

CUIDADO É FUNDAMENTAL

Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – UNIRIO

PESQUISA

DOI: 10.9789/2175-5361.rpcfo.v15.10955

PRÁTICAS INTERSETORIAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: DA CONCRETUDE AOS DESAFIOS

*Intersectoral practices in primary health care: from achievement to challenges**Prácticas intersectoriales en atención primaria de salud: del concreto a los desafíos*Edna Mara Mendonça¹ Maria Marta Amancio Amorim² Selma Maria da Fonseca Viegas¹ Fernanda Moura Lanza¹ 

RESUMO

Objetivo: compreender a concretude e os desafios das práticas intersetoriais na Atenção Primária a Saúde. **Método:** pesquisa qualitativa desenvolvida em um município brasileiro de médio porte no período de fevereiro a julho de 2018. A fonte de evidência foi a entrevista semiestruturada com 59 profissionais e gestores ligados à Atenção Primária a Saúde e os dados foram analisados segundo a Análise de Conteúdo Temática. **Resultados:** a intersectorialidade é concretizada perante a demanda dos usuários por cuidado integral na Atenção Primária a Saúde. O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e as Equipes de Saúde da Família buscam os arranjos necessários para formação de rede intrasetorial ou intersetorial. **Conclusão:** percebeu-se o papel primordial da gestão para indução das ações intersetoriais nos territórios, como o fomento à inserção de práticas intersetoriais na agenda de trabalho; e em espaços de construção coletiva enquanto potencializadores das políticas públicas.

DESCRIPTORIOS: Sistema único de saúde; Política de saúde; Colaboração intersetorial; Atenção primária à saúde; Pessoal de saúde.

¹ Universidade Federal de São João del-Rei, Divinópolis, Minas Gerais, Brasil

² Centro de Estudos de Migração e Relações Interculturais, Universidade Aberta, Lisboa, Portugal

Recebido em: 13/03/2021; Aceito em: 25/02/2022; Publicado em: 1/03/2023

Autor correspondente: Fernanda Moura Lanza, E-mail: fernandalanza@ufsj.edu.br

Como citar este artigo: Mendonça EM, Amorim MMA, Viegas SMF, Lanza FM. Práticas intersetoriais na atenção primária à saúde: da concretude aos desafios. *R Pesq Cuid Fundam* [Internet]. 2023 [acesso ano mês dia];15:e10955. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v15.10955>



ABSTRACT

Objective: to understand the concreteness and challenges of intersectoral practices in Primary Health Care. **Method:** qualitative research developed in a medium-sized Brazilian municipality from February to July 2018. The source of evidence was the semi-structured interview with 59 professionals and managers linked to Primary Health Care and the data were analyzed according to the Thematic Content Analysis. **Results:** intersectoriality is realized in view of the users' demand for comprehensive care in Primary Health Care. The Extended Family Health Center and Family Health Teams seek the necessary arrangements for the formation of an intrasectoral or intersectoral network. **Conclusion:** it was perceived the primary role of management to induce intersectoral actions in the territories, such as promoting the insertion of intersectoral practices in the work agenda; and in spaces of collective construction as potentializers of public policies.

DESCRIPTORS: Unified health system; Health policy; Intersectoral collaboration; Primary health care; Health personnel.

RESUMEN

Objetivo: comprender la concreción y los desafíos de las prácticas intersectoriales en Atención Primaria de Salud. **Método:** investigación cualitativa desarrollada en un municipio brasileño de tamaño mediano de febrero a julio de 2018. La fuente de evidencia fue la entrevista semiestructurada con 59 profesionales y gerentes vinculados a la Atención Primaria de Salud y los datos fueron analizados según el Análisis de Contenido Temático. **Resultados:** la intersectorialidad se concreta ante la demanda de atención integral de los usuarios en Atención Primaria de Salud El Centro de Salud de la Familia Extendida y los Equipos de Salud de la Familia buscan los arreglos necesarios para la conformación de una red intrasectorial o intersectorial. **Conclusión:** se percibió el rol primordial de la gestión para inducir acciones intersectoriales en los territorios, tales como promover la inserción de prácticas intersectoriales en la agenda de trabajo; y en espacios de construcción colectiva como potencializadores de políticas públicas.

DESCRIPTORES: Sistema único de salud; Política de salud; colaboración intersectorial; Atención primaria de salud; Personal de salud.

INTRODUÇÃO

Desde a Declaração de Alma Ata em 1978, a Atenção Primária à Saúde (APS) tem-se destacado na 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 APS, na 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 à promoção da saúde que abarcassem os determinantes sociais da saúde.³ Assim a promoção da saúde deve ser colocada como uma prioridade com vistas a redução das desigualdades sociais e a melhoria da saúde da população. Nesse contexto se inserem as práticas intersetoriais envolvendo diferentes setores, como o econômico, trabalho e emprego, educação, transporte, habitação, meio ambiente, dentre outras.⁴

Desde 2015, a Organização das Nações Unidas (ONU), junto aos seus países membros, lançou a Agenda 2030 em reconhecimento aos desafios que todos os países devem 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 aos 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

No contexto de fortalecer a APS e a atuação da Estratégia Saúde da Família (ESF), criou-se o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), hoje denominado Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (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.⁷

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 Assim, a intersetorialidade nos remete ao sentido de complementariedade de práticas e não se opõe a ação setorial. O Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) traz a intersetorialidade como 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.⁸

O desafio de produzir saúde no cotidiano dos serviços demanda constantes mudanças no processo de trabalho como a criação de coletivos (com gestores, profissionais, comunidade),

composição de redes e parcerias com implicação de diferentes atores sociais.⁹ Isso significa uma nova 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.¹⁰

A APS é responsável por estabelecer um vínculo entre os profissionais de saúde e a população, obter conhecimento da realidade das famílias pelas quais é responsável, detectar os problemas de saúde predominantes e situações de risco às quais a população em seu território de abrangência está exposta para fornecer assistência integral.⁷ A partir do pressuposto que a produção de saúde é um trabalho que se faz e refaz como efeito de um coletivo – profissional e comunitário – de acordo com os interesses pessoais e interações sociais, esse estudo foi proposto com o objetivo de compreender a concretude e os desafios da prática intersetorial dos gestores e dos profissionais da APS.

MÉTODOS

Pesquisa de abordagem qualitativa aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, da Universidade Federal de São João Del Rei – Campus Centro Oeste Dona Lindu, Divinópolis, Minas Gerais, sob CAAE 79985917.9.0000.5545, parecer 2.469.057. Essa pesquisa foi conduzida de acordo com os padrões éticos exigidos pela Resolução 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde.¹¹

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.¹² Essa pesquisa seguiu os critérios do Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ), que são os critérios consolidados para relatar pesquisa qualitativa seguindo os três domínios propostos – equipe de pesquisa e flexibilidade, conceito do estudo e análise dos resultados.¹³

O cenário de estudo foi a APS de um município brasileiro de médio porte, que possui 25 equipes de ESF implantadas (cobertura populacional de 93%) e quatro NASF-AB. Para esse estudo foram sorteadas aleatoriamente equipes de ESF e NASF-AB, sem definição dos critérios de seleção, sendo que o número de equipes da ESF e NASF-AB que participaram do estudo foi definido posteriormente, mediante a saturação dos dados coletados. Ao final da coleta de dados, o cenário foi constituído por cinco unidades da ESF e quatro do NASF-AB.

A escolha dos participantes teve como critério principal a possibilidade do exercício das práticas intersetoriais promovidas na APS. 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.

O instrumento de coleta foi composto por um roteiro organizado em duas seções, sendo a primeira composta por questões para caracterização dos participantes e, a segunda, por cinco perguntas: 1. Como você compreende a intersectorialidade? 2. Quais estratégias têm sido adotadas para atuação em rede intersectorial? 3. Fale-me um pouco sobre a rede intersectorial do município. Quais serviços que compõem a rede e como eles se organizam. 4. Como as equipes do município têm atuado nas ações intersectoriais? 5. Quais desafios e prioridades para a melhoria da intersectorialidade no município? Para avaliar a adequação desse instrumento e a qualidade da coleta de dados foi realizado um teste piloto em outro município, em serviços de saúde com características semelhantes ao deste estudo.

A coleta de dados foi conduzida de acordo com as etapas: contato com o campo e apresentação da proposta, realização das entrevistas individuais e elaboração do diário de campo. As entrevistas ocorreram no período de fevereiro a julho de 2018, foram conduzidas pela pesquisadora principal, gravadas na íntegra com utilização de dispositivo Iphone, e tiveram duração média de oito minutos e 20 segundos, sendo que 45 entrevistas tiveram duração inferior a dez minutos. A coleta terminou quando houve saturação das evidências, ou seja, quando houve reincidência das respostas, mas sem desprezar conteúdos importantes para o estudo.¹³ Não houve repetição de nenhuma entrevista.

Ao total, foram 59 participantes, 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-AB, sendo dois psicólogos, um assistente social, quatro fisioterapeutas, quatro nutricionistas, dois professores de educação física, três fonoaudiólogos, três farmacêuticos e um enfermeiro responsável pelas Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (c) três Gestores da Secretaria Municipal de Saúde.

As pessoas que não atenderam aos critérios de inclusão, foram 29 ao total, sendo: 18 por tempo de serviço, seis por férias, três por exoneração voluntária, um por aposentadoria recente e um negou-se a participar da pesquisa sem justificativa. Destas, 20 foram das ESF e nove do NASF-AB.

As entrevistas individuais foram agendadas de acordo com a disponibilidade dos participantes, realizadas no próprio local de trabalho, em uma sala reservada para preservar o sigilo das informações e evitar interrupções. O conteúdo das entrevistas individuais foi transcrito na íntegra de forma criteriosa e não foram devolvidas aos participantes para comentários e/ou correções. 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...).

Após essa etapa, realizou-se a Análise de Conteúdo, definida pelo critério semântico, isto é, pela análise dos “sentidos”, segundo as fases descritas por Bardin: pré-análise, exploração do material, categorização, tratamento dos resultados, inferência e a interpre-

tação ao que já foi descrito na literatura científica.¹⁴ A análise de conteúdo foi conduzida apenas por uma única pesquisadora.

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.¹⁴

A exploração do material consistiu na codificação e categorização dos dados obtidos. A codificação é a transcrição de características específicas, permitindo atingir uma representação do conteúdo ou de sua expressão foi estruturada pelas “operações de codificação”. É a concretização das decisões tomadas na pré-análise, ou seja, o que representa os significados expressos na leitura flutuante, precisa e compreensiva.¹⁴

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.¹⁴ 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.

A análise das entrevistas individuais originou três categorias temáticas: 1) “As concepções de saúde e a articulação do cuidado no cotidiano da APS: intrasetorialidade *versus* intersetorialidade”; 2) “Diálogos intersetoriais em busca da integralidade da atenção: Modos de promoção da intersetorialidade na ESF e NASF AB” e 3) “Intersetorialidade: potencialidades, fragilidades e desafios”.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados analisados nesse artigo foram obtidos de uma pesquisa que participaram 59 profissionais da saúde, 51 (86,5%) do sexo feminino; com idade variando entre 24 e 57 anos, média de 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 ACS (média de 9 anos); seguida pelos enfermeiros (7 anos); técnicos de enfermagem (6 anos e 2 meses) e médicos (1 ano e 8 meses).

Dentre as três categorias levantadas na análise de conteúdo dessa pesquisa selecionou-se – a número 3) “Intersetorialidade: potencialidades, fragilidades e desafios” para ser analisada nesse artigo. A categoria aborda os aspectos facilitadores e dificultadores relatados pelos profissionais que atuam nas ESF e NASF AB ao praticarem a intersetorialidade no cotidiano de trabalho.

A prática da intersetorialidade na visão dos profissionais de saúde envolve o trabalho conjunto conforme discursos descritos em seguida.

“Quando a gente chega e fala para a pessoa o que é inter-setorialidade, 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 é isso aí, nós somos corresponsáveis por um problema em comum, isso facilita”. (E5 – gestor)

“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)

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

“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)

A intersetorialidade deve ser ensinada para ser praticada, sendo um trabalho realizado em conjunto com os profissionais de saúde e os gestores devem “vestir a camisa” dessa prática, articulando ações conjuntas e em rede. Para isso, “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”.^{15:159} Assim, a intersetorialidade representa a superação da fragmentação das políticas, além de ser uma ferramenta de colaboração das práticas de cuidado e/ou gestão e tem sido colocada como impulsionadora das políticas de saúde voltadas para a mudança de modelos de atenção.¹⁶

No âmbito da APS, as ações relacionadas a promoção da saúde despontam com priorização dos problemas reais e concretos dos territórios com abordagem nos determinantes sociais da saúde.^{4:17} Pesquisa qualitativa realizada em uma Região de Saúde do Rio Grande do Sul evidenciou que enfermeiras coordenadoras de equipes de APS sentem a necessidade de realizar o cuidado de forma interprofissional e intersetorial devido a diversidade social e de agravos em saúde apresentados pela população atendida.⁹ Mas, como é possível dar legitimidade à intersetorialidade – enquanto eixo estruturante para o setor saúde, nas práticas de gestão e de cuidado? ¹⁶

Na presente pesquisa, a capacitação dos profissionais de saúde é colocada por um gestor como um facilitador das práticas de intersetorialidade

“Então o que facilita muito é que eu tenho visto algumas capacitações, justamente para tirar essa barreira que as pes-

soas têm de sair do núcleo dela e ir além [...] isso vai facilitar a questão de trabalhar intersetorialidade”. (E5 – gestor)

As capacitações sobre intersetorialidade são importantes ferramentas no entendimento dos profissionais de saúde sobre o processo de complementariedade das práticas, ao buscar alternativas em outros setores. A estratégia política pedagógica que ocorre nos serviços de saúde é denominada Educação Permanente em Saúde (EPS) – instituída por meio da Portaria nº 198/2004 e reformulada pela Portaria nº 1.996/2007 – no qual o aprender e o ensinar se incorporam aos processos de trabalho. A EPS surge enquanto pilar da gestão democrática com reinvenção e aperfeiçoamento das práticas, ocasionando a efetivação de ações reflexivas, éticas, críticas e humanizadoras com base valorativa na experiência e troca de saberes.¹⁸

Os profissionais de saúde devem ser estimulados a participarem da EPS, tendo em vista que esta é uma ferramenta para construção e fortalecimento do cuidado da APS, pois permite a reflexão acerca do processo de trabalho da equipe e pode contribuir para transformação das práticas em saúde.¹⁹ No presente estudo, espaços para debates e reflexões, como os eventos e as reuniões, foram mencionados por um profissional do NASF-AB e um gestor como um aspecto facilitador da prática da intersetorialidade.

“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).

“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)

A análise das narrativas evidencia que os trabalhadores identificam a necessidade de compor conhecimentos para ampliação das práticas, seja nos eventos, ao conhecer novos profissionais, seja nas reuniões intersetoriais ao articular as secretarias de saúde com outras, com lazer, turismo e esporte.

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.¹⁷ A EPS é um fator facilitador das práticas intersetoriais, pois favorece parcerias com demais políticas, interação entre serviços e população permitindo maior efetividade e inovação para superação das iniquidades sociais.¹⁸

Os achados evidenciam como aspecto dificultador das práticas da intersetorialidade a falta de diálogo

“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 quando tem o apoio das equipes”. (E22 – NASF-AB)

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

A falta de diálogo foi a tônica desses discursos. A intersetorialidade acontece quando os atores da ESF identificam a demanda de cuidado integral a ser a prestado pelos profissionais e juntos pensam as possíveis soluções de tratamento do paciente nas reuniões de matriciamento.

A comunicação clara e sem rodeios tem sido colocada como aspecto determinante tanto em âmbito organizacional formal (alinhado a políticas e procedimentos) quanto em âmbito interpessoal. Desta forma, a comunicação eficiente sobre decisões e orientações entre os diversos atores, de diferentes setores, configura-se como parte da prática intersetorial, 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.¹⁸

A adesão dos profissionais para trabalhar de forma interseccional é outro fator dificultador.

“Alguns profissionais 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)

Alguns profissionais de saúde têm dificuldade em resolver os problemas de forma conjunta, por serem limitados, preferindo trabalhar sozinhos, sem entender a gênese da queixa do paciente. “A manutenção desse tipo de prática individualizada em detrimento de questões que são coletivas, de cunho social, leva a rede a funcionar de maneira restrita e setorializada, (...) incapaz de intervir sobre os determinantes do processo saúde-doença”.¹⁵⁻¹⁵⁸

Para que os setores tenham aceitação da política de gestão em saúde de colaboração intersetorial, 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.¹⁷

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.²⁰

A educação em saúde necessita da multidisciplinaridade da equipe na APS, principalmente enfermeiros, fisioterapeutas e ACS, que mostraram-se ser nos artigos analisados a peça chave para tais práticas educativas, garantindo a integralidade do cuidado. Porém existem grandes dificuldades estruturais decorrentes do planejamento local inadequado como a falta de espaço para realizar as atividades de EPS; territorialização ineficiente; demora na marcação de exames e falta de especialistas; carência de transportes e a sobrecarga de trabalho pela alta demanda por atendimento individual.²¹

Em contrapartida, a grande demanda burocrática de gestão (reuniões, sistemas de informação, gerência das equipes) 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)

“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)

“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).

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

A dificuldade na articulação com os outros setores é a falta de tempo como apresentado nas falas descritas. Telefonar e encontrar com as pessoas, digitar relatórios e cumprir a agenda programadas demanda tempo. Vale ressaltar a importância dada ao papel da gestão ao assumir a estratégia de sustentar o equilíbrio do processo de trabalho. 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.

Nas políticas públicas, a inovação torna-se necessária para alcançar satisfatoriamente os indicadores econômicos ou sociais ou então, o sistema torna-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.²²⁻²³

Contudo, 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. “As políticas públicas urgem integração para alcançar os determinantes sociais de maneira coletiva, levando em consideração as vulnerabilidades, as necessidades e os arranjos locais”.^{15:161} 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.²⁰

Os gestores locais têm realidades bastantes singulares para a implementação de práticas intersetoriais, mas ainda assim, orientações pragmáticas para facilitar ações *in loco* são necessárias.⁶ 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.²³

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente artigo abordou da concretude das ações aos desafios da produção de cuidado em rede intersetorial na APS, sendo os profissionais da ESF e o NASF-AB os atores das articulações intrasetoriais e intersetoriais. 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.

Este estudo buscou compreender a intersetorialidade no cotidiano da ESF e NASF AB e acredita-se que poderá trazer reflexões para gestores e profissionais de saúde que atuam nos serviços de APS e também atores de outras políticas públicas que atuam intersetorialmente junto a saúde, acerca do planejamento e desenvolvimento de ações que sejam efetivas para reestruturação do atual modelo de atenção com vistas a abordagem dos determinantes sociais da saúde.

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.

Neste contexto, o gestor deve ser capaz de analisar e interpretar o contexto social, político e institucional, pois inserem-se os espaços de negociação e pactuação, onde inúmeras dificuldades são enfrentadas em função da diversidade de interesses, limitações e perspectivas de cuidado.

Por fim, vale destacar os ODS e a Carta de Astana como diretrizes internacionais norteadoras para os sistemas universais de saúde vigentes. Os ODS foram definidos 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 APS. 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.

REFERÊNCIAS

1. Molina J. Saúde universal com equidade, sem deixar ninguém para trás. *Rev. panam. salud pública*. [Internet]. 2018 [acesso em 11 janeiro 2019];42. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.173>.
2. World Health Organization (WHO). Declaración. In: II Conferência Internacional sobre Atención Primaria de la Salud: Hacia la Cobertura Universal de Salud y el Desarrollo Sostenible [Internet]. 2018 out 25-26. Astaná: WHO; 2018 [acceso el 10 noviembre 2018]. Disponible: 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 res. policy syst*. [Internet]. 2018 [cited 2018 nov 10];16(1). Available from: <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. *Gac. sanit. (Barc., Ed. impr.)*. [Internet]. 2018 [cited 10 2018 nov 18];32(3). Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.07.009>.
5. Lim SSK, Allen L, Dandona MH, Forouzanfar N, Fullman EM, Goldberg, S et al. Measuring the Health-Related Sustainable Development Goals in 188 Countries: A Baseline Analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* [Internet]. 2016, [cited 2018 nov 10];388(10053). Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31467-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31467-2).
6. Buss PM, Magalhães DP, Setti AFF, Gallo E, Netto FAF, Machado JMH et al. Saúde na Agenda de Desenvolvimento pós-2015 das Nações Unidas. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2014, [acesso em 10 janeiro 2019];30(12). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XAT011214>.
7. Ministério da Saúde (BR). 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, [Internet]. 2017. [acesso em 30 novembro 2019]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
8. Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais da Saúde. CNDSS (BR). As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Relatório final da Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais da Saúde. [Internet]. Brasília: CNDSS; 2008. [acesso em 10 janeiro 2019]. Disponível em: www.cndss.fiocruz.br/pdf/home/relatorio.pdf.
9. Reuter CLO, Santos VCF, Ramos AR. O exercício da interprofissionalidade e da intersectorialidade como arte de cuidar: inovações e desafios. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*. [Internet]. 2018 [acesso em 2019 Jan 19];22(4). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0441>.
10. Yasui S, Luzio C, Amarante P. Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. *Rev. polis psique*. [Internet]. 2018 [acesso em 19 de janeiro 2019];8(1). Disponível em <https://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/80426/47195>.
11. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução 510/2016. Publicada DOU [Internet]. 2016. [acesso em 16 de julho de 2018]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em 20 out 2020.
12. Minayo MCS (Org.). Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade. 32. ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2020.
13. Souza VR, Marziale MH, Silva GT, Nascimento PL. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. *Acta Paul. Enferm*. [Internet]. 2021 [cited 2021 jun];34:eAPE02631. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2021ao02631>.
14. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa, Portugal: Edições 70; 2011.

15. Mendonça EM, Lanza FM. Conceito de Saúde e Intersetorialidade: Implicações no Cotidiano da Atenção Primária à Saúde. *Psicol. Saúde Debate* [Internet]. 2021 [acesso em 1º de fevereiro de 2022];13(2). Disponível em: <https://doi.org/10.20435/pssa.v13i2.1090>
16. Mendonça EM, Lanza FM. Perspectivas da intersetorialidade no cotidiano da Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma reflexão teórica. *Res., Soc. Dev.* [Internet]. 2020, [acesso em 12 novembro de 2021];9(11). Disponível em <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i11.9834>.
17. Prado NMBL, Santos AM. Promoção da saúde na Atenção Primária à Saúde: sistematização de desafios e estratégias intersetoriais. *Saúde debate* [Internet]. 2018 [acesso em 10 de janeiro 2019];42(spe1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s126>.
18. Costa CK, Marques R, Ceccim R, Silva K. Educação permanente em saúde e modelo assistencial: correlações no cotidiano do serviço na Atenção Primária a Saúde. *Rev. APS* [Internet]. 2019 [acesso em 7 setembro 2019];1(2). Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/28>.
19. Julio VA, Silva J, Amorim MMA, Silva JF, Mendonça EM, Engela MHT et al. O cotidiano dos técnicos de enfermagem na Estratégia Saúde da Família. *Res., Soc. Dev.* [Internet]. 2021 [acesso em 10 outubro de 2021];10(13). Disponível em <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i13.21095>.
20. Tooher R, Collins J, Braunack-MA, A, Burgess, T, Skinner, SR, O'Keefe, M et al. Inter-sectoral collaboration to implement school-based health programmes: Australian perspectives. *Health promot. Internation.* [internet]. 2017 [cited 2018 set 23];32(2). Available from: <https://doi.org/10.1093/heapro/dav120>.
21. Barbosa SP, Lage CEB, Amorim MMA, Furtado ODA, Oliveira LV, Rodrigues PL et al. Ações de educação em saúde para idosos na Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. *Res., Soc. Dev.* [Internet]. 2021 [acesso em 14 dezembro de 2021];10(16). Disponível em: [//dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i16.23974](http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i16.23974).
22. Carmo MEGFL. Desafios da intersetorialidade nas políticas públicas de saúde e assistência social: uma revisão do estado da arte. *Physis (Rio J.)* [Internet]. 2017 [acesso em 03 fevereiro de 2019];27(4). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312017000400021>.
23. Sena A, Freitas CM, Barcellos C, Ramalho W, Corvalan C. Medindo o invisível: análise dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável em populações expostas à seca. *Cienc Saude Colet.* [Internet]. 2016 [acesso em 01 fevereiro de 2019];21(3). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015213.21642015>.