população, reforçando os contextos socioeconômicos e políticos.

Na realidade brasileira, esse quadro conceitual revela um cenário onde políticas sociais são reduzidas para financiar setores econômicos, exacerbando a desigualdade social, aumentando a pobreza e marginalizando grupos vulneráveis socioeconomicamente (SANTOS; VIEIRA, 2018). Observa-se uma sociedade cujos valores e cultura são fundamentados em critérios meritocráticos e relações sociais competitivas, permeados por racismo, sexismo, ausência de cooperação e intolerância frente às desigualdades; cenário este em que a solidariedade e os laços sociais coesivos são escassos (BÉHAR, 2019). Tal estrutura resulta em uma estratificação social marcada por disparidades no acesso a empregos, renda e educação, além das notáveis desigualdades de gênero e raça (ALMEIDA, 2018).

Pensando na realidade identificada nesta pesquisa, segundo os proferimentos, as crianças e adolescentes dos territórios estudados encontram-se expostas a condições de vida marcadas por fatores como: condições precárias de moradia e saneamento básico, evidenciando a falta de infraestrutura; tráfico de drogas, favorecendo exposição e envolvimento precoce; famílias numerosas, monoparentais e chefiadas por mulheres, que devido à falta de apoio enfrentam desafios adicionais; relações/redes afetivas fragilizadas; educação, que inclui desde a questão da baixa qualidade, a dificuldade de acesso e adaptação ao modo remoto, até o abandono escolar; gravidez na adolescência; disponibilidade de alimentos, com acesso desigual a alimentação adequada; aumento do desemprego; violência

doméstica (física, sexual, negligência); acesso a serviços e lazer, evidenciando a dificuldade de acesso a serviços de saúde, assistência social, lazer e locais de convivência; e a própria pandemia, enquanto fator intensificador de vulnerabilidades e iniquidades.

Conforme delineado pela CSDH-WHO, tais elementos, relacionados às condições da vida cotidiana, são considerados determinantes intermediários da saúde. A definição destes determinantes intermediários ocorre por meio de determinantes estruturais da saúde representados por fatores como governo, políticas macroeconômicas, públicas e sociais, cultura e valores sociais, ou seja, todo o contexto socioeconômico e político definidor de posições socioeconômicas e gerador de desigualdades de classe, etnia, gênero, educação, trabalho e renda (SOLAR & IRWIN, 2010). Em suma, ocorre que os determinantes estruturais (contexto socioeconômico e político) operam através dos intermediários (condições de vida das crianças e adolescentes) e estes, por sua vez, operam moldando resultados em saúde. Tal dinâmica, ao exercer influência direta sobre a equidade em saúde e o bem-estar de crianças e adolescentes, resulta em disparidades e impacto negativo significativo no desenvolvimento físico, mental e social desses indivíduos.

Durante a pandemia essa situação foi agravada, uma vez que várias redes de suporte foram interrompidas, intensificando as desigualdades sociais já existentes. Todos esses fatores se entrelaçam em uma rede complexa de desafios que prejudicam a saúde, a educação e o bem-estar desses jovens, evidenciando que lidar com esses problemas requer uma abordagem integrada que envolva políticas públicas, investimentos em infraestrutura, apoio às famílias e acesso equitativo a serviços de saúde e educação.

No contexto pandêmico, frente à amplificação da invisibilidade de determinados grupos, a adoção do formato remoto pela maioria dos serviços, prejudicou o contato e agravou ainda mais a situação das crianças, adolescentes e famílias assistidas. Enquanto os serviços, preconizando recomendações de portarias e decretos, restringiam sua atuação e mantinham o distanciamento social, a população se via completamente desamparada. Nesse sentido, os relatos evidenciam como a falta de acesso a serviços durante esse período repercute de diversas maneiras na vida desses indivíduos, sendo a percepção dos profissionais desta pesquisa corroborada por estudos realizados sobre o impacto da pandemia que destacam o aumento dos casos de violência doméstica, evasão escolar e a

fome (FUNDAÇÃO ABRINQ, 2021; FUNDAÇÃO ABRINQ, 2022; UNICEF 2020; UNICEF 2021a; UNICEF 2021b; KOMATSU; COSTA; BARTHOLO, 2022).

A análise dos relatos revela que, além da interrupção das atividades presenciais nas escolas durante a pandemia, o SCFV, principal dispositivo de assistência social dedicado especificamente a crianças e adolescentes, também teve suas ações suspensas e suas portas fechadas. Apesar de os usuários, crianças e adolescentes, continuarem a procurar o serviço, questionando e solicitando o retorno, conforme apontam as falas, durante esse período não foi implementada nenhuma estratégia efetiva de enfrentamento. Os profissionais enfrentavam nesse momento um aumento alarmante na demanda por assistência emergencial, juntamente a um quadro bastante reduzido de profissionais. Muito do suporte recebido por essas crianças e adolescentes e suas famílias nesse período partiu da sociedade civil e suas organizações, o que destaca a orientação neoliberal do contexto político vivenciado, no qual a responsabilidade recaí sobre a sociedade civil (HOPSTEIN; PERES, 2021; ANDION, 2020; FILHO; DENTICO, 2021). Além disso, como resultado da ausência de intervenção do Estado, o tráfico de drogas e o crime organizado não apenas representam uma oportunidade para "ascensão social", mas também assumem o papel de uma rede de suporte e acolhimento (SCHERER; NUNES, 2019; COSTA; MENDES; GUEDES, 2021). Esse fenômeno ilustra a maneira pela qual a lacuna deixada pelo Estado é preenchida por atores não estatais, com implicações profundas para o bem-estar e o desenvolvimento desses jovens e suas famílias.

Diante da ameaça do Sars Cov-19, muito se falou sobre grupos de risco, destacando pessoas idosas, obesas e com doenças crônicas como os principais grupos vulneráveis. No entanto, as populações desfavorecidas socialmente foram negligenciadas nesse cenário. Tratam-se de indivíduos que não tiveram a opção de permanecer em casa em um momento como esse, que trabalham incansavelmente, enfrentam dificuldades no acesso aos cuidados de saúde e tratamentos adequados e que, apesar de seus esforços, lidam com uma renda familiar insuficiente; e se vêem abandonadas pelo Estado, como se suas vidas não fossem suficientemente importantes (MORENO; MATTA, 2020).

Houve por parte do governo, em abril de 2020, a aprovação do auxílio emergencial, benefício financeiro criado para garantir renda mínima para pessoas em situação vulnerável e mitigar os impactos econômicos ocasionados pela

pandemia (BRASIL, 2020). Embora de acesso complexo e difícil, a iniciativa alcançou milhões de brasileiros, favorecendo não só a classe trabalhadora como também os empresários; porém as falas dos profissionais nos mostram que não foi suficiente para estimular estratégias intersetoriais capazes de alcançarem as populações vulnerabilizadas, impactando ativamente na redução de desigualdades (BUENO; SOUTO; MATTA, 2021; UNICEF, 2022).

Para Gaille e Terral (2020) a progressão da pandemia da COVID-19 em espaços socialmente vulnerabilizados está intimamente ligada a sua precarização histórica, somada a políticas ineficazes em seu papel de proteção social, culminando em processos de adoecimento extremamente desfavoráveis para pessoas e grupos que ocupam tais espaços, sobretudo a partir de uma visão interseccional, com recorte de raça, classe, gênero e ocupação. Embora as repercussões da crise sanitária tenham afetado a todos, diferentes impactos são identificados conforme a posição desses grupos e camadas sociais. Fatores socioeconômicos interferem fortemente na capacidade de enfrentamento de crises como esta (BOTTALLO, 2020), sendo possível observar diferenças desde a exposição ao vírus, acesso a diagnóstico e tratamento até infraestrutura, saneamento e alimentação adequada (BUENO; SOUTO; MATTA, 2021).

Os relatos das ações cotidianas de trabalhadores da saúde e assistência social apontam para inúmeros entraves na formulação e desenvolvimento de iniciativas articuladas, com abordagens cooperativas e organização descentralizada. A lógica neoliberal de governança impacta diretamente esses processos, a começar pela completa ausência de interesse ou prioridade na implementação de políticas públicas sociais, na garantia e preservação de direitos humanos básicos à populações vulnerabilizadas, em especial diante de um cenário político que deu voz à extrema direita, como vivenciado no Brasil no período 2019-2022 (ALORALDO, 2021). Governantes seguem sobrepondo interesses privados a interesses coletivos da sociedade, com a manutenção desses grupos em estado de desamparo, pobreza, exclusão social e marginalização. É notável que no período pré-pandemia políticas públicas básicas de saúde e assistência social já estavam sob forte ataque, com tentativas de desmonte/sucateamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e com redução de investimentos. Nesse sentido, profissionais falam claramente do abandono e desamparo, denunciando a ausência de investimento nas políticas públicas, o que resulta em

recursos humanos e materiais insuficientes.

Dardot e Laval (2016) destacam como o neoliberalismo não é apenas uma teoria econômica, mas uma forma de racionalidade que permeia todos os aspectos da vida social. No contexto sociopolítico neoliberal, a competição é promovida como um princípio fundamental, não apenas na economia, mas também na educação, saúde e em outras esferas da vida pública. Tal modelo enfraquece o papel do Estado como provedor de serviços públicos e promotor do bem-estar social, reduzindo-o ao papel de regulador do mercado. Assim, as relações sociais são moldadas por uma lógica de mercado, enfatizando o individualismo, a concorrência e a busca pelo lucro. Esse cenário fragiliza ainda mais as tentativas de implementar políticas intersetoriais eficazes, uma vez que a colaboração entre diferentes setores se torna mais difícil em um ambiente de competição e falta de recursos adequados.

O enfoque na competição e na privatização frequentemente resulta em abordagens fragmentadas, onde cada setor opera de forma isolada, em busca dos próprios interesses, ao invés de colaborar para alcançar objetivos comuns. A ausência de coordenação e cooperação entre os setores dificulta a implementação de políticas capazes de lidar com questões sociais complexas, como pobreza, desigualdade e acesso limitado a serviços básicos. Em contraste com o modelo neoliberal, a abordagem intersetorial incentiva a colaboração, o pensamento coletivo e o foco no interesse público como elementos centrais para o desenvolvimento de políticas públicas mais eficazes e socialmente responsáveis (TUMELERO, 2018).

Freitas et al. (2022) salientam que a partir de uma atuação baseada na intersetorialidade viabiliza-se a criação de dinâmicas de trabalho mais comprometidas e focadas no território e na população. Destacam que, para alcançar esse objetivo, é essencial que os profissionais envolvidos possuam conhecimento e comprometimento com as práticas intersetoriais, permitindo a consecução de objetivos comuns e compartilhados na integralidade do cuidado à população, superando políticas públicas restritivas. No entanto, a análise dos proferimentos apresentados neste estudo demonstram uma tendência a um perfil de trabalho fragmentado, com ações não integradas entre os setores, mesmo quando estes lidam com a mesma população. Evidencia-se a dificuldade de alguns profissionais em relatar ações articuladas que não se restrinjam ao âmbito de seu setor específico. Além disso, outros profissionais, embora reconheçam as vantagens das

abordagens intersetoriais, destacam diversas dificuldades associadas à lógica atual de trabalho.

Estudos anteriores, assim como a revisão integrativa inicialmente apresentada sobre ações intersetoriais à populações socialmente vulnerabilizadas, demonstraram não só a viabilidade de articulação entre os setores, como descrevem significativos resultados na redução às iniquidades sociais, como a melhoria do acesso aos serviços, aumento da renda, melhorias voltadas a saúde mental, aumento de hábitos saudáveis e aspectos da qualidade de vida, empoderamento, aumento de capital social, participação e mobilização social (SOUZA et al., 2021; FIORATI et al., 2018; ANDRADE et al., 2015; DIBA; D'OLIVEIRA, 2015; EUGENIO et al., 2015; ALIA et al., 2014).

Muito são os desafios para consolidação de redes intersetoriais voltadas ao enfrentamento de iniquidades sociais, iniciando-se pelo fato de que a colaboração intersetorial exige uma organização democrática profunda, com a descentralização do poder e dos interesses voltados para o bem público, em contraposição às concepções neoliberais de governança (FIORATI et al., 2020). A ausência de prioridade e interesse público dos governos na institucionalização de uma gestão pública baseada em redes intersetoriais reflete em um desalinhamento das agendas dos diferentes setores, prejudicando o avanço de estratégias de gestão de políticas públicas mais efetivas para as complexas questões sociais contemporâneas (SOUZA et al., 2020).

Destaca-se ainda, enquanto dificuldade na implementação de projetos intersetoriais, o insuficiente preparo técnico dos gestores. Para além da criação de uma cultura cooperativa nas relações gerenciais e administrativas, o treinamento técnico para a gestão intersetorial se faz essencial (ANDRADE et al., 2015). No Brasil, vivenciou-se recentemente um grande investimento pela retirada de direitos sociais a muito já garantidos. É preciso que o profissional, em momentos como esse, tenha claro que a efetiva inclusão e participação social condiciona-se essencialmente pela existência de políticas públicas garantidoras da redução de desigualdade social, do acesso a serviços básicos de saúde, educação e assistência social e do direito ao trabalho, moradia, alimentação, cultura, entre outros (BREGALDA, 2019).

Ao aprofundar no universo normativo no qual os proferimentos são produzidos, temos que, além dos desafios impostos pelo neoliberalismo, como

pontuado anteriormente, o pensamento colonializado no Brasil segue mantendo dinâmicas de poder persistentes, relacionadas à herança colonial do país, que perpetuam a marginalização de determinadas comunidades, levando a uma fragmentação e falta de colaboração que alimenta a desigualdade social, dificultando, inclusive, a implementação de políticas intersetoriais inclusivas e equitativas.

Para Achille Mbembe (2018), a persistência da ordem colonial é evidente na contínua dominação política internacional exercida pelos países colonizadores, brancos e nórdicos, sobre as nações previamente colonizadas, mesmo após estas terem conquistado independência política. Nos países colonizados, essa ordem persiste através do controle exercido por oligarquias descendentes dos povos europeus, que detêm o poder econômico e político sobre as comunidades marginalizadas, incluindo descendentes de escravizados, afrodescendentes, indígenas e outros grupos sociais não brancos. Esta dinâmica ressalta a continuidade das estruturas coloniais, mantendo comunidades inteiras em posições de vulnerabilidade e subjugação.

A persistência da colonialidade se reflete não apenas nas estruturas de poder globais, com uma dominação econômica, política, cultural e epistemológica do norte sobre o sul, mas também internamente, onde indivíduos na América Latina muitas vezes negam suas raízes africanas e indígenas devido à influência colonial que se traduz em uma identidade muitas vezes deturpada, vinculada a uma herança europeia. Esse fenômeno destaca o poder contínuo da colonização, moldando identidades e relações sociais. Superar essa mentalidade requer revisão crítica da história e transformação profunda na forma como as pessoas se percebem, exigindo educação e diálogo que desafiem essas estruturas, promovendo uma sociedade verdadeiramente inclusiva e igualitária.

A falta de leitura e compreensão sobre a colonialidade tem um impacto profundo na implementação de práticas intersetoriais nos diversos serviços, sobretudo no contexto latino-americano. Sem uma compreensão crítica da história colonial e suas ramificações, as políticas públicas e os serviços tendem a ser moldados por perspectivas eurocêntricas, perpetuando assimetrias e desigualdades. Isso se reflete especialmente na falta de sensibilidade para necessidades específicas das comunidades, frequentemente marginalizadas e excluídas das decisões que afetam suas vidas. A ausência de uma análise profunda da

colonialidade também limita a capacidade de criar colaborações eficazes entre diferentes setores, pois as relações continuam a ser definidas por dinâmicas de poder desiguais e uma compreensão distorcida das identidades culturais.

A intersetorialidade representa uma abordagem de gestão política que requer, sobretudo, colaboração. Sua eficácia transcende os níveis estruturais do governo, demandando o reconhecimento das comunidades afetadas como um agente político genuinamente integrado a esse processo (TUMELERO, 2018; CARMO; GUIZARDI, 2017). É pertinente observar que, ao discutirem intersetorialidade, os participantes frequentemente se referem a uma abordagem predominantemente estrutural, focada em secretarias específicas (tais como assistência social, saúde, educação e segurança pública), negligenciando a consideração de organizações não governamentais (ONGs), movimentos sociais e outras entidades relevantes. A plena compreensão e implementação da intersetorialidade requerem, assim, uma abordagem mais abrangente que incorpore todas as partes interessadas, a fim de construir redes eficazes.

Para verdadeiramente implementar práticas intersetoriais significativas e inclusivas, mostra-se essencial descolonizar as mentes e instituições. Isso implica não apenas reconhecer, mas também valorizar e respeitar as práticas culturais e as visões de mundo das comunidades locais. A descolonização não é apenas uma questão simbólica, trata-se de uma necessidade urgente para construir sociedades mais justas e equitativas. A falta de leitura sobre a colonialidade não apenas perpetua a injustiça histórica, mas também limita a capacidade das sociedades de aprender com suas próprias histórias e construir um futuro mais inclusivo. Portanto, a descolonização para além de um imperativo ético, apresenta-se como condição fundamental para a eficácia das práticas intersetoriais, permitindo que as comunidades sejam vistas, ouvidas e respeitadas em sua plenitude, promovendo assim uma colaboração verdadeiramente intercultural e igualitária.

Nesse contexto, a intersetorialidade surge como um movimento de oposição à fragmentação instituída pelo modelo neoliberal e à divisão perpetuada pelo pensamento colonial. No entanto, devido à resistência às mudanças estruturais por parte das elites e à falta de compreensão generalizada sobre os benefícios da colaboração interdisciplinar, a intersetorialidade muitas vezes é rotulada como utópica (HOFF; BELLINI, 2020). A abordagem interdisciplinar é fundamental para superar os desafios sociais e econômicos complexos que o Brasil enfrenta, mas a

transição para essa mentalidade colaborativa requer uma mudança profunda na forma como a sociedade enxerga e aborda as questões sociais, uma transformação obstaculizada pelas estruturas neoliberais e pelo pensamento colonial.

Ainda dentro da análise referente à realidade normativa na qual se insere os participantes da pesquisa, ao refletir sobre a persistência das estruturas históricas de colonização, escravidão e dominação cultural, onde a identificação com a herança europeia é valorizada e perpetuada, um aspecto notável é o fato de que todos os participantes da pesquisa, trabalhadores da saúde e assistência social, autodeclararam-se brancos. Essa uniformidade é indicativa de um problema profundo e multifacetado relacionado à representatividade, poder e privilégio. Este padrão reflete complexas dinâmicas sociais e de poder que moldam as experiências e perspectivas dos participantes.

A identificação com a herança europeia é frequentemente vista como uma forma de privilégio, ligada a oportunidades educacionais e acesso a recursos. No entanto, essa autodeclaração não apenas evidencia a desigualdade sistêmica, mas também destaca a urgência de descolonizar tanto as estruturas sociais, quanto as mentes e percepções dos indivíduos. É uma afirmação das profundas disparidades históricas, capaz de criar desequilíbrios significativos de poder e voz na prestação de serviços e cuidados sensíveis e eficazes. A intersectorialidade, nesse sentido, visa distanciar-se da tradicional abordagem hierarquizada do norte europeu e romper com padrões preestabelecidos de autoridade, favorecendo uma dinâmica mais colaborativa e igualitária, onde as relações entre os diferentes setores e atores ocorrem de maneira horizontal (BIDARRA, 2009).

A fala dos profissionais, refletindo o universo simbólico normativo pode vir a perpetuar estereótipos, preconceitos e desigualdades existentes, devido à falta de compreensão das experiências, culturas e desafios enfrentados pela população atendida. Além disso, podem, inadvertidamente, reforçar em seu cotidiano normas sociais e culturais dominantes, fundamentadas em uma perspectiva eurocêntrica, levando à marginalização de experiências e identidades diversas. O discurso produzido por profissionais brancos, com acesso ao ensino superior, trabalho formal e demais recursos, cujas vivências se distanciam da realidade daqueles atendidos, pode ainda, enfrentar dificuldades em compreender plenamente nuances culturais e linguísticas, levando a uma comunicação ineficaz e a falta de empatia. Assim como, pode não refletir as reais lutas, conquistas e resistências da população atendida,

contribuído para a falta de empoderamento destes indivíduos.

Para além do que foi mencionado, a análise dos proferimentos revela que muitas narrativas parecem reproduzir o discurso institucional, seguindo uma racionalidade predefinida que orienta as práticas desses profissionais através de protocolos cristalizados, impedindo uma avaliação crítica da realidade que parta de uma contextualização e análise mais aprofundadas. O universo normativo institucional parece reproduzir uma lógica de fragmentação, desconsiderando a complexidade, o todo. Neste cenário, a falta de capacitação de profissionais e gestão prejudica o desenvolvimento de uma visão ampliada e uma compreensão mais profunda dos DSS e de todos os fatores envolvidos na produção de vulnerabilidades. Produção esta, vista como um processo dinâmico que demanda ações pautadas na integração transdisciplinar, na abordagem intersectorial e na consideração das interseccionalidades presentes, indicando a necessidade de uma abordagem mais ampla e interligada para abordar questões tão complexas (MORENO; MATTA, 2020).

No contexto do setor de Saúde, as narrativas dos coordenadores demonstram que demandas sociais são identificadas no cotidiano de suas ações, mas que no entanto, reconhecendo os desafios a serem enfrentados na articulação para uma assistência ampliada, tendem a se restringir à atenção clínica, evitando possíveis frustrações. A partir disso, as dificuldades cotidianas, incluindo a falta de articulação e a dificuldade em alcançar resultados satisfatórios, são justificadas, por vezes, através da responsabilização de outros setores. Da mesma forma como as famílias e indivíduos atendidos também são responsabilizados, revelando a ausência de visão crítica por parte dos próprios profissionais em relação às questões que se apresentam a partir da realidade dos usuários dos serviços. Não há, nesse contexto, uma reflexão crítica sobre contexto sociopolítico e demais DSS, levando a uma abordagem simplista que consiste em culpabilizar outros atores em vez de analisar profundamente as complexidades dos problemas enfrentados.

Diante de alguns dados referente à realidade do município de Ribeirão Preto, com destaque para a região norte, local de estudo da presente pesquisa, revela-se uma realidade complexa, caracterizada por profundas disparidades socioeconômicas, raciais e educacionais. Em 2018, cerca de 21,6 mil pessoas viviam em extrema pobreza, com menos de R\$ 3 por dia, sendo 53% delas menores de idade. A situação é agravada também pela questão de gênero e racial, com

mulheres e indivíduos negros representando 59% e 56% do total de extremamente pobres, respectivamente (PAVINI; SILVA, 2019). Atualmente são quase 39 mil famílias vivendo com renda de até meio salário mínimo (BRASIL, 2023).

A desigualdade socioeconômica entre as regiões norte e sul do município se faz notável. A zona Norte, particularmente desfavorecida, com bairros periféricos apresentando rendas mais baixas, enquanto na zona Sul concentra-se a riqueza. Em 2010, o rendimento médio de um morador da zona Sul era 23 vezes superior ao da zona Norte. O mesmo Censo revela ainda que, dos 15 bairros de Ribeirão Preto com menor renda média mensal, 11 localizam-se na zona Norte, enquanto 09 dos 15 bairros com maior renda média da população estão situados na zona Sul (PAVINI; SILVA, 2019). Além disso, aproximadamente 44 mil habitantes viviam em assentamentos precários em 2020, estimando-se 122 assentamentos com um total de 9908 domicílios; destes, 54 assentamentos com 5.539 domicílios localizavam-se na região norte do município (SEABRA et al, 2021).

Dados referentes à porcentagem de pessoas de raça/cor preta e parda no município demonstram que tais etnias representavam uma porcentagem bem maior de famílias vulneráveis no ano de 2010. Nesse sentido, destaca-se a região norte, cujas áreas possuem altos percentuais de população negra, variando entre as faixas de 39% a 49% e 49% a 59%. Esta correlação entre etnia e vulnerabilidade é corroborada ao examinar o indicador de renda média nos setores censitários, onde na região norte predominam rendas mais baixas (áreas com rendas de até R\$510 e outras com renda de R\$510 a R\$755) (DATAPEDIA, 2023).

A desigualdade racial e econômica permeia também o sistema educacional de Ribeirão Preto. Segundo o Censo Escolar de 2022, de um total de 140,4 mil estudantes matriculados na educação básica, 72% são brancos, enquanto apenas 28% são negros. Nas escolas particulares, a presença de alunos negros é mínima, representando 10% das matrículas, sendo que na rede pública esse número sobe para 36%. Destacam-se ainda, casos de segregação racial evidentes, como a ausência de matrículas de alunos negros em escolas de áreas de alta renda e a significativa predominância de crianças negras em creche de bairro periférico na região norte do município (PAVINI, 2023).

Em resumo, os dados revelam não apenas a extensão da extrema pobreza em Ribeirão Preto, mas também as disparidades econômicas, raciais e educacionais que perpetuam ciclos de vulnerabilidade, especialmente presentes na

região estudada, apontando para a necessidade urgente de ações e políticas públicas eficazes que promovam a igualdade de oportunidades.

Mediante os dados apresentados, é possível observar que os proferimentos linguísticos gerados pelos participantes estão fundamentados em um referencial normativo que contrasta com o universo da população com a qual estão lidando. Tal contradição de universos normativos leva a geração de um discurso que diz sobre o outro, mediante grande distanciamento. Tal contexto torna-se suscetível a situações de culpabilização, desconsiderando as possíveis e múltiplas causas da vulnerabilidade. Notavelmente, há uma dificuldade na concepção de análises mais críticas voltadas aos DSS. Para tanto, seria necessário um outro universo normativo, reconhecendo-se assim fatores políticos, socioeconômicos, históricos e culturais, geradores de iniquidades; pois embora a vulnerabilidade seja reconhecida, não há reflexão quanto às desigualdade e iniquidades que vulnerabilizam.

Ocorre que, um discurso proferido por profissionais que se formam subjetivamente enquanto sujeitos sociais dentro desse universo normativo - majoritariamente branco, com acessos e privilégios frente a uma população substancialmente negra (pretos e pardos), de vivências tão marcadas por desigualdades e iniquidades sociais - pode, para além do que já foi citado, interferir na oferta de um trabalho voltado para a colaboração e intersetorialidade por diversas razões. Dentre elas, a possível ausência de compreensão das desigualdades estruturais resultantes da colonização, como acesso desigual à educação, saúde e oportunidades econômicas, podendo levar a intervenções ineficientes, que não abordam as raízes dos problemas enfrentados pela comunidade atendida. Pensando ainda nesse universo normativo, profissionais que não desenvolvam sensibilidade cultural podem não compreender completamente a profundidade do impacto histórico da colonização na comunidade negra, propiciando falta de empatia e compreensão das necessidades específicas dessa população. A colaboração efetiva requer que as comunidades se sintam valorizadas e capacitadas para participar ativamente do processo de tomada de decisões, portanto, qualquer discurso que não reconheça a riqueza da cultura e das experiências da população negra pode levar à não promoção de capacidades, autonomia, participação e emancipação. Outro ponto importante dentro de tal realidade normativa é o fato de que profissionais, quando em sua maioria brancos, podem não reconhecer seus próprios privilégios e como

esses privilégios podem influenciar a forma como percebem e interagem com a população assistida, criando barreiras de comunicação e colaboração. E ainda, discursos mal informados ou estereotipados podem perpetuar ideias preconcebidas dificultando a construção de relações de confiança necessárias para a colaboração efetiva (AMBROSIO; SILVA, 2022).

Para mitigar impactos, é fundamental que profissionais estejam cientes e reconheçam suas próprias limitações, se engajem em um processo contínuo de educação, reflexão e sensibilização sobre questões raciais. Isso inclui envolver ativamente membros da comunidade negra nas decisões e planejamento de programas e serviços, permitindo que suas vozes sejam ouvidas e respeitadas. Garantir que as equipes sejam diversificadas e inclusivas, representando diferentes origens étnicas, culturais e sociais. Reconhecer as necessidades individuais e comunitárias da população atendida, levando em consideração as diferenças culturais e históricas para oferecer serviços mais eficazes e personalizados. Sendo que, além de fornecer assistência individual, é crucial advogar por mudanças estruturais que abordem as disparidades raciais, como políticas públicas que promovam a igualdade de acesso à educação, emprego e saúde.

Ao adotar uma abordagem sensível à cultura e às diferenças históricas, os profissionais de saúde, assistência social e demais setores tendem a criar um ambiente muito mais propício para a colaboração e intersetorialidade, promovendo a igualdade e a justiça social.

Diante das profundas disparidades discutidas anteriormente, a descolonização emerge como uma necessidade incontestável e urgente. Nos territórios marcados pela colonização, como na América Latina e no Brasil, onde as estruturas de poder foram moldadas por séculos de dominação econômica, política e cultural, é essencial dismantelar esses sistemas injustos e criar um ambiente equitativo para todas as comunidades. A descolonização não se trata apenas de reescrever a história, mas também de reconhecer e valorizar as culturas e experiências das populações não brancas, que foram historicamente marginalizadas. É um chamado para desafiar estereótipos, promover a representatividade, abraçar a diversidade e garantir que as vozes e perspectivas de comunidades colonizadas sejam respeitadas e elevadas. Somente através da descolonização podemos construir uma sociedade mais justa, inclusiva e verdadeiramente democrática, onde todas as pessoas têm igualdade de

oportunidades e são tratadas com dignidade e respeito.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo identificar e analisar, a partir de profissionais que atuam no âmbito das políticas de saúde e assistência social, iniciativas intersetoriais na atenção à crianças e adolescentes em territórios vulnerabilizados.

Nesse sentido, os resultados demonstram a dificuldade no estabelecimento de ações/estratégias articuladas intersetorialmente no cotidiano dos diferentes serviços e políticas. Evidencia-se que não há, por parte do governo municipal, iniciativas concretas ou agenda efetiva voltada a crianças e adolescentes que nascem e crescem em regiões vulnerabilizadas, sujeitas a iniquidades sociais que seguem afetando sua saúde e desenvolvimento. Além disso, a partir das falas dos profissionais atuantes na saúde e assistência social, observa-se um distanciamento quanto à cultura de abordagens intersetoriais e uma perspectiva de rede na gestão de problemáticas sociais.

Soma-se a tais apontamentos, o período crítico vivenciado em decorrência da pandemia da Covid-19, que impactou ainda mais populações já vulnerabilizadas, expondo e intensificando processos de desigualdade social. O enfrentamento da pandemia no contexto aqui estudado não incluiu por parte do poder público o desenvolvimento de propostas/estratégias de integração entre os setores visando um enfrentamento articulado.

Mesmo diante do recorte empregado, foi possível evidenciar que os desafios para a efetivação de uma atuação intersetorial capaz de enfrentar as iniquidades sociais vivenciadas por crianças e adolescentes vulnerabilizados ainda são inúmeros. Serviços de assistência a tais grupos seguem ancorados em um modelo conservador de trabalho, de organização fragmentada, gestão baseada na centralização do poder, além do não investimento (somado a cortes orçamentários) no desenvolvimento de políticas públicas sociais. Observa-se a ausência de projeto político coletivo como consequência de um Estado que opta pela competitividade, concentração de renda e fim de políticas sociais. Assim, o modelo neoliberal tem sido um obstáculo significativo para o desenvolvimento de políticas públicas integradas e intersetoriais no Brasil, minando os esforços para construir uma sociedade mais justa e equitativa.

Em suma, esta pesquisa possibilitou identificar a carência de uma agenda e gestão municipal comprometida, assim como de articulação intersetorial, com ações efetivas e sistematizadas envolvendo os setores da saúde e assistência

social. A situação se torna ainda mais crítica quando direcionamos essa análise para iniciativas específicas voltadas para a população infantojuvenil.

Como limite deste estudo é preciso considerar o contexto da pandemia da COVID-19, determinante de mudanças significativas no projeto dessa pesquisa, o qual previa a participação de usuários dos serviços, bem como uma etapa de imersão no cotidiano dos serviços. Tendo a coleta de dados ocorrido durante período crítico de enfrentamento por parte dos equipamentos de saúde e assistência social, houve interferência tanto na adesão de alguns serviços, quanto nas estratégias utilizadas para coleta dos dados. Com parte das entrevistas realizadas de forma remota, impossibilitou-se o maior contato da pesquisadora com o cotidiano dos profissionais e a dinâmica dos serviços, o que certamente ampliaria a visão a respeito das temáticas apresentadas, enriquecendo a discussão. Acredita-se também, que no desenvolvimento de trabalhos futuros seja importante a inclusão de um maior número de equipamentos e profissionais, bem como de outros setores e, principalmente, da população atendida.

REFERÊNCIAS

AKERMAN M. et al. Intersetoriality? IntersetorialitieS? **Cienc Saude Coletiva**. v. 19, n. 11, p. 4291-300, 2014. Doi: 10.1590/1413-812320141911.10692014

ALIA K. A. et al. Identifying Emergent Social Networks at a Federally Qualified Health Center-Based Farmers' Market. **Am J Community Psychol**, v. 53, n. 3-4, p. 335-345, 2014. Doi: 10.1007/s10464-013-9616-0

ALMEIDA, S.L. **Racismo estrutural**. São Paulo: Pólen, 2018.

ALMEIDA-FILHO, N. Modelo de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 865-884, 2004.

ALORALDO, V. P. Desafios para a proteção social das juventudes brasileiras em contexto de crise sanitária e econômico-social. Anais do V Seminário Internacional de Políticas Públicas, Intersetorialidade e Família: atravessamentos do neoliberalismo nas políticas públicas no contexto pandêmico. Escola de Humanidades, PUCRS, Porto Alegre, 2021.

AMBROSIO, L.; SILVA, C. R. Interseccionalidade: um conceito americano e diaspórico para a terapia ocupacional. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 30, p. e3150, 2022.

ANAZAWA, L.S. et al. Desafios do acesso à creche no Brasil: subsídios para o debate. Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, 2020. 69p. Disponível em: <https://www.fmcsv.org.br/pt-BR/biblioteca/desafio-acesso-creche-brasil>.

ANDION, C. Civil society mobilization in coping with the effects of COVID-19 in Brazil. **Revista de Adm Pública**, v. 54, n. 4, 2020. <https://doi.org/10.1590/0034-761220200199>

ANDRADE, L. O. M. et al. Social determinants of health, universal health coverage, and sustainable development: case studies from Latin American countries. **Lancet**, v. 385, n. 9975, p. 1343-1351, 2015. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61494-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61494-X)

ARAGÃO, L. **Habermas: Filósofo e sociólogo do nosso tempo**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2002.

ARCÊNCIO, R. A. et al. Financial challenges to access tuberculosis treatment in Ribeirão Preto. **Rev Esc Enferm**, v. 45, n. 5, p. 1121-7, 2011. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000500013>

BÉHAR, A. H. Meritocracia enquanto ferramenta da ideologia gerencialista na captura da subjetividade e individualização das relações de trabalho: uma reflexão crítica. **Revista Organizações & Sociedade**, v. 26, n. 89, p. 249-268, 2019. Doi: 10.1590/1984-9260893.

BIDARRA, Z. S. Pactuar a interseccionalidade e tramar as redes para consolidar o sistema de garantia dos direitos. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 99, p. 483-497, 2009.

BOTTALLO, A. Combinação de Covid-19 e doenças crônicas cria “sindemia global”, sugere estudo. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 2020. Disponível em: <www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/10/combinacao-de-covid-19-e-doencas-cronicas-cria-sindemia-globalsugere-estudo.shtml>

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, 2012**. Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 13 jun., Seção 1 p. 59, 2013.

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente, Câmara dos Deputados, **Lei no 8.069**, de 13 de julho de 1990. DOU de 16/07/1990 – ECA. Brasília, DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006/** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 36 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 234 p.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. Relatório do Programa Bolsa Família e Cadastro Único. Secretaria Nacional de Renda e Cidadania, 2023. Disponível em: <https://aplicacoes.cidadania.gov.br/ri/pbfcad/relatorio-completo.html>

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional de Assistência Social PNAS/2004 e Norma Operacional Básica NPB/SUAS**. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência Social, 2005.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n. 13.982**, de 2 abr. 2020. Altera a Lei n. 8.742, de 7 dez. 1993, para dispor sobre parâmetros adicionais de caracterização da situação de vulnerabilidade social para fins de elegibilidade ao benefício de prestação continuada (BPC), e estabelece medidas excepcionais de proteção social a serem adotadas durante o período de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (Covid-19) responsável pelo surto de 2019, a que se refere a Lei n. 13.979, de 6 fev. 2020. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2 abr. 2020c. Disponível em: www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13.982-de-2-de-abril-de-2020-250915958

BREGALDA M. M.; BRAGA I. F.; PEREIRA B. P. Conjuntura política brasileira e atuação da Terapia Ocupacional: impactos, retrocessos e desafios. **Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup.**, v. 3, n. 4, p. 453-461, 2019. Doi: 1047222/2526-3544rbto30032

BUENO, F. T. C.; SOUTO, E. P.; MATTA, G. C. Notas sobre a Trajetória da Covid-19 no Brasil. In: MATTA, G. C. et al. Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia [online]. Observatório Covid 19, Editora FIOCRUZ, 2021. 231p <https://doi.org/10.7476/9786557080320>.

BUS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. Health and its social determinants. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>

CAMPOS-MATOS, I.; RUSSO, G.; PERELMAN, J. Connecting the dots on health inequalities - a systematic review on the social determinants of health in Portugal. **Int J Equity Health**, v. 15, n. 26, 2016. Doi:10.1186/s12939-016-0314-z » <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0314-z>

CARMO, M. E.; GUIZARDI, F. L. Desafios da intersetorialidade nas políticas públicas de saúde e assistência social: uma revisão do estado da arte. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 4, p. 1265-1286, 2017.

CHANDRA-MOULI, V. et al. How can collective action between government sectors to prevent child marriage be operationalized? Evidence from a post-hoc evaluation of an intervention in Jamui, Bihar and Sawai Madhopur, Rajasthan in India. **Reproductive Health**, v. 15, n. 118, 2018. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0552-1>

COSTA, P. H. A.; MENDES, K. T.; GUEDES, I. O. Brazilian Youth and the Work in Drug Trafficking: Pauperization, Precarisation and Super-Exploitation. **Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 14, p. 1-24, 2021. Doi: <http://dx.doi.org/10.36298/gerais202114e18452>.

COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Presença viva da saúde mental no território: construção da rede pública ampliada de atenção para crianças e adolescentes. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E; LYKOUROPOULOS, C. B., organizadores. **O Capsi e o desafio da gestão em Rede**. São Paulo: Hucitec, p. 161-92, 2016.

CSDH. Commission on Social Determinants of Health. **Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health**. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization, 2008.

DARDOT, P.; LAVAL, C. **A nova razão do mundo: Ensaio sobre a sociedade neoliberal**. 1ª ed. São Paulo: Boitempo, 2016.

DATAPEDIA. Relatório Primeira Infância Primeiro: no município. Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, 2023. 43p. Disponível em: <https://primeirainfanciaprimeiro.fmcsv.org.br/municipios/ribeirao-preto-sp/>

DIBA, D.; D'OLIVEIRA, A. F. Community Theater as social support for youth: agents in the promotion of health. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1353-62, 2015. Doi: 10.1590/1413-81232015205.01542014

EUGENIO, J. L. et al. Movilización sociale y determinantes sociales de la salud: proceso educativo en comunidad rural de Jalisco, México. **Estud. Soc.**, v. 23, n.46, p. 138-61, 2015. Disponível em: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-

[45572015000200006&lng=es&tlng=es.](#)

FABBIANI, A. et al. Adolescents' health consultations in educational centers. **Archivos de Pediatría del Uruguay**, v. 87(suppl.1), S34-S39, 2016. Available from: » http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492016000500005&lng=es

FILHO, A. N.; DENTICO, N. A Sociedade Civil Global e suas ações em favor do direito à Saúde no contexto da Pandemia de Covid-19. In: BUSS, P. M.; BURGER, P. (org.). Diplomacia da saúde: respostas globais à pandemia. Fiocruz, p. 87-100, 2021. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/50613>

FIORATI, R. C.; ARCÊNCIO, R. A.; SOUZA, L. B. Social inequalities and access to health: challenges for society and the nursing field. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, p. e2687, jan. 2016.

FIORATI, R. C. et al. Intersectorality and social participation as coping policies for health inequities-worldwide. **Gac Sanit**, v. 32, n. 3, p. 304-14, 2018. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.07.009>

FIORATI, R. C. et al. Strategies for the advancement of intersectoral networks and equity in vulnerable territories through community-based participatory research in Brazil. **Critical Public Health Journal**, v.1, p. 1-14, 2020.

FREITAS, G. L. et al. População em situação de rua: a complexidade do cuidado e a busca pela intersectorialidade. In: ROCHA, E. S. C. et al (Orgs). Enfermagem no cuidado à saúde de populações em situação de vulnerabilidade. Brasília, DF: Editora ABen; 2022. p. 27-32 <https://doi.org/10.51234/aben.22.e11.c03>

FREITAS, I. C. M.; MORAES, S. A. Economic profile of Ribeirão Preto population: application of the National Economic Indicator. **Rev Saúde Pública**, v. 44, n. 6, p. 1150-1154, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/3Y4ZCdZfmQfhKS5hwzDFWZJ/?format=pdf&lang=pt>

FUNDAÇÃO ABRINQ. **Cenário da Infância e Adolescência no Brasil 2021**. São Paulo, 2021. 122p.

FUNDAÇÃO ABRINQ. **Cenário da Infância e Adolescência no Brasil 2022**. São Paulo, 2022. 112p.

GAILLE, M.; TERRAL, P. Uma Contribuição da Pesquisa Francesa em Ciências Humanas e Sociais para a Análise Internacional da Pandemia de Covid-19. In: MATTA, G. C. et al, eds. **Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia** [online]. Observatório Covid 19, Editora FIOCRUZ, 2021. 231 p. <https://doi.org/10.7476/9786557080320>.

GOEIJ M. C. M. et al. How economic crises affect alcohol consumption and alcohol-related health problems: a realist systematic review. **Soc Sci Med.**, v. 131, p. 131-46, 2015. Doi: 10.1016/j.socscimed.2015.02.025

GOMES, M. A. S. Desvelando o mito da “Califórnia”: aspectos da desigualdade sócioespacial em Ribeirão Preto-SP. **Revista de Geografia**, v. 2, n. 1, p. 1-11, 2011. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/geografia/article/view/17900/9207>

HABERMAS, J. **Teoría de La acción comunicativa**. Madrid: Taurus, 1998.

HARGREAVES, J. R. et al. The social determinants of tuberculosis: from evidence to actions. **American Journal of Public Health**, v. 101, n. 4, April 2011.

HOFF, L. R.; BELLINI, M. I. B. Reflexos do modelo neoliberal na condução das políticas públicas: é possível efetivar a intersetorialidade? In: GUIMARÃES, G. T. D.; MACIEL, A. L. S.; GERSHENSON, B, org. **Neoliberalismo e desigualdade social: reflexões a partir do serviço social**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2020. 319 p.

HOPSTEIN, G.; PERES, M. O Papel e o protagonismo da sociedade civil no enfrentamento da pandemia da COVID-19 no Brasil. **GIFE - Grupo de Institutos Fundações e Empresas**, Série: Estudos Emergência COVID, 2021. DOI: 10.33816/978-65-86701-13-5

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua**. Coordenação de Trabalho e Rendimento, 2020. 124p.

<https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/pnad%20continua%20educacao%202019%202.pdf>

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2021**. Coordenação de População e Indicadores Sociais, 2021. 206p. <https://static.poder360.com.br/2021/12/Sintese-de-Indicadores-Sociais-Uma-analise-das-condicoes-de-vida-da-populacao-brasileira-2021.pdf>

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2022**. Coordenação de População e Indicadores Sociais, 2022. 154p. <https://www.observatoriodasmetroles.net.br/wp-content/uploads/2022/12/sintese-indicadores-sociais-ibge-2022.pdf>

INOJOSA, R. M. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade. **Cadernos Fundap**, v. 22, p. 102-110, 2001. Available from: https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/sinergia_politicas_servicos_publicos.pdf

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Atlas da Violência 2021**. FBSP, 2021. 104p. <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/publicacoes>

JUNQUEIRA, L. A. Intersectoriality, transectoriality and social networks in the health area. **Revista de Administração Pública**, v. 34, n. 6, p. 35-45, 2000. Available from: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6346>

KAWACHI, I.; SUBRAMANIAN, S. V.; KIM, D. **Social Capital and Health**. Springer Science: New York. 2008.

KOMATSU, B. K., COSTA, J. C., & BARTHOLO, T. L. Estudo nº IX: Impactos da desigualdade na primeira infância. Comitê Científico do Núcleo Ciência Pela Infância, Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, 2022. 66p. Disponível em: <http://www.ncpi.org.br>

LAURIN, I. et al. Intersectoral Mobilization in Child Development: An Outcome Assessment of the Survey of the School Readiness of Montreal Children. **Social Sciences**, v. 4, n. 4, p. 1316-1334, 2015. <https://doi.org/10.3390/socsci4041316>

LOURENÇO, M. S. G. Saúde mental infantojuvenil: identificando realidades de municípios que não contam com CAPS infantojuvenil, a partir da Atenção Básica em Saúde. [Dissertação]. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos; 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/9102>

MACINKO, J.; STARFIELD, B. The utility of Social Capital in research on Health Determinants. **The Milbank Quartely**, v. 79, n. 3, p. 387- 427, 2001.

MBEMBE, A. **Necropolítica**. São Paulo: N-1, 2018.

MOENE, K. O.; WALLERSTIEN, M. Inequality, Social Insurance, and Redistribution. **American Political Science Review**, v. 95, n. 4, p.859-874, december 2001.

MORAL, P. A. P.; GASCON, M. L. G.; ABAD, M. L. La salud y sus determinantes sociales: desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. **Revista Internacional de Sociologia**, v. 72 (extra 1), p. 71-91, 2014. <https://doi.org/10.3989/ris.2013.02.16>

MORENO, A. B.; MATTA, G. C. Covid-19 e o dia em que o Brasil tirou o bloco da rua: acerca das narrativas de vulnerabilizados e grupos de risco. In: MATTA, G. C. et al, eds. Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia. Observatório Covid 19, Editora FIOCRUZ, 2021. 231 p. <https://doi.org/10.7476/9786557080320>.

NASCIMENTO, P. R. et al. Impact of the Social Agendas – Agenda 21 and Healthy Cities – upon Social Determinants of Health in Brazilian municipalities: measuring the effects of diffuse social policies through the dimensions of the Millennium Development Goals. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 17(Supl 2), p. 1-14, 2014. <https://doi.org/10.1590/1809-4503201400060001>

NASCIMENTO, S. Reflection about intersecting public policies. **Serviço Social e Sociedade**, v. 101, p. 95-120, 2010. <https://doi.org/10.1590/S0101-66282010000100006>

OBACH, A.; SADLER, M.; CABIESES, B. Intersectoral strategies between health and education for preventing adolescent pregnancy in Chile: Findings from a qualitative study. **Health Expect**, v. 22, n. 2, p. 183-92, 2019. <https://doi.org/10.1111/hex.12840>

OTTERSEN, O. P. et al. As origens políticas das inequidades em saúde: perspectivas de mudança. **The Lancet**, Comissão da Universidade de Oslo sobre Governança Global em Saúde. Trad. Fundação Oswaldo Cruz, 2014. <http://www.abrasco.org.br/UserFiles/Image/Lancet%20Oslo%20Sumario%20Executivo%20portugues.pdf>

PAVINI, C. Dados oficiais escancaram segregação racial nas escolas de Ribeirão Preto. **Farolete**, Ribeirão Preto, 2023. Disponível em: <https://farolete.info/dados-oficiais-escancaram-segregacao-racial-nas-escolas-de-ribeirao-preto/>

PAVINI, C; SILVA, A. Instituto Ribeirão 2030: sociedade voluntaria organizada. Ribeirão Preto, 2019. 88p. Disponível em: <https://www.ribeirao2030.com.br/ods-diagnosticos-ribeirao/>

PEREIRA, J. F. G.; FEITOSA, F. F.; FRÓIS, M. R. Diferenciações sócio espaciais e raciais na cidade de Ribeirão Preto entre os anos 2000 e 2010. Anais XX ENANPUR. Belém, 2023

RAMIREZ, J. A. G.; ÁLVAREZ, C. V. América Latina frente a los determinantes sociales de la salud: políticas públicas implementadas. **Revista de Salud Pública**, v. 15, n. 5, p. 731-742, 2013. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642013000500009

REBEHY, P. C. P. W. et al. Co-Labora Incubator of Solidary Economic Enterprises: Experience of Solidary Economic on University Extension Projects in Ribeirão Preto. **Revista Cultura e Extensão USP**, v. 12(supl.), p. 37-56, 2015. DOI: [10.11606/issn.2316-9060.v12isupl.p37-55](https://doi.org/10.11606/issn.2316-9060.v12isupl.p37-55)

SANTOS, I. S.; VIEIRA, F. S. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. **Ciênc. saúde colet**, v. 23, n. 7, 2018. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.09192018>.

SCHERER, G. A.; NUNES, C. F. Precarização do trabalho e tráfico de drogas: reflexões sobre as juventudes na cena contemporânea. Anais do IV seminário internacional de políticas públicas, intersectorialidade e família: inflexões (in) esperadas e resistências possíveis, Editora: PUCRS, 2019. ISBN 978-65-5623-002-3. Disponível em: <https://editora.pucrs.br/edipucrs/acessolivre//anais/sipinf/assets/edicoes/2019/artigo/61.pdf>

SEABRA, E. et al. Plano Municipal de Saúde de Ribeirão Preto: 2022-2025. Secretaria da Saúde, 2021. 194p.

SEADE. **Índice Paulista de Responsabilidade social 2014-2018**. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados, 2019. http://www.iprs.seade.gov.br/downloads/pdf/iprs_release_site.pdf

SHAN, H. et al. Building social capital as a pathway to success: community development practices of an early childhood intervention program in Canada. **Health**

Promotion International, v. 29, n. 2, p. 244-55, 2014.
<https://doi.org/10.1093/heapro/das063>

SOLAR, O.; IRWIN, A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. *Social Determinants of Health Discussion, Paper 2 (Policy and Practice)*, 2010.

SOUZA, L. B. et al. Intersectoral actions in decreasing social inequities faced by children and adolescents. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. Ribeirão Preto, v. 29, e3427, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4162.3427>.

SOUZA, L. B. et al. Social inequities in Primary Healthcare and intersectoral action: a descriptive study. **Rev Bras Enferm**, v. 73, n. 6, e20190196, 2020. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0196>

TUMELERO, S. M. Intersetorialidade nas políticas públicas. *Guaju, Matinhos*, v. 4, n. 2, p. 211-230, 2018.

UNICEF BRASIL. Impactos primários e secundários da covid-19 em crianças e adolescentes. **Relatório de análise: 1ª onda**. IBOPE Inteligência, 2020. <https://www.unicef.org/brazil/relatorios/impactos-primarios-e-secundarios-da-covid-19-em-criancas-e-adolescentes>

UNICEF BRASIL. Impactos primários e secundários da covid-19 em crianças e adolescentes. **Relatório de análise: 2ª rodada**. IBOPE Inteligência, 2021a. <https://www.unicef.org/brazil/relatorios/impactos-primarios-e-secundarios-da-covid-19-em-criancas-e-adolescentes-segunda-rodada>

UNICEF BRASIL. Impactos primários e secundários da covid-19 em crianças e adolescentes. **Relatório de análise: 3ª rodada**. IPEC Inteligência em Pesquisa e Cidadania, 2021b. <https://www.unicef.org/brazil/relatorios/impactos-primarios-e-secundarios-da-covid-19-em-criancas-e-adolescentes-terceira-rodada>

UNICEF. **Pobreza infantil monetária no Brasil: Impactos da pandemia na renda de famílias com crianças e adolescentes**, 2022. 41p. <https://www.unicef.org/brazil/relatorios/pobreza-infantil-monitaria-no-brasil>

WHO. World Health Organization. **Outcome of World Conference on Social determinants of Health**. The Sixty-fifth World Health Assembly. Report on The World Conference on Social determinants of Health. Rio de Janeiro, Brazil, 2012.

WHO. World Health Organization. **Social Determinants of Health**. Report by the Secretariat. 132nd session. 23 November, 2011.

APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista

IMPORTANTE: Ao responder as questões a seguir você afirma ter lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e concordado em participar dessa pesquisa.

Nome:

Idade:

Sexo:

Raça:

Formação:

Cargo:

Tempo de atuação no serviço:

Observações.:

- **Esclarecemos que as questões do presente roteiro referem-se a todas as atividades desenvolvidas pelo serviço, mesmo aquelas que encontram-se paralisadas no momento devido a pandemia do novo coronavírus (COVID-19).**
- **Solicitamos que, caso coordene ou gere mais de um serviço, forneça respostas para cada uma das unidades separadamente.**

1. Quais os principais fatores sociais, identificados na região, que impactam a vida das crianças e adolescentes?

2. Existem iniciativas (políticas/ações/programas/estratégias) intersetoriais voltadas ao enfrentamento de iniquidades sociais vivenciadas pelas crianças e adolescentes, sendo desenvolvidas em seu território? Quais?

Obs.: - Podem ser incluídas tanto ações de casos individuais e pontuais quanto políticas voltadas a grupos específicos, desde que realizadas intersetorialmente;

- Consideramos iniciativas que envolvam as crianças e adolescentes direta ou indiretamente, ou seja, tanto aquelas em que há participação ativa quanto aquelas que, mesmo sem a participação de crianças e/ou adolescentes, geram repercussões para esta população.

3. Quais os setores e profissionais (vinculados ao seu serviço e aos demais) envolvidos nestas iniciativas? Como se dá a articulação destes?

4. Como estas políticas/ações/programas/estratégias atuam para reduzir fatores sociais geradores de iniquidades sociais que influenciam a saúde dessas crianças e adolescentes? Quais as repercussões observadas?

5. Conhece agentes da sociedade civil que oferecem serviços ou ações voltadas à crianças e adolescentes em vulnerabilidades social no município de Ribeirão Preto, tais como ONGs, associações, movimentos sociais ou outras organizações sociais? Quais?

6. Como a pandemia está interferindo nesse território? Como os serviços, em geral, têm se organizado para enfrentar esse momento junto às famílias vulnerabilizadas? Intersetorialmente, há alguma organização de enfrentamento?

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Participação dos Profissionais da Saúde e Assistência Social – versão para coleta online

O (a) Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “**A INTERSETORIALIDADE NO ENFRENTAMENTO DE INIQUIDADES SOCIAIS VIVENCIADAS POR CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM TERRITÓRIOS VULNERÁVEIS**”. O estudo tem como objetivo analisar ações intersetoriais e suas repercussões na redução de iniquidades sociais vivenciadas por crianças e adolescentes em território vulneráveis.

Sua participação se dará por meio de uma entrevista semiestruturada, a qual versará sobre os objetivos da pesquisa, ou seja, sobre a existência de ações/programas/estratégias intersetoriais, voltadas ao enfrentamento das iniquidades sociais que influenciam a saúde das crianças e adolescentes em seu território; quais os setores e profissionais envolvidos; e formas de atuação. O tempo estimado para realização da entrevista é de aproximadamente uma hora, por meio da plataforma Google Meet, sendo agendado um único encontro em data e horário a serem acordados com o (a) Sr. (a), no serviço em que trabalha ou local a ser determinado pelo Sr. (a). A entrevista será gravada (áudio e vídeo) para posterior transcrição. Todo material será mantido em segurança, assim como o sigilo de seus dados, tendo acesso apenas a pesquisadora responsável e a orientadora dessa pesquisa. Uma vez concluída a coleta os dados serão arquivados durante cinco anos, contudo será feito o *download* dos dados para um dispositivo eletrônico local, apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem". Em caso de impossibilidade de realização por vídeo chamada, o roteiro com as questões será enviado para o endereço de e-mail do serviço ao qual está vinculado.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são possíveis momentos de desconforto com relação às questões abordadas durante a entrevista as quais poderão gerar algum constrangimento em expressar sua opinião. Contudo, informo que neste caso, poderá expor isso para a pesquisadora que tomará as providências necessárias para sanar o seu desconforto, será modificado a questão abordada ou mesmo poderá não responder a questão solicitada. Garanto ainda seu direito à indenização conforme as leis vigentes no país caso ocorra dano decorrente de sua participação na pesquisa, por parte do pesquisador, do patrocinador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Se o (a) Sr. (a) aceitar participar, estará contribuindo para o maior conhecimento acerca das questões que envolvem as iniquidades sociais e vulnerabilidade social, bem como seu impacto na saúde de crianças e adolescentes expostos a situações de pobreza e necessidades sociais e ainda, se as redes propostas poderão ser efetivas no enfrentamento a esses problemas.

Ao participar deste estudo o (a) Sr. (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. O Sr. (a) será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer

momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pela pesquisadora.

Esclarecemos que no dia de realização da entrevista, antes de iniciarmos, o seu consentimento será registrado mediante gravação. Tal registro, garantirá portanto, que o senhor(a) concorda em participar da pesquisa nos termos deste TCLE encaminhado por e-mail. Em caso de participação via e-mail, ao responder as questões enviadas você afirma ter lido esse documento e concordado em participar dessa pesquisa.

SALIENTAMOS AINDA, A IMPORTÂNCIA DE QUE ESTE DOCUMENTO SEJA GUARDADO, POR ISSO SUGERIMOS QUE O (A) SR. (A) SALVE O E-MAIL QUE POSSUI O TCLE E/OU IMPRIMA-O PARA ARQUIVAMENTO.

Esta Pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP), que tem como função proteger eticamente o participante de pesquisa.

Em caso de dúvidas com respeito aos procedimentos ou aspectos éticos deste estudo, o (a) Sr. (a) poderá consultar a qualquer momento a pesquisadora responsável ou ainda, o Comitê de Ética em Pesquisa.

Pesquisadora responsável

Larissa Barros de Souza

Doutoranda do Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem – EE-EERP/USP

E-mail: tobarros@usp.br

Telefone: 16 98150-4545

Comitê de Ética em Pesquisa da EERP

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

Endereço: Avenida dos Bandeirantes, 3900 – Campus Universitário

Monte Alegre – Ribeirão Preto/SP – CEP: 14040-902

Telefone: (16) 3315-9197

Funcionamento: de segunda à sexta-feira, das 10h às 12h e das 14h às 16h (dias úteis)

**APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Participação
dos Profissionais da Saúde e Assistência Social – versão para coleta
presencial**

O (a) Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “**A INTERSETORIALIDADE NO ENFRENTAMENTO DE INIQUIDADES SOCIAIS VIVENCIADAS POR CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM TERRITÓRIOS VULNERÁVEIS**”. O estudo tem como objetivo analisar ações intersetoriais e suas repercussões na redução de iniquidades sociais vivenciadas por crianças e adolescentes em território vulneráveis.

Sua participação se dará por meio de uma entrevista semiestruturada, a qual versará sobre os objetivos da pesquisa, ou seja, sobre a existência de ações/programas/estratégias intersetoriais, voltadas ao enfrentamento das iniquidades sociais que influenciam a saúde das crianças e adolescentes em seu território; quais os setores e profissionais envolvidos; e formas de atuação. O tempo estimado para realização da entrevista é de aproximadamente uma hora, havendo gravação de áudio para posterior transcrição. Todo material será mantido em segurança, assim como o sigilo de seus dados, tendo acesso apenas a pesquisadora responsável e a orientadora dessa pesquisa. Uma vez concluída a coleta os dados serão arquivados durante cinco anos, contudo será feito o *download* dos dados para um dispositivo eletrônico local, apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem". Será agendado um único encontro em data e horário a serem acordados com o (a) Sr. (a), no serviço em que trabalha ou local a ser determinado pelo Sr. (a).

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são possíveis constrangimento em expressar sua opinião. Contudo, informo que neste caso, poderá expor isso para a pesquisadora que tomará as providências necessárias para sanar o seu desconforto, será modificado a questão abordada ou mesmo poderá não responder a questão solicitada. Garanto ainda seu direito à indenização conforme as leis vigentes momentos de desconforto com relação às questões abordadas durante a entrevista as quais poderão gerar algum no país caso ocorra dano decorrente de sua participação na pesquisa, por parte do pesquisador, do patrocinador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Se o (a) Sr. (a) aceitar participar, estará contribuindo para o maior conhecimento acerca das questões que envolvem as iniquidades sociais e vulnerabilidade social, bem como seu impacto na saúde de crianças e adolescentes expostos a situações de pobreza e necessidades sociais e ainda, se as redes propostas poderão ser efetivas no enfrentamento a esses problemas.

Ao participar deste estudo o (a) Sr. (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. O Sr. (a) será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer

momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pela pesquisadora.

Este documento foi impresso em duas vias. Uma ficará com o (a) Sr. (a) e a outra com a pesquisadora responsável, sendo as duas vias assinadas por ambas as partes e também rubricadas em todas as páginas.

SALIENTAMOS AINDA, A IMPORTÂNCIA DE QUE ESTE DOCUMENTO SEJA GUARDADO, POR ISSO SUGERIMOS QUE O (A) SR. (A) ARQUIVE SUA VIA.

Esta Pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP), que tem como função proteger eticamente o participante de pesquisa.

Em caso de dúvidas com respeito aos procedimentos ou aspectos éticos deste estudo, o (a) Sr. (a) poderá consultar a qualquer momento a pesquisadora responsável ou ainda, o Comitê de Ética em Pesquisa.

Pesquisadora responsável

Larissa Barros de Souza

Doutoranda do Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem – EE-EERP/USP

E-mail: tobarros@usp.br

Telefone: 16 98150-4545

Comitê de Ética em Pesquisa da EERP

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

Endereço: Avenida dos Bandeirantes, 3900 – Campus Universitário

Monte Alegre – Ribeirão Preto/SP – CEP: 14040-902

Telefone: (16) 3315-9197

Funcionamento: de segunda à sexta-feira, das 10h às 12h e das 14h às 16h (dias úteis)

Li e concordo em participar dessa pesquisa.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 20__.

PESQUISADORA RESPONSÁVEL

PARTICIPANTE DA PESQUISA

ANEXO A – Aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - EERP/USP



Centro Colaborador da OPAS/OMS para o
Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315.3382 - 55 16 3315.3381 - Fax: 55 16 3315.0518
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

Ofício CEP-EERP/USP nº 0185/2019, de 23/08/2019

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa abaixo especificado foi analisado e considerado **aprovado “ad referendum”** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP) em 22 de agosto de 2019.

Protocolo CAAE: 11571219.6.0000.5393

Projeto: Rede de atenção intersetorial e os determinantes sociais da saúde: análise de estratégias de enfrentamento de iniquidades sociais que influenciam a saúde de crianças e adolescentes em territórios pobres

Pesquisadores: Larissa Barros de Souza (doutorado)
Regina Célia Fiorati (orientadora)

Em atendimento às normativas éticas vigentes, em especial as Resoluções CNS nº 466/2012 e nº 510/2016, deverão ser encaminhados ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Ronildo Alves dos Santos
Coordenador do CEP-EERP/USP

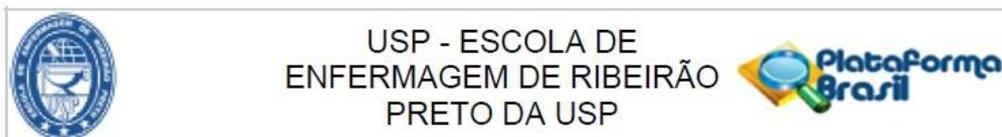
Ilma. Sra.

Profa. Dra. Regina Célia Fiorati

Departamento de Ciências da Saúde

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP

ANEXO B – Aprovação das Alterações do Projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - EERP/USP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: A intersetorialidade no enfrentamento de iniquidades sociais vivenciadas por crianças e adolescentes em territórios vulneráveis.

Pesquisador: Larissa Barros de Souza

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 11571219.6.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.608.704

Apresentação do Projeto:

Trata-se de respostas a pendências apresentadas por este CEP em Parecer Consubstanciado: 4.569.020, de 02 de março de 2021.

Objetivo da Pesquisa:

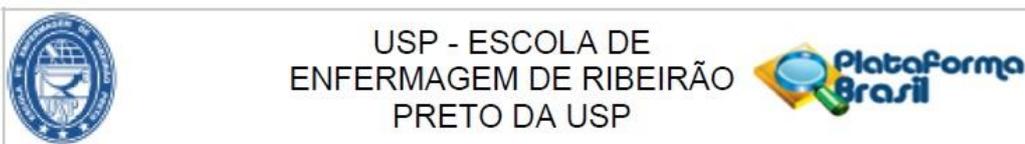
Objetivo Primário:

Analisar ações intersetoriais e suas repercussões na redução de iniquidades sociais vivenciadas por crianças e adolescentes em território vulneráveis.

Objetivo Secundário:

- Identificar os fatores sociais que vulnerabilizam crianças e adolescentes na região selecionada;
- Identificar programas, ações ou estratégias intersetoriais, desenvolvidas na região selecionada, voltados ao enfrentamento das iniquidades sociais que influenciam a saúde das crianças e adolescentes;
- Identificar agentes integrantes da sociedade civil, tais como coordenadores e integrantes de ONG, associações, movimentos sociais, ou outras organizações sociais que atuam com crianças e adolescentes no município de Ribeirão Preto;
- Identificar e analisar as repercussões dos programas, ações ou estratégias identificadas na

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE CEP: 14.040-902
UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3315-9197 E-mail: cep@eerp.usp.br



Continuação do Parecer: 4.608.704

redução dos fatores sociais geradores de iniquidades sociais que vulnerabilizam a população estudada.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Vide tópico "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide tópico "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide tópico "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Recomendações:

Vide tópico "Considerações Finais a Critério do CEP".

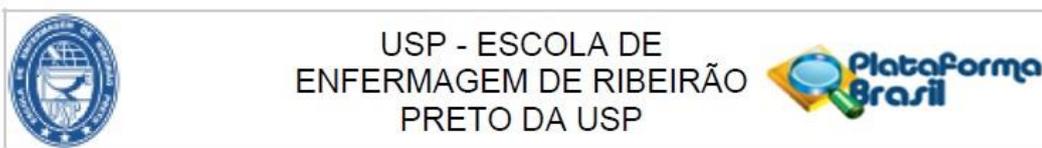
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

1. No documento "projutoregular.pdf", página 13 de 20 , lê-se: "Os participantes da pesquisa serão profissionais e coordenadores que atuam na Atenção Primária à Saúde e Assistência Social da região Norte, e também agentes integrantes da sociedade civil, tais como coordenadores e integrantes de ONG, associações, movimentos sociais, ou outras organizações sociais que atuam com crianças e adolescentes no município de Ribeirão Preto." O Processo de Consentimento Livre e Esclarecido envolve o estabelecimento de relação de confiança entre pesquisadora e participante, continuamente aberto ao diálogo e ao questionamento (Resolução CNS 510/2016, Artigo 4). Solicita-se descrever como se dará esse processo.

RESPOSTA DA PESQUISADORA:

Foram acrescentados (p. 13 e 14) maiores esclarecimentos referentes ao contato inicial com os participantes da pesquisa, bem como os meios para obtenção do consentimento.

Endereço: BANDEIRANTES 3900
 Bairro: VILA MONTE ALEGRE CEP: 14.040-902
 UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO
 Telefone: (16)3315-9197 E-mail: cep@eerp.usp.br



Continuação do Parecer: 4.608.704

PARECERISTA: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2. Sobre os documentos TCLE apresentados:

2.1. Nesses documentos, lê-se: "A entrevista será gravada (áudio e vídeo) para posterior transcrição" ou "As discussões do evento serão gravadas em áudio para posterior transcrição". Solicita-se esclarecer o possível participante sobre o destino do material gravado (descarte ou arquivamento), bem como as medidas de segurança em relação ao sigilo dos dados coletados.

RESPOSTA DA PESQUISADORA:

Feitos os devidos esclarecimentos nos TCLE quanto ao destino e medidas de segurança junto aos dados coletados.

PARECERISTA: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2.2. Solicita-se que todos os TCLE indiquem, de forma DESTACADA, ao participante de pesquisa a importância de guardar em seus arquivos uma cópia do documento de Registro de Consentimento e/ou garantindo o envio da via assinada pelos pesquisadores ao participante de pesquisa.

RESPOSTA DA PESQUISADORA:

Feita a indicação em todos os termos. Nos TCLE presenciais indica-se que o participante guarde via recebida e em casos remotos, que mantenha o e-mail enviado com o documento e/ou que seja feita impressão para arquivamento.

PARECERISTA: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2.3. Solicita-se que o campo para assinaturas seja inseridos no final do documento, após a identificação do contato com a pesquisadora e com o CEP-EERP/USP.

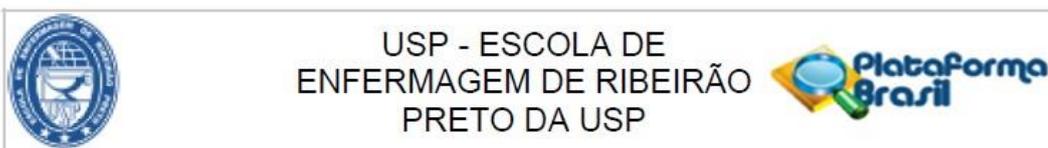
RESPOSTA DA PESQUISADORA:

Feita a inserção, nos TCLE presenciais (os quais serão assinados), do campo para assinaturas no local indicado.

PARECERISTA: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2.4. Assegurar de forma clara e afirmativa que o participante de pesquisa receberá uma via (E NÃO CÓPIA) do documento, assinada pelo participante da pesquisa (ou seu representante legal) e

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE CEP: 14.040-902
UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3315-9197 E-mail: cep@eerp.usp.br



Continuação do Parecer: 4.608.704

pelo/a pesquisador/a, e rubricada em todas as páginas por ambos (Resolução CNS nº 466/2012, IV.5.d).

RESPOSTA DA PESQUISADORA:

Feita a afirmação nos TCLE presencias (os quais serão assinados) e nos demais foi feito o esclarecimento sobre o registro de consentimento nos termos do documento (TCLE) enviado por e-mail.

PARECERISTA: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2.5. Orienta-se impressão do TCLE frente e verso. Quando não for possível, as páginas deverão ser enumeradas com base no seguinte exemplo: 1/4; 2/4; 3/4; 4/4.

RESPOSTA DA PESQUISADORA:

Tendo os TCLE apenas duas páginas, será feita impressão frente verso.

PARECERISTA: PENDÊNCIA ATENDIDA.

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP-EERP/USP considera que o protocolo de pesquisa ora apresentado contempla os quesitos éticos necessários, estando apto a ser iniciado a partir da presente data de emissão deste parecer.

Parecer apreciado ad referendum.

Em atendimento ao subitem II.19 da Resolução CNS 466/2012, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar relatórios parcial e final "[...] após o encerramento da pesquisa, totalizando seus resultados", em forma de "notificação". O modelo de relatório do CEP-EERP/USP se encontra disponível, em http://www.eerp.usp.br/media/wcms/files/Fluxograma_enc_protocolos_CEP_05_2019.pdf, na página 7 de 7.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_152125	10/03/2021		Aceito

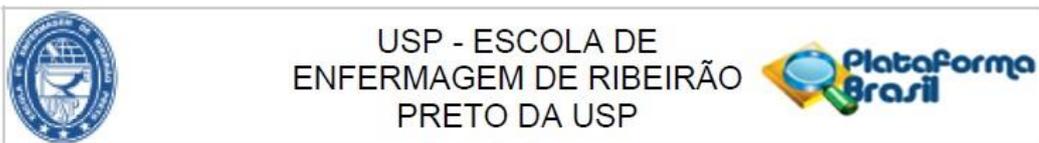
Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE CEP: 14.040-902

UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br

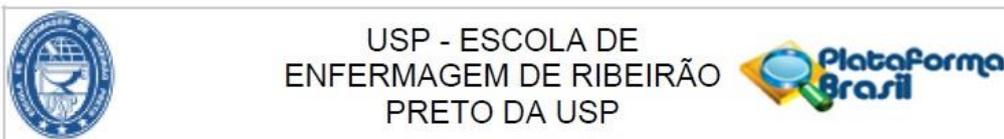


Continuação do Parecer: 4.608.704

Básicas do Projeto	_E1.pdf	15:40:21		Aceito
Outros	respostapendencias_marco2021.pdf	10/03/2021 15:38:43	Larissa Barros de Souza	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoregular_marco2021.pdf	10/03/2021 15:37:31	Larissa Barros de Souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	VERSAO04_TCLEprofissio_marco2021.pdf	10/03/2021 15:36:24	Larissa Barros de Souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	VERSAO02_TCLEprofissioonline_marco2021.pdf	10/03/2021 15:36:15	Larissa Barros de Souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	VERSAO04_TCLEcoord_marco2021.pdf	10/03/2021 15:36:02	Larissa Barros de Souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	VERSAO02_TCLEcoordonline_marco2021.pdf	10/03/2021 15:35:51	Larissa Barros de Souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	VERSAO02_TCLEagentessoccivilPR_marco2021.pdf	10/03/2021 15:35:42	Larissa Barros de Souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	VERSAO02_TCLEagentessoccivilON_marco2021.pdf	10/03/2021 15:35:17	Larissa Barros de Souza	Aceito
Outros	roteiros.pdf	15/01/2021 21:23:11	Larissa Barros de Souza	Aceito
Declaração de Pesquisadores	OficioEmenda.pdf	15/01/2021 21:20:09	Larissa Barros de Souza	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	15/01/2021 21:19:16	Larissa Barros de Souza	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	15/01/2021 21:15:48	Larissa Barros de Souza	Aceito
Outros	liberacaosecsaude.pdf	09/04/2019 10:58:08	Larissa Barros de Souza	Aceito
Outros	liberacaosemas.pdf	09/04/2019 10:57:43	Larissa Barros de Souza	Aceito
Orçamento	orcamentodetalhado.pdf	09/04/2019 10:54:34	Larissa Barros de Souza	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: BANDEIRANTES 3900
 Bairro: VILA MONTE ALEGRE CEP: 14.040-902
 UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO
 Telefone: (16)3315-9197 E-mail: cep@eerp.usp.br



Continuação do Parecer: 4.608.704

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRAO PRETO, 24 de Março de 2021

Assinado por:
RONILDO ALVES DOS SANTOS
(Coordenador(a))

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE CEP: 14.040-902
UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3315-9197 E-mail: cep@eerp.usp.br

ANEXO C – Carta de Autorização para Pesquisa – Secretaria Municipal de Assistência Social



Prefeitura Municipal Ribeirão Preto
Estado de São Paulo
Secretaria Municipal de Assistência Social

CARTA DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA

Por meio de análise do Projeto encaminhado à Secretaria de Assistência Social da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, estado de São Paulo, compreendemos os direitos dos participantes desta pesquisa intitulada :

“Rede de Atenção Interseccional e os determinantes sociais da saúde”.

orientada pelo Professor : Regina Célia Fiorati, que tem como pesquisador(a) responsável, o(a) aluno(a) Laísra Barros de Souza.

Por esse motivo, autorizamos o acesso do(a) pesquisador ao Departamento de Proteção Social Básica.

Compreendemos como e porque este estudo está sendo feito e fomos informados de que os responsáveis pela pesquisa garantirão o sigilo e assegurarão a privacidade dos sujeitos quanto aos dados envolvidos na pesquisa. Como também de que receberemos cópia assinada deste formulário.

Nome:

56 024 581 / 0001-56

Cargo:

RIBEIRÃO PRETO

Local:

PREFEITURA MUNICIPAL

CNPJ:

PÇA BARÃO DO RIO BRANCO, S/Nº
CENTRO - CEP 14010-140

CNPJ da Instituição:

RIBEIRÃO PRETO - SP

Assinatura do Responsável

Ribeirão Preto, 29 de março de 2018.

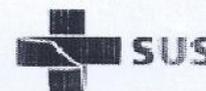
Joana Dalva S. V. Semprini
Diretora do Departamento
de Proteção Social Básica

ANEXO D – Carta de Autorização para Pesquisa – Secretaria Municipal da Saúde



Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto

Estado de São Paulo - Secretaria Municipal da Saúde



OF. 1081/18- CAPP
CSV/2018

Ribeirão Preto, 04 de abril de 2018.

Senhora Orientadora,

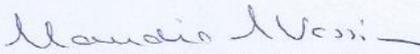
Informamos que a coordenadora da Atenção Básica da Secretaria Municipal da Saúde e os gerentes das Unidades: UBS Presidente Dutra, USF Heitor Rigon, UBS Valentina Figueiredo, USF Avelino Palma, PSF Estação do Alto e UBS Jardim Aeroporto manifestaram a concordância com a realização do projeto de pesquisa nos locais acima.

Sendo assim, declaro estar ciente e concordo com a realização do projeto de pesquisa: **“REDE DE ATENÇÃO INTERSETORIAL E OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE: ANÁLISE DE ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DE INIQUIDADES SOCIAIS QUE IMPACTAM A SAÚDE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM TERRITÓRIOS POBRES”** sob a responsabilidade do **Prof^º. Dra. REGINA CÉLIA FIORATI** e a pesquisadora **LARISSA BARROS DE SOUZA** na **SMS-RP**.

Informo que a pesquisa somente poderá iniciar quando obtiver a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente, devendo o pesquisador apresentar-se com antecedência ao serviço para combinar melhor data para início do projeto de pesquisa.

Fica consignada a liberdade desta Secretaria em retirar o seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem que isso lhe traga prejuízo ou responsabilização de qualquer ordem. Solicito que a pesquisadora encaminhe à Secretaria Municipal da Saúde o Relatório Final ao encerrar a pesquisa.

Cordialmente,


Dra. Claudia Siqueira Vassimon

**Coordenadora da Comissão de Avaliação de Projeto de Pesquisa
da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto**

Ilustríssima Senhora

Prof^º. Dra. REGINA CÉLIA FIORATI

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO - USP

NESTA