

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL-REI
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM

EDNA MARA MENDONÇA

A INTERSETORIALIDADE NO COTIDIANO DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: QUE CAMINHOS?

Divinópolis

2019

EDNA MARA MENDONÇA

**A INTERSETORIALIDADE NO COTIDIANO DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: QUE CAMINHOS?**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade Federal de São João del-Rei, para a obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Enfermagem

Linha de Pesquisa: Gestão e Avaliação em Serviços de Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Fernanda Moura Lanza

Divinópolis

2019

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Mendonça, Edna Mara.

A Intersetorialidade no cotidiano da Atenção Primária à Saúde: que caminhos?

Edna Mara Mendonça; orientadora: Profa. Dra. Fernanda Moura Lanza -- Divinópolis: UFSJ, 2019.

114 p.: il.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem)
-- Universidade Federal de São João Del-Rei, 2019.

1. Sistema Único de Saúde 2. Atenção Primária à Saúde;
3. Colaboração Intersetorial 4. Assistência Integral à Saúde I. Título.

EDNA MARA MENDONÇA

**A INTERSETORIALIDADE NO COTIDIANO DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: QUE CAMINHOS?**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade Federal de São João del-Rei, para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Enfermagem.

Aprovada por Unanimidade em: 25/02/2019

Banca Examinadora

Profa. Dra. Fernanda Moura Lanza (Orientadora)

Instituição: Universidade Federal de São João del-Rei, Campus Centro Oeste (UFSJ/CCO)

Prof. Dr. Marco Akerman

Instituição: Universidade de São Paulo (USP)

Profa. Dra. Heloíza Maria Siqueira Rennó

Instituição: Universidade Federal de São João del-Rei, Campus Centro Oeste (UFSJ/CCO)

Profa. Dra. Selma Maria da Fonseca Viegas

Instituição: Universidade Federal de São João del-Rei, Campus Centro Oeste (UFSJ/CCO)

Dedico este trabalho:

Aos meus pais,

Vera e Edson, pelo respeito, apoio e compreensão incondicionais.

A todos aqueles que acreditam e lutam pelo acesso à serviços públicos de qualidade;

e se empenham nessa busca constante.

AGRADECIMENTOS

Um trabalho como esse envolve muito tempo, dedicação e atenção. Essa conquista tem um significado muito especial e o momento é de agradecer aos que fizeram parte dessa caminhada:

Aos meus pais Vera e Edson, pessoas mais importantes da minha vida, por tudo que me ensinaram e me ensinam sobre os valores, a vida e pelas lições de amor e respeito que nunca cessam. Amo vocês!

A Prof.^a Dr.^a Fernanda Moura Lanza, obrigada pela gentileza, paciência e por me guiar pelas trilhas dessas redes infinitas. Equilibrou acolhimento e orientação, me incentivando à mudança do projeto original e mesmo diante de um grande acontecimento pessoal, continuou firme, cobrando e incentivando a conclusão do estudo. Um ato de responsabilidade, afeto e generosidade acadêmica que não esquecerei.

Ao Prof. Dr. Marco Akerman a quem pude conhecer pessoalmente durante a realização deste trabalho e agradeço por ter aceitado o desafio de aprimorar meu trabalho tanto na etapa de qualificação quanto na defesa.

Agradeço muito a leitura rigorosa e propositiva da Prof.^a Dr.^a Heloisa Rennó no exame de qualificação e, posteriormente, na colaboração na revisão definitiva da dissertação.

À Prof.^a Dr.^a Selma Maria da Fonseca Viegas, pela cuidadosa leitura e valiosos apontamentos os quais proporcionaram um texto mais coeso e crítico.

A Universidade Federal de São João Del-Rei, e a todos seus funcionários pela gentileza, disponibilidade e colaboração.

Agradeço aos professores do Mestrado Acadêmico em Enfermagem, com quem tive uma rica experiência. Meu carinho e gratidão por este espaço de conhecimento e trocas de afetos.

Ao Prof. Dr. Richardson Miranda Machado, o “professor que teve olhos para mim” e me conduziu ao universo acadêmico, nunca vou encontrar palavras suficientes para expressar minha gratidão.

A Isabela Garcia, minha querida auxiliar de pesquisa, obrigada por ter abraçado o trabalho e se dedicado tanto.

A gestão de Pará de Minas, agradeço pelo apoio logístico e operacional para realização do trabalho no município e pela gentileza que dispensaram a mim durante a breve e intensa convivência. Muito obrigada!

Agradecimento especial a Ana Carolina Campolina Santos, Coordenadora do Núcleo de Atenção Primária de Pará de Minas, obrigada pela paciência, ensinamentos, gentileza e pela contribuição imprescindível na construção deste estudo.

Aos participantes da pesquisa: obrigado pela disponibilidade e confiança.

A Fabíola pela preocupação e respeito.

Ao Demétrios pelo apoio e incentivo.

Aos meus amigos Ricardo, Nayara, Camila, Viviane, Mariana, Edwar, Ana Cristina, Eloá e Paulo que me acolheram, apoiaram e dividiram comigo todos os momentos, dos mais alegres aos mais difíceis.

As minhas companheiras de trabalho e amigas, Flávia e Roberta, que sempre dividiram comigo alegrias, tristezas, frustrações e conquistas: Vocês são muito especiais!

Aos amigos do mestrado: João Marcos, Gabriela, Emily e Dayane por todas discussões, companheirismo, afetos, ensinamentos e apoio nas horas difíceis.

A Aretha e Betina, minhas pequenas que me enchem de carinho.

Ao Daniel Dahdah, minha inspiração que divide comigo a alegria de ser terapeuta ocupacional.

Ao Lucas e Maria Helena, por oferecerem seu tempo e comigo compartilharem a construção do conhecimento de forma coletiva.

Ao Eduardo Guimarães, pela sutil e importante contribuição ao longo dessa jornada.

A todos que torceram por mim... De perto ou de longe. Muito obrigada!

“Yo vine aquí para cantar y para que cantes conmigo”
(Pablo Neruda)

"É necessário se espantar, se indignar e se contagiar, só assim é possível mudar a realidade..."
(Nise da Silveira)

RESUMO

MENDONÇA, E. M. A Intersetorialidade no cotidiano da Atenção Primária à Saúde: que caminhos? [Dissertação]. Divinópolis: Programa de Pós-Graduação Acadêmico em Enfermagem da Universidade Federal de São João Del-Rei; 2019.

Trata-se de um estudo com objetivo de compreender a intersectorialidade no cotidiano da Estratégia Saúde da Família (ESF), Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF AB). Determinou-se como objetivos específicos conhecer as noções de intersectorialidade e analisar os fatores facilitadores e dificultadores das práticas intersectoriais. Para isso, o estudo apoiou-se na abordagem qualitativa, a qual utilizou-se o referencial teórico do Interacionismo Simbólico para suporte à análise do objeto em estudo. O cenário de estudo foi constituído por cinco unidades de ESF e quatro NASF AB de um município de médio porte do Estado de Minas Gerais. A coleta de dados ocorreu no período de fevereiro a julho de 2018 por meio de entrevista semiestruturada aplicada a 59 colaboradores: 36 profissionais da ESF; 20 trabalhadores do NASF AB e três Gestores da Secretaria Municipal de Saúde. O conteúdo das entrevistas foi submetido à Análise de Conteúdo e consistiu na codificação e categorização dos dados obtidos. A codificação foi estruturada pelas “operações de codificação” que deu origem a três categorias temáticas, sendo elas: (1) “As concepções de saúde e a manifestação do cuidado no cotidiano da APS: intrasetorialidade *versus* intersectorialidade”; (2) “Diálogos intersectoriais em busca da integralidade da atenção: Modos de promoção da intersectorialidade na ESF e NASF AB”; (3) “Intersectorialidade: potencialidades, fragilidades e desafios”. Constatou-se que a definição sobre saúde trazida pelos participantes diz muito sobre a prática de cada profissional no cotidiano da APS, atribuindo-a ao conceito ampliado ou à concepção biomédica da atenção. Assim, com a ampliação do conceito de saúde há expansão das práticas para outras políticas públicas e/ou parcerias comunitárias, e no modelo biomédico a atuação limita-se à atenção curativa restringindo a atuação profissional em equipe e em rede intrasetorial. As ações intersectoriais realizadas pelas ESF e NASF AB ainda se apresentam em um processo incipiente e desafiador, e apontam um caminho de proposições para reorientação das práticas no cotidiano de trabalho para potencializar as ações intersectoriais considerando os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença. Contudo, as interações cotidianas precisam ser nutridas com o conceito ampliado de saúde para superação das práticas biomédicas, ainda tão presentes na APS. Deve-se ampliar a atuação do profissional para outros Determinantes Sociais da Saúde por meio da produção de rede. Vale destacar que as ações intersectoriais acontecem quando há presença no NASF AB junto a ESF impulsionadas pela gestão em arranjos institucionais que favoreçam tais ações, como reuniões de rede, apoio matricial, parcerias com outras secretarias ou mesmo com instituições do terceiro setor. Os possíveis caminhos para as práticas intersectoriais precisam ser debatidos e fortalecidos devido à difícil operacionalização na prática do cotidiano dos serviços.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde, Atenção Primária a Saúde; Estratégia Saúde da Família; Colaboração Intersetorial;

ABSTRACT

MENDONÇA, E. M. The intersectoriality at the daily at the Primary Health Care: What ways? [Dissertation]. Divinópolis: Programa de Pós-Graduação Acadêmico em Enfermagem da Universidade Federal de São João Del-Rei; 2019.

It is a study aiming at understanding how the intersectoriality manifests itself daily at the Family Health Strategy (FHS), Expanded Center of Family Health and Basic Attention (ECFH BA). The specific aims were determined as knowing intersectoriality and analyzing the facilitators difficultless factors of the intersectoral practices. Thus, the study supports itself on the qualitative approach which used the Symbolic Interactionism theoretical frame to support the analysis of the studied object. The scenarium of study was composed by five units of FHS and four ECFH BA, from a medium sized city in the state of Minas Gerais. The data collection occurred between February and July of 2018 by means of semistructured interview applied to 59 collaborators: 36 professionals of FHS; 20 workers from ECFH BA and three Managers from the Health Municipal Secretary. The content of the interviews was subjected to the Content Analysis and resulted in the codification and categorization of the obtained data. The codification was structured by “codification operations” which originated three theme categories: (1) “The conceptions of health and the manifestation of daily care of the APS: intrasectoriality versus Intersectionality”; (2) “Intersectoral Dialogues searching for integrality of attention: Ways to produce intersctoriality at FHS and ECFH BA; (3) “Intersectoriality: potencialies, fragilities and challenges”. It was found that the definition about health brought by the participants tells much about the practice of each professional of the APS daily, attributing it to the expanded concept or, the biomedical conception of attention. Thus, with the expansion of the health concept there is the practices expansion to other public policies and/or communities’ partnership, and at the biomedical model the action restricts to the curative attention restricting to the professional action in team or even in intrasectoral network. The intersectoral actions performed by the FHS and ECFH BA still present themselves in an incipient and challenging process, and point to propositions to reorientation of the practices at the working daily to enhance the intersectoral actions taking into consideration the determinants and constraints of the health-sickness process. Thus, the daily interactions need to be feed with the expanded concept of health to overcoming of the biomedical practices, still present at the APS, and also the expansion of the action to other Social Determinants of Health by means of the network production. It is important to mention that the intersectoral actions happen when there is the presence at the ECFH BA close to the FHS boosted by the management in institutional structures of the third sector or even with other secretaries. The possible paths for intersectoral practices need to be debated and strengthened due to difficult operationalization in the daily practice of services.

Keywords: Unified Health System; Primary Health Care; Family Health Strategy; Intersectoral Collaboration;

RESUMEN

MENDONÇA, E. M. La Intersectorialidad en el cotidiano de la Atención Primaria a la Salud: ¿Qué caminos? [Disertación Master]. Divinópolis: Programa de Postgrado Académico en Enfermería de la Universidad Federal de São João Del-Rei; 2019

Este Se trata de un estudio que pretende comprender cómo la intersectorialidad en el cotidiano de la Estrategia Salud de la Familia (ESF), Núcleo Ampliado de Salud de la Familia y Atención Básica (NASF AB). Se determinó como objetivos específicos del mismo conocer las nociones de intersectorialidad y analizar los factores facilitadores y dificultadores de las prácticas intersectoriales. Para eso, el estudio se apoyó en el abordaje cualitativo, en la cual se ha utilizado el referencial teórico del Interaccionismo Simbólico para soporte al análisis del objeto en estudio. El escenario de estudio fue constituido por cinco unidades de ESF y cuatro NASF AB de un municipio de mediano porte del Estado de Minas Gerais. La recolección de datos ocurrió en el período de Febrero a Julio de 2018 por medio de entrevista semiestructurada aplicada a 59 colaboradores: 36 profesionales de la ESF; 20 trabajadores del NASF AB y tres Gestores de la Secretaría Municipal de Salud. El contenido de las entrevistas fue sometido al Análisis de Contenido y consistió en la codificación y categorización de los datos obtenidos. La codificación fue estructurada por las "operaciones de codificación" que dio origen a tres categorías temáticas, siendo ellas: (i) "Las concepciones de salud y la manifestación del cuidado en el cotidiano de la APS: intrasectorialidad versus intersectorialidad"; (ii) "Diálogos intersectoriales en busca de la integralidad de la atención: Modos de producir intersectorialidad en la ESF y NASF AB"; (iii) "Intersectorialidad: potencialidades, fragilidades y desafíos". Se constató que la definición sobre salud traída por los participantes dice mucho sobre la práctica de cada profesional en el cotidiano de la APS, pues puede ser atribuida al concepto ampliado o entonces, la concepción biomédica del Atención. Así, con la salud en su concepto más ampliado hay expansión de las prácticas para otras políticas públicas y / o alianzas comunitarias, ya el modelo biomédico reduce la actuación curativa cuando restringe la actuación profesional al equipo a solamente la red intrasectorial. Las acciones intersectoriales realizadas por las ESF y NASF AB aún se presentan en un proceso incipiente y desafiante, y apuntan un camino de proposiciones para reorientación de las prácticas del cotidiano del trabajo para potenciar las acciones intersectoriales considerando los determinantes y condicionantes en la proceso salud-enfermedad. Sin embargo, las interacciones cotidianas necesitan ser nutridas con el concepto ampliado de salud para superar las prácticas biomédicas, aún tan presentes en la APS, además de la ampliación de actuación para otros Determinantes Sociales de la Salud a través de la producción de red. Es importante destacar que las acciones intersectoriales ocurren cuando hay presencia en el NASF AB junto a ESF impulsadas por la gestión en arreglos institucionales que favorezcan tales acciones, como reuniones de red, apoyo matricial, alianzas con instituciones del tercer sector o incluso con otras secretarías. Los posibles caminos para las prácticas intersectoriales necesitan ser debatidos y fortalecidos debido a la difícil operacionalización en la práctica del cotidiano de los servicios.

Palabras clave: Sistema Único de Salud, Atención Primaria a la Salud; Estrategia Salud de la Familia; Colaboración Intersectorial;

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACE	Agente de Combate às Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS ad III	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CASMUC	Centro de Atendimento à Saúde da Mulher e da Criança
CEPES	Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos
CERSAM II	Centro de Referência em Saúde Mental
CNDSS	Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
HiAP	<i>Health in all Policies</i>
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NASF AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
ODS	Objetivos do Desenvolvimento Saudável
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PICS	Práticas Integrativas e Complementares
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade

PNAB	Portaria Nacional da Atenção Básica
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAD	Serviço de Atendimento Domiciliar
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SF	Saúde da Família
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	OBJETIVOS	20
2.1	Objetivo geral.....	20
2.2	Objetivos específicos	20
3	REVISÃO DA LITERATURA	22
3.1	O SUS ENQUANTO POLÍTICA PÚBLICA: em breve histórico	22
3.2	TESSITURAS DO TRABALHO EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA COM ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL.....	26
3.3	A CONCEPÇÃO AMPLIADA DE SAÚDE E A PROMOÇÃO DO CUIDADO NA DIMENSÃO INTERSETORIAL	30
4	TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	36
4.1	Tipo de estudo	36
4.2	Cenário do estudo	37
4.3	Participantes do estudo	38
4.4	Coleta de dados	39
4.5	Tratamento dos dados	40
4.6	Aspectos éticos	41
5	RESULTADOS	45
5.1	ARTIGO 1 - CONCEITO DE SAÚDE E INTERSETORIALIDADE: IMPLICAÇÕES NO COTIDIANO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	47
5.2	ARTIGO 2 - ENCONTRO COM O DIVERSO: A PROMOÇÃO DE PRÁTICAS INTERSETORIAIS NO COTIDIANO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	58
5.3	ARTIGOS 3 - PRÁTICAS INTERSETORIAIS PROMOVIDAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: MANIFESTAÇÕES, POTENCIALIDADES, LIMITES E DESAFIOS.....	73
6	LIMITAÇÕES	86
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	88
8	REFERÊNCIAS	92
	APÊNDICES	100
	ANEXOS	108

1 INTRODUÇÃO

Na Conferência de Alma Ata, em 1978, a Organização Mundial de Saúde (OMS) enfatiza a saúde como um direito humano fundamental, sendo que para a sua obtenção requer a ação de muitos outros setores sociais - além da saúde - e participação de pessoas e comunidades no planejamento das ações e implementação dos cuidados (SCLIAR, 2007).

No Brasil, a partir do anúncio da “Constituição Cidadã” em 1988, a saúde passa a ser entendida como “bem comum”, um exercício da cidadania (ALMEIDA FILHO, 2011), que agrega aspectos políticos, culturais, sociais e filosóficos aos modos de vida, o que nos leva a pensar os recursos necessários para manutenção da saúde (CZERESNIA et al., 2013).

Nessa conjuntura, o setor saúde tem se destacado como *“a área que mais promove ações intersetoriais em função das vastas redes de intervenção político-sanitário e do conceito ampliado de saúde”* (MORETTI et al., 2010). O Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) alega que a intersetorialidade abrange ações e/ou intervenções sobre os determinantes sociais em uma dinâmica de corresponsabilização por parte das organizações públicas e parceiros com construção de uma rede de relações, e é esse o conceito que norteará este estudo (CNDSS, 2008).

A ação intersetorial sobre os determinantes da saúde tem sido reconhecida como um fator importante para melhoria das condições de vida e saúde da população (PAGLICCIA et al., 2010). Buss e Pelegrini Filho (2007) complementam que os dados acerca da saúde e seus determinantes sociais contribuem para o planejamento e execução de políticas públicas que atendam tanto os seres humanos em sua individualidade quanto em sociedade.

A intersetorialidade se dá em nível de gestão, nos territórios e na prática de atuação dos atores das políticas públicas (POTVIN, 2006; PAIM, 2009), e está relacionada a articulação de múltiplos saberes com diferentes setores para promover um olhar mais adequado acerca das determinações sociais da saúde, construindo uma resposta mais eficaz para os problemas cotidianos. Apesar da busca pela integralidade do cuidado, a intersetorialidade não se opõe a ação setorial, mas remete ao sentido de complementariedade de práticas (SPOSATI, 2006; AMARANTE, 2007). Dessa forma, há necessidade de lançar mão da política de articulação entre setores sociais diversos e complementares, o que faz com que a intersetorialidade surja como eixo estruturante na atenção à saúde (PAULA et al., 2004).

Por isso, a intersetorialidade envolve a característica das redes, das relações de poder, da governabilidade e o manejo de conflitos. Abarca ainda o planejamento, a execução e monitoramento de ações conjuntas (LUJÁN, SALAZAR (2013). Busca-se, por meio disso, construir uma rede integrada para lidar com problemas complexos, a partir de estruturas capazes de responder a demanda social de alta complexidade (INOJOSA, 2001; PAULA et al., 2004).

Nessa perspectiva, os serviços de Atenção Primária a Saúde (APS), que são responsáveis pela coordenação do cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS), vêm assumindo missão importante para a organização e ampliação da efetividade dos sistemas de saúde (BRASIL, 2017a). A APS é influenciada pela relação que se estabelece entre as equipes e a população, que gera a construção da articulação das ações de cuidado, organização do trabalho em saúde e a capacidade de criação de intervenções dos trabalhadores diante as demandas do território (BRASIL, 2012).

Dentre as atribuições da APS, a intersetorialidade sugere aos trabalhadores da saúde ferramentas para ampliarem a integralidade do cuidado, responsabilização e resolutividade, como o desenvolvimento da capacidade de escuta e a promoção de espaços de negociação para compartilhamento do saber, além de parcerias com a comunidade e os diversos setores¹ da sociedade numa visão interdisciplinar (OPAS, 2010).

Em pesquisas relacionadas a temática, constata-se a potencialidade da intersetorialidade como estratégia de gestão em saúde no que tange ao alcance dos princípios da universalidade, equidade e da integralidade (ANDRADE, 2006; SILVA; RODRIGUES, 2010). Alianças entre dispositivos institucionais, não institucionais e comunidade podem garantir atendimento integral e auxiliar na efetivação do SUS e inclusão social (JUNQUEIRA, 2000; LOTTA; FAVARETO, 2016).

Na América Latina, pesquisas sobre a ação intersetorial em relação à APS apontaram que ações de cuidados primários de saúde realizados intersetorialmente, para trazer melhorias para a população, tais como: reuniões com a comunidade, visitas domiciliares além de ações intersetoriais com outras políticas públicas, terceiro setor, iniciativa privada com atividades de educação em saúde; desenvolvimento e organização social por meio de mobilização comunitária. A eficácia da intersetorialidade esteve atrelada ao nível de coordenação entre a APS e outras políticas sociais ou estratégias de promoção da saúde baseadas na equidade

¹ Exemplos de parceiros potenciais: Educação, Justiça, Transporte, Cultura, Esportes, Organizações não governamentais, grupos religiosos, instituições privadas e outros (OPAS, 2010).

(STARFIELD, 2002; SILVA; RODRIGUES, 2010; RAMIREZ et al., 2011). Em contrapartida, a ausência de iniciativas de promoção da ação intersetorial; as dificuldades de os trabalhadores olharem para além da sua área específica de atuação e romperem relações tradicionais do trabalho são elencadas como fatores dificultadores da implementação da intersetorialidade no cotidiano dos serviços de saúde (OPAS, 2010).

O desafio de produzir saúde no cotidiano dos serviços demanda constantes mudanças no processo de trabalho como a criação de coletivos, composição de redes e parcerias com implicação de diferentes atores sociais (YASUI; LUZIO; AMARANTE, 2018). Isso significa uma nova lógica de organização de trabalho, de potencialização dos encontros para qualificação da escuta, no sentido de conhecer as necessidades e buscar soluções possíveis dentro das redes de cuidado disponíveis (TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010).

Apesar do SUS ter 30 anos de existência faz-se necessário compreender como a intersetorialidade se efetiva na prática, já que foi pensada para se alcançar os determinantes sociais da saúde e, ainda, elencar quais os desafios são identificados na implementação efetiva de ações intersectoriais (PRADO; SANTOS, 2018).

Desta forma, surgiram os seguintes questionamentos: Como se dão as práticas intersectoriais realizadas no cotidiano da Estratégia Saúde da Família e Núcleo Ampliado de Saúde da Família? Quais as noções de intersetorialidade para os profissionais da APS? Quais são os facilitadores e os dificultadores das práticas intersectoriais?

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Compreender a intersetorialidade no cotidiano da Estratégia Saúde da Família e Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica.

2.2. Objetivos Específicos

- a) Conhecer as noções de intersetorialidade, sob a ótica dos participantes da pesquisa;
- b) Analisar os fatores facilitadores e dificultadores das práticas intersetoriais.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 O SUS ENQUANTO POLÍTICA PÚBLICA: *um breve histórico*

O movimento sanitário brasileiro teve início em meados dos anos 70/80, do século XX, com forte participação de movimentos sociais que vislumbravam a democratização da saúde e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), (PAIM, 2009). A VIII Conferência Nacional da Saúde ocorrida em 1986 foi um marco na história da saúde pública brasileira por definir que a saúde não se reduzia a ausência de doença, mas significava a atenção às necessidades básicas dos seres humanos em um ambiente que favorecesse o desenvolvimento (ESCOREL, 2012).

Dois anos depois, com ampla discussão, a garantia do direito a saúde e a composição de uma política de proteção social de saúde inclusiva (igual e para todos) se configuraram com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e a instituição do SUS (PAIM et al., 2011). A Carta Magna da chamada Constituição Cidadã diz:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco da doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”
(BRASIL, 1988, Art.196).

A implementação do SUS de acordo com as diretrizes constitucionais foi concretizada a partir da elaboração das Leis específicas da Saúde: a Lei Federal 8080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as atribuições e funcionamento do Sistema Único de Saúde, bem como a Lei Federal 8142, de 28 de dezembro de 1990, que trata sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

Os princípios doutrinários que regem o SUS são universalidade; equidade; integralidade. Ao considerá-los como eixos de mudanças para construção de novos modos de produzir saúde no SUS, o caráter universal nos remete ao acesso para todos, a equidade diz da necessidade individual dentro de um contexto macro político e a integralidade nos desafia a operacionalizar universalmente as demandas de saúde de cada pessoa (AYRES, 2009, p. 14).

A criação do SUS objetivou a diminuição da desigualdade da assistência à saúde e então todo cidadão passou a ter direito ao atendimento público integral, resolutivo e de qualidade. Desta forma, os serviços públicos de saúde passaram a ofertar ações em uma “rede regionalizada e hierarquizada” em consonância com as diretrizes da descentralização, participação popular, atendimento integral e intersetorial (BRASIL, 1988, Art. 198).

Ao longo dos anos 90, o processo de municipalização da saúde deu-se mediante regulação do Ministério da Saúde (MS), sendo que as normas foram sendo complementadas e sucessivamente substituídas de acordo com as necessidades instaladas. Assim, foram publicadas quatro Normas Operacionais Básicas (NOB) e, em 2001, a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS, reformulada em nova versão em 2002) (BARATA; TANAKA; VAZ, 2004).

Em meados de 1994 foi implantado o Programa de Saúde da Família (PSF), posteriormente (em 2006) intitulado como Estratégia Saúde da Família (ESF), ancorado nas premissas da Conferência de Alma Ata e nos princípios organizativos do SUS. A ESF foi desenhada com atenção voltada para o indivíduo enquanto ser integral, considerando o seu contexto de vida, suas relações interpessoais, familiares e socioculturais (SORATTO et al., 2015; BRASIL, 2017). Nesse sentido, a ESF tornou-se um elemento essencial na produção da saúde pela proximidade com cotidiano de família, modos de habitar, com os modos de ocupar a cidade, que têm efeitos na produção das subjetividades (YASUI; LUZIO; AMARANTE, 2018).

Em 2006, foi firmada a chamada *"Agenda de Compromisso pela Saúde"* com responsabilidades sanitárias nas três esferas do governo: o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006a; PAIM, 2009). O Pacto pela Saúde é composto por três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão, com a finalidade de qualificar a gestão pública do SUS para maior efetividade, eficiência e qualidade. As diretrizes constantes na Portaria GM/MS nº 399/2006 tratam basicamente da afirmação dos princípios do SUS preconizados na Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 2006a). O Pacto pela Vida teve como estratégia prioritária o fortalecimento da APS por meio da ESF no qual nesse mesmo ano foi lançada a Portaria Nacional da Atenção Básica (PNAB) em sua primeira versão (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Ainda em 2006, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) instaurada por meio da portaria MS/GM nº 687/2006 foi pensada para favorecer a qualidade de vida e reduzir danos e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes – elementos sociais, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura e serviços essenciais

(BRASIL, 2006b). Em 2014, o MS propôs a revisão da PNPS com a finalidade de ser uma política transversal com vistas ao diálogo entre os diversos setores do governo, setores privados e sociedade, compondo redes de compromisso e corresponsabilidade quanto ao bem-estar da população, dando-lhe o caráter intersetorial conferido pela articulação a saúde (BRASIL, 2014; PRADO; SANTOS, 2018). É pertinente salientar o artigo 2º da PNPS:

“A PNPS traz em sua base o conceito ampliado de saúde e o referencial teórico da promoção da saúde como um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersetorial, pela formação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), buscando articular suas ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social” (BRASIL, 2014).

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) foi instituída em 2010, mediante a Portaria GM/MS nº 4.279, para a integração de ações e serviços para atenção contínua, integral e humanizada. A implementação das RAS visou a eficácia na produção de saúde, melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional. Esse processo exigiu a construção nos territórios para dar sentido a proposta de organização e gestão do SUS. Deu-se então a territorialização mediante a descentralização e a regionalização (BRASIL, 2010).

A partir da publicação do Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, houve a consolidação das Redes de Atenção à Saúde na política nacional. O Decreto 7.508/11 que regulamenta a Lei n 8.080, com mudanças na concepção, nos objetivos e instrumentos do planejamento regional quando institui as cinco redes de prioritárias nas regiões de saúde, sendo (1) atenção primária ou atenção básica, (2) urgência e emergência, (3) atenção psicossocial, (4) atenção ambulatorial e hospitalar, e (5) vigilância em saúde. Com isso, houve responsabilização das três esferas do governo pelo planejamento, gestão e investimentos nas regiões de saúde (BRASIL, 2011a; ALBURQUERQUE; VIANA, 2015; SANTOS; CAMPOS, 2015).

Desde o decreto presidencial de 2011, o acesso aos serviços especializados e hospitalares está condicionado à referência, ao encaminhamento formal, pela Atenção Básica²

² Os termos Atenção Primária e Atenção Básica foram adotados nesse trabalho como sinônimos conforme a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017).

(AB) conforme a necessidade já considerando a noção de rede de ações e serviços compartilhados. A descentralização favoreceu a noção que o município é o melhor gestor para a saúde, por se aproximar da realidade da população (BARATA; TANAKA; VAZ, 2004). Tal processo ainda permite a participação dos interessados na formulação da política pública de acordo com a realidade das diversas regiões e demandas locais (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012).

Entretanto, Morosini, Fonseca, Lima (2018), enfatizam o que processo de consolidação do SUS só se completa com os mecanismos de controle social e participação popular. Documentos oficiais como a Carta Magna ressaltam a participação social nas ações de saúde (BRASIL, 1988). A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, especificamente, afirma a participação da comunidade na gestão do SUS como forma de ampliar autonomia e a construção coletiva do cuidado pautada nas reais demandas da sociedade (BRASIL, 1990), o Decreto 7508/2011, retoma essa dimensão social da construção das políticas públicas (BRASIL, 2011b). Porém, na revisão PNAB, sua versão preliminar foi disponibilizada para consulta pública por apenas dez dias com discussão restrita na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e as agendas dos técnicos do MS. Fato que aponta os rumos do enfraquecimento da participação popular nas políticas públicas quando fragilizam o envolvimento comunitário na participação do SUS.

No tocante ao tema financiamento do setor saúde este é um dilema recorrente desde a Reforma Sanitária e mesmo passados todos esses anos, ainda são obscuros os rumos futuros. Nos anos 2000, houve incentivo na alocação de recursos por parte do MS para a ampliação e a consolidação da APS com o fortalecimento das ações como o financiamento para a ESF e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (ACS). No entanto, os valores repassados pelo MS aos municípios são escassos para amparar a ESF. Na realidade, mesmo com a contrapartida dos recursos municipais que correspondem aproximadamente 70% do financiamento da APS em nível local, os recursos federais são importantes para a sua manutenção. Muitos problemas estão relacionados a gestão de gastos, que para obtenção dos objetivos, o financiamento está muito aquém do necessário (MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018).

Em 2016, o Brasil aprovou, a Emenda Constitucional nº 9520 (BRASIL, 2016), que congela os gastos da saúde e educação por 20 anos e as despesas públicas serão corrigidas de um orçamento para o outro apenas com base na inflação do ano anterior. Mais do que nunca será necessário analisar as práticas cotidianas de cuidado e gestão, sem deixar que os limites

impostos comprometam o direito a saúde para todos, pois o desfinanciando o SUS reflete diretamente na atenção da população.

3.2 TESSITURAS DO TRABALHO EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA COM ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL

A intersectorialidade tem sido colocada como importante e útil para a APS e RAS, ao adotar como princípios a integração de vários conhecimentos, atores e setores, propiciando uma compreensão mais vasta da realidade local e da produção do cuidado em saúde (DIAS et al., 2014; PRADO; SANTOS, 2018).

No ano de 1978, em Alma-Ata, ocorreu a 1ª Conferência Internacional sobre APS, evento que reconheceu a saúde como direito no qual seus determinantes têm caráter intersectorial. Mais de 140 países aprovaram a Declaração de Alma-Ata quando a APS foi consagrada como alicerce para atuação em saúde para as populações em reconhecimento da interação entre agentes biológicos em ambientes físicos e sociais. Naquele momento, o grande desafio da APS era entender tal interação e favorecer aos indivíduos, família e comunidades uma melhor qualidade de vida e saúde para realização de projetos pessoais (FAUSTO; MATTA, 2007). Para a APS, o aspecto relacionado à situação de saúde da população dialoga com o conceito de que a saúde é um direito fundamental do cidadão (SABROZA; KAWA, 2014).

Ao longo do processo de estruturação do SUS, discutiu-se sobre os modelos assistenciais vigentes: o modelo biomédico e o modelo dos determinantes sociais da saúde. O primeiro abarca o processo saúde-doença de maneira em que ocorre a valorização da clínica, com seu papel individual que envolve fundamentalmente consultas e procedimentos médicos (BARRETO, 2017). Enquanto as concepções dos determinantes sociais da saúde moldam-se por circunstâncias de ordem política, social e econômica abarcando a complexidade inerente a vida (CNDSS, 2008; GARBOIS; SODRE; DALBELLO-ARAUJO, 2017).

Campos (2006) traz a dificuldade da transição dos modelos de atenção à saúde, pois trata-se de modelos com enfoques diferentes. No Brasil, a APS assumiu missão estratégica para a organização e ampliação da efetividade dos sistemas de saúde configurando-se na junção de ações de saúde nos níveis individual, familiar e coletivo; agregando ações que vão desde a promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde desenvolvidas em meio a práticas de cuidado destinadas a determinada população num território pré-definido. As práticas de cuidado são

executadas por uma equipe multiprofissional atendendo de forma integral e gratuita a população adstrita no território levando em consideração determinantes e condicionantes sociais de saúde independente de raça, credo, orientação sexual, idade, nacionalidade entre outros (BRASIL, 2017).

O êxito da ESF consolidou-a como estratégia prioritária para a reorganização da APS, capaz de viabilizar formas de trabalho inovadoras baseadas nos princípios e diretrizes do SUS com a resolutividade dos problemas de saúde das pessoas (BRASIL, 2017). Para Starfield (2004), a APS deve abarcar o primeiro nível de atenção, tendo como norte toda rede de atenção com vistas a complementaridade dos níveis de atenção para então otimizar os recursos direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde.

No entanto, a garantia do direito à saúde vai muito além da disponibilidade do serviço. Há de se lançar mão de ferramentas que promovam a produção do cuidado com acesso universal aos serviços de saúde: espaços que favorecem o encontro entre profissionais e usuários (acolhimento, visitas domiciliares, apoio matricial e atividades coletivas); formação/experiência do trabalhador; relação com o usuário e com o território; vínculo e responsabilização; respeito à autonomia e aos diferentes saberes e culturas; conhecimento da realidade local; carga de trabalho; e valorização/satisfação profissional (MENEZES, 2017). Todas essas ações, e especialmente com a PNAB, passaram a ser objeto de uma maior atenção da política pública de saúde (YASUI; LUZIO; AMARANTE, 2018).

A PNAB em sua versão mais recente, propõe uma flexibilidade na configuração dos serviços da APS dando um caráter tradicional, curativista baseado no controle de riscos individuais na APS, o que compromete a competência do cuidado, quando sugere a desconstrução do modelo da saúde da família e do SUS. Fato esse que pode ser comprovado quando são minadas as atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e retira o caráter comunitário comprometendo o acesso com a ruptura da relação contínua entre as famílias e os serviços das APS, além de corroborar com a fragilização do envolvimento da população na construção das políticas públicas (BRASIL, 2017; CECÍLIO; REIS, 2018).

A composição da ESF deve respeitar a exigência mínima das categorias profissionais, sendo elas: médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Ressalta-se que pode integrar a equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2017).

Dada a notória ampliação da ESF, surgiu a necessidade de ofertar apoio as equipes de forma mais próxima e sistemática, pois haviam casos os quais a ESF apresentava embaraços

em sua condução. Neste cenário, criou-se o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2012a).

O NASF, implantado pela Portaria GM/154 de 24 de janeiro de 2008, propôs suporte dos profissionais de saúde da ESF por meio da inserção de novos núcleos de saberes e novas ações de cuidado na APS para atender as reais necessidades da população e promover um trabalho na perspectiva da integralidade. Configurou-se em uma estratégia de apoio e aperfeiçoamento da atenção e a gestão (BRASIL, 2008; BRASIL, 2009).

O NASF foi primeiramente denominado Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e em 2017 passa a ter o nome de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF AB). Há mudança no escopo do antigo NASF, retirando-lhe a função apoio, expandindo a função clínica, mas ainda considerando que a atuação dos profissionais do NASF AB, deve ser ampliada e não focada apenas na atenção ao indivíduo e sua família. Para tanto, faz-se necessário o compartilhamento de saberes, práticas intersetoriais e de gestão do cuidado em rede, a realização de educação permanente e gestão de coletivos nos territórios sob responsabilidade destas equipes (BRASIL, 2017).

Conforme a PNAB (2017), os NASF AB são equipes de saúde, compostas por profissionais de diferentes especialidades, que devem atuar de maneira integrada e complementar as ESF e da APS. Além disso, essas equipes devem compartilhar práticas e saberes em saúde com as equipes de referência, buscando auxiliá-las no manejo ou resolução de problemas clínicos e sanitários, bem como agregando ações, na APS, que ampliem o seu escopo de ofertas (BRASIL, 2011b).

A equipe do NASF AB é composta por um conjunto de profissionais de nível superior com caráter multiprofissional e interdisciplinar, podendo ser eles: médico acupunturista; assistente social; educador físico; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; nutricionista; médico pediatra; psicólogo; médico psiquiatra; terapeuta ocupacional; médico geriatra; médico internista (clínica médica), médico do trabalho, médico veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitaria (BRASIL, 2017).

Considera-se que a principal diretriz de atuação do NASF AB é a integralidade das ações, compreendida em três sentidos: (1) a abordagem integral do indivíduo levando em consideração seu contexto social, familiar e cultural e com garantia de cuidado longitudinal tanto em termos clínicos quanto sanitários; (2) as práticas de saúde organizadas a partir da integração das ações de promoção, prevenção, reabilitação; (3) a organização do sistema de

saúde de forma a garantir o acesso às redes de atenção, em concomitância com as necessidades de sua população (BRASIL, 2009; BRASIL, 2017).

Mesmo sendo parte da APS, o NASF AB não se constitui como serviço de livre acesso para atendimento individual ou coletivo, devendo estar vinculado às demandas identificadas no território pelas equipes da ESF. Assim, a corresponsabilização entre as ESF e a equipe do NASF AB atende às diretrizes desta estratégia quando compartilham a noção de território, integralidade, promoção da saúde e humanização do cuidado (ANDRADE; FALCÃO, 2017).

A atuação dos NASF AB foi dividida em áreas estratégicas: atividade física e práticas corporais; práticas integrativas e complementares; reabilitação; alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; saúde da criança, do adolescente e do jovem; saúde da mulher e assistência farmacêutica. Com isso, espera-se do NASF AB o alcance assistencial amplo no território adstrito, podendo o gestor compor a equipe com as categorias profissionais necessárias, a partir de dados epidemiológicos e demanda local. As diretrizes dessa política pública estabeleceram ainda que as ações devem se orientar pelas mesmas diretrizes da APS, ou seja: ação interdisciplinar e intersetorial; educação em saúde permanente dos profissionais e da população, integralidade, territorialidade, equidade, participação social, humanização e promoção da saúde. (BRASIL, 2009)

Para isso, a dinâmica do trabalho busca, além da corresponsabilização, a gestão integral do cuidado, atendimento individual e compartilhados, interconsulta, construção de casos, elaboração de projetos terapêuticos singulares (PTS), educação permanente, a clínica ampliada, o apoio matricial, a educação em saúde, a interdisciplinaridade, além da discussão do processo de trabalho das equipes e intervenções territoriais que abarquem todos os ciclos de vida (BRASIL, 2017).

No entanto, Cecílio e Reis (2018) chamam atenção para a nova PNAB, a possibilidade de os gestores comporem equipes sem a dimensão do cuidado integral e da intersetorialidade, o que muda a lógica de cuidado do dispositivo na rede. A nova PNAB abre precedentes para que os municípios sem diretrizes e sem suporte técnico da gestão estadual e federal reproduzam modelo médico hegemônico ofertando apenas consultas de especialidades médicas e/ou não médicas.

O NASF AB apesar de ter em sua concepção o desenho amplo de atuação, com seu caráter clínico atual, pode vir a ofertar apoio às equipes da ESF somente em atendimentos ambulatoriais e desconsiderar completamente a noção de clínica ampliada. Alguns gestores podem considerar a ampliação das ofertas oferecendo profissionais para atendimentos

ambulatoriais sem considerar a promoção da saúde, o processo saúde-doença, a clínica ampliada e o território (CECÍLIO; REIS, 2018; MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

3.3 A CONCEPÇÃO AMPLIADA DE SAÚDE E A PROMOÇÃO DO CUIDADO NA DIMENSÃO INTERSETORIAL

As visões clássicas de saúde e doença deram lugar para bases conceituais mais integrais, com capacidade de abarcar a complexidade dos processos determinantes e descrever os processos globais de saúde (CASTELANOS, 1990). Cada situação de saúde específica, singular ou coletiva, traduz uma gama de determinantes biológicos, históricos, sociais, econômicos, culturais e políticos (ALMEIDA FILHO, ROUQUAYROL, 2006; CRUZ, 2011; SABROZA; KAWA, 2014). Nesse contexto, a intersectorialidade é colocada como estratégia para confrontar os problemas de saúde e seus determinantes além de ser apontada como caminho para a mudança do modelo assistencial (SILVA et al., 2014; PRADO; SANTOS, 2018).

O processo saúde-doença representa o conjunto de relações e variáveis que produzem e condicionam o estado de saúde e doença de uma pessoa, um grupo da população ou da sociedade (SABROZA; KAWA, 2014). As desigualdades sociais em saúde manifestam-se nos determinantes sociais do processo saúde-doença, assim, investimentos em capital humano e em redes de apoio social são fundamentais para a promoção e proteção da saúde individual e coletiva pois favorecem melhores níveis de saúde sendo mais igualitárias e com alta coesão social (PAIM, 2009; PELLEGRINI FILHO, 2011; BARRETO, 2017).

A situação de saúde está relacionada as condições de vida e trabalho de uma população (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), estabelecida em 2006, os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) são: “fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam eventos relacionados a saúde e os fatores de risco para a população” (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007; CNDSS, 2008).

Para Santos e Westphal (1999), os determinantes de saúde são balizados pelo sistema social e também determinados pelas relações sociais. No que tange a saúde, o controle e a autonomia dos indivíduos pela sua própria vida são determinantes decisivos. E as iniquidades, mais do que a pobreza em si, influenciam a morbidade e a mortalidade por doenças.

Buss (2000), nos mostra que dialogando com a qualidade de vida, a concepção ampliada de saúde inclui outras bases valorativas como amor, liberdade, afeto, realização

peçoal e incorpora as ideias de desenvolvimento sustentável e essência humana que passam pelos campos da democracia, direitos humanos e sociais. E a partir dessas premissas, a Promoção da Saúde implica no setor saúde a organização em serviços resolutivos com atenção integral, colocando a intersetorialidade e a participação popular em destaque com ações nos determinantes sociais em meio articulações e cooperação na RAS (BRASIL, 2014).

A Reforma Sanitária Brasileira e a consequente implantação do SUS possibilitaram a ampliação do conceito de saúde o qual coloca doença e saúde em constante relação. A saúde passou a ser colocada como *“a potência para lidar com a existência”* e a doença como *“sentimento de vida contrariada”*. Isso, em razão dos percalços da vida que, por vezes, produzem desafios vitais que fazem parte da realidade. Assim, os sentidos da saúde e da doença passaram a ter caráter subjetivo e relacionado ao modo de vida individual ou coletivo podendo ser ainda englobados como social, histórico e cultural (CZERESNIA et al., 2013).

A saúde enquanto conceito ampliado inclui os principais determinantes e aponta em linhas gerais que o SUS dever ser orientado pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade. Portanto, as ações e serviços passam a ser de relevância pública, ou seja, a compreensão ampliada de saúde envolve pensar em condições de vida como importante elemento dentro da relação dinâmica do processo saúde-doença. Saúde e qualidade de vida são conceitos abrangentes que se completam na sua magnitude. Isto condicionou a saúde aos vários setores sociais como seus determinantes: grau de escolaridade, trabalho, renda, habitação, justiça social, entre outros (BRASIL, 1990; BRASIL, 2014; BRASIL, 2017), o que corrobora com a perspectiva de se construir um sistema de saúde que valorize as ações de promoção da saúde e de prevenção das doenças articulados com a atenção, recuperação e reabilitação das pessoas na perspectiva da integralidade do cuidado e do acesso aos serviços (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

As necessidades de saúde são direcionadas sob múltiplas questões que influenciam nos DSS, e devido a isso, constata-se importância na integração das políticas públicas abrangendo a estratégia da intersetorialidade por intermédio da articulação de setores. O respeito às demandas de saúde da população expande o conceito de saúde-doença e favorece a responsabilização das equipes de saúde junto à comunidade. A incorporação de ações intersetoriais permite que atores de diferentes setores operem práticas contínuas com troca de saberes, habilidades e concepções de cuidado para a melhoria das ações na saúde (OLIVEIRA, 2009). Pretende-se então, fomentar um novo fazer saúde baseado na promoção de fatores de riscos individuais e coletivos acessíveis a todos os cidadãos. Tais ações terão

formato intersetorial com foco na avaliação das políticas públicas e reorientação das práticas com foco na promoção saúde (PAIM, 2009).

A promoção, produção e o cuidado à saúde é um trabalho que se faz e refaz como efeito de um coletivo. Na APS, são utilizadas estratégias para tessitura de uma rede de serviços, de ações de cuidado, de pessoas, provocando encontros, acontecimentos e apostando na saúde como produção da vida (YASUI; LUZIO; AMARANTE, 2018). Valem ressaltar que as diferentes visões referentes ao processo saúde-doença estão relacionadas às dinâmicas de cuidado existentes, presentes na organização das ações e serviços de saúde e das redes sociais de apoio (SABROZA; KAWA, 2014).

Mas afinal, o que é cuidado? Para Merhy (2002), ao refletirmos sobre a produção do cuidado em saúde, imaginamos o cuidado enquanto potência, isto é, a capacidade de promover mudanças no exercício cotidiano do cuidado em saúde. O cuidado aponta para possibilidades, sociabilidades e subjetividades, sendo atravessado por diferentes planos (históricos, sociais, econômicos), o que nos leva a pensar em estratégias de cuidado que se fazem nos encontros nesta diversidade e multiplicidade (CECÍLIO, 2011). Há de se construir o cuidado em saúde, considerando o tempo e o lugar em que este cuidado se insere, tecido como estratégia em rede, ou seja, o cuidado se faz em rede e em um lugar (YASUI; LUZIO; AMARANTE, 2018).

Para essa discussão, contamos com a contribuição de Potvin (2012), ao afirmar que vários modelos explicativos reconhecem que saúde é produzida no cotidiano e, portanto, extrapolam a atuação do setor saúde. Gil (2015) ressalta que cotidiano é o mundo vivido, sendo o sujeito o protagonista da ação em sua interação com as estruturas sociais, partindo desse princípio que o interacionismo simbólico investiga o sentido que os atores sociais dão aos objetos, pessoas e símbolos com os quais constroem o seu mundo social, nesse caso, o cotidiano dos serviços da ESF e NASF AB (BLUMER, 1969).

Dessa maneira, há de se considerar duas dimensões inerentes ao trabalho no cotidiano da APS: articulação das ações e trabalho em equipe. Segundo Almeida Filho (2000), ao olharmos os modos de relacionamento do trabalho multiprofissional, constataremos que as relações profissionais ocorrem por meio de diferentes interações disciplinares e estão estabelecidas nos seguintes níveis de agrupamento, como: multidisciplinaridade; interdisciplinaridade; transdisciplinaridade.

O trabalho multidisciplinar traz várias disciplinas que se complementam, mas sem relações entre elas, no caso temos vários profissionais reunidos, trabalhando isoladamente, onde a ausência de uma articulação não representa a ausência de relação entre os

profissionais. Em contrapartida, temos na interdisciplinaridade, um grupo de disciplinas com determinado grau de cooperação e definidas em um nível hierárquico onde há dois níveis e objetivos múltiplos com a coordenação superior. Já na transdisciplinaridade, a coordenação de todas as disciplinas é interdisciplinar, centra-se em um sistema de níveis e objetivos múltiplos, com sistemas comuns (ALMEIDA FILHO, 2000).

O trabalho multiprofissional com caráter transdisciplinar exige a composição de ferramentas de trabalho, de teorias, entendimento dos casos e claro, interação (ALMEIDA FILHO, 2000).

E é por isso que a reorientação das práticas de saúde aponta não apenas para a necessidade de construir novas instrumentalidades, mas também a construção de novas concepções de cuidado. O profissional deve ter um olhar amplo, ser comprometido com a prática de trabalho em equipe e integrado com disponibilidade para exercer um fazer coletivo com responsabilização, acolhimento das reais demandas da população (BARATA, 2009; SABROZA; KAWA, 2014).

Akerman e colaboradores (2014) afirmam que, para uma atuação conjunta e compartilhada, há de se lançar mão de uma cultura política que reconfigure novas formas de cooperação e trabalho, novas habilidades e estratégias em diferentes níveis de governo para minimização da exclusão social, o que nos leva a pensar sobre a intersetorialidade.

Contudo, a efetiva consolidação do SUS envolve desafios que exigem a superação de atravessamentos que apontam a articulação intersetorial para o desenvolvimento de políticas mais abrangentes. Pode-se afirmar que, para além das áreas típicas da atenção à saúde, outros campos de atuação do Estado são essenciais para a garantia da saúde como direito social e cidadania (LIMA et al., 2014). Cada território ou situação-problema demandará um arranjo organizacional intersetorial diferente, não existindo assim um protocolo a seguir (BUSS, 2000).

A prática intersetorial ocupa espaço importante de atuação e proposição na política de saúde (OPAS, 2015). Assim, a intersetorialidade desponta como estratégia importante para a operacionalização do conceito ampliado de saúde e de ações norteados pela concepção da promoção da saúde. Fundamentado por diversos autores já mencionadas nesse estudo, é uma ação potente no trabalho da APS, pois exige a combinação de ações de diversos setores da sociedade. Delas também fazem parte o autocuidado e os cuidados coletivos, que de alguma forma promovem a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida (ROCHA; AKERMAN, 2014).

Completando a reflexão acima, Feuerwerker (2000) nos faz pensar que as limitações setoriais ficam mais evidentes quando se trata da saúde, pois a apreensão da determinação

social do processo-saúde nos faz expandir o rol de atuação mobilizando a ação intersetorial e elaborando parcerias diversas. Para além da decisão política, a intersetorialidade nos impulsiona romper com o modelo tradicional de prestação de serviços com demasiada setorialização que acarreta a fragmentação de ações (INOJOSA; JUNQUEIRA, 1997).

Outra vertente da intersetorialidade é a possibilidade de fortalecimento da “*cultura local*” – que implica compreender em profundidade as várias dimensões de um território. Esse formato de atuação eleva as pessoas e coletivos, com as reais chances de intervenção na realidade e constituição de sujeitos sociais o que se constitui em territorialidades e a noção de pertencimento em um dado local (FEUERWERKER, 2000).

Lidando essas duas dimensões, gestão coletiva e cultura local, a intersetorialidade é uma estratégia potencialmente capaz de unificar forças, propiciando a formulação de propostas de saúde que sejam participativas, eficazes e relevantes (OLIVEIRA, 2017). Logo, o desafio da consolidação de uma APS integral no país é o desenvolvimento de ações comunitárias e interssetoriais para responder aos determinantes sociais e promover a saúde (ROCHA; AKERMAN, 2014).

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

4.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, fundamentada no referencial teórico do Interacionismo Simbólico.

A abordagem qualitativa se aplica ao estudo da história, das relações, significados, motivações, valores e atitudes e opiniões que os humanos vivenciam suas práticas laborais e constroem suas intervenções e a si mesmos. Para isso, o processo de trabalho científico em pesquisa qualitativa divide-se em três etapas: (1) fase exploratória; (2) trabalho de campo; (3) análise e tratamento do material empírico e documental (BARDIN, 2011).

Minayo (2012) apresenta que uma das matérias-primas que compõem a pesquisa qualitativa é a vivência, entendida como um produto da reflexão pessoal sobre a experiência, sendo seu objeto, resumido pelas relações, representações e intencionalidade e se aprofunda no universo dos significados. Dispõe-se pela experiência, vivência, senso comum e ação.

A experiência refere-se que o ser humano é capaz de apreender com suas ações no mundo. A vivência envolve a análise singular da experiência vivida, ou seja, uma mesma situação pode ser vivenciada de modo distinto por diferentes atores. O senso comum compreende os conhecimentos obtidos pelo ser humano mediante suas experiências, vivências e ações. A ação remete ao ato em si (individual ou coletivo) na realização de determinada atividade (MINAYO, 2012).

Segundo Carvalho, Borges e Rego (2010), o interacionismo simbólico segue alguns princípios como: os seres humanos norteiam-se de acordo com seus interesses gerando consequências nas interações sociais estabelecidas no meio onde vivem e nas relações interpessoais. Os significados atribuídos ao processo de interação se modificam de acordo com a interpretação desenvolvida pelos envolvidos no processo ao qual estão inseridos. Assim, o interacionismo simbólico analisa a sociedade, suas ações e condutas, as relações interpessoais e sua natureza.

Na pesquisa qualitativa, a utilização do interacionismo simbólico, mediante suas análises interpretativas, favorece a compreensão do sentido que os atores sociais dão aos símbolos, objetos, pessoas os quais constroem seu mundo social. O interacionismo simbólico consiste em uma ferramenta teórica que possibilita a compreensão do fenômeno de uma maneira mais ampla, que revela e aponta o significado que as coisas têm para os atores (BLUMER, 1969).

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O cenário de estudo foi constituído por unidades de ESF e NASF AB, além da Secretaria Municipal de Saúde do município de Pará de Minas, situado na Região Ampliada de Saúde Oeste de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2014).

O município possui 91.969 habitantes, sendo a grande maioria residente em área urbana. Possui extensão geográfica de 551,247 km² e densidade populacional de 167 habitantes/km² (BRASIL, 2018).

De acordo com a Nota Técnica nº 314710/2018 do Ministério da Saúde, a ESF foi implantada no município em 2001, tendo ampliado sua cobertura de forma progressiva. Atualmente, Pará de Minas conta com 25 equipes de ESF implantadas, com uma cobertura populacional de 93%. Em 2013, foram implantados dois NASF Tipo 1, e em 2017 houve ampliação para quatro (BRASIL, 2018).

Ainda no arcabouço de ações da Atenção Básica, a cidade oferece ações no Programa Saúde na Escola (PSE), Programa Saúde Bucal, laboratório de prótese dentária, Programa Academia da Saúde, inserção no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ), adesão ao e-SUS AB, além da vinculação ao Núcleo Estadual de Telessaúde de Minas Gerais (BRASIL, 2017).

A rede de saúde secundária e terciária de saúde é composta por: um Centro de Atenção Psicossocial ao Álcool e a outras Drogas (CAPSad III); um Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM II); um Centro de convivência de saúde mental, um Serviço Residencial Terapêutico (SRT); uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas; um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), um Hospital geral público, uma Policlínica de especialidades, um Centro de Atendimento à Saúde da Mulher e da Criança (CASMUC), um Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD), Serviço de Atenção à Saúde da Pessoa Ostromizada, Vigilância em saúde e os sistemas de apoio de logística como assistência farmacêutica e laboratório de análises clínicas (PARÁ DE MINAS, 2013).

Para esse estudo foram selecionadas aleatoriamente, por meio de sorteio, equipes de ESF e NASF AB, sem definição dos critérios de inclusão e exclusão, totalizando cinco ESF, quatro NASF AB e a Secretaria Municipal de Saúde. O número de equipes da ESF e NASF AB que participaram do estudo foi definido posteriormente, mediante a saturação dos dados coletados, que será abordada no próximo subitem.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A partir do cenário se deu a escolha dos indivíduos que foram convidados a participarem da pesquisa:

- a) Profissionais da ESF, entre estes, médicos, enfermeiros, auxiliares/técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, dentistas e auxiliares de consultório dentário;
- b) Trabalhadores do NASF AB, tais como, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas, professores de educação física, fonoaudiólogos e farmacêuticos;
- c) Gestores da Secretaria Municipal de Saúde: secretário municipal de saúde, coordenação da APS e coordenação NASF AB;

Os critérios de inclusão dos participantes levaram em conta todos os membros da respectiva ESF ou NASF AB do município de Pará de Minas/MG que estavam há mais de um ano lotados no serviço. Os critérios de exclusão do estudo levaram em consideração estar de férias ou qualquer outro motivo de afastamento no período da coleta de dados. Para os gestores, todas as pessoas elegíveis (Secretário Municipal de Saúde, Coordenação da APS e gerente do NASF AB) foram convidadas para o estudo.

Segundo critérios definidos para essa pesquisa, o número de participantes não foi definido a priori. Participaram desta etapa da pesquisa 59 colaboradores, sendo:

- a) 36 Profissionais da ESF, entre estes, dois médicos, cinco enfermeiros, oito auxiliares/técnicos de enfermagem, 17 agentes comunitários de saúde, dois dentistas e dois auxiliares de consultório dentário;
- b) 20 Trabalhadores do NASF, tais como, dois psicólogos, um assistente social, quatro fisioterapeutas, quatro nutricionistas, dois professores de educação física, três fonoaudiólogos, três farmacêuticos e um enfermeiro com formação em Práticas Integrativas e Complementares (PIC);
- c) Três Gestores da Secretaria Municipal de Saúde.

Durante a coleta de dados, deparamos com participantes com pouca afinidade em relação à temática do estudo, o que justificou a necessidade de participação de 59 colaboradores para conseguir uma aproximação da realidade estudada, ou seja, uma resposta aos problemas de pesquisa levantados na introdução deste estudo mediante a saturação dos dados.

A coleta terminou quando houve saturação das evidências, ou seja, quando houve reincidência das respostas, mas sem desprezar conteúdos importantes para o estudo. A

saturação é o critério de finalização, investigando-se diferentes representações apenas até que a inclusão de novos estratos não acrescente mais nada de novo ao estudo (BARDIN, 2011).

4.4 COLETA DE DADOS

Nesse estudo, a coleta de dados foi realizada de acordo com as etapas: contato com o campo e apresentação da proposta, realização das entrevistas semiestruturada individuais e elaboração do diário de campo.

4.4.1 ENTREVISTA INDIVIDUAL

Após o sorteio do cenário, a Secretaria Municipal de Saúde entrou em contato com a equipe sorteada por meio de ofício para convidar os profissionais da respectiva equipe a participarem do estudo, apresentar a pesquisadora principal, além de informar que a pesquisa estava devidamente autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde e pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Em seguida, as entrevistas individuais foram agendadas mediante aceite do profissional após a explicação do objetivo do estudo, seus riscos e benefícios no próprio local de trabalho. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), foi elaborado em duas vias, sendo assinadas pelo participante da pesquisa e pela pesquisadora responsável.

As entrevistas, conduzidas pela pesquisadora principal, foram realizadas conforme a disponibilidade dos profissionais em espaço privativo na própria unidade de saúde, onde estavam presentes apenas a pesquisadora e o participante. A entrevista foi gravada em arquivo digital e, posteriormente, transcrita literalmente, preservando-se a fidedignidade das informações.

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas com roteiro, que segundo Triviños (1987), são definidas como aquelas que, embora se utilize um roteiro básico de questões, abrem aos informantes a possibilidade de, seguindo sua linha de pensamento e experiências, contribuir com novas visões e questionamentos.

O roteiro para coleta de dados foi composto por questões de caracterização do participante e perguntas disparadoras referentes ao problema do estudo (APÊNDICE B). O roteiro inicial (APÊNDICE C) foi submetido a um pré-teste em outro município para verificação da adequação das questões a fim de alcançar os objetivos da pesquisa e teve sua estrutura reelaborada após as entrevistas.

As entrevistas ocorreram no período de fevereiro a julho de 2018, foram gravadas na íntegra com utilização de dispositivo Iphone, e tiveram duração média de 8 minutos e 20 segundos, sendo que 45 entrevistas tiveram duração inferior a 10 minutos. A saturação dos dados foi discutida entre as pesquisadoras e as transcrições não foram devolvidas aos participantes para comentários e/ou correção, não houve necessidade de repetição de nenhuma entrevista.

4.4.2 DIÁRIO DE CAMPO

O diário de campo, nessa etapa, foi utilizado para registro de questões relevantes (ARAÚJO et al., 2013), o pesquisador anotou os registros não formais, ou seja, observações sobre conversas informais, percepções, expressões e situações relacionadas ao tema que foram consultados para realizar a análise dos dados.

As notas de campo, realizadas após a coleta de dados, foram utilizadas com fins operacionais para o desenvolvimento da pesquisa. Todavia, esses dados não foram incorporados ao capítulo de resultados (BARDIN, 2011), apenas auxiliaram a pesquisadora no processo de interpretação dos dados empíricos, ou seja, na interpretação das relações estabelecidas pelos participantes no cotidiano da APS.

4.5 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram tratados com segurança de forma a garantir a confidencialidade e sigilo em todas as etapas do estudo. Após as entrevistas os dados foram transferidos para o computador e deletado do dispositivo *Iphone* por medida de segurança, permanecendo apenas sob os cuidados da pesquisadora principal. O conteúdo das entrevistas individuais foi transcrito na íntegra de forma criteriosa e submetida à Análise de Conteúdo (BARDIN, 2011).

A Análise de Conteúdo foi definida pelo critério semântico, isto é, pela análise dos “sentidos”, segundo as fases: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e a interpretação (BARDIN, 2011).

A pré-análise objetivou operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais, conduzindo um desenho preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise. A primeira atividade realizada foi a leitura “flutuante”, que consiste em reconhecer o texto,

apropriando-se do conteúdo, de modo que, paulatinamente, a leitura vai se tornando mais precisa e compreensiva (BARDIN, 2011).

A exploração do material consistiu na codificação e categorização dos dados obtidos (APÊNDICE D). A codificação foi estruturada pelas “operações de codificação”. Essa codificação “é a transcrição de características específicas, permitindo atingir uma representação do conteúdo ou de sua expressão” (BARDIN, 2011) É a concretização das decisões tomadas na pré-análise, ou seja, o que representa os significados expressos na leitura flutuante, precisa e compreensiva, que também foram embasadas à luz dos três princípios norteadores do interacionismo simbólico:

(1) as pessoas comportam-se em relação aos objetos com base no significado que esses objetos possuem para eles;

(2) a interação social que os seres humanos têm uns com os outros resulta em significados;

(3) os significados estão sujeitos a um processo de interpretação, ou seja, há um processo formador no qual são utilizados ou alterados como meios para a orientação ou construção da ação no processo de interação social (BLUMER, 1969).

A categorização consistiu, primeiramente, na classificação dos elementos textuais por diferenciação e, depois, pelo agrupamento, por meio das características ou significados comuns desses elementos. Considerando, ainda, a exploração do material, efetuou-se a categorização que consistiu em classificar e agrupar determinados assuntos por divergências ou convergências dos resultados (BARDIN, 2011).

A última fase consistiu no tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação ao que já foi descrito na literatura científica (BARDIN, 2011) bem como em relação ao referencial teórico adotado nesse estudo – Interacionismo Simbólico.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi realizada dentro dos preceitos éticos da Resolução CNS 466/2012 (BRASIL, 2012) de pesquisas com seres humanos, e foi autorizada pela Secretaria de Saúde de Pará de Minas (ANEXO A) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (CEPES) da Universidade Federal de São João Del - Rei (UFSJ), Campus Centro Oeste Dona Lindu, sob parecer número 2.469.057, CAAE 79985917.9.0000.5545 (ANEXO B).

A participação dos gestores e profissionais de saúde envolvidos no estudo foi voluntária, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), após serem devidamente informados sobre os objetivos do estudo, possíveis riscos e sobre a programação da coleta de dados, além dos benefícios do estudo para o município.

Como benefícios da pesquisa teremos o entendimento de como a intersetorialidade se dá no cotidiano da APS, levantando os desafios na implementação de suas práticas intersetoriais bem como, suas articulações e seus caminhos e a possibilidade de composição de políticas públicas mais adequadas e realistas para o contexto da ESF e NASF AB.

Foi respeitado pela pesquisadora o momento, a condição e o local mais adequado para que o esclarecimento sobre a pesquisa fosse efetuado, considerando, para isso, as peculiaridades do convidado a participar da pesquisa e a sua privacidade. Além disso, a pesquisadora prestou as informações em linguagem clara e acessível, e concedeu o tempo adequado para que o convidado pudesse refletir, para a tomada de decisão livre e esclarecida.

Aos participantes da pesquisa, foi informado, tanto no TCLE, quanto nos demais momentos de coleta de dados, que teriam o direito de desistir de sua participação em qualquer período do estudo, sem constrangimentos ou necessidade de justificar-se.

Medidas de proteção ao anonimato das informações referentes às entrevistas individuais foram tomadas. O sigilo foi mantido por meio da adoção da letra E (Entrevistado) seguido de número sequencial às entrevistas realizadas subsequentes (E1, E2, E3, E4...). Toda a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os participantes. Ainda foi ressaltado aos indivíduos que aceitaram participar da pesquisa que o conteúdo das entrevistas individuais seria mantido em sigilo, com acesso exclusivo por ele e pelos pesquisadores.

As informações coletadas não foram utilizadas em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou de aspectos econômico-financeiros. Os resultados da pesquisa foram utilizados para fins científicos – elaboração da dissertação de mestrado, sendo que, no futuro, serão produzidos artigos científicos para serem publicados em periódicos de circulação nacional e/ou internacional, além de comunicação dos resultados em eventos científicos. No entanto, no risco eventual da geração de dano de efeito moral, como na quebra do sigilo, mesmo com todos os cuidados tomados para que isso jamais ocorra, os pesquisadores envolvidos assumirão a responsabilidade pelo ressarcimento justo firmado em juízo.

Os participantes da pesquisa terão o direito de serem informados sobre os resultados da pesquisa e, caso sejam solicitados, serão fornecidas todas as informações. Ao final do

estudo, as pesquisadoras se comprometem com a divulgação dos resultados para a instituição participante.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

5 RESULTADOS

Dos 59 participantes deste estudo, 51 (86,5%) eram do sexo feminino; a idade variou entre 24 e 57 anos, com média 37,8 anos e a maior parte (56%, n=33) possuem ensino superior. Em relação ao local e tempo de serviço, 61% dos participantes (n=36) são profissionais da ESF com média de tempo de serviço de 7 anos e 1 mês; 20 (33,9%) trabalhadores do NASF AB, com tempo médio de atuação de 3 anos e 8 meses e 3 (5,1%) gestores da saúde, com tempo de serviço médio de 1 ano e 8 meses.

As categorias profissionais de maior tempo na APS foram os agentes comunitários de saúde (média de 9 anos); seguida pelos enfermeiros (7 anos); técnicos de enfermagem (6 anos e 2 meses) e médicos (1 ano e 8 meses).

Quanto às pessoas que não atenderam aos critérios de inclusão, foram 29 em sua totalidade, sendo: 18 (62%) por tempo de serviço, 6 (20,7%) por férias, 3 (10,3%) por exoneração voluntária, 1 (3,5%) por aposentadoria recente e 1 (3,5%) negou-se a participar da pesquisa sem justificativa alguma. Destas, 20 (69%) foram das ESF e 9 (31%) do NASF AB.

A análise das entrevistas individuais originou três categorias temáticas, sendo elas:

(Categoria 1) “As concepções de saúde e a articulação do cuidado no cotidiano da APS: intrasetorialidade *versus* intersetorialidade”; essa categoria abarca a vivência profissional, como o cuidado é realizado com o que ele acredita ser saúde;

(Categoria 2) “Diálogos intersetoriais em busca da integralidade da atenção: Modos de promoção da intersetorialidade na ESF e NASF AB”. Aborda as manifestações da intersetorialidade no cotidiano de trabalho dos profissionais que atuam nas ESF e NASF AB. A categoria apresenta a realidade da intersetorialidade na APS, ou seja, as práticas e as experiências intersetoriais concretas; e ainda, abrange as reais intenções de articular, em forma de rede, com os outros pontos de atenção à saúde e com os demais setores governamentais e não governamentais, para garantir e proteger a saúde como direito social instituído.

(Categoria 3) “Interseitorialidade: potencialidades, fragilidades e desafios”. Aborda os limites da produção intersetorial e intrasetorial via APS. Discute-se sobre os limites impostos às estratégias de cuidado em saúde enquanto tarefas intersetoriais e ainda levanta as ações exitosas de trabalho em rede.

Os resultados de cada categoria serão apresentados em formato de artigo científico, que serão submetidos em periódicos nacionais e internacionais. Ressalta-se ainda que a forma

e preparação da dissertação seguem critérios baseados nas normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

5.1 ARTIGO 1 - CONCEITO DE SAÚDE E INTERSETORIALIDADE: IMPLICAÇÕES NO COTIDIANO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

RESUMO

O artigo problematiza os achados de uma pesquisa da promoção do cuidado nas redes intersetoriais. Buscou-se compreender as noções de saúde e intersectorialidade pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) e verificar suas implicações no cotidiano. Para tal, desenvolveu-se uma pesquisa qualitativa, ancorada no interacionismo simbólico, em um município de médio porte de Minas Gerais, no período de fevereiro a julho de 2018. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada aplicada a 36 profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), 20 trabalhadores do Núcleo Ampliado Saúde da Família e Atenção Básica (NASF AB) e três Gestores da Secretaria Municipal de Saúde. Os resultados mostram que os profissionais, ao identificarem a saúde em seu conceito ampliado como objeto de trabalho, expandem as práticas para outras políticas públicas e/ou parcerias comunitárias. Já o modelo biomédico reduz a atuação ao tratamento de doenças que restringem a atuação profissional à equipe ou à rede intrasetorial. A noção de intersectorialidade surge como estratégia de cuidado em rede, pois prioriza a integração, parceria, ação conjunta e união de vários setores para a produção de comuns. Dessa forma, os apontamentos descritos nesse artigo, ainda que singulares, podem causar ressonância para trabalhadores do Sistema Único de Saúde, contribuindo para o melhor entendimento do trabalho na APS. Propõe-se que a construção de políticas públicas mais adequadas e realistas sejam desenvolvidas para o contexto da ESF e NASF AB.

Palavras chave: Sistema Único de Saúde; Políticas de Saúde; Atenção Primária a Saúde; Colaboração Intersetorial.

INTRODUÇÃO

A Conferência Internacional de Alma Ata, em meados dos anos 70/80, trouxe nova proposta de cuidados em saúde com a mudança na concepção de saúde, que passou a ser vista de maneira mais ampliada e como fenômeno de múltiplas determinações. Isso exigiu a transformação dos serviços de saúde na busca pela integralidade no cuidado, e a constituição de uma rede de práticas intersectoriais tornou-se norte para articulações inovadoras que correspondessem a nova concepção.¹

Estudos recentes apontam a importância da prática intersetorial no campo da saúde dada a magnitude dos determinantes sociais, o que torna difícil para uma instituição resolver os problemas em um único setor.^{2,3} A união entre dispositivos institucionais, não institucionais e comunidade pode favorecer o atendimento integral, a efetivação do SUS, além da inclusão social, o que nos leva a apreensão dos processos de colaboração intersetorial para avançar para outras formas de integração de organização das políticas públicas.⁴

Na 70ª Assembleia Geral das Nações Unidas, em setembro de 2015, a saúde foi posta enquanto um dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) - sendo incorporada entre as 17 dimensões - e coloca para seus atores o desafio de inserir-se em uma agenda intersetorial (para além da saúde) capaz de estimular o enfrentamento dos seus determinantes sociais em territórios, o que dialoga com o desenvolvimento sustentável. Os ODS aparecerem então como “nova agenda universal” ou Agenda 2030, o que nos faz presumir a ocorrência de discussões nos próximos anos, principalmente quando relacionadas a saúde e qualidade de vida.⁵

No Brasil, os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), que são responsáveis pela coordenação do cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS), vem assumindo missão estratégica para a organização e ampliação da efetividade dos sistemas de saúde.⁶ A expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) e, posteriormente, a implantação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) tiveram como missão o fortalecimento da APS com incorporação de novas práticas e mudanças de paradigmas de cuidado, diminuição das iniquidades sociais e aproximação com a comunidade.⁷

Nesse contexto, questiona-se: Quais as concepções de saúde surgem no cotidiano dos profissionais da ESF, NASF AB e gestores? Qual significado os profissionais da ESF, NASF AB e gestores atribuem à intersetorialidade? Quais as implicações de ações intersetoriais no cotidiano do cuidado na APS?

Assim, esse estudo teve como objetivos: compreender as noções de saúde e intersetorialidade dos profissionais nas ESF, NASF AB e gestores e verificar as possíveis implicações de ações intersetoriais para o cuidado. Pois partimos do pressuposto que a promoção da saúde é um trabalho que se faz e refaz como efeito de um coletivo de acordo com seus interesses pessoais e interações sociais.

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Pesquisa de abordagem qualitativa, a qual utilizou-se o referencial teórico do Interacionismo Simbólico⁸ para suporte à análise do objeto em estudo.

O cenário de estudo foi constituído por cinco unidades de ESF e quatro equipes de NASF AB de um município de médio porte do Estado de Minas Gerais que possui 93% da população coberta pela ESF. Essas equipes foram sorteadas aleatoriamente, sem definição dos critérios de inclusão e exclusão, sendo que o número de equipes inseridas no estudo foi definido posteriormente, mediante a saturação dos dados coletados.

A partir do cenário se deu a escolha dos participantes. Os critérios de inclusão dos participantes tiveram como base todos os membros da respectiva ESF ou NASF AB do município que estavam em atuação há mais de um ano no serviço. Os critérios de exclusão do estudo foram o profissional estar de férias ou qualquer outro motivo de afastamento no período da coleta de dados. Também foram convidados a participar do estudo os gestores da Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

O teste piloto foi realizado em outro município com serviços de saúde com características semelhantes ao do estudo para avaliar a adequação do instrumento e a qualidade da coleta de dados.

As entrevistas ocorreram no período de fevereiro a julho de 2018 e participaram 59 colaboradores, sendo: (a) 36 profissionais da ESF, entre estes, dois médicos, cinco enfermeiros, oito auxiliares/técnicos de enfermagem, 17 agentes comunitários de saúde, dois dentistas e dois auxiliares de consultório dentário; (b) 20 trabalhadores do NASF, sendo dois psicólogos, um assistente social, quatro fisioterapeutas, quatro nutricionistas, dois professores de educação física, três fonoaudiólogos, três farmacêuticos e um enfermeiro com formação em Práticas Integrativas e Complementares (PICS); (c) três Gestores da Secretaria Municipal de Saúde. Quanto às pessoas que não atenderam aos critérios de inclusão, foram 29 em sua totalidade. Destas, 20 (69%) foram das ESF e 9 (31%) do NASF AB. Apenas 1 (3,5%) negou-se a participar da pesquisa sem justificativa alguma.

As entrevistas individuais foram agendadas mediante aceite do profissional após a explicação do objetivo do estudo, seus riscos e benefícios, de acordo com a disponibilidade dos participantes, no próprio local de trabalho, em uma sala reservada para preservar sigilo das informações e interrupções. As entrevistas ocorreram no período de fevereiro a julho de 2018, foram gravadas na íntegra com utilização de dispositivo Iphone, e tiveram duração

média de 8 minutos e 20 segundos sendo que 45 entrevistas tiveram duração inferior a 10 minutos. Não houve necessidade de repetição de nenhuma entrevista.

A coleta de dados foi realizada de acordo com as etapas: contato com o campo e apresentação da proposta, realização das entrevistas individuais e elaboração do diário de campo. A coleta terminou quando houve saturação das evidências, ou seja, quando houve reincidência das respostas, mas sem desprezar conteúdos importantes para o estudo.⁹

O conteúdo das entrevistas individuais foi transcrito na íntegra de forma criteriosa. Medidas de proteção ao anonimato das informações referentes às entrevistas individuais foram tomadas. O sigilo foi mantido por meio da adoção da letra E (Entrevistado) seguido de número sequencial às entrevistas realizadas subsequentes (E1, E2...). As transcrições não foram devolvidas aos participantes para comentários e/ou correções. Após essa etapa, a pesquisadora principal realizou a Análise de Conteúdo.⁹ Procedeu-se a leitura flutuante que favoreceu a identificação dos núcleos de sentidos emergidos no conteúdo das falas. A exploração do material consistiu na codificação e categorização dos dados obtidos. O presente artigo apresenta os resultados da categoria empírica que são as concepções de saúde e a manifestação de ações no cotidiano da APS: intrasetorialidade versus intersetorialidade.

Pesquisa aprovada no Comitê de Ética em pesquisa Envolvendo Seres Humanos, sob CAAE 79985917.9.0000.5545, parecer 2.469.057.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Reforma Sanitária Brasileira e a consequente implantação do SUS na Constituição da República Federativa Brasileira de 1988 possibilitaram a ampliação do conceito de saúde o qual coloca doença e saúde em constante relação. A saúde passou a ser colocada como “*a potência para lidar com a existência*” e a doença como “*sentimento de vida contrariada*”. Assim, os sentidos da saúde e da doença passaram a ter caráter subjetivo e relacionado ao modo de vida individual ou coletivo, podendo ser ainda englobados social, histórica e culturalmente.¹⁰

No SUS, especialmente na APS, atores dos dispositivos ESF e NASF AB, apostam na saúde como produção da vida e são utilizadas estratégias para tessitura de uma rede de serviços, de ações de cuidado, de pessoas, provocando encontros, acontecimentos.¹¹ A saúde é, portanto, o objeto de trabalho dos profissionais que deve ser mantido em constante reflexão para que suas práticas se aproximem da finalidade da APS disposta na Política Nacional de Atenção Básica.

No entanto, a saúde tem duas vertentes; há quem considere como um emaranhado de fatores biológicos e outros como um fenômeno complexo e com múltiplas determinações. Ambas as visões implicam na forma como vivemos e entendemos as condições de saúde das populações.¹² O conceito de saúde foi a única pergunta respondida por todos os participantes do estudo e refletiu em ambas dimensões conceituais:

“A saúde é a ausência de doença e você cuidar dela”. (E26 – ESF)

“Saúde para mim é lazer, cultura, educação, esporte.” (E15 – ESF)

No modelo biomédico tradicional, a pessoa é vista como uma doença a ser tratada. Assim, os profissionais optam em realizar suas ações de maneira isolada e/ou centralizada em sua especificidade, ou então, sua atuação se dá meramente na rede de saúde, a chamada rede intrasetorial.^{12, 13} A aproximação com o modelo biomédico foi constatada por atores da ESF:

“Saúde compreende um bem-estar físico e emocional. É uma pergunta complexa, não é? Eu entendo como isso.” (E18 – ESF)

“Saúde... É estar bem com você mesmo. Equilibrado. Não ter nada doendo em você.” (E36 – ESF)

A manutenção desse tipo de prática individualiza em detrimento de questões que são coletivas, de cunho social, leva a rede a funcionar de maneira restrita e setorializada, não privilegiando os encontros coletivos com a complementaridade de práticas. A consolidação de um sistema de saúde ancorado no conhecimento biomédico é incapaz de intervir sobre os determinantes do processo saúde-doença. Contudo, na literatura, questiona-se a articulação entre a rede de serviços quando esta é reduzida a encaminhamentos para diagnósticos e outras especialidades, visto que raramente desdobram em outras ações que impactam aos determinantes sociais da saúde.^{12, 13}

E é por isso que a reorientação das práticas de saúde aponta não apenas para a necessidade de construir novas instrumentalidades, mas também a construção de novas concepções de cuidado. O profissional deve ter um olhar amplo, ser comprometido com a prática de trabalho em equipe e integrado com disponibilidade para exercer um fazer coletivo com corresponsabilização e acolhimento das reais necessidades da população.^{14, 15}

“Saúde é um conjunto, não pode ser definida apenas como bem-estar físico. Além do bem-estar físico, você tem o social, você tem o educacional [...]. Então acho que o conjunto de

ações, não é?! Quanto mais ações, quanto mais esclarecida a população, mais saudável, a gente vai conseguir desse pessoal mais saúde. Eu acho que hoje em dia, se você foca só numa área, você deixa várias outras descobertas, e acaba que isso vai gerar a longo prazo algum problema na sua população, e que vai acarretar bem possivelmente alguma deficiência na sua área de saúde” (E12 – NASF AB)

Alguns países europeus, o Canadá e a Austrália têm experienciado ações públicas com vistas a superação desse dilema com a implementação da abordagem “Saúde em Todas as Políticas” ou “*Health in All Policies (HiAP)*”. Os fundamentos teóricos baseiam-se na ideia que a saúde é fortemente determinada socialmente e sua ação envolve a responsabilidade de todo o governo. Essa estrutura de política faz uso da colaboração intersetorial para melhorar a saúde e a equidade na saúde das comunidades.^{16, 17} A perspectiva internacional dialoga com algumas falas que vão de encontro ao conceito ampliado de saúde ou processo saúde-doença, como:

“Agora o fazer saúde, é olhar muito para a diversidade do público que a gente atende. Não focar apenas na queixa que aquele paciente trás e sim olhá-lo num todo. O contexto e os hábitos de vida desse paciente são fatores determinantes para que a gente consiga realmente fazer saúde em qualquer instância.” (E21 – NASF AB)

“É um conjunto de situações que envolvem bem-estar, acomodação, moradia, alimentação é um grupo de coisas envolvidas na saúde.” (E53 – ESF)

“Saúde eu acho que é um conceito muito complexo, que vai muito além da ausência da doença, não é?! Saúde é a capacidade da pessoa exercer seus direitos e seus deveres na sociedade, isso no âmbito social. Saúde é ela ter uma condição boa de trabalhar, dela conseguir prover condições para ela poder ter dinheiro para viajar, para comer, para estudar. Também envolve a parte fisiológica, ela está bem consigo mesma tanto psiquicamente quanto fisiologicamente. A saúde envolve tanto o contexto social, psíquico, quanto fisiológico. Saúde é a pessoa ter a capacidade de viver bem nesses três setores, nesses três meios, conseguindo ficar bem com ela mesma, nisso tudo. ” (E5 – gestor)

O interacionismo simbólico parte do pressuposto de que as ações dos indivíduos são orientadas de acordo com os seus próprios interesses, e a interação no mundo favorece a capacidade de (re) orientar suas ações.⁸ Por isso, os profissionais da APS, diante as concepções de saúde precisam desenvolver competência para utilizar o cotidiano enquanto

problematizador. Assim, as interações profissionais devem ser nutridas com o conceito ampliado de saúde para superação das práticas ancoradas no modelo biomédico, ainda tão presentes nos serviços.

A intersetorialidade não se opõe a ação setorial, mas remete ao sentido de complementariedade de práticas. Há necessidade de combinar a dimensão setorial com a intersetorial,¹⁸ pois, aos profissionais da APS cabe atuar de forma interdisciplinar, multiprofissional, com responsabilidade integral sobre a população, para a utilização de práticas de saúde inovadoras e com propostas compartilhadas de trabalho tendo um caráter intra ou intersetorial.¹⁹ Tarefas essas que, além da constituição de um sistema de qualidade, com acesso universal e integral, ampliam-se na direção de um papel articulador e integrador com outros setores, também determinantes das condições de vida e de saúde,¹¹ dimensões que podem ser apreciadas na fala:

“Acho que é a junção, a conjugação dos setores, em todos os aspectos. Como a gente fala de saúde em um estado amplo, os setores da vida... também... seria a integração de todos os aspectos da vida, como um todo. A saúde integral, cada setor cooperando com o outro, se ajudando mutuamente.” (E29 – ESF)

A compreensão da determinação social do processo saúde-doença, a dimensão do impacto de ações não especificamente setoriais sobre a saúde – tais como habitação, emprego e renda, cultura e lazer – e da impotência setorial diante a complexidade do mundo real e concreto, fazem com que o setor saúde esteja mais mobilizado para propor articulações intersetoriais.²⁰ Algumas percepções de profissionais das equipes de saúde sobre a intersetorialidade priorizam a integração e a complementariedade dos serviços, o que pode ser observado nas seguintes opiniões:

“Essa ponte que a gente faz com outros equipamentos, não somente os equipamentos da saúde, mas também os equipamentos da assistência, da educação [...] Quando a gente pensa em olhar o sujeito num todo é importante olhar os outros equipamentos também, os outros setores porque eles podem ser muito parceiros para gente conseguir realizar as nossas ações e promover a saúde das pessoas que a gente atende” (E21 – NASF AB)

“Intersetorialidade nós podemos entender que são vários serviços no território, no município que atende às necessidades da população.” (E58 – NASF AB)

Em meio a essa discussão torna-se necessário discutir a definição do termo interdisciplinaridade, já que, para os casos clínicos mais complexos, o trabalho compartilhado é um recurso de ampliação da atuação dos profissionais na direção de outras áreas do conhecimento,²¹ e é por meio da interdisciplinaridade do cuidado que os vários olhares dos profissionais se encontram, para uma troca de saberes e o compartilhamento de estratégias de trabalho que busquem uma atenção ampliada e que possibilite o cuidado do sujeito de acordo com suas necessidades e de forma integral.²² Alguns participantes confundiram o termo interdisciplinaridade com o termo intersetorialidade:

“Intersetorialidade, seria a meu ver, essa capacidade dos profissionais se conectarem, eu acredito. Da equipe funcionar entrosada, de ter essa conexão profissional [...]” (E18 – ESF)

“É o setor onde todo mundo trabalha em conjunto [...]” (E36 – ESF)

Vale ressaltar que os termos são complementares e que dentre as atribuições da APS, a intersetorialidade sugere aos trabalhadores da saúde ferramentas para ampliarem a integralidade do cuidado, responsabilização e resolutividade construindo uma resposta mais eficaz para os problemas cotidianos. A intersetorialidade é um termo dotado de vários significados e possibilidades de aplicação prática que, apoia-se no reconhecimento de que a relação entre “setores” implica mudanças importantes na ampliação da democracia e da cidadania.²³ Para a efetivação das práticas intersetoriais, os profissionais da ESF e NASF AB, cuja atuação os coloca diante dos contextos de vida e saúde das pessoas, precisam compreender tanto os limites setoriais quanto as vantagens das ações integradas.²⁴

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A definição sobre saúde trazida pelos participantes diz muito sobre a prática de saúde no cotidiano da APS de cada profissional, pois pode ser atribuída ao conceito ampliado ou então, à concepção do modelo biomédico. Assim, com a saúde em seu conceito ampliado há expansão das práticas para outras políticas públicas e/ou parcerias comunitárias, e já o modelo biomédico reduz a atuação meramente à ausência de doenças que restringem a atuação profissional à equipe ou quanto muito, a rede intrasetorial. Já a noção de intersetorialidade surge como estratégia de cuidado em rede, pois prioriza a integração, parceria, ação conjunta e união de todos os setores para a produção de comuns.

No Brasil, a intersetorialidade apresenta-se como essencial na promoção da saúde da população e da equidade em saúde. No entanto, as políticas públicas urgem integração para

alcançar os determinantes sociais de maneira coletiva, levando em consideração as vulnerabilidades, as necessidades e arranjos locais. No cenário internacional, por recomendação da OMS, alguns países vêm trabalhando na perspectiva de integração das políticas públicas com base na abordagem Saúde em Todas as Políticas (*Health in All Policies* - HiAP); experiências que podem nortear a realidade brasileira.

Por fim, vale ressaltar que, as problematizações do estudo podem produzir ressonância para atores da ESF e NASF AB e contribuir para um maior entendimento do trabalho na APS, favorecendo a construção de políticas públicas viáveis de serem realistas no contexto. No âmbito local é possível observar questões causadas por múltiplos fatores que requerem sincronia entre setores diversos na busca soluções possíveis; a saúde bem corresponde sua influência pelos fatores sociais, econômicos e ambientais.

Colaboradores

Edna Mara Mendonça, participou ativamente da discussão dos resultados do trabalho, da revisão e da aprovação da versão final do trabalho, sendo este estudo produto da dissertação de mestrado da autora; Fernanda Moura Lanza, participou da discussão dos resultados do trabalho, da revisão e da aprovação da versão final do trabalho. Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de elaboração do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Molina, Joaquín. Saúde universal com equidade, sem deixar ninguém para trás. *Revista Panamericana de Salud Pública* [online]. 2018, v. 42 [acessado 11 janeiro 2019], e173. Disponível em: <<https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.173>>. Epub 29 Out 2018. ISSN 1680-5348. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.173>
2. Dubois, Alejandra, St-Pierre, Louise and Veras, Mirella. A scoping review of definitions and frameworks of intersectoral action. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2015, v. 20, n. 10 [Accessed 11 jan 2019], pp. 2933-2942. Available from: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.01222014>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.01222014>.
3. Fisher, Matthew, Baum, Frances E, MacDougall, Colin, Newman, Lareen, McDermott, Dennis, Phillips, Clare; Intersectoral action on SDH and equity in Australian health policy, *Health Promotion International*, December 2017, Volume 32, Issue 6, 1, Pages 953–963, <https://doi.org/10.1093/heapro/daw035>
4. Lotta, Gabriela, Favareto, Arilson. Desafios da integração nos novos arranjos institucionais de políticas públicas no Brasil. *Rev. Sociol. Polit.* [online]. 2016, vol.24, n.57 [cited 2019-01-02], pp.49-65. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-

44782016000100049&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0104-4478. <http://dx.doi.org/10.1590/1678-987316245704>

5. UN. United Nations. A/70/1. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. Nova Iorque, UN. 2015a. disponível em: <www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E>. Acesso em: 12 out. 2015a.

6. Almeida, Patty Fidelis de et al. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. Saúde em Debate [online]. 2018, v. 42, n. spe1 [acessado 11 Jan 2019], pp. 244-260. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S116>>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S116>.

7. Tesser Charles Dalcanale. Núcleos de Apoio à Saúde da Família, seus potenciais e entraves: uma interpretação a partir da atenção primária à saúde. Interface (Botucatu) [Internet]. 2017 Set [citado 2019 Jan 11]; 21(62): 565-578. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000300565&lng=pt. Epub 03-Nov-2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0939>

8. Blumer H. Symbolic Interactionism: Perspective and Method. Berkeley: University of California Press. 1969.

9. Bardin, L. Análise de conteúdo. Lisboa, Portugal: Edições 70; 2011.

10. Czeresnia, D; Maciel, EMGS; Oviedo, RAM. Os sentidos da saúde e da doença. 2013. Fiocruz, Rio de Janeiro.

11. Yasui, S.; Luzio, C.; Amarante, P. Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. Rev. Polis e Psique, 2018; 8(1): 173 – 190. | 174

12. Barreto Mauricio Lima. Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. Ciênc. Saúde coletiva [Internet]. 2017 July [cited 2019 jan 03]; 22(7): 2097-2108. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002702097&lng=en.<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017227.02742017>

13. Menezes Erica Lima Costa de, Scherer Magda Duarte dos Anjos, Verdi Marta Inez, Pires Denise Pires de. Modos de produzir cuidado e a universalidade do acesso na atenção primária à saúde. Saúde soc. [Internet]. 2017 Dez [citado 2019 Jan 13]; 26 (4): 888-903. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902017000400888&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902017170497>.

14. Garbois, Júlia Arêas, Sodré, Francis e Dalbello-Araujo, Maristela. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. Saúde em Debate [online]. 2017, v. 41, n. 112 [acessado 11 janeiro 2019], pp. 63-76. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201711206>>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711206>.

15. Fertonani, Hosanna Patrig et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2015, v. 20, n. 6 [acessado 11 janeiro 2019], pp. 1869-1878. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413->

81232015206.13272014>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>.

16. Neeley, S. Framing food within a health policy system: Health in all policies. In *The Intersection of Food and Public Health: Current Policy Challenges and Solutions* (pp. 199–213). 2017. Taylor and Francis. <https://doi.org/10.1201/9781315153094>

17. Mattig, T., Cantoreggi, N., Simos, J., Kruit, CF, & Christie, DPTH. HIA na Suíça: Estratégias para alcançar Saúde em Todas as Políticas. *Promoção da Saúde Internacional*, 32 (1), 149-156. 2017 <https://doi.org/10.1093/heapro/dav087>

18. Akerman Marco, Franco de Sá Ronice, Moyses Simone, Rezende Regiane, Rocha Dais. Intersetorialidade? IntersetorialidadeS! *Ciênc. Saúde coletiva* [Internet]. 2014 Nov [cited 2019 Feb 03];19(11):4291-4300. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001104291&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141911.10692014>

19. Melo, Eduardo Alves et al. Dez anos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf): problematizando alguns desafios. *Saúde em Debate* [online]. 2018, v. 42, n. spe1 [. Acessado 3 janeiro 2019], pp. 328-340. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S122>>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S122>.

20. Silva, Denise Alves José da e Tavares, Maria de Fátima Lobato. Ação intersetorial: potencialidades e dificuldades do trabalho em equipes da Estratégia Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro. *Saúde em Debate* [online]. 2016, v. 40, n. 111 [acessado 11 Jan 2019], pp. 193-205. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201611115>>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201611115>

21. Matuda CG, Pinto NRS, Martins CL, Frazão P. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(8):2511-21 [citado 21 nov. 2018]. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000802511&script=sci_abstract&tlng=pt

22. Bispo, Emanuella Pinheiro de Farias, Tavares, Carlos Henrique Falcão e Tomaz, Jerzuí Mendes Tôrrez. Interdisciplinaridade no ensino em saúde: o olhar do preceptor na Saúde da Família. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [online]. 2014, v. 18, n. 49 [acessado 13 janeiro 2019], pp. 337-350. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0158>>. Epub 10 Mar 2014. ISSN 1807-5762. <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0158>

23. Pereira, P. A. P. A intersetorialidade das políticas sociais na perspectiva dialética. In: Monnerat, G. L.; Almeida, N. L. T.; Souza, R. G. de. (Org.). *A intersetorialidade na agenda das políticas sociais*. Campinas: Papel Social, 2014. p. 21-39

24. Prado Nilia Maria de Brito Lima, Santos Adriano Maia dos. Promoção da saúde na Atenção Primária à Saúde: sistematização de desafios e estratégias intersetoriais. *Saúde debate* [Internet]. 2018 set. [cited 2019 Jan 11] ; 42(spe1): 379-395. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500379&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s126>

5.2 ARTIGO 2 - ENCONTRO COM O DIVERSO: A PROMOÇÃO DE PRÁTICAS INTERSETORIAIS NO COTIDIANO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

RESUMO

Desenvolveu-se uma pesquisa qualitativa sob o referencial do interacionismo simbólico que buscou compreender a intersectorialidade no cotidiano da Atenção Primária à Saúde (APS). Este estudo foi desenvolvido em um município de médio porte de Minas Gerais no período de fevereiro a julho de 2018. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada aplicada a 36 profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), 20 trabalhadores do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF AB) e três Gestores da Secretaria Municipal de Saúde. Para a análise dos dados adotou-se a análise de conteúdo. A intersectorialidade se apresenta com a proatividade dos atores da ESF levantando a demanda e convocando o NASF AB para juntos pensarem as possíveis soluções de acordo com cada questão, o que sinaliza o potencial articulador do NASF AB para favorecer os arranjos necessários para formação de rede intra ou intersectorial. Conclui-se que a produção de ações intersectoriais exige a formação de gestores e profissionais para o planejamento, monitoramento e avaliação dessas práticas para alcance de resultados adequados para atender os determinantes sociais da saúde de forma ampla com vistas a sustentabilidade.

Palavras chave: Sistema Único de Saúde, Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Colaboração Intersetorial;

INTRODUÇÃO

Os anos de 2018/2019 se fazem datas de relevância ímpar para analisar as práticas do sistema de saúde e Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, considerando os marcos da Declaração de Alma-Ata (40 anos) e da Constituição da República Federativa do Brasil (30 anos), nortes do Sistema Único de Saúde (SUS).¹

Desde sua concepção, o setor saúde tem se destacado como “a área que mais promove ações intersectoriais em função das vastas redes de intervenção político-sanitário e do conceito ampliado de saúde”.² A Estratégia Saúde da Família (ESF) surgiu como uma política prioritária do Estado brasileiro, dentro de um contexto rico de influências institucionais e da necessidade de expansão da APS para acesso universal como princípio doutrinário do SUS,

mediante o perfil epidemiológico brasileiro, das desigualdades social, e das experiências inovadoras de APS em várias realidades mundiais, além da pressão política internacional diante dos resultados de uma APS resolutive.³

O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF AB) tem por objetivo expandir a rede de serviços, com resolutividade na abrangência e o alvo das ações demandadas. A ESF e o NASF AB têm atuação conjunta para compartilhar e apoiar as práticas em saúde, estabelecendo uma atuação intersetorial, com ações interdisciplinares, educação permanente, noção de território, integralidade, participação social, educação popular, promoção da saúde e humanização, ações estas que se firmam enquanto grande avanço da saúde pública.⁴

No Brasil, estudos relacionados a intersetorialidade colocam a ESF como espaço facilitador da promoção da saúde devido ao seu caráter intrínseco de cuidado integral sendo capaz de responder à diversidade de problemas da população. No entanto, a integralidade é colocada como algo complexo e de difícil operacionalização nos serviços, sendo prioritariamente determinada como uma tarefa dos profissionais de nível superior.^{5, 6, 7}

Enquanto isso, pesquisas internacionais despontam a potencialidade da ação intersetorial atrelada a Saúde em Todas as Políticas (*Health in all Policies* - HiAP), e ainda chamam atenção para o nível local onde os determinantes sociais da saúde operam com foco na diminuição das iniquidades. No entanto, ressaltam a necessidade de planos de ação local e formação de gestores para planejamento, monitoramento e avaliação de ações intersetoriais.^{8,9}

Na 70ª Assembleia Geral das Nações Unidas, em setembro de 2015, a saúde foi posta enquanto um dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), incorporada entre suas dezessete dimensões e coloca para seus atores o desafio de inserir-se em uma agenda intersetorial, para além da saúde, capaz de estimular o enfrentamento dos seus determinantes sociais em territórios, que dialoga com o desenvolvimento sustentável. Os ODS aparecerem, então, como “nova agenda universal” ou Agenda 2030, o que nos faz presumir a ocorrência de discussões nos próximos anos, principalmente quando relacionados a saúde e qualidade de vida.¹⁰

Em novembro de 2018, aconteceu Conferência Global de APS, no Cazaquistão, quando se comemorou os 40 anos de Alma Ata. Na ocasião, na Declaração de Astana foi reafirmada a defesa da justiça social, a saúde para todos e a superação das desigualdades entre e no interior dos países que se articulam com ODS 3 e outros correlacionados.¹¹

Na contramão do que tem sido colocado no cenário internacional, no Brasil, foi aprovada a Emenda Constitucional nº 9520 em 2016, que congela os gastos da saúde e

educação por 20 anos e as despesas públicas serão corrigidas de um orçamento para o outro apenas com base na inflação do ano anterior,¹² ou seja, mais do que nunca será necessário analisar as práticas cotidianas de cuidado e gestão, sem deixar que os limites de financiamento impostos comprometam o direito a saúde para todos.³

Nesse contexto, busca-se compreender a intersetorialidade no cotidiano da Estratégia Saúde da Família e Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica.

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Pesquisa de abordagem qualitativa, a qual utilizou-se o referencial teórico do Interacionismo Simbólico para suporte à análise do objeto em estudo.

O interacionismo simbólico segue alguns princípios como os seres humanos se norteiam de acordo com seus interesses gerando consequências nas interações sociais estabelecidas no meio onde vivem e nas relações interpessoais.¹³

O cenário de estudo foi constituído por cinco unidades de ESF e quatro NASF AB de um município de médio porte do Estado de Minas Gerais. Essas equipes foram sorteadas aleatoriamente, sem definição dos critérios de inclusão e exclusão, sendo que o número de equipes que participaram do estudo foi definido posteriormente, mediante a saturação dos dados coletados.

A partir do cenário se deu a escolha dos participantes. Os critérios para inclusão dos participantes levaram em consideração todos os membros da respectiva ESF ou NASF AB do município em atuação há mais de um ano no serviço. Os critérios de exclusão do estudo foram estar de férias ou qualquer outro motivo de afastamento no período da coleta de dados. Também foram convidados a participar do estudo todos os gestores da APS.

Para avaliar a adequação do instrumento e garantir a qualidade da coleta de dados foi realizado um teste piloto em serviços de saúde com características semelhantes ao do estudo, porém em outro município. As entrevistas ocorreram no período de fevereiro a julho de 2018, participaram 59 colaboradores, sendo: (a) 36 profissionais da ESF, entre estes, dois médicos, cinco enfermeiros, oito auxiliares/técnicos de enfermagem, 17 agentes comunitários de saúde (ACS), dois dentistas e dois auxiliares de consultório dentário; (b) 20 trabalhadores do NASF, sendo dois psicólogos, um assistente social, quatro fisioterapeutas, quatro nutricionistas, dois professores de educação física, três fonoaudiólogos, três farmacêuticos e um enfermeiro com formação em Práticas Integrativas e Complementares (PICS); (c) três Gestores da Secretaria Municipal de Saúde. As entrevistas foram gravadas na íntegra com utilização de dispositivo

Iphone, e tiveram duração média de 8 minutos e 20 segundos, sendo que 45 entrevistas tiveram duração inferior a 10 minutos. Quanto às pessoas que não atenderam aos critérios de inclusão, foram 29 em sua totalidade, sendo: 18 (62%) por tempo de serviço, 6 (20,7%) por férias, 3 (10,3%) por exoneração voluntária, 1 (3,5%) por aposentadoria recente e 1 (3,5%) negou-se a participar da pesquisa sem justificativa alguma. Destas, 20 (69%) foram das ESF e 9 (31%) do NASF AB.

A coleta de dados foi realizada de acordo com as etapas: contato com o campo e apresentação da proposta, realização das entrevistas semiestruturadas e elaboração do diário de campo. As entrevistas individuais foram agendadas mediante aceite do profissional após a explicação do objetivo do estudo, seus riscos e benefícios, de acordo com a disponibilidade dos participantes, no próprio local de trabalho, em uma sala reservada para não ocorrer interrupções. Não houve necessidade de retomada de nenhuma entrevista. A coleta terminou quando houve saturação das evidências, ou seja, quando houve reincidência das respostas, mas sem desprezar conteúdos importantes para o estudo.¹⁴

O conteúdo das entrevistas individuais foi transcrito na íntegra de forma criteriosa. Medidas de proteção ao anonimato das informações referentes às entrevistas individuais foram tomadas. As transcrições não foram devolvidas aos participantes para comentários e/ou correções. O sigilo foi mantido por meio da adoção da letra E (Entrevistado) seguido de número sequencial às entrevistas realizadas subsequentes (E1, E2...). Após essa etapa, a pesquisadora principal realizou a Análise de Conteúdo.¹⁴

Pesquisa aprovada no Comitê de Ética em pesquisa Envolvendo Seres Humanos, sob CAAE 79985917.9.0000.5545, parecer 2.469.057.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A intersetorialidade compreende ações e/ou intervenções sobre os determinantes sociais em uma dinâmica de cooperação por parte das organizações públicas e demais parceiros com construção de uma rede de relações, e é esse o conceito norteador desse estudo,¹⁵ que foi percebido e salientado por um gestor participante da pesquisa.

“No município, a intersetorialidade, pelo menos na minha experiência profissional, eu tenho trabalhado com setor de assistência social, com setor de educação, o setor da área de conselhos, que vai desde a educação, juventude, álcool e drogas. A gente faz também com o setor de zoonose, a gente faz com o setor de obras e infraestrutura. Então eu acho que aqui,

praticamente quase todas as secretarias comunicam. Por exemplo, o esporte, cultura e lazer. Nós também estamos trabalhando sempre juntos. É... Então são todos esses setores, saúde, educação, assistência social, a parte dos conselhos que eu acho que está dentro também o lazer, cultura, esporte, meio ambiente e o setor de obras também.” (E5 – gestor)

Para responder ao problema de pesquisa, além dos gestores, foi questionado aos profissionais da ESF e NASF AB as vivências intersetoriais, os serviços parceiros e a real intencionalidade das práticas intersetoriais. Quando indagados sobre as vivências intersetoriais, os participantes ilustravam ações intrasetoriais, algumas ações intersetoriais, ou não discorreram sobre o assunto, dentre os ACS e técnicos de enfermagem.

Há relatos que vão de encontro ao Apoio Matricial do NASF junto às ESF que podem ter caráter intersetorial ou não, a depender os casos clínicos discutidos localmente que proporcionam a articulação da rede.

“Através de reuniões de matriciamento, grupos, atendimento em outro equipamento que a gente entra em contato”. (E22 – NASF AB)

“Quando a gente está com um paciente, mas precisa de um atendimento maior, a gente entra em contato com o SAD [Serviço de Atendimento Domiciliar] ou com o NASF para atender aquele paciente que até então era só do posto, né. Eu acho que isso é um serviço em rede, não é?” (E26 – ESF)

As falas em questão colocam a intrasetorialidade como principal forma de articulação de rede. Esses achados reforçam que a coordenação do cuidado na APS envolve a integração entre ações e serviços distintos profissionais da saúde para definição de fluxos, troca de informações e necessidades com o intuito de favorecer o cuidado contínuo e integral.¹⁶ Compreende-se que a APS tem como missão a comunicação entre os diferentes serviços de saúde e, para isso, deve-se gerir dos projetos terapêuticos singulares e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS).³ O cuidado entre os dispositivos da RAS é o que é chamado de intrasetorialidade.

A vivência intersetorial pelos profissionais da ESF e NASF e gestores ocorre por meio de parcerias com os profissionais da educação, desenvolvimento social, esporte, cultura e lazer.

“Essa parceria com o CRAS [Centro de Referência de Assistência Social], que é uma parceria fixa, eu acho que aqui, não sei, mas eu acredito que seja o único ESF [Estratégia Saúde da Família] que reúne mensalmente para discutir casos com um setor diferente do setor da saúde. ” (E53 – ESF)

“Um trabalho que a gente faz em creche, escola, na Casa da Esperança, para incentivar, para educar a criança. A gente faz aplicação de flúor, faz controle da higienização, distribui escova, ensina como faz o uso de fio dental, e incentiva sempre a criança a escovar na escola também. ” (E52– ESF)

“CRAS [Centro de Referência de Assistência Social], CREAS [Centro de Referência Especializado de Assistência Social], CRE Centro de Referência em Educação], CER II [Centro Especializado em Reabilitação], COMAD [Conselho Municipal de políticas sobre álcool e outras drogas] mesmo ele não estando dentro de um setor específico é um parceiro, dentro da assistência social tem os projetos que a gente está sempre construindo uma ponte bem participativa com as pessoas responsáveis. Então seria isso: a educação, a assistência social com os serviços que acompanham, o CER II e já teve ações que realizamos em uma UBS onde a polícia militar participou. ” (E21 – NASF AB)

As estratégias de trabalho intersetorial elencadas pelos profissionais foram: apoio matricial com caráter intra e intersetorial, atendimento compartilhado intra e intersetorial, reuniões de rede, planejamento e execução de atividades para uma questão específica com vistas a promoção da saúde, colaboração entre secretarias para eventos focais, sessão de profissionais para equipamentos não institucionais, aumento dos espaços de encontro como fóruns, capacitações, seminários, e também da articulação da rede fazendo uso do caso clínico enquanto norteador de fluxos e ações.

“O matriciamento realizado nas unidades dependendo do caso de cada paciente, cada situação para poder resolver, a gente consegue englobar muita coisa, até a questão da polícia. A gente consegue englobar a assistência social (fora do NASF), CRE, CREAS, polícia, conselho tutelar. No matriciamento aqui, eu acho que é o que mais a gente trabalha a intersetorialidade. Todas as UBS precisam realizar o matriciamento como um projeto a seguir no decorrer do ano. A gente faz um matriciamento intersetorial de acordo com a queixa. A gente realiza o matriciamento sempre na UBS e com a participação do NASF. Envolve escola, envolve tudo. Onde puder ajudar a gente chama. ” (E17 – gestor)

No que diz respeito ao processo comunicacional entre os diferentes setores, o estudo revela que, ainda há a presença de formulários de referência e contrarreferência, e-mail, telefonemas, práticas com caráter bastante tradicional de comunicação. Ações importantes, mas que não podem ser forma principal de comunicação e articulação da rede, pois as chances de fragmentação do cuidado são grandes. A comunicação com corresponsabilidade do cuidado longitudinal deve ser por meio de agendas compartilhadas com a presença dos profissionais de diferentes segmentos, pois assim há o compartilhamento de saberes, ideias e planejamentos, além do fortalecimento de vínculos profissionais e o processo de trabalho em rede.

No entanto, são apontados espaços que permitem integração e compartilhamento de informações podem refletir-se em estruturas que facilitem o desenvolvimento de intervenções mais compreensivas e exitosas no que se refere à intersectorialidade para o enfrentamento de problemas relacionados às iniquidades sociais.¹⁷

“Acho que aí é muito a questão de a gente ter o diálogo entre os setores, entre as secretarias de... “todas do município”. Seja uma de esporte, seja uma de educação, seja a cooperação entre os serviços e conhecer o serviço. Eu preciso conhecer o serviço, eu preciso saber o que a educação está propondo, eu preciso ir à escola, ver o calendário deles para poder entrar e propor uma ação que seja efetiva para a escola. Além de ter o levantamento territorial também, eu preciso conhecer a realidade que eu estou trabalhando para propor uma ação que seja realmente efetiva. E é isso, eu conhecer o serviço deles, eles conhecerem o meu serviço, para ele se lembrar do meu trabalho e eu lembrar-me do dele. Para a gente caminhar juntos e promover essa ação.” (E12 – NASF AB)

A estratégia de troca de saberes e o diálogo interprofissional surgem enquanto espaço para garantia de direitos, de transformação de realidades e alcance da qualificação da atenção e da gestão em saúde, com responsabilização e vínculo envolvendo diferentes atores e processos de trabalho das equipes.⁷ Na visão interacionista, afirma-se que os trabalhadores identificam a necessidade de troca de informações, conhecimentos, angústias e experiências para ampliação das práticas. Nessa busca por alternativas, demonstraram utilizar os encontros e os afetos, como ferramentas para resolver problemas e desafios cotidianos.¹³ Vale destacar a potência da constituição de espaços comunicativos que permite a definição de conceitos e objetivos comuns, viabilizando, assim, o planejamento participativo de ações que demandam contribuições de diferentes setores.⁵

“Participo da reunião de redes, que é a parte que a gente articula saúde e assistência social, que a gente discute em conjunto como vai ser direcionamento de assistência de algumas situações daqui do município. Eu constantemente tenho reuniões com a equipe da secretaria de esportes, porque a questão da promoção da saúde que a gente trabalha com atividade física, a gente articula junto com a secretaria de lazer, turismo e esporte, que aqui na cidade ela virou uma, então a gente articula várias ações juntos.” (E5 – gestor)

“Eu faço muito trabalho com a educação, tipo, como eu trabalho em área muito vulnerável e atendo muitas crianças, eu trabalho muito com esse contato direto. Eu não passo um dia sem conversar com o centro de referência em educação, com o centro especializado em reabilitação, para saber como que estão os nossos pacientes nas escolas, nas outras terapias que eles fazem, no Casmuc [Centro de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança] também, onde oferecem assistência para algumas crianças também.” (E56 – NASF AB)

Para analisar a atuação das equipes da APS, foram problematizadas questões quanto às iniciativas intersetoriais. Constatou-se a existência de parcerias com associações, escolas, igrejas, e de iniciativas com ênfase no desenvolvimento comunitário, sendo mais frequentes as atividades de lazer e cultura, e atividades nas escolas.

“Outra área intersetorial, assim, que a gente trabalha muito é a parte de educação. Aqui a gente tem feito reuniões com a equipe da educação, para trabalhar questões de saúde dentro da escola, não é?! A gente quer trabalhar com a prevenção com os meninos, com as crianças, e trazer a parte de saúde como uma parte da educação. A gente acredita que eles têm que saber para conseguir cuidar e levar essa informação para casa.” (E5 – gestor)

“Eu tenho a questão da atividade que a gente faz na associação, na ASSODIPAM (Associação dos Diabéticos) um trabalho muito bom, e lá vão vários profissionais. Tem gente até externo que é profissional de dança, que vai lá e dá a atividade. Eu tenho também apoio lá, com a fisioterapia com atividade coletiva. E o que a gente presta, assim, de apoio, é palestra em escolas também, a gente está tentando entrar nas escolas puxando esse gancho para abordar outros assuntos, eu vou entrar com a questão de adequação do peso de mochila, postura, essas coisas. Identificar os problemas antes que eles se tornem agravos maiores].” (E12 – NASF AB)

A produção de saúde no cotidiano dos serviços demanda constantes transformações no processo de trabalho como a criação de coletivos, composição de redes e parcerias entre atores sociais diferentes que implica uma nova lógica de organização de trabalho.¹⁸

A revisão da PNAB em 2017 em nada colaborou para expansão dessas práticas. As especificidades sanitárias dos territórios e sua relativização a cobertura populacional, a oferta de carteira reduzida de estratégias e ações de saúde, assim como reconfiguração da carga horária das equipes trabalho na APS, sem dúvida, derrubam a qualquer aposta mais robusta de APS.¹⁹

A intenção da gestão é que seus atores tenham práticas voltadas para a promoção da saúde, estimulando o diálogo e a participação, o que leva a maior motivação, interação e potencialização da autonomia dos profissionais, características ainda pouco presentes.

“Intersetorialidade se faz principalmente de setores conversando, um sabendo do problema do outro. Reuniões, por exemplo, entre setores onde se discute um objetivo comum, mesmo que esses setores eles estão separados, é importante que eles se encontrem e discutam o mesmo problema que eles estão envolvidos. A intersetorialidade, ela tem que ser feita de forma movimentando todo mundo, isso tem que acontecer um movimento. Esse movimento pode ser por meio de comunicação, ele pode ser dentro de políticas comuns entre vários setores, não é?” (E5 – gestor)

“Não consigo enxergar um sistema de saúde sem intersetorialidade não e acho que para a gente promover saúde com qualidade, é necessário interligar outras secretarias na intersetorialidade. Se isso não for feito, dificilmente conseguiremos promover a saúde.” (E19 – gestor)

A prática intersetorial envolve a particularidade das redes, relações de poder, governabilidade e a mediação de conflitos, englobando o planejamento, a execução e monitoramento de ações conjuntas.²⁰ Busca-se, a construção de uma rede integrada para atender demandas complexas, a partir de arranjos capazes de responder a questões sociais.²¹

Quanto aos profissionais da APS, seus discursos revelaram que há reconhecimento sobre a prática intersetorial para potencializar os resultados das ações de cuidado. A intersetorialidade é tida como estratégia de resolução de questões que vão além do âmbito setorial e é posta como estratégia de orientar as políticas públicas locais.

“Não tem como fragmentar muito o paciente. Até mesmo a gente pensa o conceito de saúde com o bem-estar biopsicossocial eu tenho que pensar nesse sujeito como um todo. Claro que não é todo o caso que eu vou compartilhar com outros setores ainda porque muitas questões são pontuais, mas tem uma diversidade de outros casos que se eu não partilhar isso, se eu não buscar essa parceria com outros setores, eu vou até fazer minha parte, mas o caso não vai resolver porque tem alguns determinantes de saúde que estão relacionados a outros setores que eu não atuo. Há outra esfera da vida desse paciente então eu penso que não é possível fragmentar. Se eu amplio isso, eu amplio também as chances de maior sucesso para alguns casos e algumas situações de território.” (E21 – NASF AB)

“Pensando na saúde, porque a gente consegue tratar o indivíduo como um todo quando necessário. Às vezes tem coisa que não fica só no nosso alcance. A gente precisa do outro para ajudar e cada um no seu setor fazendo o seu melhor.” (E22 – NASF AB)

As demandas definem-se a partir dos problemas da organização do trabalho, considerando a necessidade de prestar atenção de qualidade, com integralidade e resolutividade e, ainda, a necessidade de conduzir ações e serviços em rede intra ou intersetorial.⁴

O estudo ilustra da dinâmica da APS, a qual, a ESF levanta a demanda e o NASF AB quem amplia o cuidado, seja ofertando atendimentos individuais ou em grupos, ou ainda, favorece a articulação da rede.

“Os casos, geralmente chegam através de matriciamento, não é?! Então casos, por exemplo, de abuso, de negligências, eu atuo muito junto da assistente social, e a gente já chegou acionar o CRAS, CREAS. A gente também, entre os psicólogos, a gente tenta ter uma interlocução, que aqui também existe o CRE, na verdade, que são os psicólogos das escolas, e que a gente tem essa articulação também para primeiro ver se já é um caso conhecido, dentro da rede e também para ver se eles já atuaram junto a esse paciente, para a gente ter um melhor cuidado.” (E57- NASF AB)

“A gente tem agora essa organização que a equipe do NASF está promovendo, ela faz [...] ela tem experiências intersetoriais diretas com outras áreas.” (E19 – gestor)

O NASF AB teve como missão o fortalecimento da APS com incorporação de novas práticas e mudanças de paradigmas de cuidado, diminuição das iniquidades em saúde e aproximação com a comunidade. As diretrizes oficiais indicam uma organização do cuidado

baseada na colaboração entre equipes responsáveis por um determinado território e no compartilhamento de saberes e práticas entre profissionais do NASF AB e ESF.⁴

A cooperação técnica, continuidade do cuidado e complementariedade de saberes e serviços foram as justificativas para a intencionalidade do fazer intersetorial. A necessidade de trabalho conjunto e complementar foi mencionada por parte dos profissionais da APS como sendo prática cotidiana, mas que gera esforço e demanda tempo para integrar redes.

“Porque a gente não consegue fazer nada sozinho. Uma coisa puxa a outra, não é?! Então não tem como, eu vou trabalhar saúde sendo que tem outros fatores que estão influenciando essa questão dela. Eu não vou conseguir trabalhar sozinho. Então eu preciso trabalhar de forma intersetorial, eu preciso de parceiros. E aí eu vejo que a efetividade da ação ela é muito maior.” (E5 – gestor)

“Porque individualmente nada funciona mais. Se a gente não trabalhar em conjunto, se a gente não falar a mesma linguagem, se a gente não se integrar, a chance do processo se desintegrar é muito grande. Hoje tudo é muito rápido, as pessoas hoje não esperam resposta, as pessoas querem resposta para ontem. Então, se você não trabalhar integrado, se você não trabalhar em conjunto, se você não tiver o apoio de outras áreas, dificilmente conseguiremos tratar todas as mazelas que existem hoje no setor de saúde.” (E19 – gestor)

Estudos contemporâneos acerca do tema têm colocado a importância da intersetorialidade no campo da saúde dada a complexidade dos determinantes sociais que torna difícil para uma instituição resolver os problemas em um único setor.^{22,23} Alianças entre dispositivos institucionais, não institucionais e comunidade podem garantir atendimento integral, auxiliar na efetivação do SUS e inclusão social, o que nos leva a compreensão dos processos de colaboração intersetorial para avançar para formas mais integradas de organização das políticas públicas.²⁴

Por fim, vale ressaltar a polissemia do termo intersetorialidade desponta ora enquanto estratégia, ora como processo, ou abordagem, ou ainda, paradigma, a depender de sua inserção nos diferentes campos de conhecimento, seja na saúde coletiva, na administração, dentre outras. A complexidade do termo demonstra correntes de pensamento e discursos em disputa.²⁵ Fatores que acarretam no esvaziamento teórico que envolve a intersetorialidade dificultando o avanço do debate, e conduzem a imprecisão prática por não haver um arcabouço teórico que sustente a governança das políticas públicas.²¹ O que salienta a

necessidade premente de educação permanente sobre o tema no setor saúde, em especial, a APS para alinhamento conceitual e compartilhamento do cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na pesquisa foram identificadas as práticas intersetoriais e suas articulações no cotidiano de trabalho dos profissionais que atuam nas ESF e NASF AB. Ainda foi apresentada a realidade da intersetorialidade na APS, ou seja, as práticas e as experiências intersetoriais concretas, e as reais intenções de articular, em forma de rede, com os outros níveis de atenção à saúde e com os demais setores governamentais e não governamentais, para garantir e proteger a saúde como direito social instituído. No entanto, a ausência de educação permanente e a imprecisão do alinhamento conceitual acerca do termo intersetorialidade podem acarretar práticas de baixa resolutividade e sem sustentabilidade.

No entanto, as ações intersetoriais acontecem quando há presença no NASF AB junto a ESF. Os profissionais da ESF convocam apoio aos parceiros do NASF AB para a promoção de ações mais amplas que abarcam outras políticas, muitas vezes, impulsionadas pela gestão em arranjos institucionais que favoreçam tais ações, como reuniões de rede, apoio matricial, parcerias com instituições do terceiro setor ou mesmo com outras secretarias. As manifestações da intersetorialidade se apresentam com os atores da ESF levantando a demanda e convocando o NASF AB para juntos pensarem as possíveis soluções no caso a caso, ou seja, a ESF levanta a demanda e o NASF AB faz os arranjos necessários para formação de rede intra ou intersetorial. Isto nos leva a concluir a necessidade de fomento a formação de gestores e profissionais para o planejamento, monitoramento e avaliação das práticas intersetoriais para alcance de resultados mais satisfatórios para atender os determinantes sociais da saúde de forma ampla com sustentabilidade.

Vale ressaltar as diretrizes internacionais como norte para os sistemas de saúde, como as recomendações da Alma-Ata promoveram as primeiras experiências da APS no Brasil por volta dos anos 90 do século XX. E, nos dias de hoje, os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) reafirmam o direito à atenção universal à saúde sendo capaz de evitar retrocessos e a garantia da oferta de saúde de qualidade para a população. Esforços se fazem necessários, a fim de superar os desafios e incertezas que se opõem a implementação e gestão de ações intersetoriais, particularmente no âmbito da APS.

Colaboradores

Edna Mara Mendonça, participou ativamente da discussão dos resultados do trabalho, da revisão e da aprovação da versão final do trabalho, sendo este estudo produto da dissertação de mestrado da autora; Fernanda Moura Lanza participou da discussão dos resultados do trabalho, da revisão e da aprovação da versão final do trabalho. Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de elaboração do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Molina, Joaquín. Saúde universal com equidade, sem deixar ninguém para trás. *Revista Panamericana de Salud Pública* [online]. 2018, v. 42 [acessado 11 janeiro 2019], e173. Disponível em: <<https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.173>>. Epub 29 Out 2018. ISSN 1680-5348. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.173>
2. Magalhães R. Constrangimentos e oportunidades para a implementação de iniciativas intersetoriais de promoção da saúde: um estudo de caso. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2015; [acesso em 2018 mar 4]; 31(7):1427-36. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n7/0102-311X-csp-31-7-1427.pdf>
3. Morosini, Márcia Valéria Guimarães Cardoso, Fonseca, Angélica Ferreira, Lima, Luciana Dias de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde debate* [Internet]. 2018 Jan [cited 2019 Jan 19]; 42(116): 11-24. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000100011&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201811601>
4. Melo, Eduardo Alves et al. Dez anos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf): problematizando alguns desafios. *Saúde em Debate* [online]. 2018, v. 42, n. spe1 [acessado 3 janeiro 2019], pp. 328-340. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S122>>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S122>.
5. Prado Nilia Maria de Brito Lima, Santos Adriano Maia dos. Promoção da saúde na Atenção Primária à Saúde: sistematização de desafios e estratégias intersetoriais. *Saúde debate* [Internet]. 2018 Set. [cited 2019 Jan 11] ; 42(spe1): 379-395. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500379&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s126>.
6. Ornelas, Antônio Lima, Teixeira, Maria Gracinda Carvalho. Intersetorialidade ou diálogos setoriais? Reflexões a partir da experiência do Projeto Teias-Escola Manguinhos, Rio de Janeiro. *Saúde debate* [Internet]. 2015 Sep [cited 2019 Jan 19]; 39(106): 659-670. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000300659&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151060003008>
7. Reuter, Camila Luana Oliveira, Santos, Vilma Constancia Fioravante dos, Ramos Adriana, Roes. O exercício da interprofissionalidade e da intersectorialidade como arte de cuidar: inovações e desafios. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2018 [citado 2019 Jan 19]; 22(4): e20170441. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000400221&lng=pt. Epub 29-Out-2018. <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0441>

8. Kothari A, McPherson C, Gore D, et al. A multiple case study of intersectoral public health networks: experiences and benefits of using research. *Health Res Policy Syst.* 2016; 14:11-22.
9. Guglielmin M, Muntaner C, O'Campo P, et al. A scoping review of the implementation of health in all policies at the local level. *Health Policy.* 2018; 122:284-292.
10. UN. United Nations. A/70/1. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. Nova Iorque, UN. 2015a. disponível em: <www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E>. Acesso em: 12 out. 2015
11. World Health Organization. Declaración. In: II Conferência Internacional sobre Atención Primaria de la Salud: Hacia la Cobertura Universal de Salud y el Desarrollo Sostenible; 2018 out 25-26. Astaná: WHO; 2018 [acesso em 2018 nov 2018]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5711:declaracao-de-astana-sobre-atencao-primaria-a-saude-de-alma-ata-rumo-a-cobertura-universal-de-saude-e-os-objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel&Itemid=0
12. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o ato das disposições constitucionais transitórias, para instituir o novo regime fiscal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 15 Dez 2016.
13. Blumer H. (1969) *Symbolic Interactionism: Perspective and Method.* Berkeley: University of California Press.
14. Bardin, L. *Análise de conteúdo.* Lisboa, Portugal: Edições 70; 2011.
15. Silva Kênia Lara, Sena Roseni Rosângela, Akerman Marco, Belga Stephanie Marques Moura, Rodrigues Andreza Trevenzoli. Intersetorialidade, determinantes socioambientais e promoção da saúde. *Ciênc. Saúde coletiva* [Internet]. 2014 Nov [cited 2019 Jan 04]; 19(11): 4361-4370. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001104361&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141911.10042014>.
16. Almeida, Patty Fidelis de et al. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate* [online]. 2018, v. 42, n. spe1 [Acessado 11 Janeiro 2019], pp. 244-260. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S116>>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S116>.
17. Shankardass K, Muntaner C, Kokkinen L, Shahidi FV, Freiler A, Oneka G et al. The implementation of Health in All Policies initiatives: A systems framework for government action. *Health Research Policy and Systems.* 2018 Mar 15;16(1). 26. <https://doi.org/10.1186/s12961-018-0295-z>
18. Yasui S.; Luzio C.; Amarante P. Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. *Rev. Polis e Psique*, 2018; 8(1): 173 – 190. | 174
19. Almeida, Patty Fidelis de. Atenção primária à saúde no Brasil e os 40 anos de Alma-Ata: reconhecer os desafios para seguir adiante. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2018, v. 34, n. 8 [acessado 13 janeiro 2019], e00136118. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102->

311X00136118>. Epub 20 Ago 2018. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00136118>.

20. Heidemann ITSB, Cypriano CC, Gastaldo D, et al. Estudo comparativo de práticas de promoção da saúde na atenção primária em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil e Toronto, Ontário, Canadá. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2017 [acesso em 2018 jan 28]; 34(4):1-13. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000405013&lng=pt.

21. Akerman, Marco et al. Intersetorialidade? Intersetorialidade! *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2014, v. 19, n. 11 [acessado 11 janeiro 2019], pp. 4291-4300. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320141911.10692014>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-812320141911.10692014>.

22. Lewis W. Empowerment and the ecological determinants of health: three critical capacities for practitioners. *Health Promot Int* [internet]. 2017 ago [acesso em 2018 maio 28]; 32(4):711-722. Disponível em: <https://academic.oup.com/heapro/arti-cle/32/4/711/2951016>.

23. Fisher Mathew, Baum Frances E, MacDougall Colin, Newman, Lareen, McDermott, Dennis, Phillips, Clare; Intersectoral action on SDH and equity in Australian health policy, *Health Promotion International*, Volume 32, Issue 6, 1 December 2017, Pages 953–963, <https://doi.org/10.1093/heapro/daw035>

24. Lotta Gabriela, Favareto Arilson. Desafios da integração nos novos arranjos institucionais de políticas públicas no Brasil. *Rev. Sociol. Polit.* [online]. 2016, vol.24, n.57 [cited 2019-01-02], pp.49-65. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-44782016000100049&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0104-4478. <http://dx.doi.org/10.1590/1678-987316245704>

25. Carmo Michelly Eustáquia do, Guizardi Francini Lube. Desafios da intersetorialidade nas políticas públicas de saúde e assistência social: uma revisão do estado da arte. *Physis* [Internet]. 2017 Dec [cited 2019 jan. 13]; 27(4): 1265-1286. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000401265&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312017000400021>

5.3 ARTIGO 3 - PRÁTICAS INTERSETORIAIS PROMOVIDAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: MANIFESTAÇÕES, POTENCIALIDADES, LIMITES E DESAFIOS

RESUMO

Os 17 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável e a recente Carta de Astana são documentos norteadores para os sistemas de saúde para a atualidade. Os ODS reafirmam a garantia da oferta de saúde de qualidade para a população em âmbito intersetorial, pois atuam sobre os determinantes sociais. Diante do contexto, o estudo buscou compreender as manifestações, potencialidades, limites e desafios da prática intersetorial dos profissionais na Atenção Primária a Saúde. Pesquisa qualitativa ancorada no Interacionismo Simbólico desenvolvida em um município brasileiro de médio porte no período de fevereiro a julho de 2018. Os dados foram coletados, por meio de entrevista semiestruturada aplicada a 59 profissionais e analisados segundo a Análise de Conteúdo na modalidade temática. Os resultados mostram que a intersectorialidade se manifesta com o levantamento da demanda pela Estratégia Saúde da Família. O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica faz os arranjos necessários para formação de rede intra ou intersectorial. Percebeu-se o papel primordial da gestão para indução das ações intersectoriais nos territórios, como o fomento a inserção de práticas intersectoriais na agenda de trabalho; espaços de construção coletiva enquanto potencializadores das políticas públicas. Assim, esforços se mostram necessários para superar os desafios e incertezas, principalmente com o cenário de crise política e econômica do país que favorece o desmonte do setor saúde na contramão do que tem sido discutido em âmbito internacional.

Palavras chave: Sistema Único de Saúde, Políticas de Saúde, Atenção Primária à Saúde; Interssetorialidade;

INTRODUÇÃO

Desde a Declaração de Alma Ata, a Atenção Primária à Saúde (APS) tem-se destacado pela organização dos sistemas de saúde. A saúde passou a ser vista de maneira mais ampliada e como fenômeno de múltiplas determinações, o que exigiu a transformação dos serviços de saúde na busca pela integralidade no cuidado.¹ Decorridos 40 anos desse marco histórico da saúde pública, em 2018, aconteceu no Cazaquistão, a Conferência Global de Atenção

Primária à Saúde, no qual foi reafirmada a defesa da justiça social, a saúde para todos e a superação das desigualdades entre e no interior dos países que resultou na Declaração de Astana.²

Nos últimos anos, favorecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), surgiu a abordagem da “Saúde em Todas as Políticas” (*Health in all Policies* - HiAP), aposta oriunda do interesse na expansão de pesquisas relacionadas a promoção da saúde que abarcassem os determinantes sociais da saúde.³ As práticas intersetoriais devem basear-se em acordos entre as áreas de governo, ou seja, envolver diferentes setores (econômico, trabalho e emprego, educação, transporte, habitação, meio ambiente, dentre outras), colocando a promoção da saúde como uma prioridade com vistas a redução das desigualdades sociais e a melhoria da saúde da população.⁴

Desde 2015, a Organização das Nações Unidas (ONU), junto aos seus países membros, lançou a Agenda 2030 em reconhecimento que todos os países têm desafios a superar no que tange o desenvolvimento sustentável em suas três dimensões: social, econômica e ambiental. Os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) vieram em substituição aos Objetivos do Milênio e orientam as políticas nacionais e atividades de cooperação internacional com abordagem integrada aos objetivos e metas.⁵ A Agenda 2030 coloca a saúde em relação direta com os demais objetivos do desenvolvimento, sustentando a justiça social, a prosperidade econômica e a proteção ambiental. Destaca-se o ODS 3, que torna a cobertura universal de saúde como ponto central para atingir a meta principal de melhoria da qualidade de vida e bem-estar para todos em todas as idades.⁶

Dentre as atribuições da APS, a intersetorialidade surge como ferramenta para os trabalhadores da saúde ampliarem a integralidade do cuidado, responsabilização e resolutividade, como o desenvolvimento da capacidade de escuta e a promoção de espaços de negociação para compartilhamento do saber, além de parcerias com a comunidade e os diversos setores da sociedade.⁷

O desafio de produzir saúde no cotidiano dos serviços demanda constantes mudanças no processo de trabalho como a criação de coletivos, composição de redes e parcerias com implicação de diferentes atores sociais.⁸ Isso significa uma lógica de trabalho, de potencialização dos encontros para qualificação da escuta, no sentido de conhecer as necessidades e buscar soluções possíveis dentro das redes de cuidado disponíveis.⁹

Assim, esse estudo teve como objetivo compreender as manifestações, potencialidades, limites e desafios da prática intersetorial dos profissionais da APS. Pois

partimos do pressuposto que a produção de saúde é um trabalho que se faz e refaz como efeito de um coletivo de acordo com os interesses pessoais e interações sociais.

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Pesquisa de abordagem qualitativa, a qual utilizou-se o referencial teórico do Interacionismo Simbólico para suporte à análise do objeto em estudo.¹⁰

O cenário de estudo foi constituído por cinco unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF) e quatro Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF AB) de um município brasileiro de médio porte que possui 25 equipes de ESF implantadas (cobertura populacional de 93%), que contam com o suporte de quatro NASF AB. No contexto de fortalecer a atuação da ESF, criou-se o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), hoje denominado NASF AB com o objetivo de ampliar a rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações, as quais devem ser constituídas por uma equipe multiprofissional.¹¹

Para esse estudo foram sorteadas aleatoriamente equipes de ESF e NASF AB, sem definição dos critérios de inclusão e exclusão, sendo que o número de equipes da ESF e NASF AB que participaram do estudo foi definido posteriormente, mediante a saturação dos dados coletados.

A partir do cenário se deu a escolha dos participantes. Os critérios para inclusão dos participantes levaram em consideração todos os membros da respectiva ESF ou NASF AB do município que estavam em atuação há mais de um ano no serviço. Os critérios de exclusão do estudo foram estar de férias ou qualquer outro motivo de afastamento no período da coleta de dados. Também foram convidados a participar do estudo todos os gestores da APS.

Para avaliar a adequação do instrumento e a qualidade da coleta de dados foi realizado um teste piloto em outro município com serviços de saúde com características semelhantes ao do estudo. As entrevistas ocorreram no período de fevereiro a julho de 2018, foram gravadas na íntegra com utilização de dispositivo Iphone, e tiveram duração média de 8 minutos e 20 segundos, sendo que 45 entrevistas tiveram duração inferior a 10 minutos. Ao total, foram 59 colaboradores, sendo: (a) 36 profissionais da ESF, entre estes, dois médicos, cinco enfermeiros, oito auxiliares/técnicos de enfermagem, 17 agentes comunitários de saúde, dois dentistas e dois auxiliares de consultório dentário; (b) 20 trabalhadores do NASF AB, sendo dois psicólogos, um assistente social, quatro fisioterapeutas, quatro nutricionistas, dois professores de educação física, três fonoaudiólogos, três farmacêuticos e um enfermeiro com

formação em Práticas Integrativas e Complementares (PIC); (c) três Gestores da Secretaria Municipal de Saúde. No que tange as pessoas que não atenderam aos critérios de inclusão, foram 29 ao total, sendo: 18 por tempo de serviço, 6 por férias, 3 por exoneração voluntária, 1 por aposentadoria recente e 1 negou-se a participar da pesquisa sem justificativa alguma. Destas, 20 foram das ESF e 9 do NASF AB.

As entrevistas individuais foram agendadas de acordo com a disponibilidade dos participantes, no próprio local de trabalho, em uma sala reservada para preservar o sigilo das informações e evitar interrupções.

A coleta de dados foi realizada de acordo com as etapas: contato com o campo e apresentação da proposta, realização das entrevistas individuais e elaboração do diário de campo. A coleta terminou quando houve saturação das evidências, ou seja, quando houve reincidência das respostas, mas sem desprezar conteúdos importantes para o estudo.¹² Não houve repetição de nenhuma entrevista.

O conteúdo das entrevistas individuais foi transcrito na íntegra de forma criteriosa. Medidas de proteção ao anonimato das informações referentes às entrevistas individuais foram tomadas. O sigilo foi mantido por meio da adoção da letra E (Entrevistado) seguido de número sequencial às entrevistas realizadas subsequentes (E1, E2...). Em seguida, a pesquisadora principal realizou a Análise de Conteúdo.¹² As transcrições não foram devolvidas aos participantes para comentários e/ou correções. Procedeu-se a leitura flutuante que favoreceu a identificação dos núcleos de sentidos emergidos no conteúdo das falas. A exploração do material consistiu na codificação e categorização dos dados obtidos. O presente artigo apresenta os resultados da categoria empírica: Intersetorialidade na Atenção Primária a Saúde: potencialidades, fragilidades e desafios, que agregou duas unidades de contexto.

Pesquisa aprovada no Comitê de Ética em pesquisa Envolvendo Seres Humanos, sob CAAE 79985917.9.0000.5545, parecer 2.469.057.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa revelou que a intersetorialidade acontece quando os atores da ESF levantam a demanda de cuidado integral a ser a prestado pelos profissionais da ESF e convocam o NASF AB para juntos pensarem as possíveis soluções.

“O paciente não é meu, não é seu, é nosso. Então a gente vai buscar alternativas juntos, vamos saber orientar, vamos saber dar um respaldo e cuidar desse paciente.” (E41 – NASF AB)

No âmbito na APS, as ações relacionadas a ações de promoção da saúde despontam com priorização dos problemas reais e concretos dos territórios com abordagem nos determinantes sociais da saúde.^{7,13} No cotidiano do cenário do estudo, o NASF AB faz os arranjos necessários para formação de rede intra ou intersetorial, sendo a rede intrasetorial caracterizada pela atuação no setor saúde e a rede intersetorial para além da saúde, com parcerias com educação, esporte, lazer, cultura e instituições locais.

Os profissionais da ESF participam das reuniões do setor saúde para discussão de casos, planejam junto ao NASF AB ações focais para determinado grupo ou enfermidade, além da agenda intersetorial entre os dispositivos institucionais e não institucionais da região de atuação.

As estratégias de trabalho intersetorial elencadas pela ESF e NASF AB foram as seguintes: apoio matricial com caráter intra e intersetorial, atendimento compartilhado intra e intersetorial, reuniões de rede, planejamento e execução de atividades para um grupo específico com vistas à promoção da saúde, aumento dos espaços de encontro de profissionais como palestras, seminários, cursos, além do uso do caso clínico como articulador da rede. A análise das narrativas, afirma-se que os trabalhadores identificam a necessidade de compor conhecimentos para ampliação das práticas. Nessa busca por alternativas, demonstraram utilizar o vínculo como ferramentas para resolver problemas e desafios cotidianos.¹⁰

“Quando tem um evento maior que você conhece o profissional de outro setor. As reuniões, os eventos acabam nos unindo e facilitando o contato.” (E23 – NASF AB)

Na busca da superação dos desafios, os gestores têm agendas municipais para parcerias entre secretarias para eventos focais, sessão de profissionais para equipamentos não institucionais e com os conselhos municipais. Essas iniciativas demonstraram criação de vínculos profissionais e perspectiva de compartilhamento do cuidado com complementariedade da rede:

“Constantemente eu tenho reuniões com a equipe da secretaria de esportes, porque a questão da promoção da saúde que a gente trabalha com atividade física, a gente articula junto com a secretaria de lazer, turismo e esporte [...] a gente articula várias ações junto.” (E5 – gestor)

As potencialidades da intersectorialidade foram destacadas como a composição de novas práticas de trabalho, a abertura dos profissionais sobre o tema em questão, a presença de educação permanente além da longitudinalidade de cuidados e a gestão intersectorial.

“Então o que facilita muito é que eu tenho visto algumas capacitações, justamente para tirar essa barreira que as pessoas têm de sair do núcleo dela e ir além [...] isso vai facilitar a questão de trabalhar intersectorialidade.” (E5 – gestor)

A educação permanente é posta como um fator facilitador das práticas intersectoriais, pois favorece parcerias com demais políticas, permitindo maior efetividade e inovação a superação das iniquidades sociais.¹⁴

No entanto, encontram-se dificuldades no alinhamento conceitual acerca das políticas públicas, o que condiz a uma imprecisão do trabalho em rede:

“Às vezes deveria fazer um trabalho mais conjunto, sabe?! [...] Nós fazemos parte da mesma rede. Fazemos parte da mesma rede e o trabalho é separado [...] mas acho que a falta de conhecimento [...] é onde fica acusando o outro, falando do outro, porque não tem conhecimento do trabalho do outro.” (E8 - ESF)

Evidenciou-se a precariedade quanto às formas de comunicação entre as equipes como instrumento importante para desencadear as ações intersectoriais:

“Dificulta é a falta de diálogo. O processo de trabalho de outro setor não é o que talvez a pessoa está procurando e a gente fica meio perdido. Por exemplo, o paciente é encaminhado para o NASF e o paciente não é para lá. Daí eu acho que se tiver diálogo antes, discutir o caso nas reuniões de matriciamento funciona melhor quanto tem o apoio das equipes.” (E22 – NASF AB)

“A gente precisa melhorar ainda essa comunicação, essa relação, por mais que tenha essa articulação que a gente faz ações em conjunto.” (E40 – NASF AB)

A comunicação clara e sem rodeios tem sido colocada como aspecto determinante tanto em nível organizacional formal (alinhado a políticas e procedimentos) quanto em nível interpessoal. Desta forma, a comunicação eficiente sobre decisões e orientações entre os diversos atores de diferentes setores configura-se como parte da prática intersectorial, ou seja, é ela que estabelece a ligação entre os erros e os acertos, os problemas e as soluções, e ao

mesmo tempo, possibilita a ação conjunta, o reconhecimento do desconhecimento e explicita os conflitos gerados pelas relações de poder e de condições de trabalho.¹⁴

Nos fatores dificultadores ainda surgiu o desconhecimento sobre o tema intersectorialidade, limitação em sair do núcleo de saber com resistência ao trabalho em rede, desconhecimento acerca das políticas públicas, estagnação dos profissionais, falta de tempo e também as agendas de diferentes setores serem conciliadas para ação conjunta.

Esses limites se apresentam, em alguma medida, pela setorialização das instituições e pela cultura do alcance de resultados em curto prazo, fatores que repercutem nos arranjos organizacionais e envolvimento dos atores no que tange ao desenvolvimento das ações.¹⁵

Tal fato corrobora com a dificuldade na articulação com os outros setores, pois contribui para o desinteresse dos profissionais em relação às questões intersectoriais, acarretando atravessamentos importantes, como apresentados nas falas a seguir:

“O que dificulta às vezes é o tempo de você entrar em contato, de você ligar, ou de estar junto, eu acho que o ponto dificultador é o tempo” (E16 - ESF)

“Dificulta bastante essa questão logística porque nós temos uma agenda programada e tem que cumprir essas metas que são exigidas e, muitas vezes, para você pegar diferentes profissionais capacitados e colocá-los juntos, no mesmo horário, demanda uma organização de horários e agenda, um tempo... então eu acho que isso é o maior dificultador nesse manejo aí. Isso é o mais difícil de conectar.” (E18 – ESF)

Para que os setores tenham aceitação da proposta de colaboração intersectorial, com ampla adesão dos participantes, seus objetivos precisam ser atendidos igualmente, sem privilégios ou maior importância, sempre considerando as agendas dos envolvidos nas políticas e programas, beneficiando todas as partes. Contudo, faz-se necessário envolver os atores no planejamento, execução e monitoramento das ações, e não apenas para atendimento no caso a caso.¹⁴

Quanto aos desafios, surgiu dificuldade do trabalho ancorado na concepção ampliada de saúde com vistas à diminuição das iniquidades sociais, a sustentação de práticas de promoção da saúde e toda sua relação com os determinantes sociais com vistas de superação da fragmentação do cuidado e da gestão e, ainda, a qualificação profissional acerca do tema:

“Alguns profissionais que eles têm certa limitação de sair um pouco do núcleo de saber deles. Eu vejo que eles não conseguem às vezes enxergar além. Vê aquele problema pontual

do núcleo de saber deles, mas não entende o que está causando aquilo ali, não é?! Então tenta resolver aquela questão ali específica, mas não está procurando entender qual é o contexto daquela queixa ali no momento, daquele problema que a gente está enfrentando. Esse para mim é o maior dificultador.” (E5 – gestor)

“A dificuldade é a adesão dos profissionais à forma de trabalho. A população adere bem, mas tem algumas equipes com dificuldade na adesão do trabalho em conjunto, pois o trabalho é mais individualista. Eu sento na minha sala e resolvo meu problema já que é mais fácil que discutir o problema.” (E17 – gestor)

Assim, aqueles que estão envolvidos na APS, sejam na gestão, na assistência ou ainda na pesquisa, ao adotarem o conceito ampliado de saúde como objeto de trabalho, defendem mudanças específicas nas políticas do governo, pois, problemas multidimensionais demandam práticas intersetoriais e, por vezes, requerem formação qualificada com interlocução entre os setores saúde e educação, sendo as instituições de ensino fundamentais para favorecer discussões qualificadas acerca da saúde nas comunidades.^{16, 17}

A partir da educação permanente e sua importância na formação sobre intersetorialidade e do entendimento do processo de complementariedade das práticas, os atores da rede conseguem definir intersetorialidade de modo bastante claro e ainda propor ações intersetoriais, como pode ser percebido na fala a seguir:

“Quando a gente chega e fala para a pessoa o quê que é intersetorialidade, qual é o objetivo, muitas vezes as pessoas confundem intersetorialidade com empurrar o problema para ela, e não é isso. É a gente trabalhar em conjunto. O problema é nosso, não é de um setor. Então aí quando eles começam a ver que isso aí nós somos corresponsáveis por um problema em comum, isso facilita.” (E5 – gestor)

Entender os processos e os fatores que influenciam a colaboração intersetorial é vital para o sucesso contínuo de programas que dependem de parcerias efetivas entre setores. Para o setor da saúde, o ímpeto de trabalhar em conjunto para produzir resultados de saúde em ambientes, vai além da dimensão clínica do cuidado, pois os principais impulsionadores da saúde são determinados socialmente.¹⁴

Em contrapartida, a grande demanda burocrática de gestão surgiu enquanto fator dificultador, pois, segundo os participantes, torna-se objeto limitador do tempo disponível para outras ações:

“E vejo que o que dificulta isso são as agendas, as formas como elas são pensadas hoje. As agendas hoje são muito focadas em números e nesse sentido o NASF vem para tentar desconstruir um pouco isso, mas, ainda é um desafio muito grande. Porque muitas vezes, a gente pretende pensar algumas ações conjuntas e as agendas nunca batem. Sempre há prazos a serem cumpridos, eu preciso entregar alguma ação para dizer que eu fiz, o tempo fica muito escasso e o que diz que dificulta são as agendas.” (E21 – NASF AB)

“É o tempo, a correria! Cada um tem tantas atribuições... muitos papéis têm muitos relatórios “que tem que estar digitando”, coisa que te tira tempo.” (E28 – ESF)

Nas políticas públicas, a inovação torna-se necessária para alcançar satisfatoriamente os indicadores econômicos ou sociais ou então, o sistema torne-se frágil. No entanto, os processos de trabalho precisam ser monitorados numa lógica de gestão integrada e contínua sem perder de vista a sustentabilidade. No Brasil, os rumos das políticas públicas para os próximos anos é a maior aproximação da dimensão territorial da concepção e execução de programas e políticas públicas dispostas em torno da valorização das potencialidades locais.¹⁵

Vale ressaltar a importância dada ao papel da gestão ao assumir a estratégia de sustentar o equilíbrio do processo de trabalho. Neste contexto, inserem-se os espaços de negociação e pactuação, onde inúmeras dificuldades são enfrentadas em função da diversidade de interesses. O gestor deve ser capaz de analisar e interpretar o contexto social, político e institucional.

“Os chefes têm que vestir a camisa mesmo, querer ter essa ação, porque tudo, a articulação começa muito por eles, se a articulação não está boa, a gente não consegue nada não.” (E19 – gestor)

Para melhor entender as implicações dos ODS e suas metas propostas é fundamental compreender as vulnerabilidades para atuação frente a real situação de cada município. Para isso, é necessário um diagnóstico situacional bem detalhado acerca dos determinantes que implicam sobre a saúde e relacionam-se com os ODS, como: pobreza; fome; baixa escolaridade; desemprego e exclusão social; crescimento populacional desordenado; e falta de acesso à água, e que servem como subsídio para a priorização de ações, bem como a formulação de políticas públicas para melhor desenvolvimento de qualidade de vida.¹⁸ Os gestores locais têm realidades bastantes singulares para a implementação de práticas intersetoriais, mas ainda assim, orientações pragmáticas para facilitar ações *in loco*⁹ são

necessárias. Os territórios demandam constante diminuição da distância entre os gestores e os trabalhadores, sendo imprescindível que haja proximidade entre estes atores, para que juntos possam enfrentar seus problemas com mobilização de recursos e competências necessárias à atenção de qualidade.¹⁵

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente artigo abordou as manifestações, os limites, as possibilidades e os desafios da produção em rede intersetorial na APS, sendo ESF e NASF AB. Ao refletirmos sobre os limites impostos às estratégias de cuidado em saúde, podemos considerar que ações intersetoriais são praticadas enquanto percepção do conceito de saúde de cada ator da rede, tomando como referência que cada ator é gestor do seu processo de trabalho.

No entanto, a gestão tem papel primordial para indução das ações intersetoriais nos territórios, como, por exemplo: ter objetivos e estratégias de trabalho bem definidos com comunicação clara quanto às estratégias para o alcance dos indicadores de saúde; espaços de construção coletiva instituídos ou reconhecidos enquanto potencializadores das políticas públicas; compartilhamento de experiências com cooperação técnica horizontal; fomento a inserção de práticas intersetoriais na agenda de trabalho e investimento em formação profissional sobre as políticas públicas e novas abordagens em saúde com vistas a equidade em saúde.

Por fim, vale destacar os 17 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável e a Carta de Astana como diretriz internacionais norteadora para os sistemas universais de saúde vigentes. Os ODS foram definidos em 17 objetivos e 169 metas universais com vistas ao desenvolvimento sustentável nas dimensões – econômica, social e ambiental a serem alcançadas até 2030 por meio de ações intersetoriais e atuação sobre os determinantes sociais. Já a Carta de Astana traz a “renovação do compromisso político com a atenção primária à saúde” que dialoga com o ODS 3 e outros correlatos. Esforços coletivos, principalmente no contexto da APS, mostram-se necessários para superar os desafios e incertezas impostas a gestão e expansão de ações intersetoriais nos territórios.

Colaboradores

Edna Mara Mendonça, participou ativamente da discussão dos resultados do trabalho, da revisão e da aprovação da versão final do trabalho, sendo este estudo produto da dissertação de mestrado da autora; Fernanda Moura Lanza participou da discussão dos

resultados do trabalho, da revisão e da aprovação da versão final do trabalho. Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de elaboração do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Molina, Joaquín. Saúde universal com equidade, sem deixar ninguém para trás. *Revista Panamericana de Salud Pública* [online]. 2018, v. 42 [acessado 11 janeiro 2019], e173. Disponível em: <<https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.173>>. Epub 29 Out 2018. ISSN 1680-5348. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.173>
2. World Health Organization. Declaración. In: II Conferência Internacional sobre Atención Primaria de la Salud: Hacia la Cobertura Universal de Salud y el Desarrollo Sostenible; 2018 out 25-26. Astaná: WHO; 2018 [acesso em 2018 nov 2018]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5711:declaracao-de-astana-sobre-atencao-primaria-a-saude-de-alma-ata-rumo-a-cobertura-universal-de-saude-e-os-objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel&Itemid=0
3. Shankardass K, Muntaner C, Kokkinen L, Shahidi FV, Freiler A, Oneka G et al. The implementation of Health in All Policies initiatives: A systems framework for government action. *Health Research Policy and Systems*. 2018 Mar 15; 16(1). 26. <https://doi.org/10.1186/s12961-018-0295-z>
4. Fiorati RC, Arcêncio RA, Segura del Pozo J, Ramasco-Gutiérrez M, Serrano-Gallardo P. Intersectorality and social participation as coping policies for health inequities-worldwide [Internet]. *Gaceta Sanitaria*. 2018; 32(3): 304-314. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.07.009>
5. Lim, S. S., K. Allen, L. Dandona, M. H. Forouzanfar, N. Fullman, E. M. Goldberg, S. I. Hay, et al. 2016. “Measuring the Health-Related Sustainable Development Goals in 188 Countries: A Baseline Analysis from the Global Burden of Disease Study 2015.” *The Lancet* 388 (10053). Lancet Publishing Group: 1813–50. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31467-2.
6. Buss, Paulo Marchiori et al. Saúde na Agenda de Desenvolvimento pós-2015 das Nações Unidas. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2014, v. 30, n. 12 [acessado 10 janeiro 2019], pp. 2555-2570. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311XAT011214>>. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311XAT011214>.
7. Reuter Camila Luana Oliveira, Santos Vilma Constanca Fioravante dos, Ramos Adriana Roes. O exercício da interprofissionalidade e da intersetorialidade como arte de cuidar: inovações e desafios. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2018 [citado 2019 Jan 19]; 22(4): e20170441. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000400221&lng=pt. Epub 29-Out-2018. <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0441>
8. Yasui, S.; Luzio, C.; Amarante, P. Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. *Rev. Polis e Psique*, 2018; 8(1): 173 – 190. | 174
9. Rantala R, Bortz M, Armada F. Intersectoral action: local governments promoting health. *Health Promot Int*. 2014. 29(S1), i92–i102 doi: 10.1093/heapro/dau047

10. Blumer H. (1969) *Symbolic Interactionism: Perspective and Method*. Berkeley: University of California Press.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. [Internet]. [Acesso em 2017 nov 30]. Disponível em: http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete_-_do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017.
12. Bardin, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70; 2011.
13. Prado Nilia Maria de Brito Lima, Santos Adriano Maia dos. Promoção da saúde na Atenção Primária à Saúde: sistematização de desafios e estratégias intersetoriais. *Saúde debate* [Internet]. 2018 Sep [cited 2019 Jan 10]; 42(spe1): 379-395. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500379&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s126>.
14. Toohar R, Collins J, Braunack-Mayer A, et al. Inter-sectoral collaboration to implement school-based health programmes: Australian perspectives, *Health Promotion International* [internet]. 2017 [acesso em 2018 set 23]; 32(2):312-21. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/heapro/dav120>.
15. Lotta, Gabriela, Favareto, Arilson. Desafios da integração nos novos arranjos institucionais de políticas públicas no Brasil. *Rev. Sociol. Polit.* [online]. 2016, vol.24, n.57 [cited 2019-01-02], pp.49-65. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-44782016000100049&lng=en&nrm=iso. ISSN 0104-4478. <http://dx.doi.org/10.1590/1678-987316245704>
16. Carey G, Crammond B, Keast R. Creating change in government to address the social determinants of health: How can efforts be improved? *BMC Public Health*. 2014;14(1):1087. doi: 10.1186/1471-2458-14-1087.
17. Carmo Michelly Eustáquia do Guizardi Francini Lube. Desafios da intersetorialidade nas políticas públicas de saúde e assistência social: uma revisão do estado da arte. *Physis* [Internet]. 2017 Dec [cited 2019 Feb 03]; 27(4): 1265-1286. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000401265&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312017000400021>.
18. Sena Aderita, Freitas Carlos Machado de, Barcellos Christovam, Ramalho Walter, Corvalan Carlos. Medindo o invisível: análise dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável em populações expostas à seca. *Ciênc. Saúde coletiva* [Internet]. 2016 Mar [cited 2019 fev. 01];21(3): 671-684. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000300671&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015213.21642015>.

LIMITAÇÕES

6 LIMITAÇÕES

Pela natureza qualitativa desta pesquisa, os dados apontados nesse estudo podem ser replicados em realidades similares relacionando-se com outros envolvidos em postos equivalentes de trabalho. Contudo, a organização dos cuidados de saúde em outras localidades pode limitar ou potencializar a capacidade dos setores atuarem em conjunto.

Dessa forma, os apontamentos descritos nesse estudo podem produzir ressonância para profissionais que atuam na ESF e NASF AB e que contribuindo para o melhor entendimento do trabalho na APS, possam, assim, construir políticas públicas mais adequadas e realistas que sejam desenvolvidas nesse contexto.

Cabe ressaltar que os setores das outras políticas públicas foram citados ao longo do trabalho, porém, o estudo restrito ficou aos atores da APS. Não foi dada voz aos atores dos demais serviços parceiros para melhor compreensão das questões intersetoriais vivenciadas por outra perspectiva.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do presente estudo, encontramos grandes desafios no SUS, mas, o maior deles está relacionado à legitimidade da intersetorialidade enquanto eixo estruturante para o setor saúde: movimento capaz de repercutir em mudanças na organização dos serviços e nas práticas de cuidado.

Ao estabelecermos a relação com o referencial teórico e o contexto que fundamentaram a investigação: o indivíduo, sendo o gestor ou o profissional da APS, torna-se um ator dinâmico. É social, interacional e simbólico, ou seja, a interação consigo mesmo, com o ambiente e com os outros está em constante processo de socialização que repercute em mudança de atitudes, percepções e perspectivas. O sentido dado a determinadas situações é diversificado e surge da interação social, perfazendo um produto social. "Estes sentidos são manipulados e modificados através de um processo interpretativo, usado pela pessoa ao lidar com as circunstâncias que ela encontra". Tal fato foi percebido com clareza, principalmente durante a análise dos resultados referentes à concepção de saúde tanto na ESF quanto no NASF AB.

A definição sobre saúde trazida pelos participantes diz muito sobre a prática no cotidiano da APS de cada profissional, pois pode ser atribuída ao conceito ampliado de saúde ou meramente a ausência de doenças. Com a ampliação do conceito de saúde há expansão das práticas para outras políticas públicas e/ou parcerias comunitárias. Já o modelo biomédico restringe a atuação profissional à equipe, ou ainda, quando muito à rede intrasetorial. A noção de intersetorialidade surge ora como estratégia de gestão, ora como estratégia de cuidado em rede, mas sempre prioriza a integração, parceria, ação conjunta e união de todos os setores para a solução de problemas comuns. Conceitos e recursos que nos conectam ao sentido que os profissionais dão aos símbolos, objetos e pessoas os quais constroem seu mundo social, remetendo ao interacionismo simbólico.

Ao situar o debate para os dias atuais, a intersetorialidade tem sido colocada como a mola propulsora das políticas de saúde voltadas para a mudança de modelos de atenção, pois, representa a superação da fragmentação das políticas, além de ser uma ferramenta de colaboração das práticas de cuidado e/ou gestão. Porém, ainda encontramos trabalhadores com práticas tradicionalistas de fazer saúde que impactam diretamente na qualidade de vida das pessoas nos territórios. O que nos leva a pensar que as interações cotidianas precisam ser nutridas com o conceito ampliado de saúde para superação das práticas biomédicas, ainda tão

presentes na APS, além da ampliação de atuação para outros DSS, por meio da produção de rede.

Vale destacar que as ações intersetoriais acontecem quando há presença no NASF AB junto a ESF. Os profissionais da ESF convocam apoio aos parceiros do NASF AB para a promoção de ações mais amplas que abarcam outras políticas, muitas vezes impulsionadas pela gestão em arranjos institucionais que favoreçam tais ações, como reuniões de rede, apoio matricial, parcerias com instituições do terceiro setor, ou mesmo com outras secretarias. As manifestações da intersetorialidade se apresentam com os atores da ESF levantando a demanda e convocando o NASF AB para juntos pensarem as possíveis soluções no caso a caso, ou seja, a ESF levanta a demanda e o NASF AB faz os arranjos necessários para formação de rede intra ou intersetorial.

No entanto, as práticas intersetoriais são disparadas no cotidiano por demandas pontuais e não a partir do planejamento dos profissionais. Percebe-se certa ausência de planejamento e monitoramento nas poucas ações postas em ato, o que torna premente a discussão do conceito de saúde em seu sentido amplo cotidianamente, pois ações e condutas estão baseadas no meio onde os participantes atuam, convivem e vivem, permeados pelas relações que eles estabelecem.

Quanto ao arranjo de promoção do cuidado, este atende a complexidade dos DSS, pois a atuação se dá em áreas específicas como: educação, esporte, cultura e lazer. Enquanto o NASF atua como disparador de ações intersetoriais, a rede precisa estar integrada para solução de problemas complexos abarcando áreas como emprego, habitação, cultura, dentre outras.

Quanto à gestão, vale enfatizar o papel primordial na indução das ações intersetoriais nos territórios, como, por exemplo: (1) deixar claro os objetivos das políticas públicas com comunicação clara quanto às estratégias para o alcance dos indicadores de saúde; (2) a instituição, ou ainda, a validação de espaços de construção coletiva; (3) fomento de práticas intersetoriais na agenda de trabalho e (4) investimento em formação profissional sobre as políticas públicas vigentes e novas abordagens em saúde com vistas a integralidade, resolutividade e universalidade da saúde.

O intuito foi de documentar práticas de cooperação e ideias que não acabam em reflexão teórica com mero registo de experiências ou compartilhamentos de ações e conhecimentos. Há de se lançar mão da criação, inovações, compartilhamentos, aprendizagem coletiva e colaborativa, ou seja, colocar-se em atividade pensamentos e discussões, desafiar-se

nas trocas cotidianas; promover mudança de realidades e perspectivas; enunciar ideias e articular projetos; mobilizar encontros, conversas e pessoas em diferentes contextos de vida.

Por fim, esforços se fazem necessários a fim de superar os desafios e incertezas que se opõem à implementação e gestão de ações intersetoriais, particularmente no âmbito da APS. Vale ressaltar as diretrizes internacionais como norte para os sistemas de saúde, como a declaração de Alma-Ata que reverberaram as primeiras experiências da APS no Brasil, e nos dias de hoje, a carta de Astana nos coloca o desafio de sustentação do modelo territorial de cuidados em saúde, além dos ODS que reconhecem à atenção universal à saúde enquanto direito sendo alicerce para garantia da oferta de saúde de qualidade para a população e capaz de evitar retrocessos nas políticas públicas.

Estudos como este podem abrir novos horizontes para o conhecimento e formação de profissionais, ampliando as perspectivas que promovam um cuidado que conceba o indivíduo em sua totalidade, abarcando os determinantes sociais da saúde e as demais políticas públicas.

REFERÊNCIAS

8 REFERÊNCIAS

- AKERMAN, M, FRANCO DE SÁ, R, MOYSES, S, REZENDE, R, ROCHA, D. (2014). Intersetorialidade? IntersetorialidadeS! *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(11), 4291-4300.
- ALBUQUERQUE, MV; VIANA, ALA. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. spe, p. 28-38, Dec. 2015.
- ALMEIDA FILHO, N. Intersetorialidade, transdisciplinaridade e saúde coletiva: atualizando um debate em aberto. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 11-34, 2000.
- ALMEIDA FILHO, N. de; ROUQUAYROL, M. Z. Modelos de saúde e doença. In: _____. *Introdução à epidemiologia*. 4. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- ALMEIDA FILHO, N. *O que é saúde?* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.
- AMARANTE, P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- ANDRADE AS; FALCÃO IV. A compreensão de profissionais da atenção primária à saúde sobre as práticas da terapia ocupacional no NASF. *Cad Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos*. 2017; 25(1): 33-42. Disponível em: <https://doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAO0779>
- ANDRADE, Luís Odorico Monteiro. *A Saúde e o Dilema da Intersetorialidade*. São Paulo: Hucitec, 2006.
- ARAÚJO, L. F. S. de et al. Diário de pesquisa e suas potencialidades na pesquisa qualitativa em saúde. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, Vitória, v.15, n.3, p.53-61, jul/set. 2013.
- AYRES JRCM. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saúde Soc*. 2009; 18(2):11-23.
- BARATA, LRB; TANAKA, OY; MENDES, JDV. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 13, n. 1, p. 15-24, mar. 2004
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70; 2011.
- BARRETO, Mauricio Lima. Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. *Ciênc. Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 2097-2108, July 2017. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002702097&lng=en&nrm=iso>. Access on 04 mar. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017227.02742017>.
- BAUER MW, GASKELL G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis: Vozes; 2002.
- BLUMER, H. *Symbolic interactionism: perspective and method*. Berkeley: University of Califórnia Press; 1969.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988. Título VIII – Da Ordem Social, Seção II – Da Saúde – artigo 196-200.

BRASIL. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; 20 set.

BRASIL. Lei n. 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; 31 dez.

BRASIL. PORTARIA Nº 399, DE 22 DE FEVEREIRO DE 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006a – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Dispõe sobre a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa da Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). Diário Oficial da União. 2006 Mar 28. Brasil, 2006b. [Acesso em 2018 fev. 27]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006_comp.html.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Política Nacional de Promoção da Saúde Brasília: MS; 2006c.

BRASIL. Portaria n. 154/GM, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Orientações para a implantação dos núcleos. Diário Oficial da União, Brasília, 25 jan. 2008. Seção 1, p. 47-49.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS no 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial União 30 dezembro 2010.

BRASIL. Presidência da República Casa Civil. Decreto 7508 de 29 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasil, 2011b. Diário Oficial da União – 29 jun. 2011. Seção 1. Página 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 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). Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 2011a. [acesso em 2017 nov 22]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n o 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012.

BRASIL. Política Nacional da Atenção Básica. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. P 110, Brasília, 2012a. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 17 de fev. de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à saúde da Família – Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília – DF, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.446/GM de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Brasília, DF, 2014.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o ato das disposições constitucionais transitórias, para instituir o novo regime fiscal, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 15 Dez 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. [Internet]. [Acesso em 2018 jun 30]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-Portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Nota técnica DAB/ SAS/MS: NotaTecnicaDAB_PARÁ_DE_MINAS_MG_314710. Brasília, DF, 2018. Disponível em: <http://dab2.saude.gov.br/sistemas/notatecnica/frmListaMunic.php>

BUSS, PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. Cien Saude Coletiva 2000; 5(1):163-177.

BUSS, PM; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. Physis, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, Apr. 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100006&lng=en&nrm=iso>. Access on 04 Sept. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>.

CAMPOS, G.W.S. Reflexões temáticas sobre equidade e saúde: o caso do SUS. Saúde e Sociedade v.15, n.2, p.23-33, maio-ago 2006

CARVALHO, VD; BORGES, LO; REGO, DP. Interacionismo simbólico: origens, pressupostos e contribuições aos estudos em Psicologia Social. Psicol. Cienc. prof., Brasília, v. 30, n. 1, p. 146-161, mar. 2010. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000100011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 09 set. 2017.

CASTELLANOS, P. L. Sobre el concepto de salud-enfermedad. Descripción y explicación de la situación de salud. Boletín epidemiológico, 10(4): 1-7, 1990

CECILIO, L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 15, n. 37, p. 589-599, June 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000200021&lng=en&nrm=iso>. Access on 22 Oct. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832011000200021>

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira; REIS, Ademar Arthur Chioro dos. Notes on persistent challenges for basic health care in Brazil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, e00056917, 2018. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000800501&lng=en&nrm=iso>. access on 20 Jan. 2019. Epub Aug 20, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00056917>.

CNDSS. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil: relatório final da Comissão*. Rio de Janeiro: 2008. Disponível em: <<http://www.cndss.fiocruz.br/pdf/home/relatorio.pdf>>. Acesso em: 27 de julho de 2018.

CRUZ, MM. Concepção de saúde-doença e o cuidado em saúde. In: GONDIM R, GRABOIS V, MENDES JUNIOR, WV, organizadores. *Qualificação dos Gestores do SUS*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD; 2011. p.21-33.

CZERESNIA, D, MACIEL, EMGS, OVIEDO, RAM. *Os sentidos da saúde e da doença*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013.

DE SALAZAR, L. Abordaje de a equidade en intervenciones en promoción de la salud en los países de la UNASUR. Tipo, alcance y impacto de intervenciones sobre os determinantes sociales de la salud (DSS) y equidade en salud. Cali: CEDETS, Ministerio de la Salud y Protección Social República de Colombia; 2012.

DIAS, Maria Socorro de Araújo et al. Intersetorialidade e Estratégia Saúde da Família: tudo ou quase nada a ver? *Ciênc. Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4371-4382, nov. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001104371&lng=en&nrm=iso>. access on 05 jan. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141911.11442014>

ESCOREL, S. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2012; 323-63.

FAUSTO MCR, MATTA GC. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, MVGC. *Modelos de atenção e a saúde da família / Organizado por Márcia Valéria G.C. Morosini e Anamaria D. Andrea Corbo*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007; 43-67.

FEUERWERKER LM, COSTA H. Intersetorialidade na Rede Unida. *Divulgação Saúde Debate* 2000; 37(22):25-35

FONSECA, AF, MENDONÇA MH. Avaliação e políticas públicas de saúde: reflexões a partir da atenção básica. In: GUIZARDI F, NESPOLI G, CUNHA ML, et al., organizadores. *Políticas de Participação e Saúde*. 1ed. Recife: Editora Universitária-UFPE, 2014, p. 197-224.

FURTADO, J. P. et al. A elaboração participativa de indicadores para a avaliação em saúde mental. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 102-110, jan. 2013c.

GARBOIS, JA; SODRE, F; DALBELLO-ARAUJO, M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 63-76, mar. 2017 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000100063&lng=en&nrm=iso>. Access on 01 Mar. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711206>.

GIL, A. H. C. de F. Um olhar sobre a cidade e alguns dos seus cenários - perspectivas do interacionismo simbólico e a metodologia de Erving Goffman – uma contribuição ao estudo da geografia do cotidiano. Geosaberes, Fortaleza, v. 6, número especial (1), out. 2015. Disponível em: <http://www.geosaberes.ufc.br/seer/index.php/geosaberes/article/view/393/323> Acesso em: 10 janeiro 2019.

GIOVANELLA, L; MENDONÇA, MHM; Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados? Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

INOJOSA, R. M. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade. Cadernos Fundap, São Paulo, n. 22, 2001, p. 102-110.

INOJOSA, R. M.; JUNQUEIRA, L. P. Experiências Municipais: Desenvolvimento social e intersetorialidade na gestão pública municipal. Conferência Nacional de Saúde On-Line.1997.

JUNQUEIRA, LAP. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. Saúde e Sociedade v.13, n.1, jan-abr. 2004, p.25-36.

JUNQUEIRA, LAP. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, nov. /dez. 2000, p. 35-45

LIMA, LD; MACHADO, CV; NORONHA, JC. O Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e lógica organizativa; avanços, dificuldades e desafios. In.: KUSHINIR, R. e FAUSTO, M. Gestão de Rede de Atenção à Saúde. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014.

LOTTA, G.; FAVARETO, A. Desafios da integração nos novos arranjos institucionais de políticas públicas no Brasil. Rev. Sociol. Polit., Curitiba, v. 24, n. 57, p. 49-65, mar. 2016.

LUJÁN RC, SALAZAR L. Intersectorialidad: percepciones y condiciones para su viabilidade em el municipio de La Cumbre. Fundesalud, Santiago de Cali. Disponible en: <http://www.fundacionafundesalud.org/>

MENDES EV. Uma Agenda para a Saúde. São Paulo: Hucitec; 1996; 300p.

MENDES, Áquilas; CARNUT, Leonardo; GUERRA, Lucia Dias da Silva. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 224-243, Set. 2018 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500224&lng=en&nrm=iso>.

MENEZES, ELC et al. Modos de produzir cuidado e a universalidade do acesso na atenção primária à saúde. Saúde soc., São Paulo, v. 26, n. 4, p. 888-903, dez. 2017.

MERHY, E.E. Saúde a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAS GERAIS. Relatório Mediação Sanitária Região Ampliada Oeste – MG. 2014. [online] [acesso em 27 de agosto de 2017]. Disponível em: <https://www.mpmg.mp.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?fileId=8A91CFAA42E2BC3E0143720EF7151D57>.

MINAYO, MCS (ORG.).et al. Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade. 31. ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2012.

MORETTI, Andreyra Cristina 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, p. 1827-1834, June 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700095&lng=en&nrm=iso>. Access on 03 Feb. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700095>.

MOROSINI, MVGC; FONSECA, AF; LIMA, LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, jan. 2018.

OLIVEIRA, Cátia Martins; CASANOVA, Ângela Oliveira. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. *Ciênc. Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 929-936, June 2009. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300029&lng=en&nrm=iso>. Access on 04 Mar. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000300029>

OLIVEIRA, SRA et al. Strategic factors for the sustainability of a health intervention at municipal level of Brazil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 7, e00063516, 2017.

OPAS. Intersectorialidad y equidad en salud en América Latina: una aproximación analítica. Washington, DC: OPS, 2015

PAGLICCIA, N; SPIEGEL J; ALEGRET, M; BONET, M; MARTINEZ, B; YASSI, A. Network analysis as a tool to assess the intersectoral management of health determinants at the local level: a report from an exploratory study of two Cuban municipalities. *Social Science & Medicine*, 2010, Vol.71 (2), pp.394-399

PAIM J, TRAVASSOS C, ALMEIDA C, BAHIA L, MACINKO J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011 May;377(9779):1778-97.

PAIM JS. O que é SUS. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2009. 148 p.

PAIVA, CHA; TEIXEIRA, LA. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, 2014.

PARÁ DE MINAS, Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2014-2017. Pará de Minas, 2013

PAULA, KA; PALHA, PF; PROTTI, ST. Intersetorialidade: uma vivência prática ou um desafio a ser conquistado? O Discurso do Sujeito Coletivo dos enfermeiros nos núcleos de Saúde da Família do Distrito Oeste - Ribeirão Preto. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 8, n. 15, p. 331-348, Aug. 2004. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832004000200011&lng=en&nrm=iso>. access on 31 July 2017

PELLEGRINI FILHO, A. Public policy and the social determinants of health: the challenge of the production and use of scientific evidence. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, supl. 2, p. s135-s140, 2011

PEREIRA, P. A. P. A intersectorialidade das políticas sociais na perspectiva dialética. In: MONNERAT, G. L.; ALMEIDA, N. L. T.; SOUZA, R. G. de. (Org.). A intersectorialidade na agenda das políticas sociais. Campinas: Papel Social, 2014. p. 21-39.

POTVIN L. Intersectoral action for health: more research is needed! *International Journal of Public Health*, 2012, Volume 57, Number 1, Page 5. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00038-011-0330-0>

PRADO, Níliá Maria de Brito Lima; SANTOS, Adriano Maia dos. Promoção da saúde na Atenção Primária à Saúde: sistematização de desafios e estratégias intersectoriais. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 379-395, Sept. 2018. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500379&lng=en&nrm=iso>. Access on 04 Jan. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s126>.

RAMIREZ, Naydú Acosta et al. Comprehensive Primary Health Care in South America: contexts, achievements and policy implications. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 10, p. 1875-1890, Oct. 2011. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001000002&lng=en&nrm=iso>. Access on 10 Aug. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011001000002>

ROCHA DG, AKERMAN, M. Determinação social da saúde e promoção da saúde: isto faz algum sentido para a Estratégia de Saúde da Família? Em que sentido podemos seguir? In: SOUSA MF, FRANCO MS, MENDONÇA, AVM, organizadores. *Saúde da Família nos municípios brasileiros: Os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro*. Campinas, São Paulo: Saberes Editora; 2014. p. 720-754

SABROZA, P.; KAWA, H. O processo saúde-doença-cuidado. In.: KUSHINIR, R e FAUSTO, M. *Gestão de Rede de Atenção à Saúde*. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014.

SANTOS, JLF; WESTPHAL MF. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. *Estud. av.* <online>. São Paulo: 1999 jan-abr; 13(35).

SANTOS, L; CAMPOS, GWS. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. *Saúde soc.*, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 438-446, June 2015.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007

SILVA JUNIOR, AG, ALVES CA. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, MVGC; CORBO, ADA; organizadores. *Modelos de atenção e a saúde da família*. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz; 2007. p. 27-41

SILVA, KL; RODRIGUES, AT. Ações intersectoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. *Rev. bras. Enfermagem*. Brasília, v. 63, n. 5, p. 762-769, Oct. 2010.

SILVA, Kênia Lara et al. Intersetorialidade, determinantes socioambientais e promoção da saúde. *Ciênc. Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4361-4370, nov. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-

81232014001104361&lng=en&nrm=iso>. Access on 05 Mar. 2018.
<http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141911.10042014>

SORATTO, J. et al. Estratégia Saúde Da Família: Uma Inovação Tecnológica Em Saúde Family Health Strategy: a Technological Innovation in Health. *Texto Contexto Enferm.* Abr-Jun, v. 24, n. 2, p. 584–92, Florianópolis, 2015.

SPOSATI, A. Gestão pública intersetorial: sim ou não? Comentário de experiência. *Serviço Social Soc* 2006; 85:133-141.

STARFIELD, B. Atenção primária — Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

TESSER, CD, POLI NETO, P., CAMPOS, GWS. Acolhimento e (des) medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciência Saúde Coletiva* 2010; 15(Supl. 3):3615-3624.

YASUI, S; LUZIO, CA; AMARANTE, P. Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. *Revista Polis e Psique.* 2018

WESTPHAL, M. F.; MENDES, R. Avaliação participativa e a efetividade da promoção da saúde: desafios e oportunidades. *Boletim Técnico do SENAC, Rio de Janeiro*, v. 35, n. 2, maio/ago. 2009. Disponível em: <http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/14443/art_WESTPHAL_Avaliacao_participativa_e_a_efetividade_da_promocao_2009.pdf?sequence=1>. Acesso em: 15 dez. 2017

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e esclarecido (TCLE)



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

N.º Registro CEPES/CCO: 2.469.057

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: **“A intersetorialidade no cotidiano da Atenção Básica em um município do centro-oeste mineiro”** que tem como objetivo analisar o cuidado intersetorial realizado por equipes da Atenção Básica no cotidiano de trabalho. A instrumentalização de profissionais da saúde, gestores e comunidade em geral para operar práticas intersetoriais e ampliar o escopo de ações e estratégias de cuidado nos territórios com vistas a operacionalização da integralidade e equidade em saúde será a principal contribuição deste estudo.

A sua participação consistirá em responder a uma entrevista, que será realizada individualmente na unidade de saúde e no próprio horário de trabalho. O roteiro dessa entrevista será composto por questões de caracterização do participante e perguntas referentes ao problema do estudo. Será gravada em áudio e os pesquisadores adotarão medidas para preservação do anonimato. Você ainda poderá ser convidado a participar de uma entrevista em grupo com espaços de discussão nos quais os participantes poderão analisar e refletir sobre diferentes aspectos dos serviços avaliados a partir de seus pontos de vista.

Os riscos deste estudo são mínimos e estão relacionados ao risco de constrangimento por desconhecimento do tema abordado e a quebra de sigilo, da privacidade e a confidencialidade das informações obtidas no estudo, mas será garantido que os dados serão utilizados apenas para fins científicos e mantendo o anonimato. O risco da participação neste estudo está relacionado a constrangimentos provocados pela entrevista individual e/ou em grupo. Contudo, será informado de que não é obrigado a responder questões que não queira ou não se sinta à vontade. Serão também adotadas as seguintes medidas de prevenção destes riscos: a garantia de que o entrevistador é devidamente treinado; a suspensão da entrevista ao perceber-se ansiedade excessiva; ou outra intercorrência, e a garantia do anonimato. O (s) pesquisador (es) irá (ão) tratar a identidade do participante com padrões profissionais de sigilo que será mantido por meio da adoção da letra E (Entrevistado) seguido de número sequencial às entrevistas realizadas subsequentes (E1, E2, E3, E4...). Já as Mesas de negociação serão nomeadas como M (mesa de negociação) e também serão subsequenciadas (M1, M2, M3...).

Os dados coletados serão armazenados por cinco anos, comprovando o seu aceite em participar da pesquisa, bem como os esclarecimentos de possíveis dúvidas que venham surgir. No risco eventual da geração de dano de efeito moral, como na quebra do sigilo, apesar de todos os cuidados tomados para que isso jamais ocorra, os pesquisadores envolvidos assumem a responsabilidade pelo ressarcimento justo firmado em juízo. Você não terá gastos para participar desse estudo, mas no caso disto ocorrer, os gastos serão assumidos pelos pesquisadores e a sua participação não acarretará nenhuma compensação financeira adicional.

Será garantido total sigilo e a obtenção de esclarecimentos sempre que o desejar. Em relação ao risco de constrangimento, você será encaminhado para o serviço de psicologia do município. O participante será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar, e é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. Os resultados da pesquisa serão enviados para o participante e permanecerão confidenciais. O participante não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. O TCLE será elaborado em duas vias, sendo assinadas e rubricadas pelo participante da pesquisa e pela pesquisadora responsável.

Eu, _____ fui informada (o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. O(a) professor(a) orientador(a) Fernanda Moura Lanza certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais.

Em caso de dúvidas poderei chamar a mestrande Edna Mara Mendonça, a Professora orientadora Fernanda Moura Lanza ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São João del-Rei Campus Centro-Oeste CEPES/ CCO Local: Sala 304 – Prédio da Biblioteca do Campus Centro Oeste Dona Lindu da UFSJ.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Nome	Assinatura do Participante	Data
------	----------------------------	------

Nome	Assinatura do Pesquisador	Data
------	---------------------------	------

Dados dos pesquisadores:

Edna Mara Mendonça. CPF: 052.310.306-94. Rua Dom Pedro I, 791, apto 301. Bairro Sidil. Divinópolis-MG. Telefones (37) 991500097; e-mail: ednamaras@gmail.com.

Profa. Dra Fernanda Moura Lanza - Pesquisadora Responsável: (37)3221-1267 UFSJ/CCO;
E-mail: fernandalanza@ufs.edu.br.

Universidade Federal de São João Del Rei - Campus Centro Oeste Dona Lindu
Avenida Sebastião Gonçalves Coelho, 400, sala 302.1 bloco D.
Bairro Chanadour, Divinópolis, MG. CEP: 35501-296

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São João del-Rei Campus Centro-Oeste CEPES/CCO

Local: Sala 304 – Prédio da Biblioteca do Campus Centro Oeste Dona Lindu UFSJ.

Coordenadora – Profa. Dra. Elaine Cristina Dias Franco.

Tel: (37) 3221-1580 Fax: (37) 3221-1580 E-mail: cepes_cco@ufs.edu.br

Apêndice B – Entrevista semiestruturada

Roteiro de Entrevista para os profissionais e gestores

I. IDENTIFICAÇÃO: E_____

1. Nome (iniciais)
2. Sexo
3. Idade
4. Profissão
5. Unidade
6. Setor
7. Tempo de formação
8. Tempo de atuação no cargo

II. QUESTÕES DISPARADORAS:

1. O que você entende por “saúde”?
2. O que é intersetorialidade?
3. Como se faz a intersetorialidade?
4. Quais os serviços compõem a rede intersetorial? (Com quem se faz a intersetorialidade)
5. Fale-me sobre sua experiência intersetorial
6. Por que trabalhar intersetorialmente?
7. Quais os facilitadores e os dificultadores das práticas intersetoriais na Atenção Primária a Saúde?

Apêndice C – Entrevista semiestruturada (pré-teste)

Roteiro de Entrevista para os profissionais e gestores

I. IDENTIFICAÇÃO: E_____

1. Nome (iniciais)
2. Sexo
3. Idade
4. Profissão
5. Cargo
6. Setor
7. Tempo de formação
8. Tempo de atuação no cargo

II. QUESTÕES DISPARADORAS:

1. Como você compreende a intersetorialidade?
2. Quais estratégias têm sido adotadas para atuação em rede intersetorial?
3. Fale-me um pouco sobre a rede intersetorial do município. Quais serviços que compõem à rede e como eles se organizam.
4. Como as equipes do município têm atuado nas ações intersetoriais?
5. Quais desafios e prioridades para a melhoria da intersetorialidade no município?

Apêndice D – Operações de codificação

Codificação	Categorização	Categorias empíricas
<ul style="list-style-type: none"> Modelo biomédico – ausência de doenças 	Conceito de Saúde	As concepções de saúde e a articulação do cuidado no cotidiano da APS: intrasetorialidade <i>versus</i> intersetorialidade
<ul style="list-style-type: none"> Aproximação com o modelo de história natural da doença (modelo processual) – controle das doenças 		
<ul style="list-style-type: none"> Modelo determinação do processo saúde-doença – processo dinâmico, complexo e multidimensional. Determinantes históricos, sociais, econômicos, culturais e religiosos. 		
<ul style="list-style-type: none"> Intersetorialidade: saúde e escola 	Conceito de Intersetorialidade	
<ul style="list-style-type: none"> Parceria entre os setores da saúde (<i>intra</i>setorialidade) 		
<ul style="list-style-type: none"> Noção de complementariedade da rede de saúde com outras políticas para dar conta do conceito ampliado de saúde 		
<ul style="list-style-type: none"> Parceria entre setores diferentes (<i>institucionais</i>) 		
<ul style="list-style-type: none"> Parceria entre setores diferentes (<i>não institucionais</i>) 		
<ul style="list-style-type: none"> Trabalho em equipe 		
<ul style="list-style-type: none"> Redes no território 		
<ul style="list-style-type: none"> Desconhecimento do tema 		
<ul style="list-style-type: none"> Intersetorialidade no cotidiano: Comunicação como elemento disparador da articulação intersetorial 	O fazer intersetorialidade: metodologias	Diálogos intersetoriais em busca da integralidade da atenção: Modos de promoção da intersetorialidade na ESF e NASF AB
<ul style="list-style-type: none"> Intrasetorialidade no cotidiano: Comunicação como elemento disparador da articulação intrasetorial 		
<ul style="list-style-type: none"> Alinhamento conceitual das políticas públicas 		
<ul style="list-style-type: none"> Cooperação entre os dispositivos da rede intersetorial 		
<ul style="list-style-type: none"> Estreitamento e manutenção dos vínculos profissionais 		
<ul style="list-style-type: none"> Construção conjunta do caso 		

clínico		
• Trabalho interdisciplinar; Clínica Ampliada e Apoio Matricial		
• Ações de saúde na escola		
• sem respostas ou não há prática intersetorial		
• Intersetorialidade no cotidiano: Educação, Cultura, Esportes, organizações não governamentais, grupos religiosos, instituições privadas e polícia	Serviços parceiros	
• Intrasetorialidade no cotidiano: equipamentos disponíveis no SUS		
• Rede SUS e o CRAS		
• Sem respostas		
• Ações intersetoriais	Vivência Intersetorial	
• Ações intrasetoriais		
• O caso clínico como articulador da rede		
• Interdisciplinaridade no cotidiano da saúde		
• O território como analisador das ações intersetoriais.		
• A construção coletiva e intersetorial: complementariedade de saberes, práticas e responsabilidades		
• Vivência: saúde e desenvolvimento social.		
• Vivência: saúde e educação		
• Parceria com equipamento não institucional		
• NASF AB enquanto dispositivo articulador da rede		
• Sem resposta e/ou não há vivências intersetoriais		
• Território como balizador de demandas territoriais	Intencionalidades: A importância da complementariedade da rede	
• Interdisciplinaridade como qualificação de práticas		
• Intersetorialidade com vistas a complementariedade de saberes, práticas e responsabilidades		
• Insuficiência do sistema de		Intersetorialidade: potencialidades, fragilidades e desafios

saúde		
• Efetividade		
• Alinhamento das políticas públicas		
• A intrasetorialidade como complementariedade da rede de saúde		
• sem respostas		
• Abertura profissional para superação das práticas tradicionais de trabalho	Fatores facilitadores	
• Formação profissional acerca do tema intersetorialidade		
• Discussão intrasetorial para ampliação das ações com vistas a intersetorialidade		
• Pontos de encontro da rede		
• O Fazer saúde humanizado		
Trabalho voltado para a noção complementariedade da rede		
• Conhecimento limitado acerca das políticas públicas	Fatores dificultadores	
• Desconhecimento da missão de cada serviço na rede		
• O fazer saúde voltado para práticas tradicionais		
• Burocratização do processo de trabalho intersetorial		
• Escassez insumos: deslocamento para ações intersetoriais		
• Comunicação intersetorial		
• Processo de trabalho: organização de tempo e atendimentos sob demanda		
• Processo de trabalho: organização de agendas compartilhadas		
• Processo de trabalho das políticas públicas que ocasiona a fragmentação da rede		

ANEXO A - DECLARAÇÃO DE SETOR



DECLARAÇÃO DO SETOR

Eu, Paulo Augusto Teixeira Duarte, secretário municipal de saúde de Pará de Minas e eu, Lílían Pessoa Coppus Gontijo Vilaça, diretora da Atenção Básica, vimos por meio desta, declarar que conhecemos o projeto e aceitamos a realização da pesquisa **“A intersectorialidade no cotidiano da Atenção Básica em um município do centro-oeste mineiro”** a ser coletada pela terapeuta ocupacional e mestranda do Programa Mestrado Acadêmico em Enfermagem da UFSJ/CCO, Edna Mara Mendonça, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Fernanda Moura Lanza.

A coleta de dados será realizada por meio de entrevista semiestruturada aplicada aos profissionais das Estratégias Saúde da Família, Núcleo de Apoio a Saúde da Família e seus respectivos gestores após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. *A posteriori*, serão realizadas entrevistas em grupo (mesas de negociação), nas quais, os participantes poderão analisar, refletir e pactuar estratégias para ampliar e qualificar a atenção ofertada localmente.

Esta pesquisa será autorizada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPES) do Campus Centro Oeste Dona Lindu (CCO).

Pará de Minas, 03 de abril de 2017.


Paulo Augusto Teixeira Duarte
 Secretário Municipal de Saúde
 Paulo Augusto Teixeira Duarte
 Sec. M. Cultura/Interino Saúde


Lílian P. Coppus G. Vilaça
 Coordenadora da Atenção Primária a Saúde
Lílian Pessoa Coppus Gontijo Vilaça
 Diretora da Atenção Básica

ANEXO B – DECLARAÇÃO DE INFRA ESTRUTURA

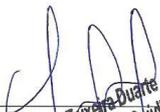


DECLARAÇÃO DE INFRA-ESTRUTURA

Autorizo a realização da pesquisa “A intersectorialidade no cotidiano da Atenção Básica em um município do centro-oeste mineiro” e declaro para os devidos fins, que há infraestrutura necessária para a coleta de dados da referida pesquisa, que será realizada por meio de entrevistas individuais e entrevistas em grupo (mesa de negociação) da pesquisadora responsável Profª. Drª. Fernanda Moura Lanza.

Por ser verdade afirmamos a presente.

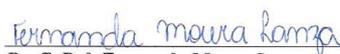
Pará de Minas, 05 de abril de 2017.


 Paulo Augusto de Faria Duarte
 Secretário Municipal de Saúde
 Sec. M. Municipal de Saúde


 Lilian Pessoa Coppus G. Vilaça
 Coordenadora da Atenção Primária à Saúde

Lilian Pessoa Coppus Gontijo Vilaça
 Diretora da Atenção Básica

De Moura


 Profª. Drª. Fernanda Moura Lanza
 Orientadora/coordenadora do projeto

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DEO CEPES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A INTERSETORIALIDADE NO COTIDIANO DA ATENÇÃO BÁSICA EM UM MUNICÍPIO DO CENTRO OESTE MINEIRO

Pesquisador: Fernanda Moura Lanza

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 79985817.9.0000.5545

Instituição Proponente: Fundação Universidade Federal de São João Del Rei - C. C. Oeste Dona

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.469.057

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa avaliativa com abordagem qualitativa que busca analisar o cuidado intersectorial realizado por equipes da Atenção Básica no cotidiano de trabalho. O estudo será desenvolvido no município de Pará de Minas, MG, e a coleta de dados será realizada por meio de entrevista semiestruturada aplicada aos profissionais das Estratégias Saúde da Família, Núcleo de Apoio a Saúde da Família e seus respectivos gestores.

No estudo serão seguidas as etapas (adaptadas da proposta inicial da metodologia de Avaliação de Quarta Geração): contato com o campo e apresentação da proposta, organização da avaliação, identificação dos grupos de interesse, ampliação das construções coletivas, apresentação para o grupo de interesse e operacionalização da reunião de negociação.

Os instrumentos de coleta de dados serão entrevistas com grupos de interesse e diário de campo visando apreender o cotidiano dos serviços, a forma de interação entre os atores sociais bem como os sentidos dados as práticas em saúde.

As entrevistas individuais serão realizadas no próprio local de trabalho dos participantes, em sala reservada, de acordo com a disponibilidade dos participantes e seguindo roteiro semiestruturado apresentado no Protocolo. Posteriormente serão realizadas mesas de negociação para avaliação

Endereço: SEBASTIAO GONCALVES COELHO
Bairro: CHANADOUR **CEP:** 35.501-296
UF: MG **Município:** DIVINOPOLIS
Telefone: (37)3690-4489 **Fax:** (37)3690-4489 **E-mail:** cepes_cco@ufsj.edu.br



Continuação do Parecer: 2.469.057

acerca das demandas apresentadas nas etapas anteriores.

Critérios de inclusão apresentados: Para esse estudo serão escolhidas aleatoriamente, por meio de sorteio, as equipes de ESF e NASF. A coleta de dados encerrará mediante a saturação dos dados coletados (no Projeto, está descrita uma previsão de 42 participantes, sendo 27 entrevistas individuais e 15 em grupo focal).

A partir do cenário se dará a escolha dos participantes. Os participantes elegíveis para o estudo serão: a) Profissionais da ESF (médicos, enfermeiros, auxiliares/técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, dentistas e auxiliar de consultório dentário); b) Trabalhadores do NASF (fisioterapeutas, nutricionistas, professores de educação física, fonoaudiólogos e farmacêuticos); c) Gestores da Atenção Básica, Núcleo de Apoio a Saúde da Família e gerentes das unidades de ESF, quando houver. Dessa forma, após o sorteio do cenário de pesquisa, serão convidados a participarem do estudo todos os membros da respectiva ESF ou NASF do município de Pará de Minas/MG que estejam há mais de um ano lotados no serviço. Para os gestores, todas as pessoas elegíveis serão convidadas a participarem do estudo.

Critérios de Exclusão apresentados: Estar de férias ou qualquer outro motivo de afastamento no período da coleta de dados.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar o cuidado intersetorial realizado por equipes da Atenção Básica no cotidiano de trabalho.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O Protocolo informa que os riscos da pesquisa serão mínimos, incluindo a possibilidade de quebra de sigilo e confidencialidade das informações fornecidas. Entretanto, os pesquisadores informam que adotarão medidas na tentativa de reduzir tais riscos, incluindo adoção de códigos para as entrevistas (no lugar dos nomes dos participantes), acesso restrito aos dados pelos pesquisadores e divulgação de resultados de forma coletiva e anônima. Além disso, os pesquisadores informaram garantir encaminhamento para atendimento psicológico na rede assistencial do município caso algum participante necessite em decorrência de algum constrangimento maior que possa vir a ter durante as atividades coletivas da pesquisa (mesas de negociação).

Endereço: SEBASTIAO GONCALVES COELHO
Bairro: CHANADOUR **CEP:** 35.501-296
UF: MG **Município:** DIVINOPOLIS
Telefone: (37)3690-4489 **Fax:** (37)3690-4489 **E-mail:** cepes_cco@ufsj.edu.br



Continuação do Parecer: 2.469.057

Os principais benefícios descritos no Protocolo referem-se à contribuição no entendimento de como a intersectorialidade se efetiva no cotidiano da Atenção Básica, no levantamento dos desafios na implementação efetiva de ações intersectoriais e na construção coletiva de possíveis soluções para as problematizações elencadas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A proposta de estudo encontra-se em consonância com a Resolução 466/2012 e apresenta relevância científica e social.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos apresentados:

- 1 – Folha de rosto, com assinatura da pesquisadora responsável e da Vice-Diretora do CCO / UFSJ.
- 2 – Projeto detalhado, com cronograma .
- 3 – TCLE
- 4 – Declaração de Infraestrututa, devidamente assinada pelo Secretário Municipal de Saúde e pela Diretora da Atenção Primária de Pará de Minas.
- 5 – Declaração de setor, devidamente assinada pelo Secretário Municipal de Saúde e pela Diretora da Atenção Primária de Pará de Minas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Comitê compreende a relevância do trabalho bem como seu impacto científico e social. As pendências relativas a co-participante e ao ajuste do cronograma foram atendidas. E estudo está aprovado para a execução.

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_1011915.pdf	18/12/2017 13:18:33		Aceito
Cronograma	Cronograma_atualizado.pdf	11/12/2017 11:05:21	EDNA MARA MENDONCA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_pesquisa_ednamara.pdf	03/11/2017 21:29:27	EDNA MARA MENDONCA	Aceito

Endereço: SEBASTIAO GONCALVES COELHO
Bairro: CHANADOUR **CEP:** 35.501-296
UF: MG **Município:** DIVINOPOLIS
Telefone: (37)3690-4489 **Fax:** (37)3690-4489 **E-mail:** cepes_cco@ufsj.edu.br



Continuação do Parecer: 2.469.057

Outros	Check_list_cep_ednamara.pdf	24/10/2017 21:05:50	EDNA MARA MENDONCA	Aceito
Outros	declaracao_setor_parademinas_deacordo.pdf	24/10/2017 19:35:17	EDNA MARA MENDONCA	Aceito
Folha de Rosto	scan.pdf	11/10/2017 14:10:57	Fernanda Moura Lanza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_parademinas.pdf	10/10/2017 15:25:56	EDNA MARA MENDONCA	Aceito
Outros	carta_apresentacao_UFSJ_fernanda_ednamara.jpg	10/10/2017 15:00:55	EDNA MARA MENDONCA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_infraestrutura_ednamara.jpg	10/10/2017 14:47:19	EDNA MARA MENDONCA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

DIVINOPOLIS, 17 de Janeiro de 2018

Assinado por:
Elaine Cristina Dias Franco
(Coordenador)

Endereço: SEBASTIAO GONCALVES COELHO
Bairro: CHANADOUR **CEP:** 35.501-296
UF: MG **Município:** DIVINOPOLIS
Telefone: (37)3690-4489 **Fax:** (37)3690-4489 **E-mail:** cepes_cco@ufsj.edu.br