

# **SAÚDE COLETIVA: UM DESAFIO INTERDISCIPLINAR E INTERSETORIAL**

Samara Leorato  
Fabiana M. Dallacosta

## **RESUMO**

O presente estudo ressalta o processo histórico da saúde e sua evolução, dando ênfase para a saúde coletiva, ressaltando a necessidade da interdisciplinaridade e intersectorialidade para a efetivação deste trabalho, como também os desafios que surgem neste âmbito. Para isso é repassado o conceito da interdisciplinaridade e intersectorialidade, e por fim o que é necessário para se atingir este trabalho, deixando alguns questionamentos para reflexão quanto aos desafios neste meio.

Palavras-chave: Saúde coletiva. Intersectorialidade. Desafios.

## **ABSTRACT**

The present study emphasizes the historical process of health and its evolution, giving emphasis to the collective health, emphasizing the need for interdisciplinary and intersectoral approach to the implementation of this work, as well as the challenges that arise in this context. For this is passed the concept of interdisciplinary and intersectoral approach, and finally what is necessary to achieve this work, leaving some questions for reflection as the challenges in this medium.

Keywords: public health. Intersectoral approach. Challenges.

## 1 INTRODUÇÃO

Após a promulgação da Constituição Federal de 1988, amplia-se o acesso à saúde, integrada ao tripé da seguridade social, torna-se direito de todos e dever do estado; este direito é consolidado pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS criado em 1990 e regulamentado pela Lei 8.080 é um grande projeto voltado ao atendimento coletivo no que se refere à saúde.

Dentro da perspectiva do SUS há a integração de vários profissionais e diversas políticas que estão diariamente envolvidos na luta pela garantia do direito a saúde. Neste sentido, a reflexão a ser realizada é da atuação interdisciplinar seguida do trabalho intersetorial para que a saúde coletiva se efetive.

Portanto, além de um olhar abrangente no que diz respeito a saúde em seu contexto histórico com ênfase na saúde coletiva, a abordagem da interdisciplinaridade e intersetorialidade torna-se crucial para sincronizar o tema já descrito. Assim, será apresentada uma análise histórica da saúde coletiva e alguns fundamentos quanto a importância do trabalho interdisciplinar e intersetorial para este meio, como também desafios que perpassam neste âmbito, tendo por base a pesquisa qualitativa, definida como:

A pesquisa qualitativa não procura enumerar e/ou medir os eventos estudados, nem emprega instrumental estatístico na análise dos dados, envolve a obtenção de dados descritivos sobre pessoas, lugares e processos interativos pelo contato direto do pesquisador com a situação estudada, procurando compreender os fenômenos segundo a perspectiva dos sujeitos, ou seja, dos participantes da situação em estudo (GODOY, 1995, p. 58).

Sendo assim, a pesquisa a ser apresentada possui um dimensionamento teórico por meio de referências bibliográficas e no âmbito qualitativo em busca de melhores esclarecimentos quanto à saúde coletiva, apresentando os desafios do trabalho interdisciplinar e intersetorial.

## 2 SAÚDE E O PROCESSO HISTÓRICO NO BRASIL

Não há como falar em saúde sem antes entender seu real conceito. Quando se refere à saúde, quase sempre se reporta ao contrário dela, ou seja, a doença que irá colocar a saúde em risco, porém o conceito é muito mais amplo. Conforme já foi definido pela Organização

Mundial de Saúde: “Saúde é um estado dinâmico de completo bem estar físico, mental, espiritual e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”.

Seguindo a reflexão proposta será tratado da política de saúde iniciando pelo contexto histórico brasileiro, sendo este de suma importância para compreender os fatos que se destacaram impulsionando os acontecimentos que ocorrem no momento atual.

Nesse sentido será tratado da política de saúde quanto à trajetória brasileira tendo como ponto principal a reforma Carlos Chagas. Chagas foi precursor da medicina social no Brasil e também foi o autor da descoberta da doença de chagas. A reforma Carlos Chagas foi realizada como um novo código de saúde pública, o qual foi aprovado em 1919 e entrou em vigor em 1920.

Com o código Chagas cria-se o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNPS), assim desenvolvendo diversos serviços especiais de saúde, como a higiene infantil, e também a implantação de uma escola de enfermeiras e o curso de higiene e saúde pública. Nesse mesmo período, enfatiza-se a saúde e higiene do trabalhador, adotando-se então algumas medidas para “resolver” essas questões. Entre essas medidas destaca-se a lei Elói Chagas, instaurada pelo decreto n. 4683 de 24 de janeiro de 1923, sendo esta, ponto de partida para a previdência social no Brasil.

A partir da década de 1930, muitas transformações ocorreram na sociedade brasileira, um fator evidente foi o da industrialização, a qual trouxe uma série de consequências, como a má qualidade de vida dos trabalhadores e o grande “inchaço” das cidades, propiciando condição de vida precária à maioria da população. Com essa nova fase na sociedade, os trabalhadores brasileiros passam a reivindicar seus direitos, e algumas mudanças ocorrem em resposta a isso. O estado começa a redefinir seu papel social e são criadas políticas sociais para atender a essas demandas. A política de saúde passou também por algumas mudanças, constituindo-se assim em dois subsetores, o de saúde pública que predomina até os anos 1960 e o de medicina previdenciária que se sobrepõe ao de saúde pública apenas após o ano de 1966.

De acordo com Braga e Paula (1986 apud BRAVO, 2001), a saúde pública na década de 1930, enfatiza as campanhas sanitárias, interioriza as ações para realizar um trabalho também com as comunidades rurais, cria serviços de combate a endemias, como também reorganiza alguns departamentos de saúde.

A medicina previdenciária, que surgiu também nesta época, já parte para a criação de Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), onde prestam benefícios à categoria de trabalhadores assalariados como forma de evitar possíveis futuras reivindicações. “A previdência preocupou-se mais efetivamente com a acumulação de reservas financeiras do que com a ampla prestação de serviços” (BRAVO, 2001, p.5). Assim consolidando-se o pouco interesse de atender as necessidades populacionais.

Todo esse “plano” que iniciou a partir da década de trinta em volta da saúde consolidou-se no período da segunda guerra mundial, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), e o Plano Salte, fundado pelo governo de Eurico Gaspar Dutra para incentivar o desenvolvimento na saúde, na alimentação, energia e transporte, o qual não durou por muito tempo, sendo extinto em 1951, assim afastando a massa trabalhadora do governo.

A política de saúde no Brasil até 1964 não conseguiu atingir todos os objetivos, apesar de algumas melhoras na década de 1950, onde mais investimentos foram direcionados a saúde. Após 1964 a situação da população brasileira ficou mais difícil, o período de ditadura militar que iniciou neste ano e terminou em 1984, teve como principal característica da saúde a medicina previdenciária. O setor de medicina previdenciária passa a atender quase toda a população das cidades, incluindo mais tarde a comunidade rural, tendo a intervenção estatal no aumento da lucratividade e privilegiando o produtor privado, de certa forma “mercantilizando” a saúde.

Um grande avanço para a saúde ocorreu nos meados da década de 1970 e foi consolidado com a reforma sanitária. O projeto de reforma sanitária tem por objetivos ampliar os acessos à saúde, por meio da universalização, da democratização das políticas sociais lutando pela garantia de direitos de toda a população, tendo em vista a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), para assim poder alcançar todos os seus objetivos de forma democrática.

A principal proposta de reforma sanitária é a defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais. Nesta direção, destaca-se a concepção ampliada de saúde, considerada como melhores condições de vida e de trabalho; a importância dos determinantes sociais; a nova organização do sistema de saúde através da construção do SUS, em consonância com os princípios de intersetorialidade. Integralidade, descentralização, universalização, participação social e redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, estado, município,

territórios) na prestação dos serviços de saúde; e efetivo financiamento do estado (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2009, p. 8-9).

O projeto de reforma sanitária teve como pretensão envolver o estado nos programas e projetos para a melhoria da saúde, a partir da redefinição do seu papel, o tornando integrado às políticas sociais para a melhor efetivação das mesmas, em consonância com o SUS, atendendo assim a toda a população, sendo um movimento para a saúde coletiva.

Nos anos 1980 a população brasileira iniciou um processo de superação ao regime militar e iniciou um período de busca pela democratização, mas nessa conjuntura o que sobressai é uma grande crise econômica, a qual persiste até os dias atuais.

O processo de implementação da reforma sanitária passa então por dificuldades no que diz respeito às medidas por parte do setor público e também quanto à relação com os profissionais de saúde, mas em contraponto a essa fragilidade a saúde nessa época conta com novos atores sociais, estando totalmente vinculada a democracia, assumindo uma dimensão política, envolvendo profissionais de saúde que compuseram o movimento sanitário, vinculado ao Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES), debatendo fortemente a questão saúde e democracia, visando a universalização. Ganham força nessa época mecanismos como os Conselhos de saúde, para maior eficiência das ações.

Em 1986, é realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a qual reuniu cerca de 4.500 pessoas, discutindo assuntos diversos na área da saúde, propiciando a novas ideias e avanços nesse campo. O grande enfoque desta década, não poderia deixar de ser a Constituição Federal de 1988 que por sua vez, abrangeu em sua formulação, a defesa dos direitos de toda população.

Com a promulgação da CF/88, foi assegurado o direito a Seguridade Social, que é integrada pelas políticas de Assistência Social, Previdência Social e Saúde, assim ficou determinado que saúde é direito de todos e dever do estado. Em 1988 é criado o sistema único de saúde (SUS), por meio da Lei Orgânica de Saúde (LOS), que integra as Leis, 8.080 de 19 de setembro de 1990 e 8.142 de 27 de dezembro de 1990, sendo então um grande avanço na área da saúde e para toda a população.

Nesse contexto é importante enfatizar que, em 1989 houve disputa entre democracia de massa, a qual prevê a participação popular, os movimentos sociais, os sindicatos, as

organizações profissionais e de bairros, e a democracia restrita, que prevê a privatização, o atendimento mínimo do estado, refletindo em um “enxugamento” das políticas sociais.

A implicação disso tudo, é que em 1990 vence a democracia restrita, e esse projeto de universalização, de direito de todos e dever do estado é rompido. A saúde passa por um processo de mercantilização, onde o estado se constitui por meio de uma reforma, chamada de contrarreforma, onde o SUS focaliza-se no atendimento aos pobres, e com isso se criam subsistemas no estado para atender a essas características, o primeiro é uma forma de controle, atendimento básico, o segundo a implementação de programas como o Programa de Saúde da Família (PSF), atualmente Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Diante deste contexto, a saúde conquistou espaço não somente para o olhar individual de cada usuário, mas sim para um contexto mais amplo, coletivo, procurando buscar a percepção do indivíduo como um todo, a partir da visão de vários profissionais, de várias políticas, conforme aponta o conceito de saúde. Porém, devido ao sistema político e econômico contraditório, muitas das conquistas não se materializam integralmente.

## 2.1 SAÚDE COLETIVA

Como já ressaltado, a saúde conquista espaço em seu processo histórico, atingindo um contexto coletivo de atuação e não mais individual. Estando assim, de acordo com o que seu conceito em amplitude quer reproduzir para esta área.

Contudo, inúmeras dificuldades perpassam este caminho e não permitem a integralidade deste atendimento coletivo e primordial para a garantia do acesso ao direito a saúde da população. A saúde coletiva em si, torna-se algo a ser discutido e destacado quando a fala remeter-se a saúde. Principalmente se considerada como um movimento que faz parte da realidade atual, pois apesar de diversas conquistas, ainda não efetividade diante deste movimento.

Não fugindo da sua vocação, a saúde coletiva - constituída nos limites do biológico e do social - ainda continua a ter pela frente a tarefa de investigar, compreender e interpretar os determinantes da produção social das doenças e da organização social dos serviços de saúde, tanto no plano diacrônico como sincrônico da história (NUNES, 1994, p.19).

Fomentando a citação acima, ainda há muito que se compreender diante da organização e de práticas direcionadas com viés na saúde coletiva.

Neste sentido a reprodução da saúde coletiva, como também do que é necessário para a efetivação e integralização deste movimento é um desafio e necessita de grandes avanços, em especial no que diz respeito ao envolvimento dos profissionais e das políticas públicas e sociais neste meio. Portanto, entender a interdisciplinaridade e intersectorialidade como desafio para esta efetivação é o próximo passo deste trabalho.

### **3 INTERDISCIPLINARIDADE e INTERSETORIALIDADE**

Em referência ao que já foi apresentado neste trabalho, situa-se em específico os desafios em relação ao movimento de saúde coletiva, trazendo então a interdisciplinaridade e intersectorialidade como meios para a integralização desta área.

Partindo de uma análise mais profunda de interdisciplinaridade, é primordial ressaltar que esta teve seu início no Brasil na década de 1960, pois a necessidade de tomarem-se atitudes diferenciadas no fazer profissional esteve cada vez mais evidente perante a realidade do país. Assim, passa-se a estudar este conceito e aprofundá-lo para atingir suas perspectivas reais diante do trabalho a ser realizado, em especial no que diz respeito a práticas pedagógicas.

A interdisciplinaridade a partir do significado dos seus elementos constitutivos, ou seja, como termo pode ser compreendido epistemologicamente como: prefixo -inter e de sufixo -dade, que ao se justaporem ao substantivo disciplina nos levam a seguinte possibilidade interpretativa, onde inter, prefixo latino, que significa posição ou ação intermediária, reciprocidade e interação. O sufixo latino -dade, guarda a propriedade de substantivar alguns adjetivos, atribuindo-lhes o sentido de ação ou resultado de ação, qualidade, estado ou, ainda modo de ser. Já disciplina, núcleo do termo, significa a epistémé, podendo também ser caracterizado como ordem que convém ao funcionamento de uma organização ou ainda de um regime de ordem imposta ou livremente consentida. A interação entre duas ou mais disciplinas, podendo ir da simples comunicação de ideias até a integração mútua dos conceitos da epistemologia, da terminologia, da metodologia, dos procedimentos, dos dados e da organização da pesquisa (BENITO et al., 2003, p. 68-69).

Neste sentido, evidenciam-se vários conceitos que se relacionam à interdisciplinaridade, como a multidisciplinaridade, a pluridisciplinaridade, a transdisciplinaridade e, também, aspectos diferenciados dentro da própria

interdisciplinaridade, que devem ser entendidos em sua essência para não haver uma confusão entre eles, o que por sua vez é corriqueiro em diversos estudos.

Especificando um pouco sobre os três conceitos citados que se relacionam à interdisciplinaridade, destaca-se a multidisciplinaridade:

A multidisciplinaridade se caracteriza por uma ação simultânea de uma gama de disciplinas em torno de uma temática comum. Essa atuação, no entanto, ainda é muito fragmentada, na medida em que não se explora a relação entre os conhecimentos disciplinares e não há nenhum tipo de cooperação entre as disciplinas. Alguns estudiosos não chegam a estabelecer nenhuma diferença entre a multidisciplinaridade pluridisciplinaridade, todavia, preferimos considerá-la, pois a existência ou não de cooperação diálogo entre as disciplinas é determinante para diferenciar esses níveis de interação entre as disciplinas (CARLOS, 2007, p. 2).

E, por fim, salienta-se que “a transdisciplinaridade representa um nível de integração disciplinar além da interdisciplinaridade. Trata-se de uma proposta relativamente recente no campo epistemológico” (CARLOS, 2007, p.3).

Contudo, apontam-se todas estas considerações para a prática profissional, não somente na perspectiva pedagógica, que, como já dito, foi um foco para o estudo da interdisciplinaridade, mas sim para todas as atividades profissionais em prol de um objetivo em comum. Desse modo, destaca-se a intervenção destes profissionais de modo que as ações em prol da saúde coletiva se complementem e interajam, não sendo possível atuar isoladamente; apenas com a inter-relação entre os saberes é que se alcança uma atuação de qualidade, a qual, por sua vez, define-se na interdisciplinaridade.

A interdisciplinaridade se caracteriza pela intensidade das trocas entre as disciplinas, no interior de um projeto [...]. Pode ser caracterizada como o nível em que a colaboração entre as diversas disciplinas ou entre os setores heterogêneos de uma mesma ciência conduz a interações propriamente ditas, isto é, a certa reciprocidade nos intercâmbios, de tal forma que, no final do processo interativo, cada disciplina saia enriquecida. Em sua constituição, o projeto interdisciplinar surge, na maioria das vezes, de uma pessoa, a qual já possui em si a atitude interdisciplinar e, com isso, consegue atrair outros parceiros. Uma teoria da interdisciplinaridade constrói-se a partir da história acadêmica de cada pesquisador (MATOS, 2009; PIRES, 2009, p. 339).

Portanto, a interdisciplinaridade inicia-se a partir da intenção de todos os profissionais, do envolvimento destes para efetivar parcerias, demonstrando que a atuação em conjunto traz resultados muito positivos. Contudo, a iniciativa, como cita o autor, parte de cada um, que assim vai atraindo parceiros e conquistando espaços para uma atuação integrada. “Nesse sentido, a interdisciplinaridade ocorre mais por conta do envolvimento dos sujeitos que por

uma necessidade do conhecimento, e seu desenvolvimento se dá principalmente através dos projetos em parceria, em equipe” (MATOS, 2009; PIRES, 2009, p. 339).

Retornando à atuação profissional e tendo como base a saúde coletiva, referencia-se então a interdisciplinaridade como fundamental para o entendimento deste conceito e, em consequência disto, uma atuação efetiva.

É necessário, num projeto interdisciplinar, compreender e respeitar o modo de ser peculiar de cada um, respeitar, também, o caminho que cada indivíduo empreendeu na busca de sua autonomia; é necessário revelar a identidade, a marca teórica de cada um. É no ponto de confluência, e não na justaposição das diferentes identidades, contudo, que podemos captar a dimensão da interdisciplinaridade. A interdisciplinaridade é o princípio da máxima exploração das potencialidades de cada ciência, da compreensão de seus limites. É o princípio da diversidade e da criatividade, ressaltando que não buscamos a construção de uma unificação do saber, do real; porque o real é dinâmico, está em constante transformação e adaptação ao contexto em que está situado (BENITO et al., 2003, p. 69-70).

Assim, a atuação interdisciplinar para a efetivação do trabalho em meio às relações no âmbito da saúde coletiva torna-se essencial, contemplando as diversas profissões.

Portanto, atuar de maneira interdisciplinar é primordial para a saúde coletiva e está totalmente integrada a um primeiro passo para o trabalho intersetorial, o que por sua vez sela esta relação de integração e materialização de um trabalho amplo e complexo neste meio.

Neste sentido, a discussão acerca de intersetorialidade, dando ênfase a integração entre os setores, entre as diferentes políticas públicas e sociais, fica evidente e prevalece no cenário atual.

A intersetorialidade não é um conceito em si auto-explicativo, o mesmo enunciado pode referir-se a objetivos e posturas de lógicas muito diversas, o que demanda que na sua utilização se explicitem os pressupostos, estratégias e meios para que uma política se efetive como tal. Ela é um princípio que privilegia a integração matricial das políticas sociais tanto na fase de planejamento quanto nas de execução e monitoramento. Essa matricialidade representa o eixo coordenador e organizador dessas políticas, potencializando sua integração, com impacto positivo em seus efeitos. Isso implica planejamento e gestão compartilhada, ou seja, a construção de espaços de convergência de sujeitos que se completam à medida que articulam esforços para atuar em prol de objetivos comuns, otimizando recursos e impactos para cada ação junto ao público atendido, que também é comum (BONALUME, 2010, p. 5).

Portanto, o planejamento e organização das políticas devem estar integrados para se obter uma percepção da totalidade, salientando que os programas advindos das políticas terão

maior efetividade a partir desta articulação em prol da efetivação de direitos (JUNQUEIRA, 2004).

A intersectorialidade conquista espaço perante a necessidade de exigência de uma integração entre os setores, alguns autores referenciam a intersectorialidade em vários programas com o foco no planejamento e execução destes.

A intersectorialidade que transcende um único setor social é a "articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeito sinérgico em situações complexas, visando o desenvolvimento social, superando a exclusão social" (JUNQUEIRA E INOJOSA, 1997 apud JUNQUEIRA, 2004).

O trabalho intersectorial visa ao desenvolvimento social e a maior percepção dos problemas sociais para que se possa se criar políticas públicas e sociais efetivas e emancipatórias abrangendo a totalidade da demanda que se apresenta, incorporando a ideia de integração e de equidade, refletindo-se em uma nova maneira de abordar os problemas sociais (JUNQUEIRA, 2004).

Contudo, referencia-se a intersectorialidade como uma nova prática perante as demandas que se apresentam e necessitam de políticas e programas eficientes para garantir direitos. Destaca-se aqui a saúde coletiva, que se apresenta como um movimento na área da saúde para a efetivação de um trabalho integral, sendo alusivo a saúde em seu contexto amplo, o que por fim exige o olhar de diversos saberes e diversas políticas para se materializar de forma integral para toda a população.

### 3.1 INTERDISCIPLINARIDADE E INTERSETORIALIDADE :UM DESAFIO NA SAÚDE COLETIVA

Diante das reflexões sobre o movimento de saúde coletiva, o contexto histórico que o cerca e todas as conquistas e empecilhos para sua efetivação, destaca-se por fim a necessidade do trabalho interdisciplinar e intersectorial para sua integralização, apontando-se assim, estes caminhos como desafios nesta área.

Tal complexidade se acentua quando procuramos entender saúde no âmbito coletivo, cujo objeto envolve o biológico e o social, o indivíduo e a comunidade e ainda, a política social e econômica. Como campo político, é um espaço em que a articulação cooperativa entre as disciplinas constitui-se

em “um campo de correlação de forças”, relacionado à consciência social e política. Para se chegar a uma Saúde Coletiva é necessário um esforço interdisciplinar que tem como consequência uma abertura conceitual (VILELA, MENDES, 2003,p.529).

Conforme citação acima, a interdisciplinaridade é necessária para se chegar à saúde coletiva, neste contexto a intersetorialidade vem de encontro para esta abertura conceitual diante das realidades expostas neste meio.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Diante do contexto abordado no decorrer deste trabalho, percebe-se uma evolução no que diz respeito ao conceito e as lutas que perpassam pela saúde, em especial ao movimento de saúde coletiva. Contudo, por diversas razões que são atreladas ao sistema econômico e político que se contradizem em muitos aspectos, o processo para uma atuação condizente ao que preconiza a saúde coletiva não se materializou.

Neste sentido, muitos desafios se firmam na realidade exposta. Dentre os desafios destacam-se a necessidade de articulação, comunicação, interação e uma visão mais ampla diante dos usuários na sua totalidade.

Portanto, para suprir estas necessidades e superar alguns desafios, o crucial firma-se no trabalho interdisciplinar e intersetorial, que por sua vez conquistam espaço junto do movimento de saúde coletiva e de muitos outros movimentos em diversas áreas. O questionamento diante desta reflexão é se realmente todas estas discussões estão sendo efetivas, ao que por sua vez, a partir do que foi descrito, apesar de inúmeras conquistas, demonstram que muito ainda não é realizado.

Neste âmbito, a abrangência destes assuntos torna-os complexos e passíveis de permanente estudo. Devido a esta situação, a efetivação da interdisciplinaridade e intersetorialidade, seja na saúde coletiva como em outros movimentos, possuem um caminho árduo para conquistar o status almejado. O envolvimento deve ser de todos os saberes e setores, para que a visão ampla e de totalidade seja alcançada e a saúde seja realmente trabalhada no âmbito do coletivo, em seu contexto ampliado, que atenda aos seres humanos na sua integralidade.

## REFERÊNCIAS

1. BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil**. Revista Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional, São Paulo, 2001. Disponível em:< [http://www.fnepas.org.br/pdf/servico\\_social\\_saude/texto1-5.pdf](http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf).> Acesso em: 10 nov. 2010.
2. BENITO, Gladis Amelia Velez et al. **Interdisciplinaridade e trabalho com famílias; repensando a prática em saúde**. Revista Fam. Saúde Desenv., Curitiba, v. 5, n. 1, p. 66-72, jan./abr. 2003.
3. BONALUME, Claudia Regina. **Esporte e lazer na intersectorialidade das políticas públicas**. Revista Brasileira de ciências do esporte, v. 32, n. 1, 2010. Disponível em: <<http://www.rbceonline.org.br/congressos/index.php/CONBRACE/XVI/paper/viewFile/1500/796>.> Acesso em: 21 nov. 2010.
4. CARLOS, Jairo Gonçalves. **Interdisciplinaridade: O que é isso?** Brasília, DF, 2007. Disponível em: <<http://www.miniweb.com.br/educadores/artigos/pdf/interdisciplinaridade.pdf>>. Acesso em: 06 out. 2013.
5. CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na saúde: Grupo de trabalho Serviço Social na saúde**. Brasília, DF, 2009.
6. GODOY, Arilda Schimidt. **Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades**. **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63, mar./ago. 1995.
7. JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. **A gestão intersectorial das políticas sociais e do terceiro setor**. Revista saúde e sociedade, São Paulo, n. 1, v. 13, 2004. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-1290200400](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-1290200400).> Acesso em: 21 nov. 2010.
8. NUNES, Everardo Duarte. **Saúde coletiva: história de uma ideia e de um conceito**. Revista saúde e sociedade. 3(2).5-21,1994.
9. PIRES, Denise da Silva Pires de; MATOS, Eliane. **Práticas de cuidados na perspectiva interdisciplinar: um caminho promissor**. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 338-346, abr./jun. 2009.
10. VILELA EM, MENDES IJM. **Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico**. Rev Latino-am Enfermagem, julho-agosto 2003; 11(4):525-31.