



16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

Tema: “40 anos da “Virada” do Serviço Social”

Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019

Eixo: Política social e Serviço Social.

Sub-eixo: Ênfase em Infância.

INTERSETORIALIDADE DAS POLÍTICAS SOCIAIS E A CLASSE HOSPITALAR ENQUANTO UM DIREITO: DESAFIOS NUMA INSTITUIÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE DO SUS

Mariana Setúbal¹

Dolores Lima da Costa Vidal²

Angélica de Jesus Conceição Vieira³

Isabelle Carvalho dos Santos Bonisolo⁴

Nirelle Rodrigues Marinho⁵

Resumo: Abordamos a discussão da intersectorialidade numa perspectiva crítica, analisando a política de classe hospitalar para crianças hospitalizadas como um lócus privilegiado de nossa análise, que parte ainda de nossa experiência profissional em uma unidade de média e alta complexidade do SUS que atende a crianças e adolescentes em longa permanência hospitalar e, portanto, com impacto na escolarização.

Palavras-chave: Intersectorialidade, Classe Hospitalar, Infância e Adolescência.

Abstract: Our discussion of intersectoriality in a critical perspective, analyzing the hospital class for hospitalized children as a privileged locus of analysis, which also beggining from our professional experience in a place of medium and high complexity SUS which promotes health care children and adolescents with prolonged hospitalization and therefore, with impact on schooling.

Keywords: Intersectoriality, Hospital Class, Childhood and Adolescence.

Introdução

O ponto de partida da presente análise coincide com as demandas e inquietações que subjazem no cotidiano de nosso exercício profissional e se materializam em objeto de estudo das autoras⁶ no campo da intersectorialidade

¹ Professor com formação em Serviço Social. Instituto Fernandes Figueira/Fundação Oswaldo Cruz. E-mail: <mariana.setubal@iff.fiocruz.br>.

² Professor com formação em Serviço Social. Instituto Fernandes Figueira/Fundação Oswaldo Cruz. E-mail: <mariana.setubal@iff.fiocruz.br>.

³ Estudante de Pós-Graduação. Instituto Fernandes Figueira/Fundação Oswaldo Cruz. E-mail: <mariana.setubal@iff.fiocruz.br>.

⁴ Estudante de Pós-Graduação. Instituto Fernandes Figueira/Fundação Oswaldo Cruz. E-mail: <mariana.setubal@iff.fiocruz.br>.

⁵ Estudante de Pós-Graduação. Instituto Fernandes Figueira/Fundação Oswaldo Cruz. E-mail: <mariana.setubal@iff.fiocruz.br>.

⁶O tema se faz presente na produção acadêmica (TCR) no âmbito da Residência Multiprofissional em Saúde no IFF/Fiocruz de três autoras. Outras duas autoras são docentes no curso de Especialização em Políticas Sociais e Intersectorialidade, promovido pelo IFF/Fiocruz em parceria com a ESS da UniRio.

das políticas sociais, seja nos âmbitos da atenção em saúde, mas também no ensino e na pesquisa de uma unidade de média e alta complexidade da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), que tem como missão o atendimento às crianças e adolescentes adoecidos cronicamente, muitos deles dependentes de tecnologias para viver e com as mais comumente denominadas “doenças raras”.

Este cenário impõe o desafio da intersetorialidade enquanto possibilidade de acesso aos serviços pela população usuária. Não se trata de enumerá-los ou esgotar a discussão no arcabouço de direitos sociais previstos a esta parcela da população, mas aprofundar o debate na temática específica da classe hospitalar enquanto direito e estratégia intersetorial para crianças e adolescentes que passam longos períodos de suas vidas confinados em uma instituição hospitalar.

2. Intersetorialidade nas Políticas Sociais: concepções e o desafio na construção de redes

Inicialmente, aqui cabe reiterar que o termo intesetorialidade não tem sido ao longo do tempo definido com a precisão necessária, revelando ambiguidades e incoerências. Autores como Pereira (2014) consideram que intersetorialidade não é um conceito, mas uma terminologia que primariamente se vinculou à discussão de interdisciplinaridade e a ela tem como referência. Nas duas últimas décadas, esta temática vem despertando interesse crescente no campo acadêmico e político, especialmente no debate das políticas sociais públicas. Isso porque é fato que nas últimas décadas tenha se intensificado o desenho intersetorial nas políticas sociais, mas notadamente ainda se destaca a fragmentação no campo das políticas públicas. A ação do Estado brasileiro na área social se mostrou insuficiente frente às exigências e desafios da questão social hoje, atravessada pelo acirramento das expressões da desigualdade social e da pobreza.

As expressões da questão social têm sido enfrentadas pelo Estado de maneira setorial e, muitas vezes, repartidas. Essa afirmação encontra respaldo na própria criação das políticas sociais, que em muitos momentos, não se articulam entre si, gerando respostas fragmentadas, e dificuldades de entendimento da totalidade da realidade social. A formatação de padrões de proteção social e das políticas sociais são desdobramentos, formas de

enfrentamento e respostas – em geral setorializadas e fragmentadas – às expressões da questão social no capitalismo (Boschetti e Behring, 2006). Nesse sentido, o debate sobre as políticas sociais deve buscar superar esses aspectos focalizados e setoriais, que limitam o seu potencial interventivo na resolução das demandas sociais (França e Cavalcanti, 2013).

Temos acordo com Pereira (2014), quando afirma que a estratégia da intersectorialidade, especialmente se seu devir está na construção em prol do interesse público, não pode ser encarada apenas como um instrumento de gestão, tampouco uma definição técnico-administrativa, pois, ao contrário disso, a intersectorialidade remete a interesses, escolhas, conflitos e poderes, em suma, sendo um processo vivo e eminentemente político.

Tendo como premissa a complexidade da questão social como traço marcante da sociedade brasileira, Junqueira (1998) infere sobre a centralidade da promoção da intersectorialidade, sobretudo no campo da administração pública, com base no entendimento que a implementação da intersectorialidade está associada à descentralização das políticas sociais em âmbito local.

Segundo Andrade (2006), a discussão de intersectorialidade não deve se resumir à ideia de regionalização, ainda que seja um fato que a descentralização pode ser um fator catalisador da integração das políticas sociais nos municípios. Contudo, este é um processo que não pode se dissociar do debate acerca das transformações na cultura institucional burocrática fortemente marcada no Estado brasileiro.

Portanto, a intersectorialidade se insere no âmbito das políticas sociais enquanto uma possibilidade de superação de práticas fragmentadas e alcance de uma possível integralidade nas políticas. Dessa maneira, como dito anteriormente, a intersectorialidade, está sendo entendida e defendida no presente texto, (...) “enquanto estratégia de articulação de saberes, experiências, poderes, sistemas de serviços e redes sócio assistenciais(...)” que possibilitam a consolidação de um atendimento integral e contribuição da efetivação dos direitos sociais dos usuários, em uma conjuntura marcada por um aprofundamento das desigualdades sociais e um processo de desmonte das políticas sociais (COSTA, 2010,p.119).

Este conceito assemelha-se a perspectiva de Pereira (2012) que aporta a intersectorialidade como um instrumento de otimização:

[...] Além de um princípio ou paradigma norteador, a intersetorialidade tem sido considerada uma nova lógica de gestão, que transcende um único 'setor' da política social, e estratégia política de articulação entre os 'setores' sociais diversos e especializados. Ademais, relacionada à sua condição de estratégia, ela também é entendida como: instrumento de otimização de saberes; competências e relações sinérgicas, em prol de um objetivo comum; e prática social compartilhada, que requer pesquisa, planejamento e avaliação para a realização de ações conjuntas. (2012, p.1)

A importância da intersetorialidade no âmbito das políticas sociais apoia-se em dois diferentes eixos, o que se refere à viabilidade da relação entre as políticas provocar mudanças na gestão e a potencialidade das ações intersetoriais gerarem impactos positivos às condições sociais da população.

Segundo Monnerat e Souza (2011), a intersetorialidade foi incorporada enquanto diretriz da área da saúde em sua lei orgânica de 1990, nesta legislação o conceito de intersetorialidade aparece atrelado à articulação com outras políticas sociais para produção de melhores resultados em saúde. Do ponto de vista da Política de Saúde, segundo França e Cavalcanti (2013), o debate sobre a intersetorialidade surge como tentativa de potencializar as ações de saúde, considerando que as múltiplas determinações do processo saúde doença são trabalhados por políticas específicas. Sob essa perspectiva alcançar maior efetividade desta política requer não apenas a articulação dos diferentes níveis de atenção à saúde, mas também a articulação da política de saúde com as demais políticas públicas mediante a realização de ações intersetoriais. Entretanto, a implementação da política de saúde ocorreu desprovida de articulações com as demais políticas sociais, inclusive as políticas de Assistência Social e Previdência Social que, junto com a política de saúde, constituem o pilar da Seguridade Social.

O atual contexto político e econômico no Brasil, marcado pela lógica neoliberal, tem sido responsável pelo desmonte da política de saúde e pelo sucateamento das ações e serviços de saúde pública. O modelo de política de saúde construído pelo movimento da reforma sanitária na década de 1980 tem sido enfraquecido progressivamente, as conquistas legitimadas pela Constituição Federal de 1988 estão perdendo a disputa para o projeto neoliberal que tem voltado as ações e serviços de saúde para o mercado, privatizando os serviços públicos.

O Sistema Único de Saúde encontra-se, desde os primórdios de sua implementação até os dias atuais, em permanente construção, pois ao mesmo

tempo em que a classe trabalhadora reivindica por seu aperfeiçoamento, as políticas neoliberais invocam estratégias para enfraquecer suas bases, seus princípios e diretrizes e tem provocado na saúde expansão da iniciativa privada nos diferentes níveis de atenção, assim como, aprecação dos vínculos de trabalho no setor público, a terceirização dos serviços assistenciais, dentre outros, deixando explícito a sua função de reprodução do sistema capitalista ao contribuir para a reprodução da força de trabalho e a geração de lucros ao capital.

Atualmente a política de saúde permanece sendo consolidada setorialmente, e as ações intersetoriais em saúde têm sido, em geral, reduzidas a iniciativas pontuais, assumidas por alguns profissionais ou serviços de saúde e não incorporadas como estratégia definida pelo sistema de saúde. Com efeito, a implantação de projetos intersetoriais deveria implicar no compromisso não apenas dos profissionais de saúde, mas também dos gestores dos três níveis de governo responsáveis pela execução das políticas, exigindo capacidade não apenas de construção, mas de monitoramento e avaliação, devendo assumir a intersetorialidade como efetiva diretriz desta política, segundo França e Cavalcanti (2013).

Segundo Costa (2010), a maioria das ações e atividades voltadas para a articulação intersetorial entre o SUS vem sendo realizadas por assistentes sociais, a ponto de cada vez mais serem identificadas como competências desse profissional, inclusive em processos multiprofissionais de trabalho em saúde. A autora afirma que a categoria vem sendo requisitada quando há necessidade de articulação com outras políticas e instituições, principalmente nos casos de condições agudas e emergenciais, sobretudo quando há doenças crônicas. Para Lima, Oliveira e Sousa (2015), uma estratégia como a intersetorialidade não pode se resumir a ações pontuais fomentadas por uma única categoria profissional, considerando a potencialidade desta estratégia na implementação das políticas sociais e serviços no atendimento das necessidades dos usuários.

Ao que se refere às demandas respondidas pelo serviço social mediante ações intersetoriais, Costa (2010) afirma que estão geralmente relacionadas com as condições de vida da população e o aprofundamento das desigualdades sociais. De modo que fica explícita a necessidade de extrapolar os limites da

política de saúde para atender a estas demandas e responder as necessidades dos usuários sob uma perspectiva integral.

3. Implementação da Classe Hospitalar: desafios da ação intersetorial entre saúde e educação numa instituição de média e alta complexidade do SUS

A realidade vivida por crianças e adolescentes num hospital foge da rotina diária fora desse espaço. O espaço é um local onde as crianças estão sujeitas a diversos procedimentos realizados por uma equipe multidisciplinar especializada, muitas vezes provocando dores e sofrimentos, não podem brincar ou correr, o que prejudica a sua autoestima e o seu estado emocional. E em se tratando de crianças com condições crônicas complexas e/ou dependentes de tecnologias, observamos que as mesmas permanecem por longos períodos internadas (meses e até anos). Neste sentido, a proposta da classe hospitalar vem para transformar este espaço.

Segundo Moreira e Goldani (2010) a alteração no perfil epidemiológico se deu a partir da melhoria das condições sociais que propiciaram uma redução nas taxas de mortalidade infantil e a queda da fertilidade que contribuiu para o envelhecimento das populações gerando uma mudança no modelo de saúde-doença: onde as doenças agudas e infecciosas deram lugar às doenças crônicas e degenerativas. Os autores destacam que, no Brasil o processo de transição foi tímido em consequência da redução dos investimentos sociais e da renda média familiar durante o período da ditadura. Somente a partir de meados da década de 1970 começou-se a *“ter uma melhora paulatina nas condições sociais do país e redução dos preços dos alimentos, retomando a queda da mortalidade infantil”* (MOREIRA E GOLDANI, 2010, p. 322).

Segundo a Organização Mundial de Saúde 2003, “o termo “condição crônica” engloba todos os problemas de saúde que persistem no tempo e requerem algum grau de gerenciamento do sistema de saúde”. As condições crônicas abarcam as condições não transmissíveis (diabetes, doenças cardíacas, câncer e asma), condições transmissíveis persistentes, distúrbios mentais de longo prazo e deficiências físicas/ estruturais contínuas. De acordo com Resolução do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente- CONANDA nº 41, de 17 de outubro de 1995 sobre os Direitos da Criança e do

Adolescente Hospitalizados, é direito das crianças e dos adolescentes hospitalizados desfrutarem de alguma forma de recreação, programas de educação para a saúde, acompanhamento do currículo escolar durante sua permanência hospitalar.

Com o intuito de realizar um breve histórico, importa recuperar que a classe hospitalar surgiu em meados do século XX, após a Segunda Guerra Mundial onde milhares de crianças e adolescentes permaneceram internados por longos períodos devido a ferimentos ocasionados durante os conflitos. Foi criada em 1935 por Henri Sellier em Paris visando diminuir as consequências da guerra a essas crianças e possibilitando às mesmas a continuidade dos estudos. Já na Espanha este atendimento surgiu mais recentemente após a criação da Lei nº 13/1982 que estabeleceu as bases que são hoje as classes hospitalares, logo em seguida foi o Decreto 334/1985 que estabeleceu possibilidade de acordo entre instituições de saúde pública e de serviços pediátricos permanentes o estabelecimento de atividades pedagógicas com vistas a evitar a marginalização do processo escolar. Portugal também mostrou sua preocupação com o bem-estar da criança hospitalizada através da Carta da Criança Hospitalizada em 2000 com projetos de humanização dos hospitais.

No Brasil a Classe Hospitalar iniciou-se em agosto de 1950, no Hospital Municipal Jesus, localizado no Rio de Janeiro, porém há registros que já em 1600, ainda no Brasil Colônia existia atendimento escolar a deficientes físicos na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo onde foram encontrados relatórios anuais nos arquivos deste hospital que datam de 1931. O atendimento educacional no ambiente hospitalar, denominado pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC) como classe hospitalar surgiu no Brasil a partir da necessidade deste atendimento a crianças que, por condição de doença, precisavam permanecer internadas, independente do tempo.

3.1. A classe hospitalar como um direito

O direito à educação no Brasil foi estabelecido na Constituição Federal de 1988 no seu Título VIII- Da ordem social, Capítulo III- Da educação, cultura e do desporto, Seção I, artigo 205:

A educação é direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua classificação para o trabalho. (BRASIL, 1988)

Como dispositivo para garantia de direito das crianças e dos adolescentes temos também o Estatuto da Criança e do Adolescente- Lei nº 8.069 de 13 de junho de 1990 que vem reforçar o direito à educação através de seu Capítulo IV- artigo 57 que trata do direito à educação, à cultura, ao esporte e ao lazer estabelecendo que o poder público “deverá estimular pesquisas, experiências e novas propostas para inserção das crianças e adolescentes excluídos do ensino fundamental obrigatório”.

Em se tratando de direitos das crianças e dos adolescentes hospitalizados, também contamos com a Resolução nº 41 de 13 de outubro de 1995 do Conselho nacional de direitos das crianças e dos adolescentes - CONANDA. O atendimento educacional no ambiente hospitalar, denominado pelo Ministério da Educação e do Desporto – MEC como classe hospitalar foi criada para assegurar a continuidade dos conteúdos escolares a crianças e adolescentes hospitalizados, possibilitando um retorno sem prejuízo à escola de origem após alta, independentemente do tempo que as mesmas permanecessem internadas (MEC, 2002).

A classe hospitalar como modalidade de ensino somente foi reconhecida pelo MEC em 1994 pela Política de Educação Especial e normalizada a partir da publicação dos documentos: a Diretrizes Nacionais para Educação Especial na Educação Básica em 2001 e Classe Hospitalar e Atendimento Pedagógico Domiciliar: orientações e estratégias em 2002.

Sua proposta pedagógica é contemplar crianças e adolescentes de todas as características, não limitando seu atendimento apenas às crianças com deficiência. E seu objetivo é o atendimento pedagógico educacional que permita continuidade à construção do conhecimento, articulando a equipe hospitalar, com a família e com a escola de origem do educando.

Apesar de todo o empenho na criação de aparatos para garantia de tal direito, a educação hospitalar deixou por algum tempo de aparecer no campo das políticas públicas para educação, vindo a novo debate mais recentemente e com a inclusão da redação do artigo 4º da Lei de Diretrizes e Bases para a educação básica onde,

É assegurado atendimento educacional, durante o período de internação, ao aluno da educação básica internado para tratamento de saúde em regime hospitalar ou domiciliar por tempo prolongado, conforme dispuser o Poder Público em regulamento, na esfera de sua competência federativa. (BRASIL, 2018)

A classe hospitalar chega com o objetivo de prestar assistência a crianças e adolescentes que por algum motivo estejam impossibilitados de frequentar o ambiente formal de educação, que é a escola. O MEC (2002) estabelece critérios de condições clínicas para o atendimento em classe hospitalar ou atendimento domiciliar,

(...) são, principalmente, as dificuldades de locomoção; a imobilização parcial ou total; a imposição de horários para administração de medicamentos; os efeitos colaterais de determinados fármacos; as restrições alimentares; os procedimentos invasivos; o efeito de dores localizadas ou generalizadas e a indisposição geral decorrente de determinado quadro de adoecimento. (MEC, 2002)

Como condições individuais que exigem educação em classe hospitalar ou em atendimento pedagógico domiciliar o MEC (2002) destaca “o repouso relativo ou absoluto; a necessidade de estar acamado ou requerer a utilização constante de equipamentos de suporte à vida”.

4. Considerações finais

A classe hospitalar tem sido o modelo de política pública que busca garantir o direito da criança e do adolescente ao acompanhamento educacional em períodos de hospitalização. As crianças e adolescentes com condições crônicas complexas, possuem sistemas orgânicos comprometidos, ou pelo menos um sistema severamente comprometido, geralmente necessitam de hospitalizações frequentes, de cuidados intensivos, contínuos e de alta complexidade dependendo, algumas vezes, de tecnologias para melhora da sua qualidade de vida. Com isso, passam longos períodos hospitalizados e afastados da escola acarretando perda curricular ou perda do ano letivo.

A perspectiva intersetorial na saúde constitui uma estratégia que tende a ser incorporada na prática dos/as profissionais, uma vez que a concepção de saúde atualmente vigente, deixa bastante explícita a incapacidade de uma única política dar conta do atendimento integral do usuário. O agravamento das expressões da questão social, por sua magnitude, impõe desafios nas políticas públicas e, neste cenário, a intersetorialidade se coloca como uma estratégia,

muito embora sua efetivação exija a superação de traços históricos e culturais marcantes, conforme sinalizamos neste trabalho.

Deste modo reafirmamos a importância de estudos dessa natureza que inclusive possam desvendar o modo como a categoria profissional, Assistente Social - mas não somente essa -, absorve a intersectorialidade. Considerando que as/os assistentes sociais, através de seu processo de trabalho movem e provocam grande parte das ações intersectoriais, cujo objetivo seja o atendimento do direito do usuário a saúde, em seu sentido ampliado.

Partindo de uma concepção ampliada de saúde, onde a promoção, prevenção e recuperação são indissociáveis, independentemente do nível de atenção, entendemos que a classe hospitalar, bem como o acesso dos usuários às mais diversas políticas sociais depende de uma articulação intersectorial, destacamos a importância de debates nessa direção, em espaços concretos, tais como os conselhos de garantia dos direitos de crianças e adolescentes, os espaços colegiados institucionais, os fóruns, as associações, dentre outros, para a busca de efetivação, seja do direito à classe hospitalar, seja do direito ao acesso aos insumos, a desospitalização, tão caros às crianças e adolescentes cronicamente adoecidos.

Referências

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. **A saúde e o dilema da intersectorialidade**. São Paulo: Hucitec, 2006.

BRASIL Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados. **Resolução nº. 41 de 13 de outubro de 1995**.

_____. BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Imprensa Oficial, 1988.

_____. Ministério da Educação e Cultura. **Estatuto da Criança e do Adolescente**, 1990.

_____. Ministério da Educação e Cultura. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação do Brasil**. 1996.

_____. Ministério da Educação e Cultura. **Lei nº 13.716 de 24/07/2018**. Lei de Diretrizes e Bases da Educação do Brasil.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. **Classe hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar: estratégias e orientações**. Brasília, DF: MEC/SEESP, 2002.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. **Política Nacional de Educação Especial**. Brasília: MEC/SEESP, 1994.

_____. Secretaria Nacional de direitos humanos. **Documento final da Conferência Nacional**.

BEHRING, E. R; BOSCHETTI, I. **Política Social, fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2006.

BRONZO, Carla. Intersetorialidade, autonomia e território em programas municipais de enfrentamento da pobreza: experiências em Belo Horizonte e São Paulo. **Planejamento e Políticas públicas**, n.35, jul/dez. 2010.

CECCIM e CARVALHO, Paulo Ricardo de Albuquerque. (org) **Criança Hospitalizada: atenção integral como escuta à vida**. Porto Alegre: Editora da Universidade UFRGS, 1997.

COSTA, Maria Dalva Horácio. **Serviço social e intersetoriialidade: a contribuição do serviço social para a construção da intersetorialidade no cotidiano do Sistema Único De Saúde**. Tese (Doutorado em Serviço Social). Universidade Federal de Pernambuco, 2010.

DUARTE, Josélia Giordano et al. Perfil dos pacientes internados em serviços de pediatria no município do Rio de Janeiro: mudamos? **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 199-214, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312012000100011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 jan. 2018.

FRANÇA, Merilin Carneiro; CAVALCANTI, Patrícia Barreto. A intersetorialidade e o assistente social na saúde. Anais. **Seminário Internacional sobre Políticas Públicas, Intersetorialidade e Família**. 2013. Disponível em: <http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/anais/sipinf/edicoes/l/12.pdf>. Acessado em: 28 out. 2017.

IBGE. **Síntese dos Indicadores Sociais**. 2017. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/trabalho/9221-sintese-de-indicadores-sociais.html?&t=o-que-e>.

INOJOSA, Rose Mary. Intersetorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional. In: **Revista de Administração Pública (RAP)**. Rio de Janeiro, FGV, n.32(2), 1998.

ISSA, Renata Marques et al. Classe hospitalar: Bases teóricas e legais. **XII Congresso Nacional de Educação-EDUCERE**. PUC-PR. 2015.

JUNQUEIRA, Luciano. Descentralização e intersetorialidade: a construção de um novo modelo de gestão municipal. **Revista de Administração Pública**, 32(2), 1997.

LIMA, Rafaela Dayse Oliveira; Oliveira, Raquel Araújo; Sousa, Fernanda Marques. **Intersetorialidade, política de saúde e serviço social: um processo de ações na busca da integralidade**. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo3/intersetorialidade-politica-de-saude-e-servico-social_-um-processo-de-aco-es-na-busca-da-integralidade.pdf>. Acesso em: 28 out. 2017.

MONNERAT, Giselle Lavinias; ALMEIDA, Ney Luiz Teixeira de; SOUZA, Rosimary Gonçalves de. (orgs). **A intersetorialidade na agenda das políticas sociais**. Campinas, Papel Social, 2014.

MONNERAT, Giselle Lavinias; SOUZA, Rosimary Gonçalves de. Da seguridade social à intersetorialidade: reflexões sobre a integração de políticas sociais no Brasil. R. **Katál**, v.14, nº 1, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rk/v14n1/v14n1a05.pdf>. Acesso em: 28 out. 2017.

_____. Política social e intersetorialidade: consensos teóricos e desafios práticos. **Ser Social** v.12, n.26, UNB, 2010.

MOREIRA, Maria Elisabeth Lopes; GOLDANI, Marcelo Zubarán. A criança é o pai do homem: novos desafios para a área de saúde da criança. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 321-327, mar. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000200002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 jan. 2018.

OLIVEIRA, Taynara Carvalho de. **Um breve histórico sobre as classes hospitalares no Brasil e no mundo**. EDUCERE. PUC- Paraná, 2013.

PEREIRA, Potyara A. P. A intersetorialidade das políticas sociais numa perspectiva dialética. In: A intersetorialidade na agenda das políticas sociais. Monnerat, G. L.; ALMEIDA, N. L. T. SOUZA, R. G. Campinas, SP: **Papel Social**, 2014.

VIANA, Maria Luiza; VIANA, Ana Luiza. Abordagens metodológicas em políticas públicas. **Revista de Administração Pública**, 24(4): p.5-43, 1995.

VIEIRA, Angelica J.C. **A classe hospitalar como modalidade de educação para crianças e adolescentes com condições crônicas complexas em um hospital terciário**. Trabalho de Conclusão de Residência: IFF/Fiocruz, 2019 (mimeo).

ZOMBINNI, Edison Vanderlei. **Classe hospitalar: uma estratégia para a promoção da saúde da criança**. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2011.