



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

VANESSA DANIELA LAGEMANN

**CONSTRUINDO PARCERIAS INTERSETORIAIS
PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE:
UM ESTUDO SOBRE A PASTORAL DA CRIANÇA**

ARIQUEMES - RO

2019

Vanessa Daniela Lagemann

**CONSTRUINDO PARCERIAS INTERSETORIAIS
PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE:
UM ESTUDO SOBRE A PASTORAL DA CRIANÇA**

Monografia apresentada ao curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharela em Enfermagem.

Orientador: Prof.º Esp. Rafael Alves Pereira

Ariquemes - RO

2019

FICHA CATALOGRÁFICA
Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca Júlio Bordignon - FAEMA

L174c	LAGEMANN, Vanessa Daniela.
	Construindo parcerias intersetoriais para promoção da saúde: um estudo sobre a Pastoral da Criança. / por Vanessa Daniela Lagemann. Ariquemes: FAEMA, 2019.
	68 p.; il.
	TCC (Graduação) - Bacharelado em Enfermagem - Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA.
	Orientador (a): Prof. Esp. Rafael Alves Pereira.
	1. Promoção da Saúde. 2. Estratégia Saúde da Família. 3. Planejamento Social. 4. Organizações. 5. Colaboração Intersetorial. I Pereira, Rafael Alves. II. Título. III. FAEMA.
	CDD:610.73

Bibliotecária Responsável
Herta Maria de Açucena do N. Soeiro
CRB 1114/11

Vanessa Daniela Lagemann

<http://lattes.cnpq.br/4582251753893280>

**CONSTRUINDO PARCERIAS INTERSETORIAIS PARA
PROMOÇÃO DA SAÚDE:
UM ESTUDO SOBRE A PASTORAL DA CRIANÇA**

Monografia apresentada ao curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharela em Enfermagem.

COMISSÃO EXAMINADORA

Orientador: Prof.^o Esp. Rafael Alves Pereira

<http://lattes.cnpq.br/4232989378960978>

Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Prof.^a Dra. Rosani Aparecida Alves Ribeiro de Souza

<http://lattes.cnpq.br/7390341620545908>

Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Prof.^o Esp. Oliveira Lima de Melo

<http://lattes.cnpq.br/6701892038418780>

Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Ariquemes, 30 de Outubro de 2019.

À Deus, que nunca se ausentou.

À minha família, que na simplicidade orientou o caminho.

À todos aqueles que se empenham em transformar o mundo em um lugar mais digno e humano, como fazem os voluntários da Pastoral da Criança.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente aquele que, com seu amor inesgotável, me acompanhou em cada segundo desse itinerário, testemunhou todas as lágrimas, guardou meu caminho, iluminou meus passos e concedeu-me sabedoria e força, principalmente nos momentos difíceis. Obrigada Deus, pela tua constante presença.

Minha gratidão à Nossa Senhora Aparecida, por vossa maternal proteção; por ser luz, ouvir as preces do meu coração e me trazer calma, quando a vida teimava em ser pressa.

Aos meus pais e demais familiares, corações abertos, pelos bons e sábios conselhos; pelos sentimentos, emoções e esperanças divididas; e pelo apoio incondicional durante essa trajetória. Obrigada por 'tudo' e por 'tanto'!

Ao orientador, Prof. Esp. Rafael Alves Pereira, pela parceria! Obrigada por todas as orientações, por transmitir entusiasmo pela pesquisa, por partilhar seus ricos conhecimentos, pelo incentivo, dedicação e pela grande paciência que teve comigo durante essa etapa.

À Prof.^a Dra. Rosani Aparecida Alves Ribeiro de Souza, por ser luz, por toda a cordialidade com que sempre me acolheu e pela imensurável contribuição no aperfeiçoamento deste trabalho. Aqui estendo os agradecimentos ao Prof. Esp. Oliveira Lima de Melo, por todos os ensinamentos e pela também participação na banca examinadora. Obrigada por compartilharem suas vastas e memoráveis experiências, tornando o momento de grandes aprendizados.

Aos docentes e colegas de curso, pois juntos completamos uma importante etapa de nossas vidas. Em especial, às docentes Ma.Thays Chiarato e Esp. Sandra Capelo, por todo auxílio concedido, desde os mais singelos.

Às voluntárias da Pastoral da Criança, pela receptividade, disponibilidade e por confiarem a mim suas convicções, seus valores, suas crenças... Sintam-se abraçadas, tanto quanto senti durante a realização da pesquisa.

A todos que, de alguma forma, colaboraram e tornaram possível este trabalho.

*Quando se inicia algo que vai ao encontro de
uma necessidade, a perspectiva de sucesso é maior.*

E isso não tem fronteiras.

DRA. ZILDA ARNS NEUMANN

RESUMO

Tendo em vista a relevância do trabalho conjunto entre diferentes setores e segmentos da sociedade no desenvolvimento das práticas educativo-promocionais em saúde, aborda-se nesse estudo a possível articulação entre a Estratégia Saúde da Família (ESF) e a Pastoral da Criança (PC). A PC é uma entidade do terceiro setor que está presente, principalmente, em áreas em situação de vulnerabilidade social. Há mais de três décadas combate à mortalidade infantil e luta pela melhoria da qualidade de vida de crianças e suas famílias. O objetivo central é avaliar a percepção dos coordenadores da PC acerca da construção de parcerias com profissionais da ESF, na cidade de Ariquemes-RO. Trata-se de um estudo exploratório, transversal, de abordagem quanti-qualitativa. Os dados foram coletados através de entrevista semiestruturada e submetidos à análise de conteúdo. As participantes valorizam a parceria como uma forma de complementar e ampliar as ações que a PC desenvolve na comunidade e de colaborar com os próprios profissionais, promovendo um acompanhamento dinâmico e produtivo. Esse trabalho articulado oportuniza, além do fortalecimento das atividades realizadas, o aumento em seu grau de resolutividade e se apresenta de extrema importância para um cuidado integralizado. Nesse cenário promissor da construção de parcerias, observa-se a importância do enfermeiro, pois pode efetuar o elo entre ambos os setores por ter como atributiva a coordenação e articulação das atividades realizadas pela equipe de Saúde da Família.

Palavras-Chave: Promoção da Saúde; Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Planejamento Social; Organizações; Colaboração Intersetorial.

ABSTRACT

Given the relevance of working together between different sectors and segments of society in the development of educational and promotional practices in health, this study addresses the possible articulation between the Family Health Strategy (ESF) and the Pastoral of the Child (PC). PC is a third sector entity that is present mainly in socially vulnerable areas. For more than three decades, it has been fighting child mortality and fighting to improve the quality of life of children and their families. The main objective is to evaluate the perception of the PC coordinators about building partnerships with ESF professionals in the city of Ariquemes-RO. This is an exploratory cross-sectional study with a quantitative and qualitative approach. Data were collected through semi-structured interviews and subjected to content analysis. Participants value the partnership as a way to complement and expand the actions that PC develops in the community and to collaborate with its own professionals, promoting a dynamic and productive follow-up. This articulated work allows, besides strengthening the activities performed, the increase in its degree of resoluteness and is extremely important for a comprehensive care. In this promising scenario of building partnerships, it is observed the importance of nurses, because they can make the link between both sectors by having the coordination and articulation of activities performed by the Family Health Team.

Keywords: Health Promotion; Primary Health Care; Family Health Strategy; Social planning; Organizations; Intersectoral Collaboration.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Localização do município de Ariquemes-Rondônia-Brasil.....	29
Figura 2 - Representação das comunidades participantes	30

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Motivações para o trabalho voluntário na PC	37
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil dos participantes do estudo. Ariquemes-RO. 2019.	33
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CF	Constituição Federal
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNBB	Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FABS	Folha de Acompanhamento e Avaliação Mensal das Ações Básicas de Saúde e Educação na Comunidade
FAEMA	Faculdade de Educação e Meio Ambiente
LC	Líder Comunitário
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PC	Pastoral da Criança
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PS	Promoção da Saúde
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
2 REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1 A PASTORAL DA CRIANÇA COMO ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE	15
2.2 INTERSETORIALIDADE E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	22
3 OBJETIVOS	27
3.1 OBJETIVO GERAL	27
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	27
4 METODOLOGIA	28
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	33
5.1PROMOÇÃO DE TRANSFORMAÇÕES NA VIDA FAMILIAR E COMUNITÁRIA	35
5.2 FORMAÇÃO DE PARCERIAS: PERSPECTIVAS E DESAFIOS.....	42
CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
REFERÊNCIAS	49
APÊNDICES	58
ANEXOS	63
ANEXO A- Folha de Acompanhamento e Avaliação das Ações Básicas de Saúde e Educação na Comunidade	64
ANEXO B- Parecer Consubstanciado do CEP	66

INTRODUÇÃO

A Promoção da Saúde (PS) conduz a um importante conceito que é a própria definição de saúde. Esta foi reconhecida como qualidade de vida, estando relacionada a diferentes fatores como à habitação, ao trabalho, à educação, ao saneamento básico, à alimentação, à cultura, ao lazer dentre outros. (BRASIL, 1986).

Esse conceito ampliado de saúde passa a exigir dos profissionais e equipes de saúde um trabalho articulado com outros espaços que estão fora do seu próprio setor. A intersetorialidade é essa articulação entre diferentes setores e, portanto, saberes, vontades e poderes variados, com o propósito de abordar uma situação ou tema em conjunto. É uma estratégia fundamental de PS que busca a construção de espaços mais saudáveis de vida. (BRASIL, 2009).

A PS pode ser vista através de uma perspectiva ampla, que se apoia em dois pilares: no comportamento cotidiano dos indivíduos e nas circunstâncias de vida que estão inseridos. Dessa forma, passa a ser sinônimo da ação individual e da comunidade e ação e comprometimento dos governos em garantir uma vida mais saudável a cada um e a população em geral. (BRASIL, 2010).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), determina o incentivo às práticas intersetoriais como uma de suas diretrizes, buscando favorecer o desenvolvimento integral das ações de PS, ou seja, atender as necessidades sociais em saúde. Nesse contexto, o Ministério da Saúde (MS) investe na Estratégia Saúde da Família (ESF), um novo modelo assistencial de Atenção Primária à Saúde (APS). (BRASIL, 2010; CARVALHO, 2013).

A ESF possibilita o estabelecimento de vínculos permanentes entre a equipe de saúde e a comunidade. Essa aproximação possibilita que o planejamento das ações seja direcionado às necessidades dos indivíduos e famílias para que, assim, se possa atingir seu principal objetivo: a prestação de um cuidado integral a população. Assim, incentiva-se a busca de parceiros na comunidade para contribuírem no desenvolvimento das práticas em saúde a serem desenvolvidas localmente. (CAÇADOR, 2015; SILVA, 2013).

Nesse estudo, utilizou-se como espaço para a construção dessas parcerias a Pastoral da Criança (PC). Esse terceiro setor atua no autodesenvolvimento de famílias residentes nos grandes bolsões de pobreza. Entre suas finalidades está a capacitação

de voluntários para atuarem como agentes de saúde, levando às comunidades carentes orientações básicas de educação, saúde, nutrição e cidadania. (DIAS, 2016).

A questão a ser discutida é a relevância da parceria entre a PC e a ESF no fortalecimento das ações de PS na comunidade, pois considera-se que a articulação sistemática e contínua entre ambos no processo de planejamento das ações pode ser tida como forte aliada na implementação das ações e atividades afins.

Assim, esse estudo justifica-se a medida que propõe fomentar a discussão em torno da temática da intersetorialidade, vista aqui como mediadora e fortalecedora das práticas educativo-promocionais em saúde.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A PASTORAL DA CRIANÇA COMO ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

No Brasil, durante o século XX, o conceito de saúde predominante era a ausência de doença e a maneira para alcançá-la baseava-se na assistência médica de competência da Previdência Social, que tinha sua atuação limitada aos trabalhadores de carteira assinada. Ações de prevenção ficavam sob responsabilidade do MS, cenário que consolidava a dicotomia prevenção/cura. (FIGUEIREDO, 2007).

Na década de 1980, o Brasil assistia à uma crise previdenciária e as condições para manutenção da assistência médica para os membros do sistema eram quase inexistentes. Concomitante a essa situação estava em andamento no país o processo de redemocratização e as camadas populares exigiam soluções que possibilitassem a redução das iniquidades acentuadas pelo período ditatorial. (WESTPHAL, 2003).

Em meados dessa década, foram introduzidas no território brasileiro as ideias relacionadas a PS, nutridas pelas discussões acerca da Reforma Sanitária. Essas ideias ganharam destaque na VIII Conferência Nacional de Saúde, a partir da qual a saúde foi compreendida através de uma perspectiva ampla, para muito além da ausência de doença. (CARVALHO, 2008).

A Reforma Sanitária nasce da luta contra a ditadura e se consolida na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em Brasília, no ano de 1986, que envolveu a participação de quase todas as instituições da área, bem como de representações da sociedade civil, dos partidos políticos e dos grupos profissionais no debate de uma política setorial. O evento sustentou a ideia de que “Democracia é Saúde” e compôs-se em fórum de luta pela descentralização do sistema e implementação de políticas sociais em defesa e cuidado da vida. (BRASIL, 1986).

Esse episódio apresentou conceitos e objetivos semelhantes aos propostos na I Conferência Internacional de Promoção de Saúde ocorrida em igual ano, em Ottawa no Canadá, a partir da qual a PS foi concebida como uma ação conjunta entre o Estado e a sociedade civil, com o objetivo de reforçar a ação comunitária, desenvolver políticas públicas saudáveis, construir ambientes favoráveis, desenvolver habilidades pessoais e reorientar os serviços de saúde. (LOPES et al., 2010).

Em ambos os documentos resultantes dessas conferências, a saúde passou a ser considerada como fruto da melhoria da qualidade de vida e relacionada a diversas condições: paz, habitação digna, educação, renda, alimentação, recursos sustentáveis, ecossistema estável, equidade e justiça social. (CARVALHO, 2008; CARTA DE OTTAWA, 1986; BRASIL, 1986).

A partir da CNS, em conjunto com movimento da Reforma Sanitária, os brasileiros conquistaram um capítulo exclusivo de saúde na Constituição Federal (CF) de 1988. Através da mobilização social, que buscava a mudança do modelo curativo e hospitalar de atenção à saúde, a saúde foi garantida como um direito de todos. (PETTRES; DA ROS, 2018).

Vale dizer que, coincidentemente, enquanto os brasileiros se preocupavam em alcançar um sistema de saúde equitativo, que cuidasse do indivíduo de forma integral e promovesse um acesso universal, o mundo se voltava para a formulação de conceitos e intervenções em saúde que resultassem na melhoria das condições concretas de existência de forma individualizada e coletiva.

Nessa perspectiva, o entendimento ampliado de saúde estabeleceu acordos para a prática de PS que necessita de parcerias com outras esferas de governo políticas, sociais, econômicas, culturais, ambientais, educacionais e de saúde no sentido estrito. Assim, tornou-se necessário reunir outras forças sociais para colaborar neste movimento de expansão das estratégias de PS. (WESTPHAL, 2003).

A mesma autora menciona que dentre as estratégias de incentivo para melhorar as condições de saúde está o fortalecimento do potencial da população para atuar nas decisões que afetam sua vida e para priorizar estilos de vida saudáveis, além de estimular o diálogo dos diferentes saberes. Os atores da PS tornaram-se numerosos e uma vez que novos atores reconheceram-se incluídos neste novo movimento, passaram a ser “sujeitos” (grifo nosso) desta nova prática.

Dessa forma, desenvolveu-se a ideia da corresponsabilidade: a saúde passa a ser uma responsabilidade compartilhada entre indivíduo, sociedade e Estado. A construção e pactuação das políticas públicas passaram a envolver a participação de diferentes atores representando múltiplas necessidades e interesses sociais. Ressalta-se que esse acordo não exime o aparelho estatal de suas responsabilidades. (CALEGARE; SILVA JUNIOR, 2009).

A sociedade civil, como um desses atores, surge tanto no aspecto de usuário dos serviços quanto nas organizações que lutam pela proteção dos direitos dos cidadãos, constituindo o chamado “Terceiro Setor”. (SANTOS; MARTINS, 2016).

A terminologia Terceiro Setor, *Third Sector*, foi criada nos Estados Unidos, na década de 70, para se referir às instituições dos particulares que desenvolvem ações que seriam de responsabilidade estatal. Nesse contexto, identificam-se as expressões “Primeiro Setor” e “Segundo Setor” que se compõem pelo Estado e instituições privadas com fins lucrativos. (PAES; SANTOS, 2017).

Em sentido amplo, os autores supracitados afirmam que o Terceiro Setor pode ser interpretado como representação da sociedade civil que se organiza para assistir às necessidades de saúde, educação e cultura que o sistema não consegue suprir integralmente. Além disso, atua como estimulador da participação social e contribui para o pleno exercício da cidadania.

Santos e Martins (2016) afirmam que a nomenclatura dada é nova, mas o assunto não. Esse segmento sempre existiu através de práticas de caridade realizadas por igrejas ou por determinada comunidade, tendo como objetivo alcançar um bem comum: o desenvolvimento social. Tal abordagem surgiu buscando inserir os cidadãos na sociedade, de modo a colaborar tanto no desenvolvimento pessoal como social.

Para Mañas e Medeiros (2012), a responsabilidade desse segmento com as comunidades carentes, ou seja, mais desprivilegiadas das políticas públicas, não se limita apenas ao contexto social, engloba também o campo econômico ao envolver a capacitação dos indivíduos em atividades que lhes gerem emprego e renda

A Constituição Federal concede autorização para que entidades do Terceiro Setor colaborem na assistência à saúde da população, considerando-se que tal ação não se esgota ao Estado, como apresenta o parágrafo primeiro do Art. 199:

As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. (BRASIL, 1988).

Uma dessas organizações acima referenciadas é a PC. Desde 1985, a entidade mantém convênio com o Ministério da Saúde, o qual colabora para a realização de ações básicas em saúde, capacitações iniciais e formação continuada dos voluntários,

confeção de materiais educativos entre outras atividades. (PASTORAL DA CRIANÇA, 2018a).

A PC é uma entidade de atuação social da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), fundada pela médica pediatra e sanitarista Dra. Zilda Arns Neumann. A organização assume há mais de 30 anos o compromisso de transformar realidades, através de orientações básicas apoiadas em diferentes temas, de maneira ecumênica nas comunidades pobres. (PASTORAL DA CRIANÇA, 2017).

Sua missão é a promoção do desenvolvimento integral de crianças, da gestação aos seis anos de idade. As ações abrangem assuntos de saúde, nutrição, educação e cidadania, sendo sempre guiadas pela evangelho, com o objetivo de tornar a famílias e comunidades autores de sua própria transformação. (PASTORAL DA CRIANÇA, 2018b).

Lee (2011) aponta a importância de retomar o passado para compreender a razão de determinadas ações realizadas por indivíduos, grupos sociais ou instituições. Dessa forma, para entender melhor a atuação dessa organização do terceiro setor é necessário retomar ao processo histórico da sua formação.

Em 1982, durante os intervalos de um importante debate sobre a pobreza e a paz mundial na cidade de Genebra, na Suíça, Mr. James Grant, então diretor executivo do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), convenceu Dom Paulo Evaristo Arns, Arcebispo Emérito de São Paulo e defensor dos direitos humanos, de que a igreja do Brasil seria capaz de reduzir as altas taxas de mortalidade infantil apenas ensinando às mães ações simples sobre a preparação e administração do soro caseiro. (PASTORAL DA CRIANÇA, 2007).

O soro, solução simples feita de açúcar, sal e água em medidas exatas, foi considerado como o maior avanço da medicina no século XX, sendo capaz de salvar inúmeras crianças que poderiam morrer da desidratação ocasionada pela diarreia, uma das principais causas da mortalidade infantil no mundo. (NEUMANN, 2010).

Assim, após retornar ao Brasil, Dom Paulo sugeriu à sua irmã Zilda Arns a possibilidade de desenvolver o projeto. A proposta foi apresentada em Brasília, na CNBB, então presidida por Dom José Ivo Lorscheiter. A médica abraçou o desafio e Dom Geraldo Majella Agnelo, na época arcebispo de Londrina, foi indicado como presidente da nova PC para que acompanhasse o andamento do trabalho. (PASTORAL DA CRIANÇA, 2007).

Por ser tratar de uma experiência piloto que necessitava ser testada para que fosse aceita pela Igreja e ampliada para as demais dioceses do país, foi realizado um levantamento para saber em qual município havia a maior taxa de óbitos de crianças menores de um ano. A cidade identificada foi Florestópolis, situada ao norte do estado do Paraná. A população local era composta, principalmente, por trabalhadores rurais, cortadores de cana. (LIMA, 2006).

Em 1983, no início do trabalho da PC, a mortalidade infantil na cidade era de 127 para cada mil nascidos vivos. Um ano após a implantação da experiência, esse índice reduziu para 28 óbitos por mil nascidos vivos. Esse expressivo resultado foi possível, principalmente, devido à participação de líderes comunitários (LCs), voluntários que eram capacitados em torno de cinco temas fundamentais: saúde materna, amamentação, vigilância nutricional, reidratação oral e imunização, para atuarem juntos à gestante, família e comunidade nos grandes bolsões de pobreza e miséria. (LIÇÕES, 2003).

A essa história de conquista, novas e relevantes atividades complementares foram acrescentadas como: Brinquedotecas, Educação de Jovens e Adultos, Saúde Mental, Geração de Renda e outras. O trabalho está presente hoje em mais de 22 países da América Latina, África e Ásia. (PC, 2007; CNBB, 2012)

Atualmente, a PC se encontra em todos os estados brasileiros e Distrito Federal, distribuída em 3.423 municípios, constituindo uma ampla rede de solidariedade que pode ser visualizada através dos números equivalentes ao 3º trimestre de 2018, assim apresentados: 876.409 Crianças menores de 6 anos atendidas, média mensal de 733. 314 Famílias acompanhadas; média mensal de 50.961 gestantes assistidas; 82.386 LCs atuantes; 68.128 voluntários de apoio na comunidade. (PASTORAL DA CRIANÇA, 2018c).

Segundo Neumann (2006) mais do que um dever do Estado, a inclusão social das camadas em situação de pobreza deve envolver a participação de toda a sociedade. Nesse sentido, o modelo de atuação adotado na PC foi delineado de forma simples e prática pela Dra. Zilda Arns, conforme narra Rodrigues (2018):

[...] Zilda tomou um café preto para espantar o sono, rezou pedindo ajuda do Espírito Santo e desenhou numa folha de papel um esboço do projeto que entraria para a história dos movimentos sociais do Brasil: uma comunidade pobre, famílias com grávidas e filhos menores de 6 anos e líderes comunitários católicos e de outras religiões e culturas trabalhando de forma ecumênica [sem distinção de cor, raça e crenças]. (RODRIGUES, 2018, p. 35).

Conforme o autor, essa metodologia própria de trabalho envolvendo as principais lideranças da comunidade no autodesenvolvimento das famílias carentes tem hoje sua originalidade e eficácia nacional e internacionalmente reconhecidas. A entidade foi indicada quatro vezes pelo governo brasileiro ao Prêmio Nobel da Paz, nos anos de 2001, 2002, 2003 e 2005.

Entretanto, para que o voluntário possa desempenhar suas atividades e gerar transformação social, é necessário que esteja preparado e provido de instrumentos adequados. Em vista disso, o LC é capacitado para realizar ações básicas, simples e acessíveis de educação e PS dentro do contexto familiar e coletivo. O trabalho ajuda fortalecer o tecido social e promover melhoria das políticas públicas nessas áreas. (NEUMANN, 2010; LIMA, 2006).

De acordo com o Guia do Líder (PASTORAL DA CRIANÇA, 2017), livro que serve de referência para o trabalho da PC, o LC acompanha gestantes e até quinze crianças de famílias próximas à sua residência desenvolvendo três atividades: visita domiciliar, celebração da vida e reunião para refletir e avaliar os resultados alcançados com as ações.

No primeiro momento os LCs visitam as famílias previamente cadastradas, dialogam com a gestante e familiares da criança para conhecer a realidade local e analisar suas necessidades básicas. Nesse espaço acontece a partilha do saber sobre assuntos relacionados ao desenvolvimento infantil como: educação, saúde, higiene, alimentação dentre outros. Essa atitude também contribui para o fortalecimento dos laços de confiança e amizade. (PASTORAL DA CRIANÇA, 2017).

Durante essas visitas os líderes realizam anotações com relação ao atendimento prestado e observado. A partir desses dados são preenchidas as Folhas de Acompanhamento e Avaliação Mensal das Ações Básicas de Saúde e Educação na Comunidade- FABS (Anexo A), em conjunto com o coordenador local. Posteriormente, são enviadas à coordenação nacional, onde alimentam o Sistema de Informação da PC. (SANTOS, 2017).

Segundo a autora acima citada, esse instrumento é fundamental para o planejamento estratégico da entidade, pois identifica os resultados alcançados em todo o país. A FABS possibilita conhecer os aspectos a melhorar, os pontos fortes e desenvolver novas ações. Para os LCs, ajuda avaliar os resultados do seu trabalho e, assim, planejar suas futuras atividades.

A Celebração da Vida é o encontro mensal de todos os LCs e famílias acompanhadas. Esse momento contribui para fortalecer o vínculo de toda a comunidade, celebrar as conquistas alcançadas pelo trabalho da PC e esclarecer dúvidas sobre a gestação, o bebê ou a criança, além de oportunizar que todos reflitam e procurem juntos a resolução dos problemas que afligem a coletividade. Nessa ocasião ocorre a pesagem das crianças, conforme a metodologia do acompanhamento nutricional, e o peso é registado no Caderno do Líder, que agrega informações acerca da criança e gestante acompanhadas. (PASTORAL DA CRIANÇA, 2018d).

Segundo Cunico (2015) esse é o momento ideal para que profissionais de diferentes áreas de atuação façam suas observações referentes ao desenvolvimento da criança e conversem sobre temas de interesse do grupo. Dias (2016) aponta que o diálogo é um elemento fundamental para a aproximação dos sujeitos e formação de cidadãos críticos e criativos com voz ativa sobre sua realidade.

A terceira atividade é a reunião de reflexão e avaliação, sendo essencial para o processo de formação do líder. Nesse momento o coordenador e os LCs reúnem-se para discutir o trabalho realizado, utilizando o modelo “Ver, Julgar e Agir” (grifo nosso). Nesses encontros os voluntários analisam a situação das famílias acompanhadas, identificam as causas e consequências de determinado problema, somam esforços e avaliam quais alternativas podem ajudar a família ou a comunidade. (PASTORAL DA CRIANÇA, 2017).

A partir dessas ações, a PC auxilia as famílias na luta por acesso a direitos sociais básicos, como apresenta a CF (1988), no Capítulo II, em seu Art. 6º, sendo eles: a saúde, a educação, o lazer, o trabalho, a segurança, a proteção à maternidade e à infância, a previdência social, a assistência aos desamparados.

Dessa forma, o trabalho da PC fortalece o compromisso com a construção da cidadania, empenha-se na formação de ambientes saudáveis e reconhece a família e a comunidade como um cenário privilegiado para que a criança interaja e se desenvolva. (LIÇÕES, 2003).

O escopo da PC é o estímulo ao desenvolvimento integral da Primeira Infância. Esse período compreende desde a concepção até o ingresso da criança na educação formal. Dessa forma, considera a gestação, o parto e os primeiros anos de vida. No Brasil esse período termina aos seis anos de idade. (BRASIL, 2014a).

Em geral, essa fase é entendida como sendo de numerosas oportunidades para a integridade da vida de uma pessoa, mas também de diversas vulnerabilidades e de grande susceptibilidade às influências e agentes externos, como pobreza e violência. Em especial, essa etapa no país carece de uma atenção mais centralizada às especificidades da idade. (BRASIL, 2016).

É crescente a necessidade de se investir nas áreas de prevenção e Promoção da Saúde a essa camada da população. Segundo dados da Fundação Abrinc (2016) o Brasil concentra mais de 60 milhões de crianças e adolescentes. A região Norte tem 41% de sua população constituída por esse grupo. Uma considerável parcela de meninas e meninos estão expostos à condições vulneráveis que ameaçam o seu bom desenvolvimento como a falta de saneamento básico, moradia, educação, proteção, lazer, pobreza e a violência.

Nesse sentido, a atuação da PC em conjunto com vários setores da sociedade pode configurar-se como uma estratégia potencializadora das práticas de saúde e criação de ambientes saudáveis nesses espaços, uma vez que permitirá um cuidado mais integral voltado as particularidades da realidade apresentada. (BRASIL, 2010).

A atenção básica, mais especificamente a Estratégia Saúde da Família (ESF), tem como um dos seus papéis a busca por parceiros no território onde se desenvolvem as ações de saúde, como será explanado no próximo capítulo.

2.2 INTERSETORIALIDADE E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Conforme abordado no primeiro capítulo, a PS foi reconhecida como um novo conceito de saúde irrestrito à doença. A mesma defende práticas que reconhecem a saúde como qualidade de vida da população. Dias et al. (2014) relatam que a adoção dessa nova concepção passa a incentivar o trabalho em cooperação entre diferentes setores.

No ano de 2006, foi apresentada a PNPS, que recomenda a articulação sociedade/Estado, público/privado, sujeito/coletivo visando reduzir riscos e danos no processo de adoecimento. Entretanto, várias mudanças ocorreram no cenário dessa política, onde passou a se discutir questões como a sustentabilidade ambiental, a atenção básica, o controle da violência, do alcoolismo e do tabagismo dentre outros fatores em prol da qualidade de vida do cidadão. Tal política foi redefinida pela Portaria

nº 2.446, de 11 de novembro de 2014, tendo como objetivo central a promoção da equidade e a melhoria das condições e modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva, diminuindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes econômicos, sociais, políticos, ambientais e culturais. (CEBALLOS, 2015).

A PS deve ser vista como uma estratégia para organizar a gestão e as práticas em saúde, onde profissionais de saúde desviem seu olhar e escuta da doença para os sujeitos. Busca-se, assim, caminhar ao encontro da atenção integral aos indivíduos em sua complexidade e singularidade individual e social. (BRASIL, 2010).

Magalhães (2016) destaca que tal estratégia almeja o bem estar da sociedade através do empenho da população. Sob esse viés, promover saúde é educar para a autonomia, é, segundo Carvalho (2013), operar nas causas do adoecimento, envolvendo a participação efetiva dos usuários como protagonistas de sua própria vida e saúde.

De acordo com Cestari et al. (2016) a implementação da política e das práticas de PS requer um trabalho interdisciplinar e intersetorial, com trabalhadores providos de conhecimentos e habilidades na área. Os autores destacam que as atividades educativas em saúde levam à adoção de atitudes preventivas e promotoras da saúde, sendo fundamentais na melhoria da qualidade de vida dos sujeitos.

Tais práticas, segundo Figueira et al. (2017) oportunizam o processo de ensino-aprendizagem com a finalidade de mudanças de comportamento fundamentais para o cuidado em diversos contextos da vida.

O trabalho intersetorial é uma ação chave do trabalho em equipe na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Tal prática busca oferecer uma atenção integral, de acordo com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como centro de suas ações a família, e como seu locus operacional a esfera comunitária. A Estratégia é tida como uma consolidação, ampliação e qualificação da Atenção Básica (AB). (CAÇADOR et al., 2015).

A AB ou APS é a principal porta de entrada dos indivíduos no SUS, sendo composta pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e equipes de Saúde da Família. Os postos são instalados perto de onde as pessoas moram, estudam, trabalham e vivem dando proximidade à população de acesso aos serviços de saúde. (BRASIL, 2012a).

Como explanado, a atenção se organiza pela ESF que, por sua vez, atua na promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, tratamento de doenças, reabilitação e manutenção da saúde. (SILVA, 2013). Por estar localizada no território onde os processos de viver, adoecer e cuidar são (re)construídos, reproduzidos e transformados, se traduz como o ponto de atenção da rede com maior capilaridade na vida dos sujeitos. (CAÇADOR et al., 2015).

A Estratégia é organizada através de equipes multiprofissionais que atuam em um território geograficamente delimitado. As equipes são formadas minimamente por médico, enfermeiro, técnicos ou auxiliares de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A essa composição podem ser incluídos os profissionais de saúde bucal, como cirurgião dentista, técnico e auxiliar de saúde bucal. (BRASIL, 2011).

Destaca-se que o enfermeiro possui um papel fundamental nesse novo modelo assistencial de APS, desempenhando ações educativas (ROECKER; BUDÓ; MARCON, 2012) e também o papel de coordenador da equipe, como pode ser constatado na Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, do MS, que dispõe das atribuições de cada membro que integra a ESF, conferindo ao enfermeiro a função de planejamento, avaliação e gerenciamento das ações desenvolvidas pelos ACSs e demais integrantes da equipe de saúde.

Como estratégia para alcançar os objetivos da Atenção Primária, o MS criou através da Portaria n. 154/2008, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Esses núcleos são constituídos por multiprofissionais, de acordo com as necessidades locais, tais como: fisioterapeuta, nutricionista, farmacêutico, médico pediatra, assistente social, educador físico, psicólogo, dentre outros. Sua função é oferecer apoio à equipe de Saúde da Família, qualificando e complementando seu trabalho. (BRASIL, 2008).

O NASF tem o princípio da integralidade como sua principal diretriz, sendo entendida sob o aspecto da organização do sistema de saúde, das práticas em saúde e do indivíduo. Por estar vinculado à APS, tem entre seus pressupostos a participação social, a intersetorialidade, a interdisciplinaridade, a territorialização, a promoção da saúde, a educação popular em saúde, a humanização e a educação permanente em saúde. (BRASIL, 2009).

Cabe ressaltar que estes núcleos não se constituem como uma porta de entrada para o SUS (sendo essa a função da UBS). Os mesmos agem a partir das demandas que são constatadas no trabalho conjunto com as equipes de Saúde da

Família e buscam ampliar o escopo das ações de AB. Dessa forma, os profissionais que o compõe devem ser cadastrados, de preferência, em uma única unidade de saúde situada no território onde as equipes às quais estão vinculados atuam. (BRASIL, 2008).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) traz como função comum a todos os membros que integram a equipe de AB, a identificação de parceiros e recursos na comunidade que contribuam para o fortalecimento das ações intersetoriais. (BRASIL, 2012a). Tais parcerias podem ocorrer com diversos segmentos sociais e setores como entidades religiosas, organizações comunitárias, governos, saúde, educação, cultura, esporte, lazer, instituições privadas, fundações, organizações não-governamentais dentre outros. (WIMMER; FIGUEIREDO, 2006).

A intersetorialidade desponta como um meio relevante para a operacionalização da PS, que busca, enquanto elemento de equidade, integrar a comunidade e a unidade de saúde através de ações contextualizadas conforme as necessidades do território. (CEBALLOS, 2015).

Através desse trabalho conjunto torna-se possível realizar uma ação mais abrangente mediante a participação de setores que se complementam. Essa prática estabelece novas formas de planejar, executar e controlar os serviços prestados para garantir a igualdade no acesso aos desiguais, constituindo um dos eixos que compõe as políticas públicas de saúde. (AZEVEDO; PELICIONI; WESPHAL, 2012).

A construção de alianças torna-se, assim, um caminho imprescindível para agir com maior assertividade na busca de soluções para os problemas enfrentados pela população e fortalecer a luta coletiva por uma “saúde para todos” (grifo nosso). Logo, discutir a temática, debruçar-se sobre ela e apresentar motivos que mobilizem um estudo dessa natureza é indispensável para gerar processos de reflexão sobre a sua viabilidade.

Apesar da literatura ainda apresentar-se incipiente na área de pesquisas direcionadas a enfatizar a parceria entre a ESF e a PC, alguns autores evidenciam essa atuação articulada de um modo bastante positivo. Além disso, em outras publicações destinadas a caracterizar o trabalho desempenhado pela entidade, percebe-se que o mesmo se reveste de experiências exitosas.

No estudo de Marques, Ribeiro e Santos (2012), em Montes Claros/MG, a soma de esforços entre os referidos setores mostrou-se efetiva na proteção contra agravos de doenças prevalentes na infância, contribuindo no fortalecimento das ações de

educação em saúde e para a redução da mortalidade infantil. Tendo em vista a concretização da parceria foram mencionadas pelos enfermeiros participantes estratégias como a organização de reuniões, programa de pesagem das crianças, oferta de capacitações e o funcionamento de um sistema de referência e contra referência com a entidade.

Os resultados obtidos com o estudo de Cesar et al. (2008), realizado na cidade de Rio Grande/RS, mostraram que, embora as gestantes visitadas pelos ACSs tivessem iniciado o pré-natal de forma mais precoce, as que foram acompanhadas pelos líderes voluntários apresentaram maior participação de familiares nas consultas de pré-natal.

Enfatiza-se que essa participação é de suma importância, pois possibilita preparar o casal e toda a família para as mudanças que possam ocorrer após o nascimento do bebê e propiciar um ambiente saudável para o seu desenvolvimento. (BRASIL, 2012b).

Por sua vez, Mandarino, Misasato e Mandarino (2009) evidenciaram, a partir de uma pesquisa realizada com os responsáveis das crianças atendidas pela entidade no município de Teresópolis/RJ, que o principal motivo destes levarem seus filhos na PC é o tratamento da cárie dentária, sendo que 73,5% das crianças, antes de serem atendidas nesse espaço, não tinham realizado nenhum tipo de tratamento odontológico.

Sobre esse alto percentual de crianças que nunca frequentaram o dentista, os autores mencionam dentre as possíveis causas a condição econômica, o despreparo dos profissionais em atender essa clientela e a falta de conhecimento das mães, ratificando que parcela considerável da população não possuem acesso aos serviços básicos de atenção à saúde bucal.

A partir do conteúdo apresentado, infere-se ser relevante refletir sobre a relação entre essas esferas de assistência, aqui representadas pela figura do profissional de saúde e do voluntário da PC, lançando um olhar sobre as potencialidades e os desafios presentes na operacionalização dessa proposta articuladora.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a percepção dos coordenadores da Pastoral da Criança acerca da construção de parcerias com profissionais da Estratégia Saúde da Família, na cidade de Ariquemes-RO.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Abordar brevemente aspectos históricos da Promoção da Saúde no Brasil e a inserção do Terceiro Setor nesse cenário;
- Elencar os fatores que motivam, dificultam e/ou facilitam o trabalho na Pastoral da Criança;
- Destacar a articulação intersetorial como colaboradora no fortalecimento da práxis de Promoção da Saúde.

4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, de cunho transversal e de abordagem quanti-qualitativa, realizado a partir de entrevistas semiestruturadas. Optou-se por esse tipo de entrevista, pois esta valoriza a presença do investigador e, ao mesmo tempo, possibilita ao entrevistado respostas livres e espontâneas, que são fundamentais e enriquecem a investigação. (TRIVIÑOS, 1992).

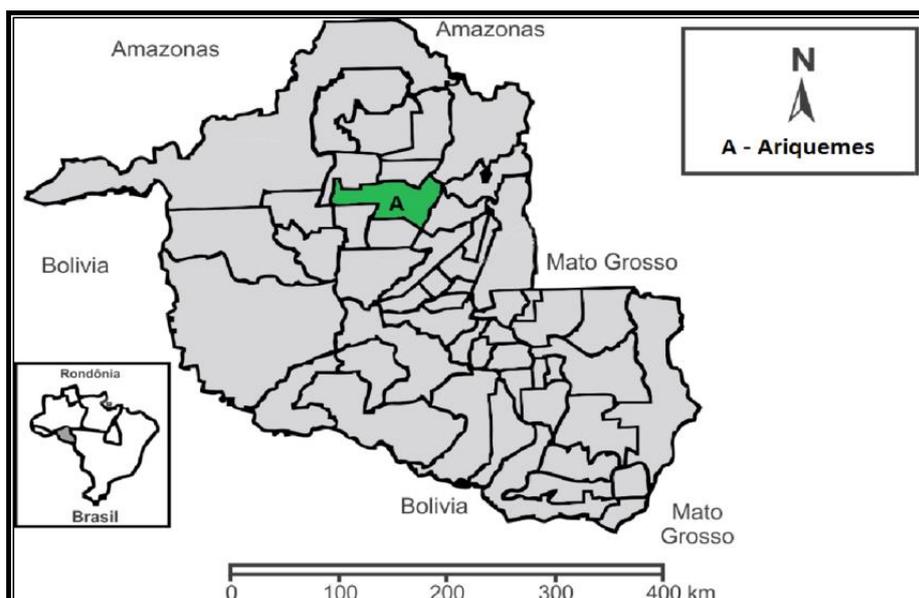
Foram consultados para embasamento teórico materiais disponibilizados nas bases de dados da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Google Acadêmico, BVS Determinantes Sociais da Saúde (BVS DSS), Manuais do Ministério da Saúde, acervos da Biblioteca Júlio Bordignon da Faculdade de Educação e Meio Ambiente-FAEMA, acervo da autora e sites oficiais.

Utilizaram-se os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Promoção da Saúde; Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Planejamento Social; Organizações; Colaboração Intersetorial. Os materiais de 1986 e 1988 foram fundamentais no contexto da pesquisa, tendo maior relevância as publicações compreendidas entre 2003 a 2018, por estarem intimamente atreladas ao objeto de estudo.

Para a construção textual foram utilizadas 84 referências, sendo 50 artigos científicos (59,5%); 9 (10,7%) documentos legais; 7 (8,3%) livros; 6 (7,1%) publicações em sites oficiais; 4 (4,8%) manuais do Ministério da Saúde; 3 (3,6%) dissertações; 2 (2,4%) monografias; 2 (2,4%) cadernos de apoio; 1 (1,2%) Tese.

O município de Ariquemes-RO, representado na Figura 1, foi eleito para a realização do presente estudo. Com área territorial de 4.426, 571 Km², localiza-se na porção Centro-Norte do Estado de Rondônia à 203 quilômetros da capital Porto Velho. O censo demográfico de 2018 estimou uma população de 106.168 habitantes e densidade demográfica de 20,41 hab./km². (BRASIL, 2017a).

Figura 1- Localização do município de Ariquemes-Rondônia-Brasil



Fonte: Bianchini et al. (2013).

A população alvo está representada pelos coordenadores da PC distribuídos em comunidades (igrejas católicas) vinculadas à Paróquia São Francisco de Assis, no município de Ariquemes-RO. Para delimitação do número de participantes foi realizado contato via telefone com a coordenação geral da PC da Paróquia supracitada, visando conhecer o quantitativo de coordenadores da entidade. A quantidade total de entrevistados está assim representada: 10 (dez) coordenadores da PC, sendo 9 (nove) de atuação comunitária e 1 (um) de atuação a nível paroquial (geral).

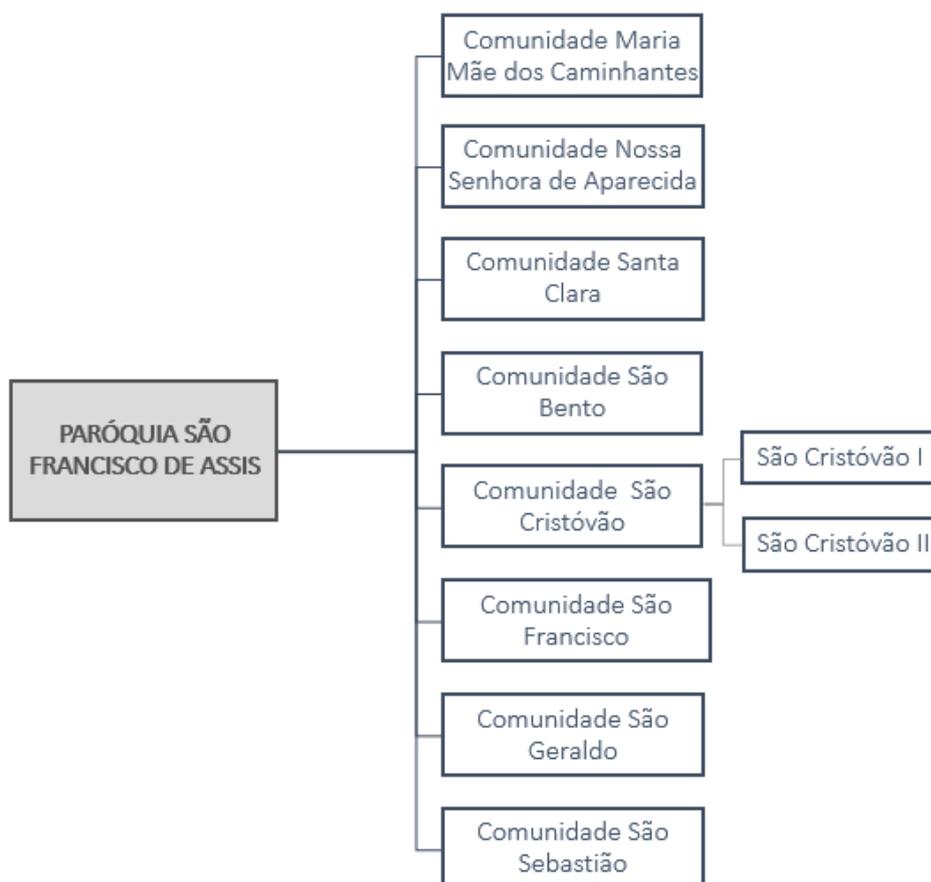
Dessa forma, os critérios para inclusão foram: ser coordenador(a) da PC e estar vinculado à Paróquia São Francisco de Assis, no município de Ariquemes-RO; Concordar em participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Como critérios de exclusão considerou-se voluntários atuantes em outro ramo paroquial e/ou municípios; sujeitos que não consentiram sua participação na pesquisa ou se recusaram de prosseguir em qualquer fase que a mesma se encontrava.

A Paróquia São Francisco de Assis, localizada no bairro setor 01, foi criada em 08 de dezembro de 1976 por Dom João Batista Costa, tendo completado 40 anos no ano de 2016. A escolha do local justifica-se por esta agregar o trabalho da entidade estudada e pela facilidade de acesso. A mesma conta com 8 comunidades de atuação

da PC situadas no município de Ariquemes. Para cada localidade foi convidado 1 representante para participar da pesquisa, exceto em uma comunidade onde a mesma foi representada por 2 coordenadores, por atenderem diferentes áreas de abrangência.

As comunidades incluídas no estudo podem ser visualizadas através do organograma a seguir (Figura 2):

Figura 2- Representação das comunidades participantes



Fonte: Elaborada pela autora (2019).

Os instrumentos de coleta foram construídos visando atender as finalidades do presente estudo e, para tanto, divididos em dois blocos. O primeiro bloco, introdutório, buscou informações relacionadas ao perfil dos entrevistados, com objetivo de conhecer os participantes. Já o segundo, constituiu um conjunto de questões situacionais direcionadas à atuação da entidade em questão, sendo adaptadas para cada nível de coordenação. Os mesmos foram submetidos a um pré-teste para que fossem realizadas possíveis adequações.

Os dados foram coletados no período de Junho a Julho de 2019. O acesso à população alvo ocorreu, inicialmente, através de contatos sociais sendo, posteriormente, realizado contato telefônico para agendamento das entrevistas, que tiveram duração média de 20 minutos. Durante a coleta de dados utilizou-se um gravador mediante o consentimento do participante. Apenas um sujeito desistiu da gravação, uma vez que não se sentia confortável com a prática e optou pela resposta escrita. Ressalta-se que durante as entrevistas foram necessárias elucidações sobre o que é ESF, pois se não houvesse esse esclarecimento os sujeitos participantes não seriam capazes de responder a última questão.

Os preceitos éticos que regem as pesquisas com seres humanos foram respeitados de tal forma que a pesquisa foi iniciada somente após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Educação e Meio Ambiente-FAEMA, sob o parecer nº 3.336.035 (Anexo B).

Todos os voluntários foram esclarecidos sobre os riscos e benefícios relacionados à pesquisa, bem como seus objetivos. Posteriormente, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE e Termo de Autorização de Uso de Voz previamente à sua participação. O sigilo da identidade dos sujeitos foi assegurado.

A investigação apresentou risco mínimo, por interferir na rotina e demandar tempo do participante, gerando desconforto. Entretanto, como benefício buscou contribuir na identificação da necessidade de parcerias para o fortalecimento das práticas de saúde realizadas pela entidade, com impacto positivo no público acompanhado.

Para garantir o sigilo da identidade dos entrevistados na apresentação dos resultados e, simultaneamente, nominá-los na pesquisa, os mesmos foram identificados pela inicial C, representando “coordenador”, seguido de um número conforme a ordem de ingresso no estudo. Exemplo: C1, C2, C3...C10.

Os discursos foram transcritos integralmente e com total fidedignidade, sendo submetidos à análise de conteúdo proposta por Bardin (2016) respeitando-se as etapas de pré-análise, descrição detalhada do material e tratamento dos resultados. Foram feitas, inicialmente, leituras flutuantes dos achados para que, assim, pudesse ser realizada a seleção de informações mais relevantes. Após leitura exaustiva à procura de discursos semelhantes, os assuntos/temas analisados que convergiam a

um objetivo em comum foram organizados em núcleos de sentido e aglutinados em eixos temáticos que sintetizam o conhecimento produzido.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi constituída por 10 (dez) coordenadores da PC, sendo 9 (nove) coordenadores comunitários e 1 (um) coordenador a nível paroquial (geral), todos vinculados a Paróquia São Francisco de Assis no município em questão.

Quanto à caracterização dos entrevistados, a mesma pode ser visualizada na tabela a seguir:

Tabela 1 - Perfil dos participantes do estudo. Ariquemes-RO. 2019.

Características	Número (n=10)	%
Sexo		
Feminino	10	100
Masculino	-	-
Idade		
20 a 30 anos	01	10
31 a 40 anos	01	10
41 a 50 anos	03	30
51 a 60 anos	05	50
Escolaridade		
Sem escolaridade	01	10
Ensino fundamental incompleto	-	-
Ensino fundamental completo	-	-
Ensino médio incompleto	-	-
Ensino Médio Completo	05	50
Ensino Superior Completo	04	40
Doutorado	-	-
Tempo de atuação na PC		
Menos de 05 anos	04	40
De 06 a 10 anos	04	40
Mais de 11 anos	02	20
Exerce outra função além de coordenador		
Sim	10	100
Não	-	-
Reside na área onde atua*		
Sim	03	33,3
Não	06	66,7

*Questão direcionada apenas às coordenações comunitárias.

Ao analisar o perfil dos participantes (Tabela 1) constatou-se que a amostra foi composta em sua totalidade por mulheres, sendo a maioria (50%) com idade entre 51 a 60 anos e que concluíram o ensino médio; 40% das entrevistadas que possuem nível superior são graduadas nas áreas de pedagogia, economia e educação física; Apenas 10% se apresentou sem escolaridade, declarando não saber ler nem escrever.

Tais dados aproximam-se do perfil básico do voluntário da PC em âmbito nacional, que apresenta um voluntário do sexo feminino, na faixa etária de 40 a 59 anos, com grau de instrução em dois grandes grupos: fundamental incompleto e ensino médio completo. (CAVALCANTE, 2016).

A visão da maternidade enquanto elemento da natureza feminina e a atribuição do papel de cuidadora dos filhos e da família como um todo à mulher, podem estar correlacionadas à predominância desse público na entidade. (ANJOS, 2007). Além disso, o espaço contribui para o empoderamento das voluntárias, fazendo com que as mulheres sintam-se capazes e percebam suas potencialidades, atuando como importantes agentes de mudanças na comunidade.

Em relação a entrevistada não alfabetizada, surgiu um breve questionamento, se isso não poderia dificultar em sua atuação na PC, sendo que uma de suas funções é o preenchimento da FABS, instrumento essencial para avaliar e planejar as ações nas comunidades acompanhadas. Entretanto, uma das voluntárias (atuante há mais de 11 anos) relatou que os LCs com baixa escolaridade ou sem alfabetização contam com a parceria de outro líder para auxiliá-los.

Concomitante à função de coordenador, todas as participantes declararam ser também líderes da PC. Tal informação, ao se evidenciar as coordenadoras de comunidades, é também constatada na estrutura funcional da entidade, onde esse nível de coordenação é desempenhado por uma das líderes locais. (PASTORAL DA CRIANÇA, 2017). Em especial, uma das participantes (10%), atuante há mais de 11 anos, exerce também a função de capacitadora do Guia do Líder.

Segundo o ideal da PC, os LCs devem residir na comunidade onde atuam. Isso permite uma proximidade maior com o dia-a-dia da população, conhecendo melhor a realidade local. (LIMA, 2006). Contudo, de acordo com os resultados verificou-se que apenas 3 "C" (33,3%) com idade entre 44 e 50 anos, se encaixam em tal critério. Esses mesmos sujeitos consideram o fato de morar na comunidade um fator facilitante para sua atuação na PC. Já os demais (66,7%), com idade entre 29 e 59 anos e residentes

em outros bairros, consideram a religião (33,35%) e o fato de conhecer a população (33,35%) elementos favoráveis ao exercício de atuar junto à PC.

Dentre as coordenadoras comunitárias, 8 "C" (89%), afirmaram a inexistência de diálogo entre a PC e a UBS da área onde atua ou próxima a ela. A única participante (11%) que confirmou a existência desse diálogo, atua há mais de 11 anos na entidade e esclareceu que a comunicação ocorre mediante a solicitação que a própria PC faz para os profissionais de saúde estarem realizando atividades durante a Celebração da Vida, tendo a comunidade em questão boa aderência nesse aspecto.

Compondo a amostra total do estudo, 9 "C" (90%) informaram desconhecer a ESF. Apenas uma participante (10%), voluntária a menos de 5 anos, afirmou conhecer a Estratégia, sob a figura do ACS. Quando esclarecidas sobre a composição da equipe e de seus objetivos, as mesmas mostraram-se empolgadas ao perceber que esses profissionais poderiam somar ao trabalho da PC.

O fato mencionado acima chamou a atenção, uma vez que o desconhecimento da atuação da Estratégia também foi alegado dentre as entrevistadas que atuam há mais de 11 anos na PC. Frente a esse aspecto, torna-se fundamental que os papéis e as atribuições de cada setor e dos profissionais envolvidos estejam claros para todos, colaborando na identificação do outro enquanto importante aliado local. Vale reportar-se a Peruzzo et al. (2018), os quais relatam que quando se passa a conhecer o trabalho de cada integrante, compreende-se sua importância na equipe e o processo de trabalho opera melhor.

Com base na análise dos dados obtidos, emergiram duas categorias temáticas: Promoção de Transformações na Vida Familiar e Comunitária; Formação de Parcerias: Perspectivas e Desafios.

5.1 PROMOÇÃO DE TRANSFORMAÇÕES NA VIDA FAMILIAR E COMUNITÁRIA

No trabalho voluntário costumam se fazer presentes o desejo de promover mudanças e a disposição para realizar ações concretas e eficientes, desenvolvendo a cidadania num dos seus mais expressivos aspectos, que é o da responsabilidade diante da realidade e do compromisso em buscar modificá-la. (ANDRADE; MELLO, 2006).

Segundo Cavalcante et al. (2015) identificar os fatores que motivam os voluntários pode ajudar a entender o que os mesmos objetivam com o trabalho. Esses fatores, por sua vez, podem se apresentar sob diferentes nuances. (NOGUEIRA-MARTINS; BERSUSA; SIQUEIRA, 2010). Assim, no tocante às motivações das entrevistadas para a atuação na PC, as mesmas foram estruturadas no quadro seguinte (Quadro 1):

Tipos de Motivação	Discursos das Entrevistadas (O que te motiva a atuar na PC?)	Artigo referenciado
Altruísmo	<p>[...] o índice muito grande de crianças sem o acompanhamento, o acompanhamento adequado, famílias desestruturadas [...] (C1)</p> <p>A carência das famílias e principalmente as crianças carentes que precisam de nossa ajuda. (C4)</p>	<p>Ajudar os outros, àqueles que mais precisam. (SOUZA; COSTA, 2013)</p>
Realização pessoal, Identificação com o trabalho desenvolvido	<p>[...] a questão de ser útil pra aquela criança menos favorecida [...] (C3)</p> <p>[...] eu sempre quis desenvolver algum trabalho na comunidade né, e a PC ela me trouxe, assim ... o que eu precisava realmente, eu me encontrei lá! [...] (C10)</p>	<p>Fazer algo que valha a pena, que tem valor para alguém; sentir prazer e felicidade em promover o bem coletivo. (MOURA; SOUZA, 2007)</p>

<p>Convicção religiosa, sentimento de missão</p>	<p>[...] o chamado que Jesus faz a cada um de nós, a missão que nós temos né, de ir ao encontro das crianças mais necessitadas [...] (C6)</p> <p>[...] o constante chamado, seja pela comunidade, seja pela igreja, a fazer parte da prática do evangelho através de ações concretas [...] (C8)</p>	<p>Realizar uma atividade sob influência da fé em algo superior. (PICCOLI; GODOI, 2012)</p>
<p>Construção de laços afetivos</p>	<p><i>As crianças! É, você vai, começa a trabalhar e conforme você visita cada casa, cada criança, eles tem um carinho enorme por você. Então, apesar de todas as dificuldades que a PC enfrenta, as crianças, elas retribui com muito amor, com muita atenção [...] isso é a maior recompensa que eu acho que toda líder deve ter provavelmente, porque a gente se apega muito às crianças e isso transforma a vida de muita criança. (C2)</i></p>	<p>Ajudar sujeitos e comunidades em situações de exceção, através do auxílio direto aos menos aptos, como as crianças, tendo interesse no resgate da cidadania. (MOURA; SOUZA, 2007)</p>

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Quadro 1- Motivações para o trabalho voluntário na PC

Em síntese, nos depoimentos das entrevistas verificou-se um certo grau de doação e dedicação para o bem-estar do outro e para si próprio, direcionando para a busca de um desenvolvimento pessoal e social. Nessa perspectiva tem-se o comentário de Alves-Souza (2003), a qual reitera que o voluntariado surge na sociedade para a sociedade. A partir de suas intervenções no espaço, são produzidos benefícios e ganhos a diferentes setores da sociedade.

Em reforço, Souza e Costa (2013) afirmam que essa atividade passou a ser considerada como uma atitude de cidadania. Algumas pessoas tornam-se voluntárias porque acreditam nas finalidades da organização e sentem-se seguras de que podem colaborar na resolução de diferentes problemas. (CHRISTAUSKAS; PETRAUSKIENE; MARCINKEVICIUTE, 2012).

Salienta-se que a PC nutre um compromisso, desde a sua fundação, com a redução da desnutrição e mortalidade infantil, e tem incorporado diferentes atividades em sua linha de ação conforme as novas realidades que se apresentam. C2 reconhece a busca pelo aperfeiçoamento constante do trabalho como um “progresso” (grifo nosso):

[...] a PC ela vem tentando a cada dia aprimorar esse trabalho em questão da saúde. Começou com o combate a diarreia nas crianças, as crianças davam muita diarreia e desnutrição e hoje ela tenta trabalhar com a higiene na casa [...] Então, assim, eu vejo esse desenvolvimento, esse trabalho que vai sendo feito um ‘progresso’, né?! Ele é um trabalho que não tá cem por cento, mas que vai se aprimorando todas as vezes, em todas as reuniões que se vão passando e as necessidades que se vai sentindo.
(C2)

Dentre as ações realizadas pela entidade cita-se o estímulo à vacinação de crianças e gestantes, apoio no diagnóstico precoce de hanseníase nas cidades com maior incidência da doença, participação na redução da mortalidade materna, incentivo no aleitamento exclusivo até os seis meses, combate às infecções respiratórias agudas e perinatais, prevenção da obesidade infantil e da violência familiar. (BRASIL, 2016).

Sabe-se que os LCs são a “espinha dorsal” (grifo nosso) para que essas ações cheguem até as famílias e crianças mais pobres, sendo preparados para tal. De acordo com C3, as capacitações/treinamentos/atualizações que os líderes locais recebem acontecem “a cada 2 meses; Se necessário, mais vezes” (grifo nosso),

conforme as necessidades sentidas pelos mesmos. Quando questionada sobre a presença de profissionais da saúde nesse espaço, a entrevistada declarou não existir, dentro do seu tempo de atuação na entidade:

É... até então, de quando eu participo não teve [...] (C3)

Contudo, indica a possível presença do profissional em outras atividades da PC, a partir das demandas que surgem durante o trabalho:

[...] a gente tem observado, assim, bastante, a questão do cartão de vacina das crianças, que na entrevista que nós fazemos solicita-se o cartão de vacina, se ele tá em dia e tal; a mãe fala tá. Quando a gente vai verificar: existe pendência da vacina! Então eu procurei a enfermeira Luana, pra ela trabalhar palestra com essas mães, no dia da Celebração da Vida, sobre a importância das vacinas, o quanto que isso é importante! Então, conscientizar essas mães nesse sentido, né? [...] (C3)

Sabe-se que a vacinação é um meio preventivo crucial a população em geral, que protege tanto o indivíduo contra doenças sérias quanto a comunidade, diminuindo a circulação de agentes infecciosos. As crianças e idosos recebem atenção especial, visto que se encontram, no contexto imunológico, mais susceptíveis às doenças. (OLIVEIRA et al., 2010).

Diante do exposto, é imprescindível o processo de conscientização dos sujeitos. O papel de educador é inerente ao enfermeiro. Tal assertiva pode ser constatada na Lei nº 7.498/86, que dispõe sobre o exercício da enfermagem. Em seu artigo 11 regulamenta que, como membro da equipe da saúde, é atribuído a esse profissional o papel de educação em saúde objetivando a melhoria de saúde do indivíduo, da família e da população como um todo.

As ações educativas desenvolvidas pelo enfermeiro possibilitam promover a autonomia dos sujeitos frente às situações de adoecimento, envolvendo não só quem está sob o risco de adoecer, mas também todo o ambiente familiar. (FIRMINO BEZERRA et al., 2013). Em outras palavras, é buscar que o indivíduo identifique a importância do seu papel no cuidado de sua saúde, da saúde de sua família e da comunidade em geral. (ROECKER; NUNES; MARCON, 2013). Nesse contexto, é fazer com que as mães compreendam a vacina como um cuidado protetor para a saúde da criança.

O papel da família no processo de construção dos cuidados pode ser percebido com maior expressão após a Carta de Ottawa, que chamou a atenção para a importância das políticas públicas na PS e a participação de diversos atores e pessoas em todas as esferas da vida (Indivíduo, família e comunidade). (GUTIERREZ; MINAYO, 2010).

O espaço familiar é o foco da missão da PC, que tem como meta central o desenvolvimento integral das crianças. Conforme os ideais da entidade, para promover uma vida saudável é preciso, anterior a tudo, a inclusão de todos. (BRASIL, 2016). Isso passa, necessariamente, pelo reconhecimento da família como célula primária da sociedade, na qual o sujeito desenvolve-se, socializa-se e humaniza-se. (BRASIL, 2017b).

O próximo discurso ilustra um cenário de vida que as entrevistadas se deparam com frequência durante suas atividades: a falta de base e estrutura familiar.

[...] as mães sem perspectiva de vida, aonde a gente vai tentando resgatar pra que ela tenha dignidade, com que ela consiga ver que o mundo tem outras coisas, né?! Tem mais coisas pra oferecer e, então, a gente encontra bastante dificuldade nessa parte aí: mães desmotivadas, mães descrentes, mães sem estrutura familiar e, largando essas crianças assim, largando as crianças a esmo. Então eu acho que essa é uma das maiores dificuldades, que a gente venha tentar resgatar, fazer com que a mãe veja que ela tenha que ter uma família mais centrada, que ela tenha que ter mais responsabilidade com aquilo que ela tá assumindo. (C1)

As iniciativas da PC direcionadas ao âmbito familiar buscam prevenir o abandono das crianças, que pode resultar na procura pela sobrevivência nas ruas, e disseminam uma cultura de cuidado ao ser humano, ao meio ambiente e a vida em sua plenitude. (BRASIL, 2016). A informação e a conscientização passam a se configurar como um fator decisivo para a criação de um novo ambiente de cidadania nas comunidades carentes.

Sob essa lógica, reiterando a perspectiva do discurso acima, cita-se a relevância da presença do psicólogo, vinculado ao NASF, no sentido de empoderar as mães para que exerçam a responsabilidade no cuidado com os filhos. Reforça-se que esse profissional, enquanto integrante do NASF, tem como uma de suas funções a ampliação de vínculo com as famílias, abraçando-as como parceiras no cuidado. (BRASIL, 2009).

Foram citados ainda pelas participantes outros problemas encontrados com frequência nas crianças/famílias assistidas, tais como gripes e diarreias, a falta de higiene, a interrupção do acompanhamento devido à mudanças de endereços do público atendido, dificultando a continuidade do cuidado prestado.

5.2 FORMAÇÃO DE PARCERIAS: PERSPECTIVAS E DESAFIOS

Durante o planejamento das ações desenvolvidas pela PC, os voluntários são incentivados, através do Guia do Líder (PC, 2017), a buscar recursos na comunidade e pessoas que podem ajudá-los na missão.

Sobre isso, Queiroz et al. (2010) apontam que cada nível de coordenação deve procurar recursos conforme seu papel de atuação. Os líderes e coordenadores comunitários são incentivados a procurar parceiros dentro das comunidades nas quais atuam, como a UBS e outros dispositivos locais. Já, às outras coordenações, são destinados os contatos maiores, como as prefeituras e secretarias de saúde.

Nesse contexto, com o objetivo de identificar a existência de possíveis vínculos com o setor da saúde, as entrevistadas foram questionadas sobre a participação dos profissionais de saúde em atividades da PC. Em algumas comunidades verificou-se que esse vínculo é inexistente, em outras evidencia-se que tal participação ocorre de forma esporádica, e geralmente a articulação é feita com profissionais próximos e universitários:

[...] quando a gente solicita eles vão [...] (C1)

[...] são solicitados às universidades, e os estagiários nos ajudam... o pessoal da saúde, o pessoal que trabalha com odontologia. Normalmente, quando solicitado, aparece mais os estagiários. Em questão a trabalhar com órgãos públicos ai já é um pouco mais difícil de conseguir os profissionais. [...] (C2)

[...] não é uma coisa do município, não é uma coisa que tenha lá as pessoas disponíveis! Nós, líderes, que vamos atrás dos nossos conhecidos para tá auxiliando nessas palestras. (C6)

Constatou-se nas narrativas (C2) e (C6) a dificuldade de gerar vínculos com o serviço público. Em estudo semelhante, sob a ótica dos enfermeiros da ESF, Marques,

Ribeiro e Santos (2012) mencionam que um dos fatores que dificulta tal prática é a não compatibilidade de horários entre os profissionais de saúde e os voluntários. Tal fato é constatado nos dizeres de C4:

[...] vieram uma vez. Como a gente mudou o dia e o horário da gente tá atendendo nossas crianças, ai eles acharam muito...muita dificuldade pra eles vim, porque a maioria estão trabalhando no sábado. [...] (C4)

Os mesmos autores ainda apresentam como outro elemento dificultador a possível falta de interesse por parte de alguns profissionais.

[...] a gente teve, mas daí ela saiu porque não tinha benefício [remuneração] nenhum. Daí a gente teve dentista uma vez e teve uma palestra outra vez sobre drogas, uma vez também só. (C7)

Silva et al. (2014) enfatizam que o trabalho intersectorial foi sempre um dilema para a PS. Mesmo reconhecendo que as articulações são importantes estratégias que possibilitam responder de forma efetiva aos problemas complexos que influenciam o bem estar individual e coletivo, tais práticas ainda permanecem na área das intencionalidades. O que se estabelecem, na maior parte das vezes, são parcerias pontuais, com acordos frágeis, tornando um desafio a garantia de práticas sustentáveis.

Para o desenvolvimento desse trabalho é preciso que haja planejamento conjunto das práticas, corresponsabilidade entre os setores comprometidos e sustentabilidade das ações. Isso possibilita refletir sobre as necessidades da comunidade de modo ampliado e de agir nos problemas de maneira menos pontual, de modo a se alcançar resultados a longo prazo. (MORETTI et al., 2010).

Para garantir ações sustentáveis, é preciso que haja envolvimento efetivo dos atores envolvidos (ANDRADE; MELLO, 2006), onde todos estejam abertos às mudanças que se fizerem necessárias na própria organização dos serviços, trabalhando a saúde a partir de uma nova agenda. Assim, a intersectorialidade não pode ser uma ação espontânea, sendo necessário o conhecimento das atribuições próprias de cada setor, respeitando suas particularidades. (DIAS et al., 2014).

Os autores acima ainda mencionam que a intersectorialidade demanda não apenas o desempenho dos profissionais de saúde, mas requer que os municípios

adotem uma política na qual a sociedade civil, os setores governamentais e não governamentais estejam orientados ao seu cumprimento.

Em relação às ações desenvolvidas pelos profissionais participantes, observa-se que são atividades de educação em saúde que, por sua vez, trabalham a PS e a prevenção de doenças, como sinalizam os discursos abaixo:

[...] *ensinar as crianças a como escovar os dentes, a aplicação de flúor, como usar o fio dental, que horas escovar os dentes, porque escovar, qual a necessidade. [...] falar sobre a higiene da casa, higiene da mulher. (C1)*

[...] *incentivaram as mães a fazer o preventivo, pra prevenir doenças [...] (C4)*

Conforme Ferreira (2014), a educação em saúde oportuniza a criação de uma relação entre indivíduo e seu ambiente ao desenvolver uma consciência crítica e reflexiva, dando ao sujeito autonomia e liberdade para participar como agente transformador da realidade.

A PS, neste contexto, se traduz pelo reconhecimento do autocuidado como expressão da capacidade de colocar-se diariamente frente a situações de tomada de decisões que repercutirão sobre os desejos de construir conhecimentos e alcançar o bem-estar para si e para outro. (BUB et al., 2006; SOUZA et al., 2014).

A consolidação de parcerias com a ESF foi considerada de extrema importância pelas voluntárias, principalmente no sentido de complementariedade das ações. Tais parcerias resultariam em benefícios mútuos, conforme ilustrado no seguinte discurso:

[...] *muito importante, pois se nós tivéssemos parceria com a unidade básica de saúde, pessoal que trabalha com a ESF, é ... eles conseguiria nos comunicar de campanha de vacina, de campanha de atendimento nas unidades básicas e, com a visita mensal das líderes às casas das mães, essas informações chegariam mais completas [...] melhoraria muito, tanto o trabalho da saúde quanto o trabalho da PC. (C2)*

Emerge do relato de C2, a noção de um sistema de referência com a unidade. Ao ser comunicado e esclarecido pelos profissionais sobre os serviços oferecidos pela UBS, o líder repassaria, com maior clareza, essas informações durante suas visitas domiciliares, orientando as mães a procurá-los.

A disseminação da informação pode ser vista, conforme apresentado, enquanto fonte de conhecimento para os líderes, atuando como um importante adicional ao seu

trabalho, e serve de apoio para os profissionais de saúde, contribuindo para ampliar a cobertura dos serviços.

Em concordância, Sousa, Erdmann e Mochel (2010) destacam que as ações em saúde desenvolvidas com a participação de diferentes setores podem colaborar para complementar os resultados esperados. O processo de cuidar torna-se ainda mais produtivo e dinâmico, intervindo conforme a realidade da criança e de sua família.

Nesse sentido, Santos (2017) diz que o compartilhamento de informações e experiências entre os voluntários da PC e a ESF permite promover melhorias na orientação dos cuidados oferecidos pelos líderes da PC e possibilita aos profissionais de saúde, em especial ao enfermeiro, um conhecimento maior das necessidades presentes na comunidade. Reforça-se que os voluntários conhecem a realidade da população a qual eles acompanham e o enfermeiro dispõe de uma formação técnica-científica que pode contribuir no planejamento de ações que vão de encontro com essa realidade, envolvendo a equipe multiprofissional local.

Outra coordenadora reiterou a necessidade desse vínculo enquanto fator potencializador das atividades desenvolvidas pelos voluntários:

[...] considero de suma importância a parceria, pra gente poder tá fazendo um trabalho mais revolucionado um pouco, já que nós trabalhamos com ... a PC trabalha com recursos mínimos, mas o nosso trabalho é mais orientação [...] (C1)

Em seu depoimento, C1 reconhece a importância desse trabalho conjunto para ampliar as ações desenvolvidas na comunidade. Essas parcerias se tornam um veículo privilegiado para fomentar a combinação de serviços e/ou práticas, compartilhar conhecimentos e experiências, além de criar e implementar intervenções locais, tendo em vista a construção de espaços mais saudáveis. (ORNELAZ; MONIZ, 2007). Destarte, isso possibilita ofertar uma variabilidade maior de cuidados.

Por fim, outra indicação levantada pelas entrevistadas é o apoio dos ACSs em relação à localização das famílias:

[...] Esses profissionais [ACSs] poderiam tá passando pra nós o endereço dessas famílias [...] (C4)

[...] o agente de saúde sabe onde está a criança. Então, se a gente fizesse uma parceria seria mais fácil pra nós atingirmos essas crianças necessitadas [...] (C3)

Destaca-se esses agentes foram incorporados aos serviços de saúde a partir do reconhecimento, pelo Ministério da Saúde, da intervenção positiva dos LCs da PC. (BARROS et al., 2010).

Assim como o líder, o ACS realizam visitas domiciliares e utilizam diferentes fichas em seu trabalho. Essas fichas reúnem dados sobre cada membro familiar, suas condições de moradia, dados sociodemográficos e condições/situações de saúde gerais que integram o sistema de Informação para registro das ações da AB. (BRASIL, 2014b). Esse arcabouço de informações colaboraria para o trabalho dos líderes, no que tange à identificação de crianças e suas famílias residentes em áreas empobrecidas.

Cabe aqui citar o papel crucial do enfermeiro como possível mediador entre ambos os atores, visto pela função que desempenha na AB. Este profissional apresenta fortes ligações com as atividades dos agentes, atuando na supervisão e educação dos mesmos. Sua experiência como coordenador e articulador das ações de saúde desenvolvidas pela equipe apresenta-se como um diferencial relevante para viabilizar essas parcerias. (CAÇADOR et al., 2015).

Neste contexto, as reuniões regulares realizadas com os membros da equipe de Saúde da Família poderiam funcionar como momentos estratégicos para o estreitamento das relações entre os LCs e a equipe profissional local. Peruzzo et al. (2018) destacam que essas reuniões são importantes dispositivos para a integração e o planejamento, sobretudo, planejamento em saúde, possibilitando refletir sobre os problemas, definir metas, esclarecer dúvidas e conhecer o papel e a função de cada integrante. Além disso, fortalece a relação interpessoal entre os indivíduos, a partir da construção de laços de confiança e de amizade.

Outras estratégias que poderiam ser incluídas nessa linha de discussão, é convidar os LCs a participarem das capacitações promovidas aos ACSs, estimulando a própria educação continuada da PC (MARQUES; RIBEIRO; SANTOS, 2012); e convidar os ACSs a participarem do Dia da Celebração da Vida para realizarem, em conjunto com os líderes, a pesagem das crianças e registrar o peso nos seus relatórios. (PC, 2013).

Logo, diante da importância da construção de parcerias, considerando que esse caminho aponta dificuldades e potencialidades, entende-se ser relevante a discussão dessas relações, uma vez que o desenvolvimento de ações articuladas, de forma sistemática, entre organizações governamentais e não governamentais, tanto

em nível local como nacional, representa um processo que pode gerar avanços na formação de um sistema de saúde com maior integração e participação, consolidando seus resultados, unindo as práticas dos profissionais de saúde e de todos os atores sociais comprometidos com o fortalecimento da cidadania. (ANDRADE; MELLO, 2006).

Nesse sentido, a PC mostra-se como um lócus relevante para a afirmação dessas parcerias. Conforme Alves-Souza (2003), a entidade oportuniza o estabelecimento de vínculos entre comunidade e serviços de saúde, gerando parcerias sistemáticas e constantes, através da readaptação de práticas assistenciais importantes à realidade local.

Em geral, observa-se que o percurso rumo à intersetorialidade implica em um constante reinventar-se, abrir-se ao novo, superar visões e práticas fragmentadas em saúde, conhecer o papel do outro e identificar/traçar objetivos comuns. Entretanto, é gratificante perceber que, mesmo diante de tantos desafios, caminhar de mãos dadas é um jeito promissor para se avançar em direção a um novo modo de fazer e promover saúde, buscando uma vida digna e com qualidade para todos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base no conteúdo exposto, considera-se que as participantes valorizam a parceria com os profissionais integrantes da ESF como uma forma de complementar e ampliar as ações que a PC desenvolve na comunidade e de colaborar com os próprios profissionais, promovendo um acompanhamento dinâmico e produtivo.

As entrevistadas ainda destacaram que o elo com o ACS seria de grande contribuição para facilitar a localização das crianças, pelo fato destes atuarem muito próximos às famílias, exercendo sua prática em âmbito domiciliar.

Nesse contexto, a reflexão sobre os resultados obtidos traduz como fundamental a construção de propostas de ação que potencializem os resultados da PS na comunidade, vista a possibilidade de ofertar uma resposta mais adequada às necessidades de saúde dos sujeitos e da coletividade. O trabalho articulado entre a ESF e a PC oportuniza, além do fortalecimento das atividades realizadas, o aumento em seu grau de resolutividade, e se apresenta de extrema importância para um cuidado integralizado.

Diante do cenário promissor da construção de parcerias, observa-se a importância do enfermeiro na AB, pois pode efetuar o elo entre ambos os setores, por ter como atributiva a coordenação e articulação das atividades realizadas pela equipe de Saúde da Família que se encontra sob sua responsabilidade. Esse profissional deve se apoderar deste conhecimento e incentivar ações promocionais em saúde, quando estas se encontram em situação de fragilidade.

Em síntese, a PC mostrou-se como um espaço privilegiado de educação em saúde, compartilhando objetivos comuns à ESF, tais como eleger a família e a esfera comunitária como núcleo de seu trabalho, empenhar-se na busca por recursos na comunidade que potencializem o resultado de suas atividades e utilizar da democratização do saber na produção do conhecimento.

Considerando a importância dessa abordagem, salienta-se que a temática discutida ainda é pouco explorada no meio científico, visto pelo número reduzido de literaturas encontradas referenciando a articulação entre a PC e a ESF. Dessa forma, para ampliar o escopo de análise sobre a formação de tais parcerias, sugere-se a realização de novas pesquisas com enfoque nos gestores municipais de saúde e profissionais da equipe de Saúde da Família.

REFERÊNCIAS

ALVES-SOUZA, R. A. **A prática odontológica na perspectiva do terceiro setor: o caso das organizações da sociedade civil de interesse público – Londrina-PR.** Tese (Doutorado em Odontologia) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia. Araçatuba: [s.n.], 2003. Disponível em: <<https://repositorio.unesp.br/handle/11449/154672>>. Acesso em: 30 jul. 2019.

ANDRADE, R. D.; MELLO, D. F. de. Organizações sociais e instituições governamentais: perspectivas de parceria na atenção à saúde da criança através dos voluntários e da PC. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 1, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n1/a12v40n1.pdf>>. Acesso em: 26 ago. 2019.

ANJOS, G. dos. Maternidade, cuidados do corpo e "civilização" na PC. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 15, n. 1, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ref/v15n1/a03v15n1.pdf>>. Acesso em: 28 ago. 2019.

AZEVEDO, E. de; PELICIONI, M. C. F.; WESTPHAL, M. F. Práticas intersetoriais nas políticas públicas de promoção de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n4/a05v22n4.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2019.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** 1 ed. 3ª reimpressão. Trad. Luíz Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARROS, D. F. et al. O contexto da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 1, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a09.pdf>>. Acesso em: 04 set. 2019.

BIANCHINI, K. et al. Gestão da Análise de Resíduos Presentes na Água Gerada da Lavagem dos Gases Oriundos do Processo de Redução da Cassiterita a Estanho em Alto-Fornos, em uma Empresa Minerio-Metalurgia do Município de Ariquemes, Rondônia. **Revista Monografias Ambientais**, [S.l.], v. 13, n. 2, mar. 2014. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/remoa/article/view/10394>>. Acesso em: 16 ago. 2019.

BRASIL. Conferência Nacional de Saúde, 8ª. **Relatório final.** Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1986. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf>. Acesso em: 06 mar. 2019.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986.** Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília, 25 jun. 1986. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm>. Acesso em: 13 set. 2019.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 28 out. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 154/GM de 24 de Janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família-NASF. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html>. Acesso em: 13 set. 2019.

_____._____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção. **Diretrizes do NASF**: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Série A. Normas e manuais técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 27. Brasília, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nas_f.pdf>. Acesso em: 13 set. 2019.

_____._____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2019.

_____._____. Gabinete do Ministro. **Portaria n 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 08 set. 2019.

_____._____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 09 out. 2018.

_____._____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2019.

_____. Rede nacional primeira infância. **Plano nacional da primeira infância**: projeto observatório nacional da primeira infância. 2014a. Disponível em: <<http://primeirainfancia.org.br/wp-content/uploads/2015/03/orcamento-primeira-infancia.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. e-SUS Atenção Básica. **Manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada**: CDS. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_CDS_ESUS_1_3_0.pdf>. Acesso em 13 set. 2019.

_____. Câmara dos Deputados. Centro de Estudos e Debates Estratégicos. **Primeira Infância**: Avanços do Marco Legal da Primeira Infância. Caderno de Trabalhos e Debates nº 11. Brasília: SEGRAF, 2016. Disponível em: <http://www.mpggo.mp.br/portal/arquivos/2016/07/28/09_04_59_25_Avanços_do_Marco_Legal_da_Primeira_Infancia_1.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2018.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Ariquemes**: Panorama. 2017a. <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ro/ariquemes/panorama>>. Acesso em: 20 dez. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica**. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/proteger_cuidar_adolescentes_atencao_basica.pdf>. Acesso em: 13 set. 2019.

BUB, M. B. C. et al. A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. spe, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15nspe/v15nspea18.pdf>>. Acesso em: 05 set. 2019.

CAÇADOR, B. S. et al. Ser enfermeiro na estratégia de saúde da família: desafios e possibilidades. **Rev. Min. Enferm.**, v.19, n.3, 2015. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1027>>. Acesso em: 20 ago. 2019.

CALEGARE, M. G. A.; SILVA JUNIOR, N. A “construção” do terceiro setor no Brasil: da questão social à organizacional. **Rev. psicol. polít.**, São Paulo, v. 9, n. 17, 2009. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpp/v9n17/v9n17a09.pdf>>. Acesso em: 07 mar. 2019.

CARTA DE OTTAWA. In: **1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**. Ottawa, Canadá, 1986. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf>. Acesso em: 25 set. 2019.

CARVALHO, A. I. de. Princípios e prática da promoção da saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/00.pdf>>. Acesso em: 19 Set. 2019.

CARVALHO, G. A. Saúde pública no Brasil. **Estud. Av.**, São Paulo, v. 27, n.78, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v27n78/02.pdf>>. Acesso em: 05 maio 2019.

CAVALCANTE, C. E. et al. Motivação para entrada de voluntários em ONG brasileira. **Rev. Adm. (São Paulo)**, São Paulo, v. 50, n. 4, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rausp/v50n4/0080-2107-rausp-50-04-0523.pdf>>. Acesso em: 26 ago. 2019.

CAVALCANTE, C. E. **Motivação de Voluntários**: Teoria e prática. 1 ed. Curitiba: Appris, 2016.

CEBALLOS, A. G. da C. **Modelos conceituais de saúde, determinação social do processo saúde e doença, promoção da saúde**. Recife: [s.n.], 2015. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/3332>>. Acesso em: 01 ago. 2019.

CESTARI, V. R. F. et al. Competências do enfermeiro na promoção da saúde de indivíduos com cardiopatias crônicas. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 6, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n6/0034-7167-reben-69-06-1195.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2019.

CESAR, J. A. et al. Diferentes estratégias de visita domiciliar e seus efeitos sobre a assistência pré-natal no extremo Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n11/16.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2019.

CHRISTAUSKAS, C.; PETRAUSKIENE, R.; MARCINKEVICIUTE, L. Theoretical and Practical Aspects of Volunteer Organisation Members (Volunteers) Motivation. **Inzinerine Ekonomika-Engineering Economics**, v. 23, n. 5, 2012. Disponível em: <<http://inzeiko.ktu.lt/index.php/EE/article/view/3132>>. Acesso em: 19 set. 2019.

CONFERÊNCIA NACIONAL DOS BISPOS DO BRASIL (CNBB). **Pastoral da Criança e os 60 anos da CNBB**. 2012. Disponível em: <<http://www.cnbb.org.br/PC-da-crianca-e-os-60-anos-da-cnbb/>>. Acesso em: 27 fev. 2019.

CUNICO, E. **Pastoral da Criança no Brasil e a Formação de Líderes**: Contribuições da Pedagogia de Paulo Freire. Dissertação (Mestrado em Educação). São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2015. Disponível em: <<https://sapientia.pucsp.br/bitstream/handle/9855/1/Ednilson%20Cunico.pdf>>. Acesso em: 02 fev. 2019.

DIAS, E. C. de O. **Pastoral da Criança**: um olhar para a educação sociocomunitária e suas intervenções no bairro cidade Satélite Iris I em Campinas. Dissertação (Mestrado em Educação) – Centro Universitário Salesiano de São Paulo. Americana: [s.n.], 2016. Disponível em: <https://unisal.br/wp-content/uploads/2017/04/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Ester-Costa-de-Oliveira-Diasl.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2019.

DIAS, M. S. A. et al. Intersetorialidade e Estratégia Saúde da Família: tudo ou quase nada a ver?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, 2014. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4371.pdf>>. Acesso em: 09 ago. 2019.

EICKHOFF, S.; NOGUEIRA, L. de A. Acompanhamento de Crianças Desnutridas e Fatores de Risco: Uma Parceria Com a Pastoral da Criança. **UNOPAR Cient. Ciênc. Biol. Saúde**, v.15, n.1, 2013. Disponível em: <<https://revista.pgsskroton.com/index.php/JHealthSci/article/view/784/750>>. Acesso em: 15 nov. 2019.

FERREIRA, V. F. et al. Educação em saúde e cidadania: revisão integrativa. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v.12, n. 2, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v12n2/a09v12n2.pdf>>. Acesso em: 02 set. 2019.

FIGUEIRA, A. L. G. et al. Intervenções educativas para o conhecimento da doença, adesão ao tratamento e controle do diabetes mellitus. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-2863.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2019.

FIGUEIREDO, N.M.A. de. **Ensinando a cuidar em saúde pública**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2007.

FIRMINO BEZERRA, S. T. et al. Promoção da saúde: a qualidade de vida nas práticas da enfermagem. **Enfermeria Global**, n. 32, 2013. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n32/pt_ensayos2.pdf>. Acesso em: 19 set. 2019.

FUNDAÇÃO ABRINQ. **Cenário da Infância e Adolescência no Brasil 2016**. 2016. Disponível em: <http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/abrinq/cenario_brasil_abrinq_mar_2016.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2019.

GUTIERREZ, D. M. D.; MINAYO, M. C. de S. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/062.pdf>>. Acesso em: 09 set. 2019.

LEE, P. Por que aprender História? **Educ. rev.**, Curitiba, n. 42, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/er/n42/a03n42.pdf>>. Acesso em: 26 fev. 2019.

LIÇÕES da Pastoral da Criança: entrevista com Zilda Arns Neumann. **Estud. av.**, São Paulo, v. 17, n. 48, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v17n48/v17n48a06.pdf>>. Acesso em: 26 fev. 2019.

LIMA, A. de. **Perfil do Líder Comunitário da PC da Região Norte da Cidade de Londrina – PR**. Dissertação (Mestrado em Odontologia Preventiva e Social) -

Araçatuba: Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, 2006. Disponível em:
<http://www.foa.unesp.br/include/arquivos/foa/files/ALESSANDRA_DE_LIMA.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2019.

LOPES, M. do S. V. et al. Análise do conceito de promoção da saúde. **Texto contexto-enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 3, 2010. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n3/a07v19n3.pdf>>. Acesso em: 28 ago. 2019.

MAGALHAES, R. Avaliação da Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectivas e desafios. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, 2016. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n6/1413-8123-csc-21-06-1767.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2019.

MAÑAS, A. V.; MEDEIROS, E. E. Terceiro Setor: um Estudo sobre a sua Importância no processo de Desenvolvimento Socio-Econômico. **Revista Perspectivas em Gestão & Conhecimento**, João Pessoa, v. 2, n. 2, 2012. Disponível em:
<<http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/pgc/article/view/12664>>. Acesso em: 28 out. 2018.

MANDARINO, L. P. M. de B.; MISASATO, J. M. MANDARINO, S. de C. A. Avaliação do Grau de Satisfação dos Responsáveis em Relação à Utilização da Técnica do Tratamento Restaurador Atraumático em Crianças. **Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr.**, João Pessoa, v. 9, n. 2, 2009. Disponível em:
<<http://revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/viewFile/701/375>>. Acesso em: 15 nov. 2019.

MARQUES, F. C.; RIBEIRO, K. S. M. A.; SANTOS, W. Q. Intersetorialidade: possibilidade de parcerias entre a Estratégia Saúde da Família e a Pastoral da Criança. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, 2012. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n95/a06v36n95.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2019.

MORETTI, A. C. et al. Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, 2010. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/095.pdf>>. Acesso em: 25 Ago. 2019.

MOURA, L. R. de; SOUZA, W. J. de. Elementos do Trabalho Voluntário na PC: Características e Motivos. **HOLOS**, [S.l.], v. 3, 2007. Disponível em:
<<http://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/view/137>>. Acesso em: 07 set. 2019.

NEUMANN, Z. A. Conhecimento e solidariedade que geram inclusão social – o caso da PC. **Revista Inclusão Social**, v. 1, n. 2, 2006. Disponível em:
<<http://revista.ibict.br/inclusao/article/view/1523>>. Acesso em: 25 fev. 2019.

———. Palestra que a Dra. Zilda Arns Preparou para Apresentar no Haiti. In.: **Vida PC: Revista Bimestral para Sacerdotes e Agentes de PC**. São Paulo, ano 51, n. 272, 2010. Disponível em: <<https://vidaPC.com.br/wp-content/uploads/2012/10/maio-junho-de-2010-%E2%80%93ano-51-%E2%80%93n.-272.pdf>>. Acesso em: 25 fev. 2019.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; BERSUSA, A. A. S.; SIQUEIRA, S. R. Humanização e voluntariado: estudo qualitativo em hospitais públicos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 5, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n5/1342.pdf>>. Acesso em: 06 set. 2019.

OLIVEIRA, V. et al. Vacinação: o fazer da enfermagem e o saber das mães e/ou cuidadores. **Rev. Rene**, v.11, n. esp., 2010. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/478/pdf_1>. Acesso em: 10 set. 2019.

ORNELAZ, J. H.; MONIZ, M. J. V. Parcerias comunitárias e intervenção preventiva. **Análise Psicológica**, 1 (XXV): 153-158, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v25n1/v25n1a13.pdf>>. Acesso em: 04 set. 2019.

PAES, J. E. S.; SANTOS, J. E. S. A Democracia e o Terceiro Setor na Atualidade: Histórico e Reflexos Atuais. **Revista Direito e Liberdade**, Rio Grande do Norte, v. 19, n. 1, 2017. Disponível em: <http://www.esmarn.tjrn.jus.br/revistas/index.php/revista_direito_e_liberdade/article/view/999>. Acesso em: 27 out. 2018.

PASTORAL DA CRIANÇA. **Guia do Líder da Pastoral da Criança**: para países de língua portuguesa. 17 ed. Curitiba, 2017.

———. **Missão e gestão**: educação de jovens e adultos - livro do monitor. Curitiba, 2007. Disponível em: <https://www.Pastoraldacrianca.org.br/images/materiaiseducativos/eja_monitor.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2019.

———. **O Ministro da Saúde, Ricardo Barros, aprova a solicitação de renovação de convênio com a Pastoral da Criança**. Set. 2018a. Disponível em: <<https://www.Pastoraldacrianca.org.br/noticias2/4497-comemoracao-da-convencao-dos-direitos-da-crianca-2>>. Acesso em: 26 mar. 2019.

———. **Quem Somos**. Nov. 2018b. Disponível em: <<https://www.Pastoraldacrianca.org.br/quemsomos>>. Acesso em: 24 fev. 2019.

———. Sistema de Informação. **PC – CNBB**: Situação de Abrangência Brasil – 3º trimestre/2018. Fev. 2018c. Disponível em: <<https://si.PCdacrianca.org.br/pastcri-prg/>>. Acesso em: 27 fev. 2019.

———. Nós Somos Todos Irmãos. **Revista da Pastoral da Criança**, ano 3, n.11, 2018d. Disponível em: <https://www.Pastoraldacrianca.org.br/images/materiaiseducativos/revista/revista_PC_da_crianca_ed_11.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2019.

———. **Qual a relação do trabalho da Pastoral da Criança e dos Agentes de Saúde da Família?** Ago. 2013. Disponível em: <<https://www.Pastoraldacrianca.org.br/perguntas-frequentes>>. Acesso em: 16 set. 2019.

PERUZZO, H. E. et al. Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v22n4/pt_1414-8145-ean-22-04-e20170372.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2019.

PETTRES, A. A.; DA ROS, M. A. A Determinação Social da Saúde e a Promoção Da Saúde. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, [S.l.], v. 47, n. 3, 2018. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/375/282>>. Acesso em: 28 ago. 2019.

PICCOLI, P.; GODOI, C. K. Motivação para o trabalho voluntário contínuo: uma pesquisa etnográfica em uma organização espírita. **Organ. Soc.**, Salvador, v. 19, n. 62, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/osoc/v19n62/02.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2019.

QUEIROZ, S. M. P. L. et al. Percursos para promoção da saúde bucal: a capacitação de líderes na PC da Igreja Católica no Brasil. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 14, n. 34, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n34/aop1310.pdf>>. Acesso em: 04 set. 2019.

ROECKER, S.; BUDO, M. de L. D; MARCON, S. S. Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/16.pdf>>. Acesso em: 02 set. 2019.

ROECKER, S.; NUNES, E.F.P.A.; MARCON, S. S. O Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 1, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_19.pdf>. Acesso em: 09 set. 2019.

RODRIGUES, E. **Zilda Arns** [recurso eletrônico]: uma biografia. 1 ed. Rio de Janeiro: Anfiteatro, 2018.

SANTOS, A. C. T. dos. **A PC na Promoção da Saúde: Uma Revisão Integrativa.** Trabalho de Conclusão de Curso-Enfermagem, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande: PB, 2017. Disponível em:

<<http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/handle/123456789/18000>>. Acesso em: 02 set. 2019.

SANTOS, D. A. T. MARTINS, F. A. **Terceiro setor**: as contribuições de uma organização sem fins lucrativos para a cidade de Marília. 2016. 47 f. Trabalho de Curso (Bacharelado em Administração) – Centro Universitário Eurípides de Marília, Fundação de Ensino “Eurípides Soares da Rocha”, Marília, 2016.

SILVA, D. A. J. da. **Ação intersetorial**: potencialidades e dificuldades do processo de trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/24512/1/436.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2019.

SILVA, K. L. et al. Promoção da saúde: desafios revelados em práticas exitosas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 1, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n1/0034-8910-rsp-48-01-0076.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2019.

SOUSA, F. G. M. de; ERDMANN, A. L.; MOCHEL, E. G. Modelando a integralidade do cuidado à criança na Atenção Básica de Saúde. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, Porto Alegre, v.31, n.4, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n4/a13v31n4.pdf>>. Acesso em: 01 set. 2019.

SOUZA, J. M. de et al. Aplicabilidade prática do empowerment nas estratégias de promoção da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 7, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n7/1413-8123-csc-19-07-02265.pdf>>. Acesso em: 02 set. 2019.

SOUZA, L. F.; COSTA, H. G. Motivação para o voluntariado: Uma análise de sua evolução na literatura. IX Congresso Nacional de Excelência em Gestão. Rio de Janeiro/RJ, 2013. Disponível em: <<http://www.inovarse.org/filebrowser/download/15613>>. Acesso em: 06 set. 2019.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1992.

WESTPHAL, M. F. Múltiplos Atores da Promoção da Saúde. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, ano IV, v. 4, n. 1, 2003. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/115>>. Acesso em: 05 mar. 2019.

WIMMER, G. F.; FIGUEIREDO, G. de O. Ação coletiva para qualidade de vida: autonomia, transdisciplinaridade e intersectorialidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n1/29458.pdf>>. Acesso em: 26 Jul. 2019.

APÊNDICES

APÊNDICE A- Formulário de Entrevista

Pesquisa:
CONSTRUINDO PARCERIAS INTERSETORIAIS PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE:
UM ESTUDO SOBRE A PASTORAL DA CRIANÇA

ENTREVISTA- COORDENADORES COMUNITÁRIOS

Data da Pesquisa: ___/___/2019 Nº:___

Entrevistador: _____.

Endereço: _____.

Telefone: () _____ ou () _____.

BLOCO A- Perfil

1. Sexo:

Feminino

Masculino

2. Idade (em anos): _____

3. Escolaridade:

Sem escolaridade.

Ensino fundamental incompleto.

Ensino fundamental completo.

Ensino médio incompleto.

Ensino Médio completo.

Ensino superior incompleto.

Ensino superior completo. Área de formação: _____.

Doutorado.

4. Há quanto tempo atua na PC?

Menos de 5 anos

De 6 a 10 anos

Mais de 11 anos.

5. Além de coordenador, exerce outra função na Pastoral da Criança?

Sim. Especifique: _____.

Não

6. Você reside na área da comunidade onde atua?

Sim

Não

BLOCO B- Contextualização

1. O que te motiva a atuar na Pastoral da Criança?

2. Como é a sua visão sobre as ações em saúde desenvolvidas na Pastoral da Criança?

3. Na sua opinião, quais as facilidades encontradas para desenvolver esse trabalho?
 - Residir na Comunidade.
 - Religião.
 - Conhecer a população.

4. Quais as principais dificuldades/necessidades encontradas para desenvolver o trabalho da Pastoral da Criança?

5. Quais os problemas mais recorrentes nas crianças/famílias acompanhadas pela Pastoral da Criança da sua comunidade?

6. Nesse espaço existe a participação de profissionais da saúde realizando palestras, treinamentos e/ou outras atividades? Em caso afirmativo, com que frequência eles participam e quais são as atividades?

7. A Pastoral da Criança mantém um diálogo/comunicação com a Unidade Básica de Saúde da área onde atua? Se sim, como isso ocorre?
 - Sim. Explique.
 - Não

8. Você conhece a Estratégia Saúde da Família-ESF?
 - Sim
 - Não

9. Você considera importante a parceria entre a entidade e os profissionais da equipe de Saúde da Família? Explique.

APÊNDICE B- Formulário de Entrevista

Pesquisa:
CONSTRUINDO PARCERIAS INTERSETORIAIS PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE:
UM ESTUDO SOBRE A PASTORAL DA CRIANÇA

 ENTREVISTA- COORDENADOR DE RAMO/PARÓQUIA

Data da Pesquisa: ___/___/2019 Nº: _____

Entrevistador: _____.

Endereço: _____.

Telefone: () _____ ou () _____.

BLOCO A- Perfil

1. Sexo:

- Feminino
 Masculino

2. Idade (em anos): _____

3. Escolaridade:

- Sem escolaridade.
 Ensino fundamental incompleto.
 Ensino fundamental completo.
 Ensino médio incompleto.
 Ensino Médio completo.
 Ensino superior incompleto.
 Ensino superior completo. Área de formação: _____.
 Doutorado.

4. Há quanto tempo atua na Pastoral da Criança?

- Menos de 5 anos
 De 6 a 10 anos
 Mais de 11 anos.

5. Além de coordenador(a) de ramo, exerce outra função na Pastoral da Criança?

- Sim. Especifique: _____.
 Não

BLOCO B- Contextualização

1. O que te motiva a atuar na Pastoral da Criança?

2. Como você visualiza a importância da entidade no âmbito da saúde pública?

3. Quais as principais dificuldades/necessidades encontradas para desenvolver o trabalho da Pastoral da Criança?

4. Os líderes comunitários recebem capacitações/treinamentos/atualizações frequentemente? Quando isso ocorre?
 Sim. R.: _____.
 Não

5. É frequente a participação dos voluntários nessas formações?

6. Como são realizadas essas atividades? Há a presença de profissionais de saúde nesse espaço? (Ex.: enfermeiros, dentistas, assistentes sociais...)

7. Você conhece a Estratégia Saúde da Família-ESF?
 Sim
 Não

8. Você considera importante a parceria entre a entidade e os profissionais da equipe de Saúde da Família? Explique.

ANEXOS



PASTORAL DA CRIANÇA®
Organismo de Ação Social da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil - CNBB
Folha de Acompanhamento e Avaliação Mensal das Ações Básicas de Saúde e Educação na Comunidade - FABS

31. A comunidade recebeu a visita da Coordenadora de Ramo **no mês**? Sim () Não ()

32. A comunidade possui brinquedista responsável? Sim () Não ()
Se Sim - Nome: _____ N° Certificado: _____

33. A comunidade recebeu a visita do brinquedista no mês? Sim () Não ()
Brinquedistas/brincadores que atuaram no mês: _____ Quando? _____

Nome	Celebração da Vida	Outros momentos

34. Se alguma criança ou gestante não foi atendida pelos serviços de saúde, anote:
Nome da criança ou gestante: _____ Idade: _____
Sintoma (ou doença): _____
Líder ou quem encaminhou: _____
Para onde: _____ Data: ____/____/____ Hora: _____
Responsável pelo atendimento no Serviço de Saúde: _____
Motivo alegado para o não atendimento: _____

Espaço a ser preenchido pela Coordenação de Ramo → Estou ciente do não atendimento e:

() estou tomando providências

() entrei em contato com a Coordenação de Setor

() solicito apoio da Coordenação Nacional

35. Se neste mês **MORREU** alguma **CRIANÇA** acompanhada:
Nome da criança: _____
Nome da mãe da criança: _____
Data de nascimento: ____/____/____ Data do óbito: ____/____/____
Causa da morte: _____
História da morte (escreva o que aconteceu com esta criança que possa ter causado a morte): _____

Durante a doença que causou a morte, a criança teve assistência médica? Não() Sim()
Esta criança foi acompanhada pela Pastoral da Criança desde:
() a gestação. A gestante foi acompanhada por ____ meses.
() somente depois do nascimento, a partir dos ____ meses.

36. Se neste mês **MORREU** alguma **GESTANTE** ou **MÃE** até 42 dias após o parto (**MORTE MATERNA**):
Nome da gestante/mãe: _____
Causa da morte: _____
História da morte: _____

A morte ocorreu () durante a gestação. Qual mês da gestação? _____
() no parto () após o parto. Quantos dias? _____
Esta gestante ou mãe foi acompanhada pela Pastoral da Criança:
() nesta gestação, por ____ meses () depois do parto, por ____ dias.

37. Anote se, no mês, os líderes organizaram alguma **Roda de Conversa** na comunidade:
N° de participantes: _____ Tema principal: _____

38. Anote aqui os nomes dos membros da Equipe de Apoio da Comunidade: _____

39. **Neste mês**, foi realizada a medida da altura pela equipe de ramo na Celebração da Vida? Sim () Não ()
Nome do Voluntário da Informática (pessoa que digita os dados no computador/celular/tablet): _____
Telefone (WhatsApp, fixo): _____

Por que preencher a FABS?
Quando os líderes se reúnem para preencher a FABS é possível **VER** melhor como está a situação das gestantes e crianças da comunidade. Juntos fica mais fácil **JULGAR**, ou seja, pensar sobre a situação das famílias, discutir os resultados do mês e verificar maneiras de **AGIR** para ajudar a melhorar ainda mais a vida na comunidade.
Na Coordenação Nacional, os dados da FABS de sua comunidade são digitados. A cada três meses, a Coordenação Nacional encaminha um relatório para as coordenações de ramo, setor e estado, com a situação de saúde e desenvolvimento das crianças e gestantes acompanhadas, conforme as FABS. Este relatório contém ainda mensagens para os líderes, parabenizando-os pelos progressos alcançados e dando pequenas orientações sobre como podem ajudar ainda mais as famílias acompanhadas.
Com esse relatório em mãos, a coordenação de ramo deve se reunir com seus líderes para **AVALIAR** os resultados, **CELEBRAR** o que está indo bem e planejar o seu **AGIR** para que todas as crianças tenham vida e a tenham em abundância!
Ao conhecer as atividades e os resultados alcançados pela Pastoral da Criança, o governo e toda a sociedade têm a oportunidade de participar deste esforço para a construção de uma sociedade justa e fraterna.

Prazos para envio da FABS:

- **de 1º a 10 de cada mês:** acontece a Reunião para Reflexão e Avaliação, onde os líderes e o Coordenador Comunitário preenchem juntos a FABS com todas as informações da comunidade referentes ao mês anterior e a FABS é encaminhada para o Coordenador de Ramo.
- **até o dia 20:** o Coordenador de Ramo revisa as FABS, assina e envia para a Coordenação Nacional, em Curitiba, no seguinte endereço:

Pastoral da Criança
Rua Jacarezinho, 1691 - CEP 80.810-900 Curitiba - PR

Os resultados das FABS servem também para a Coordenação Nacional planejar suas ações e oferecer o apoio necessário para que o trabalho dos líderes junto às famílias se torne cada vez mais positivo. Por isso, os dados devem ser corretos. Quando se percebe um erro de preenchimento na FABS, esta é devolvida para o setor, com uma carta para o Coordenador de Ramo. Esta carta deve ser estudada junto com os líderes, o erro de preenchimento corrigido e a FABS enviada novamente para a Coordenação Nacional.

Agradecemos o empenho de cada um de vocês, líderes, tendo a certeza que seu esforço é de grande valor diante das pessoas e diante de Deus!

ANEXO B- Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONSTRUINDO PARCERIAS INTERSETORIAIS PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE: UM ESTUDO SOBRE A PASTORAL DA CRIANÇA

Pesquisador: Rafael Alves Pereira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 12947019.8.0000.5601

Instituição Proponente: UNIDAS SOCIEDADE DE EDUCACAO E CULTURA LTDA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.336.035

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa que busca avaliar a percepção dos integrantes da pastoral da criança, frente as parcerias com profissionais da saúde. Este tipo de pesquisa possibilita a valorização de parcerias entre organizações não governamentais (sociedade civil) e serviço público.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a percepção dos coordenadores da Pastoral da Criança acerca da construção de parcerias com profissionais da Estratégia Saúde da Família, na cidade de Ariquemes-RO.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa eventualmente acarretará risco mínimo, pois interferirá na rotina e demandará tempo do participante, gerando desconforto.

Conforme legislação.

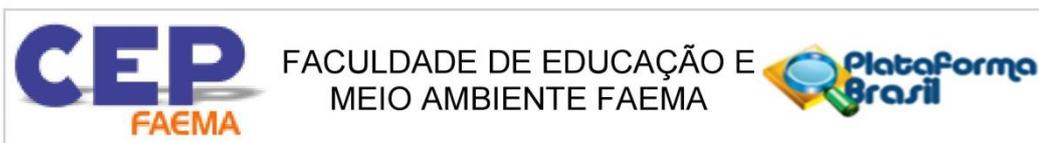
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de extrema relevância, pois através da mesma será possível valorizar o vínculo sociedade civil/serviço público, originando grande benefícios à comunidade envolvida, como por exemplo assistência à saúde mais próxima, individualizada e humana.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Cronograma: Ok

Endereço: Avenida Machadinho, nº 4.349, Setor 06, Sala 3.8 do Bloco C
Bairro: SETOR 06 **CEP:** 78.932-125
UF: RO **Município:** ARIQUEMES
Telefone: (69)3536-6600 **E-mail:** cep@faema.edu.br



Continuação do Parecer: 3.336.035

Carta de anuência: OK

TCLE: Ok

Questionário: Atende ao objetivo geral, contudo não é validado e o pesquisador não cita a possibilidade de teste prévio.

Recomendações:

Metodologia adequada, sem infrações éticas, contudo solicito que seja realizado teste piloto com o questionário, visto o mesmo não ser validado.

Acrescentar na metodologia o item: Instrumento de coleta de dados e relatar sua elaboração. Além de mencionar a necessidade de validação prévia, visto não ter sido identificado esse item no projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

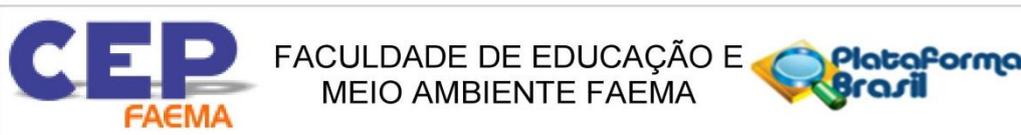
Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1327727.pdf	01/05/2019 02:36:23		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	01/05/2019 02:14:28	VANESSA DANIELA LAGEMANN	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	01/05/2019 02:12:51	VANESSA DANIELA LAGEMANN	Aceito
Outros	Carta_de_Anuencia.pdf	27/04/2019 01:42:54	VANESSA DANIELA LAGEMANN	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	27/04/2019 01:40:52	VANESSA DANIELA LAGEMANN	Aceito
Outros	Termo_de_Autorizacao_de_Uso_de_Voz.pdf	12/04/2019 02:56:35	VANESSA DANIELA LAGEMANN	Aceito
Outros	Formulario.pdf	12/04/2019 02:56:09	VANESSA DANIELA LAGEMANN	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	07/04/2019 03:02:27	VANESSA DANIELA LAGEMANN	Aceito

Endereço: Avenida Machadinho, nº 4.349, Setor 06, Sala 3.8 do Bloco C
Bairro: SETOR 06 **CEP:** 78.932-125
UF: RO **Município:** ARIQUEMES
Telefone: (69)3536-6600 **E-mail:** cep@faema.edu.br



Continuação do Parecer: 3.336.035

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ARIQUEMES, 20 de Maio de 2019

Assinado por:
DRIANO REZENDE
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Machadinho, nº 4.349, Setor 06, Sala 3.8 do Bloco C

Bairro: SETOR 06

CEP: 78.932-125

UF: RO

Município: ARIQUEMES

Telefone: (69)3536-6600

E-mail: cep@faema.edu.br