

A intersectorialização das ações na Unidade Saúde da Família km 43: a experiência de uma rede voltada à promoção da saúde no município de Cajamar

The intersectorialization of the actions in the Unidade Saúde da Família km 43 [Unit Health of the Family]: the experience of a network destined to the promotion of the health in the municipality of Cajamar

La intersectorialización de las acciones en la Unidade Saúde da Família km 43 [Unidad Salud de la Familia]: la experiencia de una red destinada a la promoción de la salud en el municipio de Cajamar

*Viviane Gonçalves da Silva Lemos**
*Renato Barboza***

RESUMO: Este estudo analisou a atuação da equipe Saúde da Família km 43, inserida em uma área que apresenta alta vulnerabilidade social, onde, a partir de 2007, desenvolveu-se uma rede intersectorial no intuito de promover a integralidade da atenção no território. Trata-se de um estudo de caso de abordagem qualitativa do tipo exploratório, com o objetivo de discutir os limites e os avanços desse processo. Os principais desafios observados para intersectorialização das ações referem-se a agregar novos profissionais; à infraestrutura adequada do local para a realização das reuniões; e ao acesso da população, que é realizado a pé ao serviço de saúde. Verificou-se que, com o desenvolvimento das ações intersectoriais, foi possível agregar novos conhecimentos ao processo de trabalho da equipe, no intuito de reconhecer e intervir para diminuir a vulnerabilidade das famílias e promover a integralidade da atenção.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde da Família. Políticas Públicas. Promoção da Saúde.

ABSTRACT: This study analyzes the action a Health Team inserted in an area that presents social vulnerability; in that area an intersectorial network was developed to promote the integrity of health care in the territory. This is a case of a qualitative exploratory type that aims to discuss the limits and advances of that process. The main challenges observed the intersectorialization of the actions is the need to add new professionals; a suitable infrastructure for meetings, and access by the population to the health service, for that is still by foot. We observed the intersectorial development of combat operations allowed for adding new knowledge to the process of work of the team, with the goal to recognizing and work for diminishing vulnerability of the families and promoting the integrity of care.

KEYWORDS: Family Health. Public Policies. Health Promotion.

RESUMEN: Este estudio analiza la actuación del equipo Saúde da Família Km 43, insertada en un área que presenta alta vulnerabilidad social; en esa área se ha desarrollado una red intersectorial con la meta de promover la integridad de la atención al territorio. Es un estudio de caso de abordaje cualitativo del tipo exploratorio que tiene como meta discutir los límites y los avances de ese proceso. Los principales retos observados para la intersectorialización de las acciones se refieren a agregar nuevos profesionales; a la infraestructura adecuada del local para la realización de las reuniones, y; al acceso de la población, que se realiza a pie, al servicio de salud. Se verificó que, con el desarrollo de las acciones intersectoriales, ha sido posible agregar nuevos conocimientos al proceso de trabajo del equipo, con la meta de reconocer e intervenir para disminuir la vulnerabilidad de las familias y promover la integridad de la atención.

PALABRAS-LLAVE: Salud de la Familia. Políticas Públicas. Promoción de la Salud.

* Enfermeira pela Universidade Nove de Julho. Especialista em Gestão Pública de Saúde pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, vínculo empregatício com a Organização Social Santa Marcelina, Cajamar. E-mail: vivianegsilva@ig.com.br

** Cientista Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Mestre em Saúde Coletiva pela CCD/SES/SP. Pesquisador Científico do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. E-mail: renato@isaude.sp.gov.br

Introdução

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) pactuada em 2006 pela Comissão Intergestores Tripartite ampliou o escopo da Atenção Básica (AB), reafirmando a Saúde da Família como estratégia prioritária para a reorganização dos sistemas locais de saúde. Ponto de contato preferencial e porta de entrada de uma rede de serviços resolutivos, a AB deve atuar na coordenação de linhas de cuidado, para efetivar a integralidade da atenção nas dimensões da promoção, da prevenção, do tratamento, da cura e da reabilitação da saúde¹.

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde propôs a Política Nacional de Promoção da Saúde, destacando em seu escopo a gestão transversal, integrada e intersetorial, entre o setor sanitário e outros setores governamentais, o setor privado e a sociedade civil, para reduzir desigualdades em saúde e promover a melhoria da qualidade de vida de indivíduos e coletividades¹.

No campo da Promoção da Saúde, a intersetorialidade é considerada pela Organização Mundial da Saúde como um princípio norteador das políticas públicas. Espera-se alcançar o fortalecimento e uma maior interface dos diferentes setores envolvidos no planejamento, na execução e no monitoramento e avaliação das intervenções em saúde voltadas ao enfrentamento de problemas complexos, com efeitos sinérgicos na implementação de ações baseadas nas necessidades de saúde da população^{2,3}.

No campo da Saúde Coletiva, a articulação intersetorial é imprescindível para incidir sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença, uma vez que os resultados das ações serão mais efetivos e permanentes, comparados à atuação isolada desse setor⁴.

Junqueira⁵ destaca que a ação intersetorial “aponta para uma visão integrada dos problemas sociais e de suas soluções” (p. 27), potencializando recursos e soluções na construção de processos de trabalho mais articulados e sustentáveis entre os atores e as instituições envolvidas.

No espaço do território, a promoção da saúde deve-se concretizar por meio da articulação inter e intrainstitucional, superando a fragmentação do processo saúde-doença, para a redução de vulnerabilidades dos diferentes grupos populacionais que ali vivem. Segundo Ayres, et al⁶, o enfrentamento da vulnerabilidade no território depende da capacidade de atuação dos gestores e equipes locais, sob três dimensões interdependentes: a individual, a programática e a social.

Na dimensão programática da vulnerabilidade, procura-se avaliar como as instituições, especialmente aquelas pertencentes aos setores da Saúde, da Educação, do Bem-Estar Social e da Cultura, atuam como elementos que potencialmente reproduzem ou diminuem os fatores condicionantes e determinantes que interferem no acesso da população aos serviços públicos⁶. Dessa forma, o conceito de vulnerabilidade funciona como uma ferramenta analítica que proporciona aos profissionais um instrumental para refletir sobre suas práticas na busca de mudanças no próprio processo de organização do trabalho, redirecionando-o para impactar positivamente os indicadores de saúde no território⁷.

O município de Cajamar, situado na Região Metropolitana de São Paulo, possui uma população estimada pela Fundação Seade de 65.503 habitantes para o ano de 2011⁸. O Programa Saúde da Família foi implantado em 2002, com uma cobertura inicial de 33% e, em

2009, atingiu 66% da população⁹. Em 2006, foi realizado um contrato de gestão entre a prefeitura e a organização social Santa Marcelina, responsável pela gerência das equipes.

A comunidade onde está localizada a Equipe de Saúde da Família (ESF) km 43 possui 790 famílias cadastradas. Essa região começou a ser habitada em meados de 1946, por meio de invasão de terras particulares por famílias que em sua grande maioria migraram de Camanducaia-MG. Por serem terras irregulares, o poder público foi impedido de construir uma unidade de saúde que atendesse às necessidades estruturais preconizadas pelo Ministério da Saúde para a operacionalização da estratégia Saúde da Família⁹.

A área apresenta grande vulnerabilidade social e programática por ser de difícil acesso e irregular quanto à legalidade das habitações. Esse território tem sido monitorado pela ESF e por outros setores do município, como a Defesa Civil, o Conselho Tutelar, a Educação, a Assistência Social e o Fundo Social de Solidariedade. Esse acompanhamento teve início quando a equipe percebeu que atuando isoladamente não poderia intervir nas vulnerabilidades vivenciadas por essa comunidade.

Desde 2007, a equipe vem desenvolvendo uma rede de trabalho, integrando atores locais de diversos setores municipais, no intuito de formular e implementar ações para aumentar a capacidade de resposta governamental às demandas requeridas pela população. O trabalho em rede pode criar novas possibilidades de intervenção, viabilizando respostas inovadoras no território, além de fomentar parcerias em torno de objetivos e finalidades comuns¹⁰.

O presente artigo teve por objetivo analisar o processo de intersetorialização na unidade de Saúde da Família km 43, identificando avan-

ços e desafios com vistas à atenção integral da população adscrita em um território rural do município de Cajamar.

Metodologia

A investigação foi realizada por meio de um estudo de caso¹¹ do tipo exploratório de abordagem qualitativa, tomando como objeto a experiência de uma rede intersetorial implantada em 2007 no âmbito do território de uma unidade de saúde da família em área rural do município de Cajamar. Os achados foram analisados a partir de uma revisão bibliográfica não sistemática, em bases de dados eletrônicas (Scielo, Lilacs e Bireme), a partir dos descritores: intersectorialidade, integralidade e vulnerabilidade. Adicionalmente, foram analisados os documentos de gestão da Diretoria de Saúde de Cajamar, no caso, os Planos Municipais de Saúde^{9,12} dos períodos 2005-2008 e 2010-2011 e alguns registros não sequenciais sobre o processo de desenvolvimento da rede intersetorial integrada pela equipe da Saúde da Família, submetidos à análise de conteúdo¹³.

Para caracterização e discussão da vulnerabilidade social e programática das famílias no território da unidade PSF km 43, foram levantados e analisados os dados secundários disponíveis no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), selecionando-se informações sobre a cobertura do saneamento básico no território; a atenção às patologias Hipertensão e Diabetes Mellitus; e o acesso das gestantes ao serviço de saúde¹⁴.

Resultados e discussão

Vulnerabilidade Social das Famílias no Território

A ESF km 43 atua em uma comunidade com extensão de seis

quilômetros na Rodovia Anhanguera (km 40 até o km 46), onde habitam 790 famílias, distribuídas em seis microáreas e acompanhadas por seis agentes comunitários de saúde (ACS), como mostra o mapa territorial na Figura 1¹⁴.

A equipe da unidade é responsável pela produção e análise de dados atualizados sobre a população adscrita, gerando informações que devem orientar as decisões sanitárias no território. As informações coletadas nos domicílios possibilitam a construção de indicadores populacionais na área de abrangência da unidade¹⁵.

A população do território corresponde a 2.491 pessoas, sendo 78% delas atendidas exclusivamente pela rede pública e 22% cobertas por planos de saúde. Trata-se de uma comunidade de baixa renda, a maioria procedente da região Norte e Nordeste à procura de trabalho e melhores condições de vida. A vinda dessas famílias para esse território, proporcionou uma ocupação desordenada dos espaços, não obedecendo às diretrizes de urbanização, o que também evidencia a falta de uma política de habitação que atenda às necessidades da população, levando a um aumento de domicílios precários em áreas vulneráveis, sujeitas a desmoronamentos e enchentes devido ao transbordamento do rio local.

O padrão de moradia e saneamento básico refletem diretamente as condições socioeconômicas dessa comunidade. Segundo os dados do SIAB, 99,37% das famílias não possuem sistema de descarte do esgoto de fezes e urina; 78,61% possuem abastecimento de água por poços/nascentes ou carros pipas; 43,92% não realizam qualquer tipo de tratamento de água no domicílio (filtração, fervura ou cloração); 98,61% das residências acessam energia elétrica de forma irregular (gato).

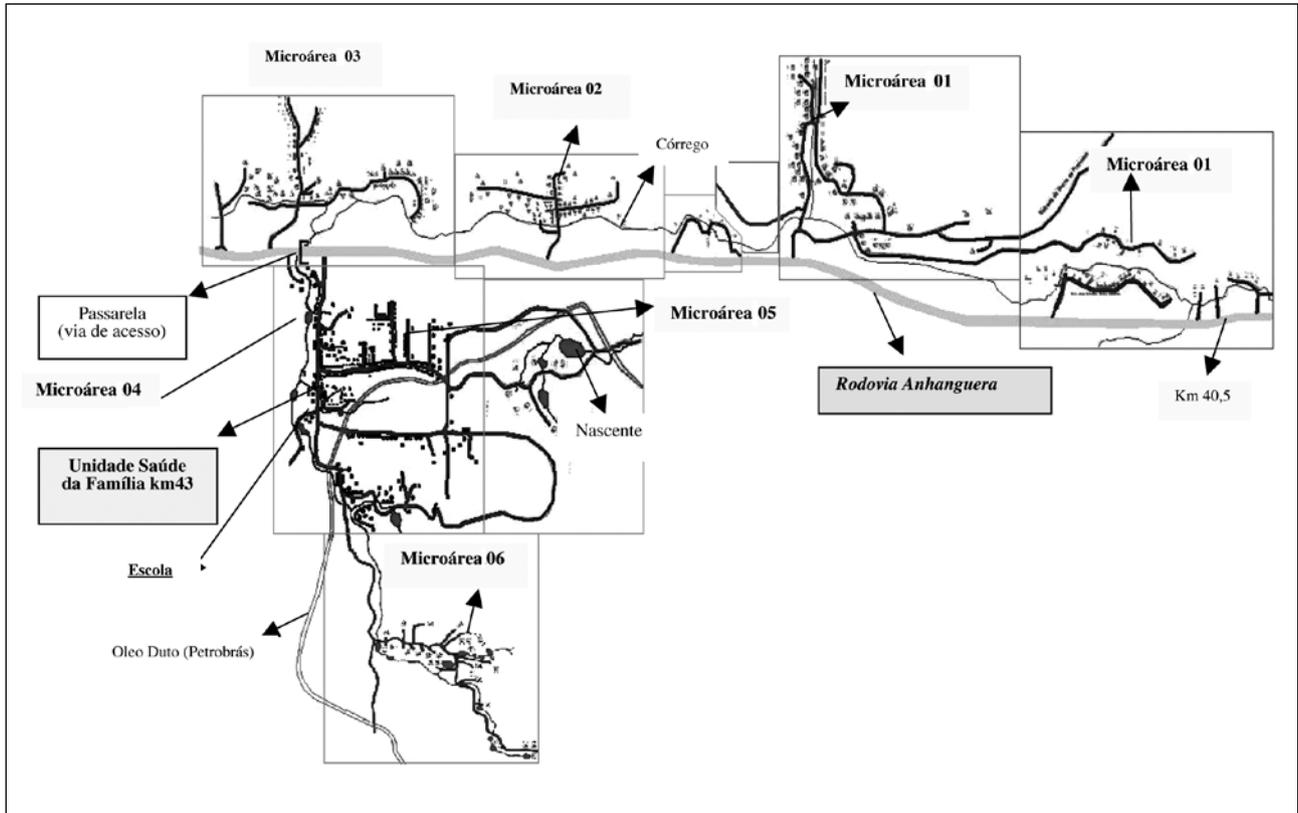
Atualmente, 99,33% das crianças entre 7 e 14 anos frequentam a escola. Entretanto, a escola local não possui espaço físico adequado para suprir a demanda, oferecendo apenas até o 4º ano do ensino fundamental. Para prosseguir os estudos, os alunos precisam se matricular na escola mais próxima, localizada no bairro de Jordanésia, sendo transportadas por um ônibus escolar municipal que passa na margem da Rodovia Anhanguera.

Apesar de constar no SIAB que 92,40% das pessoas com 15 ou mais anos são alfabetizadas, não é possível identificar, nas informações do sistema, qual o grau de escolaridade dessa população, o que dificulta o planejamento das ações de saúde, orientado pelas especificidades socioculturais e cognitivas da população local.

Quando comparamos as microáreas, observam-se algumas particularidades quanto às condições de vida e situação de saúde das famílias, referentes ao acesso dos cuidados em saúde. Essas diferenças indicam desigualdades e vulnerabilidades entre as microáreas e são úteis para equacionar as prioridades e as possibilidades de trabalho em rede, com vistas à integralidade da atenção.

Uma das particularidades está na distância entre as microáreas 1 e 2, como podemos observar no mapa territorial da área de abrangência (Figura 1). A distância entre as microáreas aumenta o risco de acidentes, pois os moradores percorrem a pé a Rodovia Anhanguera e, muitas vezes, preferem acessar outra unidade de saúde municipal, localizada em Jordanésia. Essa situação também dificulta o aprimoramento dos vínculos entre a equipe e a comunidade, bem como a elaboração de estratégias sanitárias mais efetivas.

Figura 1. Mapa Territorial. Defesa Civil do Município de Cajamar, 2008

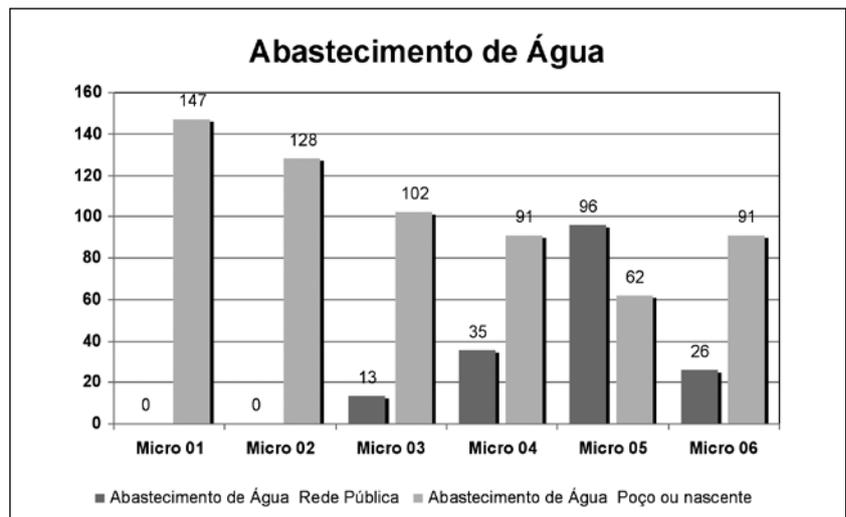


Saneamento Básico

Nas microáreas 1, 2 e 3, o abastecimento de água é extremamente vulnerável para a saúde da população, uma vez que as fontes de abastecimento estão localizadas próximas aos cursos de água, aos locais de deposição de resíduos e à jusante do local de lançamento de esgoto doméstico. Essa situação provoca infiltração de resíduos no solo pela própria população, contaminando as águas subterrâneas captadas por meio de poços manuais (Figura 1). A cobertura do abastecimento de água realizada pela rede pública municipal é muito limitada no território, não abrangendo as microáreas 1 e 2. Majoritariamente, a população acessa água de poços ou nascentes; como demonstra o Gráfico 1.

Devido à falta de planejamento nas ações de saneamento básico,

Gráfico 1. Número de domicílios, segundo tipo de abastecimento de água nas microáreas da unidade de Saúde da Família km 43, Cajamar



Fonte: SIAB – Sistema de Informação de Atenção Básica, 2011

as fossas foram construídas próximas aos poços, permitindo, assim, a contaminação da água por coli-

formas totais e *Escherichia coli*. Essas condições habitacionais desfavoráveis propiciam a disseminação e o

aumento da incidência de doenças respiratórias, infecciosas e parasitárias entre os moradores¹⁶.

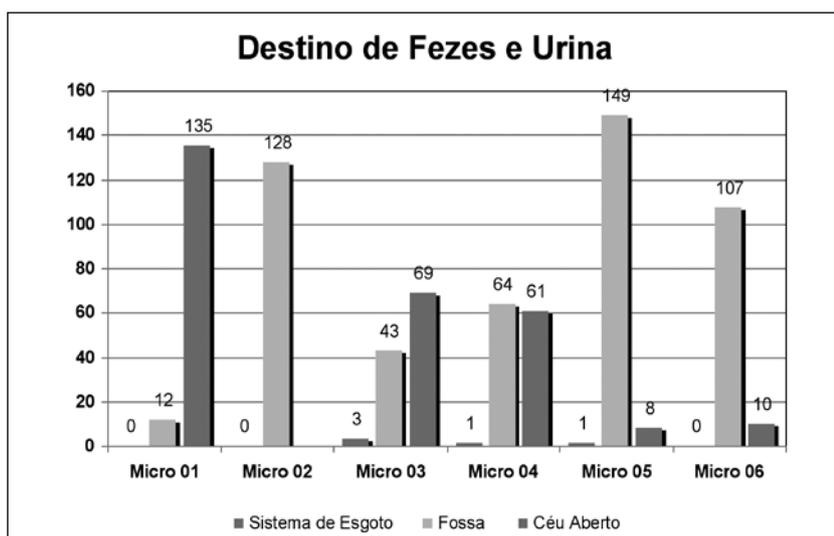
O destino das fezes e urina no território é realizado por meio de fossa em todas as microáreas, além do lançamento de dejetos humanos a céu aberto, grave situação constatada em quase todas as microáreas, com exceção da número

2. A cobertura do sistema de esgoto é quase inexistente na comunidade, como demonstra o Gráfico 2, contribuindo para o aumento da vulnerabilidade das famílias.

A questão do saneamento básico é fundamental para qualquer sistema de saúde e influi diretamente nas condições de vida e consequentemente no processo saúde-

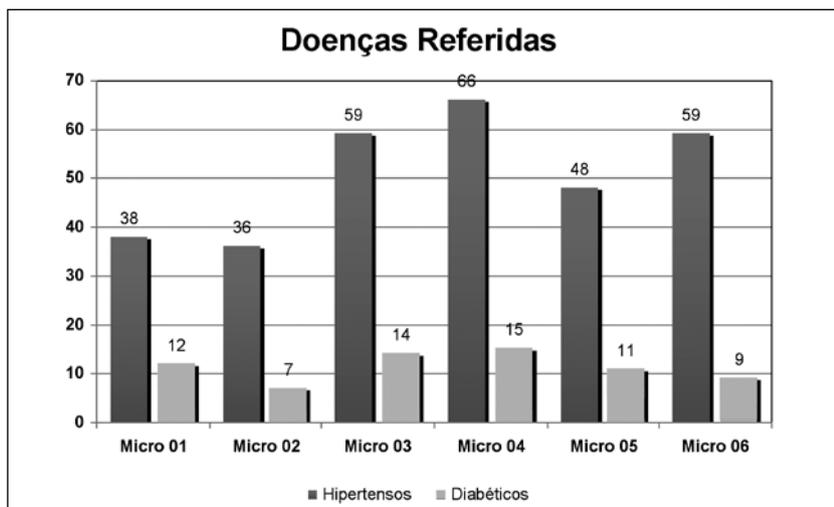
-doença da população, aumentando sua exposição ao adoecimento por Hepatite A, Febre Tifoide, Cólera, Amebíase, Giardíase, Verminoses e Diarreias Infecciosas¹⁶. Assim, é fundamental o destino adequado do esgoto domiciliar, impedindo que ele entre em contato com o ser humano, águas de abastecimento residencial, alimentos e vetores, como moscas, baratas, ratos e outros.

Gráfico 2. Número de domicílios, segundo o tipo de destino de fezes e urina, nas microáreas da unidade de Saúde da Família km 43, Cajamar



Fonte: SIAB – Sistema de Informação de Atenção Básica, 2011

Gráfico 3. Número de casos referidos de Hipertensão e Diabetes Mellitus nas microáreas da unidade de Saúde da Família km 43, Cajamar



Fonte: SIAB – Sistema de Informação de Atenção Básica, 2011

Controle de Hipertensão e Diabetes Mellitus

O Pacto pela Vida¹⁷, publicado pelo Ministério da Saúde em 2006, destaca que o controle da Hipertensão e Diabetes Mellitus deve ser assumido como compromisso sanitário pelos gestores e equipes de saúde. Na mesma linha, a Norma Operacional de Assistência a Saúde (NOAS-SUS 01/2001)¹⁸ preconiza que a Atenção Básica deve desenvolver um conjunto de ações para o diagnóstico dos casos; a busca ativa por meio da aferição da pressão arterial de usuários e por visita domiciliar; o tratamento ambulatorial e domiciliar; bem como o diagnóstico precoce de complicações via realização de exames laboratoriais; além de ações preventivas.

Observa-se, no Gráfico 3, que a cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos é desigual entre as microáreas, sendo menor nas famílias residentes nas microáreas 1 e 2 que se encontram mais distantes da sede da unidade. Isso se deve às barreiras de acesso geográfico da população para chegar à unidade de saúde, bem como às dificuldades operacionais da equipe para realizar a identificação, o acompanhamento e a busca ativa dos casos.

Outro problema resultante das dificuldades de acesso no território refere-se à baixa participação dos moradores dessas microáreas em ações de educação em saúde, essenciais para o controle de agravos crônicos. A inserção em grupos

educativos e o fortalecimento dos vínculos com o serviço são fundamentais para promover a mudança de hábitos e estilos de vida.

No intuito de reduzir a vulnerabilidade programática dos moradores nessa condição, a equipe de saúde discute os casos para avaliar o grau de prioridade e organizar a programação das visitas domiciliares. Outra estratégia é a realização de busca ativa pelos agentes comunitários de saúde, baseados nos fatores de risco para Hipertensão e Diabetes Mellitus, atribuindo-lhes o rastreamento anual de hipertensão arterial em indivíduos com mais de vinte anos, mesmo sem queixa. Os casos suspeitos são encaminhados para a consulta de enfermagem.

Gestantes

No Gráfico 4, verifica-se o total de gestantes por microárea, concentradas principalmente nas microáreas 5 e 6. Nessas últimas, constatam-se, também, gestações entre adolescentes menores de 20 anos.

Além das barreiras de acesso discutidas anteriormente, os fatores sociais e culturais, como o não uso

de métodos anticoncepcionais e a participação irregular nos grupos de planejamento familiar, contribuem para aumentar a vulnerabilidade das moradoras dessas áreas.

Por outro lado, essa situação também revela vulnerabilidades programáticas, no que diz respeito à organização do sistema de saúde municipal. Vale lembrar que a Lei Federal n. 9.623, publicada em 1996, prevê, no artigo 4º, que os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), em todas as esferas, devem assegurar e promover o acesso equânime da população às informações, aos métodos e às técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade.

A atuação da rede no território

Os encontros da rede ocorreram na escola, sob a coordenação do serviço social do município, com a participação da equipe Saúde da Família km 43, dos membros do Conselho Tutelar, da Defesa Civil, da Educação e do Poder Judiciário. Os profissionais passaram a atuar na perspectiva interdisciplinar, conectando-se em torno de prioridades elencadas coletivamente¹⁹.

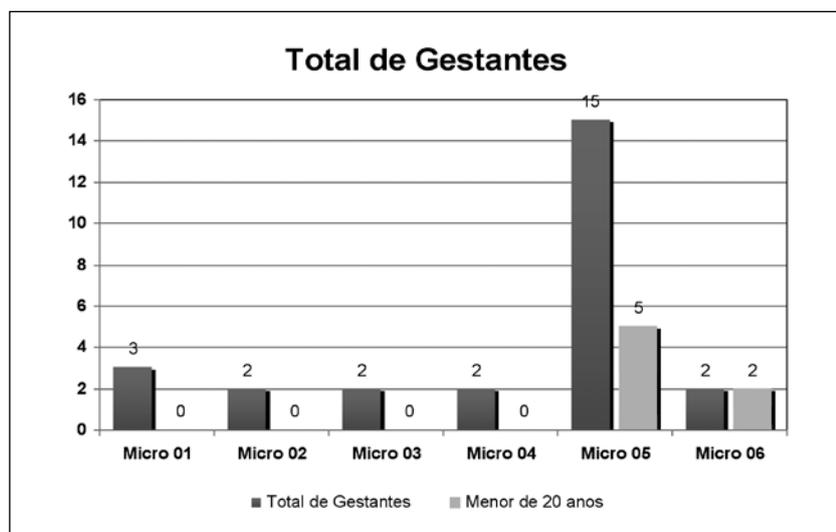
Nos encontros, os agentes comunitários de saúde desempenharam um importante papel, já que nas visitas domiciliares eram capazes de trazer para a rede as situações observadas no cotidiano, promovendo a problematização dos casos. Foram realizadas várias intervenções relacionadas à violência doméstica, ao abandono e maus-tratos às crianças e idosos, ao uso de drogas ilícitas em adultos jovens, ao alcoolismo e casos de pedofilia, por meio de visita multiprofissional em dias preestabelecidos, em que cada profissional contribuía com o seu olhar e formação específica para o melhor encaminhamento das demandas¹⁹.

Na atuação da rede, a família passou a ser considerada uma unidade de ação programática. Com o apoio do Judiciário, o planejamento familiar tornou-se mais efetivo, melhorando o fluxograma para a realização de intervenções cirúrgicas eficazes, bem como a implantação de métodos anticoncepcionais injetáveis, conforme preconizado no Protocolo de Pré-Natal do Ministério da Saúde.

Ações para mobilizar a comunidade por meio de intervenções multidisciplinares com vistas à integralidade também foram realizadas, como o evento “Ação Cidadania”, em junho de 2008. Nessa ocasião, houve uma presença significativa da população nas atividades culturais, palestras sobre dependência química, orientação do Conselho Tutelar, teatro sobre alimentação saudável, cadastro nos programas sociais como o Bolsa Família, emissão de documentos, apresentações dos projetos Molecada e Juventude em Ação da Diretoria de Esportes, entre outros¹⁹.

A partir da intervenção da rede nas famílias, após várias visitas domiciliares, pôde-se perceber uma maior autonomia dos seus membros no enfrentamento de situações

Gráfico 4. Número de gestantes acompanhadas nas microáreas da unidade de Saúde da Família km 43, Cajamar



Fonte: SIAB – Sistema de Informação de Atenção Básica, 2011

adversas de vulnerabilidade. Nessa ótica, a atuação intersetorial é uma pré-condição para a efetivação de estratégias abrangentes e sinérgicas no campo da saúde.

No entanto, apesar do envolvimento dos profissionais, observaram-se, no dia a dia, vários obstáculos que ainda precisam ser superados, como a falta de transporte, o local inadequado para a realização dos encontros e a falta de motivação de alguns profissionais.

A rede permitiu um novo olhar para a equipe de saúde da família, pois revelou que, para superar as adversidades, faz-se necessário agregar novos saberes com a participação ativa de profissionais de outros setores, ampliando as possibilidades de promoção da saúde e integralidade da atenção preconizada no SUS.

Intersectorialidade no Plano Municipal de Saúde

A análise dos Planos Municipais de Saúde nos períodos de 2005 a 2008 e 2010 a 2011 evidenciou a invisibilidade da intersectorialidade. Os planos referem apenas uma proposta para intensificar o relacionamento interconselhos, não detalhando como será efetivada^{9,12}.

Por falta de uma diretriz apresentada pela gestão municipal, a intersectorialidade poderá tornar-

-se pouco institucionalizada ou até mesmo pouco valorizada pelos profissionais das unidades de Saúde da Família, assim como nos setores afins.

A intersectorialidade deve representar um espaço de compartilhamento de saber e de poder, de estruturação de novas práticas e de novos conceitos, que, atualmente, ainda não se encontram estabelecidos ou suficientemente experimentados nos conselhos municipais gestores²⁰.

No caso do SUS, a intersectorialidade é apontada como um caminho para a mudança do modelo assistencial e para a reorganização da atenção à saúde. No entanto, as iniciativas são incipientes, como verificamos nesse estudo de caso, e seus principais obstáculos, no nível local, referem-se à baixa governabilidade municipal²¹. Em Cajamar, o fortalecimento do setor saúde e dos demais setores envolvidos na rede intersectorial investigada ainda depende do aperfeiçoamento das propostas e das ações do plano municipal de saúde.

Em relação à Atenção Básica, está proposto no plano em vigência a ampliação das equipes de Saúde da Família, atingindo 90% de cobertura municipal⁹, o que poderá propiciar o processo de intersectorialização, caso seja dada maior

relevância para essa questão na gestão municipal.

Considerações finais

Considerando-se o estudo de caso realizado, recomenda-se aos gestores de Cajamar a ampliação das experiências intersectoriais, enquanto estratégia de ação para diminuir a vulnerabilidade social e programática em comunidades carentes, com vistas ao aperfeiçoamento da atenção integral preconizada pelo SUS.

No âmbito do território onde atua a equipe de Saúde da Família km 43, faz-se necessário investir em ações integradas e contínuas, ampliando e qualificando o acesso das famílias à rede pública, observando-se os diferenciais de vulnerabilidade encontrados nas microáreas.

A viabilização da intersectorialidade depende ainda da habilidade de criar e manter grupos e redes que possuam um senso compartilhado e coeso sobre as necessidades sociais dos diferentes segmentos da população. Portanto, as ações coletivas intersectoriais, quando implementadas com o objetivo de fortalecer a autonomia da comunidade, podem contribuir para o enfrentamento das vulnerabilidades e para a melhoria da qualidade de vida dos municípios.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): DAB/SAS/Ministério da Saúde; 2006.
2. Junqueira LAP. Intersectorialidade, transectorialidade e redes sociais na saúde. *Rev Adm Pública*. 2000;34(6):35-45.
3. Junqueira LAP, Inojosa RM. Desenvolvimento social e intersectorialidade: a cidade solidária. São Paulo: FUNDAP; 1997.
4. Teixeira CF, Paim JS. Planejamento e Programação de Ações Intersectoriais para a Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. In: Teixeira CF, Paim JS, Vilasboas AL, organizadores. *Promoção e Vigilância da Saúde*. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva; 2002. p. 59-78.
5. Junqueira LAP. A gestão intersectorial das políticas sociais e o terceiro setor. *Saúde Soc*. 2004;13(1):25-36.
6. Ayres JRCM, et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. p. 377-417.

7. Ayres JRCM. Sobre o risco: para compreender a epidemiologia. São Paulo: Hucitec; 2002.
 8. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (Fundação Seade). Perfil Municipal de Cajamar. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfil.php>
 9. Cajamar (Município). Diretoria de Saúde de Cajamar. Plano Municipal de Saúde 2010-2013. Cajamar (SP); 2010.
 10. Junqueira LAP, Inojosa RM. Desenvolvimento social e intersetorialidade: a cidade solidária. São Paulo: FUNDAP; 1997.
 11. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas; 1994.
 12. Cajamar (Município). Diretoria de Saúde de Cajamar. Plano Municipal de Saúde – 2005-2008. Cajamar (SP); 2005.
 13. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8a edição. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2004.
 14. Cajamar (Município). Sistema de Informação da Atenção Básica. Consolidado de Informações equipe 8. PSF km43. Cajamar (SP); 2011.
 15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Sistema de Informação em Atenção Básica. Indicadores 2002. 5a ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
 16. Rosemberg F, Pinto RP. Saneamento básico e raça. Rev Bras Cresc Desenvol Hum. 1995;5(1/2):23-38.
 17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM No. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova Diretrizes Operacionais do Referido Pacto [acessado 12 Fev 2011]. Brasília (DF); 2006. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399_20060222.pdf
 18. Brasil. Ministério da Saúde. Norma operacional de assistência à saúde – NOAS/SUS-01/2001. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.
 19. Cajamar (Município). Relatório de Ações da Rede no PSF km43. Cajamar (SP); 2008.
 20. Colliselli D, et al. Gestão de políticas e intersetorialidade: diálogo e construções essenciais para os conselhos municipais. Rev Katálysis. 2007;10(2):265-71.
 21. Ferreira VSC. Intersetorialidade em saúde: um estudo de caso [dissertação]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2000.
-

Recebido em 25 de fevereiro de 2011
Aprovado em 30 de março de 2011