

# As iniquidades sociais da Atenção Primária à Saúde e a intersectorialidade: um estudo descritivo

*Social inequities in Primary Healthcare and intersectoral action: a descriptive study*

*Las iniquidades sociales de la Atención Primaria a la salud y la intersectorialidad: un estudio descriptivo*

**Larissa Barros de Souza<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-8060-7974

**Ricardo Alexandre Arcêncio<sup>2</sup>**

ORCID: 0000-0003-4792-8714

**Fernanda Carla de Assis Cândido<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-3399-5249

**Laura Terenciani Campoy<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-6701-4883

**Denisse Andrea Cartagena-Ramos<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-8828-2190

**Regina Célia Fiorati<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-3666-9809

<sup>1</sup>Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

<sup>2</sup>Universidad Andrés Bello. Santiago, Chile.

## Como citar este artigo:

Souza LB, Arcêncio RA, Cândido FCA, Campoy LT, Cartagena-Ramos DA, Fiorati RC. Social inequities in Primary Healthcare and intersectoral action: a descriptive study. Rev Bras Enferm. 2020;73(6):e20190196. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0196>

## Autor Correspondente:

Larissa Barros de Souza  
E-mail: [tobarros@usp.br](mailto:tobarros@usp.br)



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho

EDITOR ASSOCIADO: Priscilla Broca

Submissão: 24-07-2019

Aprovação: 13-04-2020

## RESUMO

**Objetivo:** Analisar as práticas da Atenção Primária à Saúde no que tange ao enfrentamento das iniquidades sociais mediante ações voltadas aos Determinantes Sociais da Saúde, sob a ótica de profissionais da Estratégia de Saúde da Família. **Métodos:** Estudo descritivo com abordagem qualitativa. Por meio de grupos focais, foram coletados os dados, para cuja análise utilizou-se a teoria da ação comunicativa, de Habermas. **Resultados:** Observaram-se poucas ações desenvolvidas no âmbito intersectorial e de organização assistencial com ênfase clínica; falta de planejamento e dificuldades de gestão municipal para a intersectorialidade; e falta de comunicação e articulação entre os setores. **Considerações finais:** Há grandes desafios a serem enfrentados pela Atenção Primária à Saúde para contemplar ações intersectoriais voltadas aos Determinantes Sociais da Saúde, uma demanda inerente à possibilidade de avanço na redução das desigualdades sociais e em saúde.

**Descritores:** Iniquidades Sociais; Atenção Primária à Saúde; Intersectorialidade; Determinantes Sociais da Saúde; Vulnerabilidade Social.

## ABSTRACT

**Objective:** To analyze Primary Healthcare with regards to dealing with social inequities through actions targeted at Social Determinants of Health, from the perspective of Family Health Strategy Professionals. **Methods:** Descriptive study with a qualitative approach. Data were collected through focus groups and analyzed using Habermas's communicative action theory. **Results:** There were few intersectoral and assistance organization actions with clinical emphasis; municipal management for intersectoral actions shows a lack of planning and faces challenges; and there is little communication and articulation between the sectors. **Final considerations:** There are many challenges to be overcome by Primary Health Care to contemplate intersectoral actions targeted at Social Health Determinants, a demand inherent to the possibilities of advancing in the reduction of social and health-related inequalities.

**Descriptors:** Inequality; Primary Health Care; Intersectoral actions; Health Social Determinants; Social Vulnerability.

## RESUMEN

**Objetivo:** Analizar las prácticas de la Atención Primaria a la Salud en lo que respecta al enfrentamiento de las iniquidades sociales mediante acciones hechas a los Determinantes Sociales de la Salud, bajo la óptica de profesionales de la Estrategia de Salud de la Familia. **Métodos:** Estudio descriptivo con abordaje cualitativo. Por medio de grupos focales, han sido recogidos los datos, para cuyo análisis se ha utilizado la teoría de la acción comunicativa, de Habermas. **Resultados:** Se observaron pocas acciones desarrolladas en el ámbito intersectorial y de organización asistencial con énfasis clínico; falta de planeamiento y dificultades de gestión municipal para la intersectorialidad; y falta de comunicación y articulación entre los sectores. **Consideraciones finales:** Hay grandes desafíos a ser enfrentados por la Atención Primaria a la Salud para contemplar acciones intersectoriales hechas a los Determinantes Sociales de la Salud, una demanda inherente a la posibilidad de avance en la reducción de las desigualdades sociales y en salud.

**Descriptores:** Iniquidades Sociales; Atención Primaria a la Salud; Intersectorialidad; Determinantes Sociales de la Salud; Vulnerabilidad Social.

## INTRODUÇÃO

Desde o último quarto do século XX, acentuaram-se estudos sobre a presença de desigualdades em saúde nos grupos sociais dentro dos países e entre os países, de várias regiões do mundo; assim, foi criada a Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde pela Organização Mundial da Saúde (CSDH-WHO/OMS)<sup>(1)</sup> em 2005. A partir desse evento e de políticas implantadas por recomendação dessa comissão, estudos apontaram alguns avanços em relação à redução de iniquidades em saúde, sobretudo na Europa<sup>(2)</sup>.

Iniquidades em saúde referem-se a diferenças no estado de saúde entre distintos grupos socioeconômicos e que, além de sistemáticas e relevantes, são também evitáveis, injustas e desnecessárias<sup>(3)</sup>. Tais iniquidades têm como origem, direta ou indiretamente, fatores sociais, econômicos e ambientais, não havendo razão biológica para sua existência; são, portanto, passíveis de mudanças<sup>(4)</sup>. Contudo, no Brasil, assim como em várias regiões do mundo, onde são frequentes os bolsões de pobreza, as iniquidades sociais permanecem altas e produzindo acessos diferenciados a recursos materiais e simbólicos que impactam a saúde de pessoas e populações<sup>(5-7)</sup>.

A CSDH-WHO<sup>(5)</sup> recomenda a constituição de políticas intersectoriais como uma das ações principais para o enfrentamento às iniquidades em saúde. A intersectorialidade trata da integração e articulação de múltiplos saberes e experiências de diferentes sujeitos e serviços que colaboram para o enfrentamento de problemas complexos, com ações voltadas ao interesse coletivo que melhoram a eficiência da gestão política e dos serviços prestados<sup>(8-10)</sup>. A reelaboração da Política Nacional de Promoção da Saúde<sup>(11)</sup> compreende essa articulação e cooperação intersectorial como compartilhamento de planos, recursos e objetivos comuns entre diferentes setores, trazendo como uma de suas diretrizes o estímulo a tal prática, a fim de expandir a atuação sobre determinantes e condicionantes de saúde.

Ação Interssetorial para a saúde é um componente importante da Estratégia Global para a Saúde para Todos até o ano 2000, resultado da Conferência de Alma Ata, assim como o componente "Health in All Policies" (HiAP), "Saúde em Todas as Políticas", de 2006. A abordagem HiAP promove ações efetivas e sistemáticas para a melhoria da saúde da população, usando verdadeiramente todas as medidas disponíveis em todos os campos políticos<sup>(12-14)</sup>.

Saúde em Todas as Políticas é uma política intersectorial, em nível superestrutural de governos, urgente e imprescindível. Por outro lado, é necessário que estratégias intersectoriais ocorram incluindo as comunidades e a sociedade civil, para realizar ações de redução das iniquidades sociais, diante do crescimento das problemáticas sociais em territórios urbanos de grandes e médias cidades do mundo, principalmente cidades de países pobres ou em desenvolvimento<sup>(1,14-18)</sup>.

Ações intersectoriais, oriundas da Atenção Primária à Saúde (APS), em articulação com outros setores da gestão pública e sociedade civil, têm sido apontadas por estudos realizados em várias regiões do mundo como exitosas na redução das desigualdades em saúde. Dentre elas, podem-se citar: a criação de programas voltados para a inclusão no mundo do trabalho com aumento de renda, aumento de acesso a serviços de saúde e educação, criação de programas voltados para a área ambiental, fomento

do capital social em comunidades. Tudo isso gera empoderamento de grupos, com ampliação da participação social e da sociedade civil, melhoria do gradiente de saúde nas populações estudadas, melhoria do estado de saúde de grupos específicos analisados e enfrentamento a doenças tidas como da pobreza ou negligenciadas<sup>(6,19-26)</sup>.

Entretanto, no Brasil há uma lacuna de estudos que mapeiem e avaliem programas intersectoriais<sup>(6,10)</sup>. As questões a serem postas são: Como o governo brasileiro definiu uma agenda e adotou estratégias intersectoriais para superar a desigualdade social em grupos ou territórios vulneráveis e qual é o papel da APS nesse processo? Quais são as estratégias definidas por esses atores para lidar com a desigualdade social? Embora a desigualdade social seja uma grande barreira para alcançar saúde para todos, identificamos poucos estudos no Brasil que abordem essa temática.

Na perspectiva de responder a essas questões, o presente estudo mostra-se relevante uma vez que ressalta a intersectorialidade enquanto forma de gestão de políticas públicas para o enfrentamento de iniquidades em nível primário de atenção à saúde, importante recomendação da OMS. Ainda que a intersectorialidade já tenha se mostrado uma poderosa ferramenta, a construção de políticas intersectoriais organizadas em redes para o enfrentamento de iniquidades continua sendo um grande desafio a ser enfrentado pela APS no Brasil. Nesse sentido, faz-se necessário buscar identificar quais as principais potencialidades e dificuldades identificadas pelos profissionais na criação e implementação de tais redes.

## OBJETIVO

Analisar as práticas da APS, sob a ótica de profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF), no que tange ao enfrentamento das iniquidades sociais por meio de ações voltadas aos Determinantes Sociais da Saúde (DSSs).

## MÉTODOS

### Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.

### Tipo do estudo

Trata-se de um estudo qualitativo de caráter descritivo com base no referencial teórico da Hermenêutica Crítica de Habermas e sua teoria da ação comunicativa e que utilizou grupos focais como instrumentos de coleta de dados.

Foi utilizado o instrumento Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR)<sup>(27)</sup>, guia da Rede EQUATOR<sup>(28)</sup>, para nortear a escrita do presente artigo.

### Cenário do estudo

O estudo foi desenvolvido em uma cidade brasileira do interior do Estado de São Paulo, na região Sudeste do país. O município

ocupa uma área de 650,916 km<sup>2</sup>, e sua população foi estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)<sup>(29)</sup> em 682.302 habitantes em 2017.

Segundo o IBGE<sup>(29)</sup>, o distrito selecionado apresenta grupos em alta vulnerabilidade social, cujo território contém aglomerados subnormais, definidos pelo IBGE como áreas habitacionais presentes nas cidades e que se constituem como áreas urbanas desvalorizadas pelos setores imobiliário e fundiário — as habitações não possuem títulos de propriedade e apresentam irregularidades das vias de circulação, do tamanho e formato dos lotes; há carência de serviços públicos essenciais (coleta de lixo, rede de esgoto, rede de água, energia elétrica e iluminação pública). Esses aglomerados subnormais também são denominados popularmente como favelas. Tal região, selecionada para o estudo, engloba oito Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e dez ESFs, destas últimas, selecionaram-se três ESFs, por serem unidades que são referência geográfica para três desses aglomerados subnormais.

### População do estudo

O estudo contou com 42 participantes, profissionais da saúde de diferentes níveis e áreas, integrantes da equipe mínima da ESF.

### Coleta de dados

Foram organizados e realizados com os participantes três grupos focais, dos quais fizeram parte todos os profissionais presentes nos dias marcados. Os grupos duraram de 40 minutos a uma hora, apresentaram três questões para serem discutidas (Quadro 1), e cada questão focal durou em média 15 minutos. Foram utilizados gravadores de áudio e posteriormente realizada transcrição para análise dos dados.

**Quadro 1** - Questões utilizadas nos grupos focais

1 - Através de quais estratégias o seu Núcleo de Saúde da Família foca os Determinantes Sociais da Saúde (DSSs)?
2 - Em sua opinião, quais as potencialidades ou facilidades existem nesse território para criação de programas intersetoriais de enfrentamento a essas desigualdades sociais juntamente com outros setores, como assistência social, educação, entre outros?
3 - Quais os obstáculos para criação de programas intersetoriais voltados ao enfrentamento das desigualdades sociais e em saúde que existem em seu território?

### Análise dos dados

A análise dos dados seguiu o referencial teórico da Hermenêutica Crítica de Jürgen Habermas, tendo como base sua teoria da ação comunicativa. Para a análise, foram utilizados os critérios de validade dos proferimentos linguísticos para uma comunicação dialógica e formadora de consensos fundados, de acordo com Habermas<sup>(30)</sup>. São três essas condições: 1) os proferimentos devem conter uma verdade proposicional acerca do mundo objetivo, o que se refere às experiências compartilhadas por um grupo social; 2) devem conter uma correção normativa a respeito do mundo compartilhado e socialmente construído, o que remete à cultura e às normas e instituições que a constituem; 3) e uma verdade subjetiva representada por proferimentos autênticos orientados

para o bem público e despojados de interesses privados. Estes serão, portanto, os critérios que servirão de base para a análise dos proferimentos que constituíram as discussões nos grupos focais.

Assim, pautando-se nesse roteiro (análise compreensiva do que disseram, da inserção dos proferimentos em contexto normativo e cultural, bem como de sua base de autenticidade), interpretaram-se, finalmente, os proferimentos linguísticos com base nas condições generativas das argumentações dos participantes que tornaram essas comunicações possíveis dentro de um contexto simbólico que constitui seu alicerce<sup>(31)</sup>.

Dessa forma, após a ordenação dos dados, procedeu-se à abordagem interpretativa-reconstrutiva hermenêutica segundo Habermas<sup>(30)</sup>, por meio da leitura e releitura das informações contidas nas transcrições, de acordo com o plano abaixo:

1. Organização do conteúdo linguístico proferido que corresponde ao conjunto de experiências objetivas compartilhadas e relatadas pelos participantes, ou seja, “o que disseram”, correspondendo à 1ª condição de validade de Habermas (verdade proposicional);
2. Analisou-se, então, o material produzido na primeira etapa à luz de sua correção normativa no mundo social: conjunturas cultural, política, econômica, histórica e social nas quais os proferimentos encontram referência para suas construções (2ª condição de validade de Habermas);
3. Depois, realizou-se a análise dos proferimentos segundo a pretensão de validade da veracidade, apoiada na autenticidade subjetiva dos proferimentos, buscando compreendê-las em correspondência com as necessidades sociais do contexto da esfera pública em que seus serviços devem servir à comunidade adscrita (3ª condição de validade de Habermas – veracidade subjetiva);
4. Na última etapa de análise, deu-se a interpretação do processo comunicativo nos grupos focais (articulando as análises dos proferimentos segundo as três condições de validade de Habermas). Tendo como referência o objetivo da pesquisa, realizou-se análise que buscou descobrir reconstrutivamente as estruturas generativas subjacentes à produção das formações simbólicas dos discursos, ou seja, as razões que levaram os participantes a apresentarem certas argumentações, inseridas no seu tempo e espaço, as quais resultam naqueles discursos específicos e não em outros, no processo de argumentação.

O material referente Etapa 1 é apresentado em resultados, enquanto as etapas posteriores (2 a 4) constituem propriamente a atividade de análise e interpretação dos resultados.

## RESULTADOS

A seguir, são descritos importantes temas que emergiram das questões utilizadas nos grupos focais, ou seja, “Como os NSF’s operacionalizam os DSSs em seu território e na comunidade adscrita”, “Potenciais para criação de programas intersetoriais de enfrentamento às desigualdades sociais” e “Dificuldades para a criação de programas intersetoriais no enfrentamento às desigualdades sociais e em saúde”.

## Como os Determinantes Sociais da Saúde (DSSs) são operacionalizados no território e na comunidade adscrita

Referente à primeira questão abordada, as discussões apresentaram algumas assertivas relevantes apontando as visitas domiciliares, reuniões de equipe, encaminhamentos e grupo de renda como formas de abordar os DSSs.

- Visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde (ACSs) e demais profissionais: meio pelo qual são identificadas situações de vulnerabilidade social que interferem na saúde das pessoas envolvidas;

*[...] eu trabalho nas residências, com as pessoas, com o conhecimento que a gente tem delas, com o passar do tempo você vai se relacionando melhor e vai sabendo algumas coisas sobre esses determinantes. Algumas têm uma situação de pobreza séria, uso de entorpecente, álcool, violência, então eu acho que é no dia a dia que a gente vai conhecendo, as ações vão se basear a partir disso.* (ACS – Grupo Focal 3)

- Reunião da equipe para discussão de caso: ocasião em que avalia as condições, analisa os fatores sociais interferentes na condição de saúde do usuário e decide o plano a ser tomado.

*[...] a primeira coisa é passar pela reunião de equipe nas casas, aí, de acordo com a família e necessidade, a gente vai se movimentando.* (Médico Residente – Grupo Focal 2)

- Encaminhamento a outros equipamentos e serviços de diferentes setores: também são citados como caminhos para trabalharem fatores sociais com impacto na saúde dos usuários;

*[...] nas discussões de família que nós fazemos, que são levantados esses temas, aí a gente entra em contato com o Conselho [Tutelar], com a Assistente Social, até nós entramos em contato e orientamos a família também a estar procurando [...]* (Médico Residente – Grupo Focal 3)

- Grupo de geração de renda: desenvolvido por alguns ACSs junto às mulheres da comunidade, entretanto não havia interação com outros setores, e o grupo foi interrompido devido ao corte dos recursos por parte da Secretaria de Saúde.

Em todos os grupos, mencionou-se que poucas ações são desenvolvidas conjuntamente com outros setores. Citam programas intersectoriais institucionalizados (“Saúde na Escola” e “Bolsa Família”) nos quais também há dificuldade em desenvolver uma gestão compartilhada. E ressaltam que, localmente, não conseguem implementar ações voltadas aos DSSs de forma intersectorial, sendo as ações isoladas por serviço e por setor, ainda que façam as mesmas coisas com objetivos semelhantes e com as mesmas famílias e comunidade.

*A intersectorialidade que eu entendo aqui na cidade, os segmentos trabalham bem, mas sozinhos. Não há esse trabalho conjunto, não há esse plano no território, não há esse plano no município pra atender. Então o que a gente tem é cada secretaria, cada setor, ele faz um trabalho e tenta buscar o trabalho, o auxílio da outra secretaria. Então, no caso, eu acho que só o programa Saúde na*

*Escola é um programa que tá integrando a escola com a saúde. Mas a gente não tem essa intersectorialidade que deveria existir no plano.* (Coordenadora do Núcleo – Grupo Focal 1)

[Sobre a relação com o CRAS] *A gente costuma orientar quando a gente identifica a necessidade de uma orientação, costuma dar o endereço, telefone, dependendo do caso até liga pra pessoa já ir com alguém de referência, mas pensa que é uma coisa bem distante no nosso cotidiano. A gente sabe que existe, utiliza, mas poucas vezes sentamos pra conversar e efetivar alguma coisa conjunta.* (Enfermeira – Grupo Focal 2)

## Potencialidades existentes no território para criação de programas intersectoriais voltados para os Determinantes Sociais da Saúde (DSSs)

Em relação à segunda questão focal, os participantes apontaram como potenciais para ações voltadas aos DSSs desenvolvidos por meio de intersectorialidade: o próprio modelo da APS, os programas intersectoriais federais, a multiprofissionalidade, o serviço de assistência social, bem como o Conselho Local de Saúde, Associação de Moradores, comunidade adscrita e cooperativas.

- A intersectorialidade como parte do modelo da APS;
- Programas intersectoriais federais: como “Saúde na Escola” e “Bolsa Família”;

*Mas eu acho que programa que faça junto é o programa Saúde na Escola, que a gente vai, fica, troca informação com professor, diretor, eles trazem às vezes uma demanda, e a gente tenta ajudar naquela demanda.* (Médica da unidade – Grupo Focal 1)

- Multiprofissionalidade: apontada devido ao envolvimento de diferentes setores, que ocorre pela presença dos cursos da área de saúde da universidade local na região;

*[...] mesmo nessa interlocução que existe da universidade, dos serviços de saúde e outros seguimentos. Acho que por ser um distrito que está constantemente relacionado com a academia, isso também possibilita o desenvolvimento de várias ações que podem levar até essa intersectorialidade. [...] A nossa maior potencialidade é a equipe multiprofissional junto com a gente; é isso que nos ajuda, é por isso que não temos muito mais casos.* (Docente da Odontologia – Grupo Focal 1)

- Assistência Social: apesar de mencionada como potencialidade, a assistente social acionada está locada na saúde, havendo dificuldade tanto na busca no Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) da região quanto em ações intersectoriais com a assistência social devido à falta de recursos humanos nesse setor;

*A que menos acessamos é a [assistente social] do CRAS. Normalmente nós temos uma da saúde que ajuda a gente, tem o CRAS que a gente orienta, dá o endereço, passa para as pessoas, mas de fato a gente precisa trabalhar mais de perto.* (Médico Residente – Grupo Focal 3)

*A grande dificuldade é que a gente tem uma assistente social que é do distrito inteiro, então ela não consegue vir aqui e fazer*

*uma ação conjunta, porque tem todo um distrito com unidades que têm uma vulnerabilidade talvez muito maior que a nossa. Então eu acho que a gente deveria ter uma assistência social maior, com maior carga horária. Ou até na unidade. (Médica da unidade – Grupo Focal 1)*

- Conselho Local de Saúde (CLS) e Associação de Moradores do Bairro: associações comunitárias que se unem para reivindicar melhorias sociais;

*Como potencialidade, eu acho que aqui é o CLS, porque ele parte de uma visão da população. A nossa região já tem uma participação de bairro muito antiga com a Associação de Moradores do Bairro. A Associação começou com as comissões locais de saúde e, depois, agora com os CLS, e eles trazem demandas que tá afetando a saúde. Então esse trabalho articulado da população com os núcleos [de saúde da família] tem levantado. (Coordenadora do núcleo – Grupo Focal 1)*

- Comunidade adscrita: esta se mostra muito interessada e participativa;

*Tem a comissão local também que a gente participa bastante. Sempre tá ajudando, é um trabalho que a gente faz junto: comunidade e serviço de saúde, por exemplo, é o Conselho, que é dos 6 núcleos juntos. A gente sempre tá junto brigando pelo outro, lutando pela melhoria não só do núcleo, mas da população também. E a população tem cada dia aderido mais ainda. (ACS – Grupo Focal 2)*

- Cooperativas de catadores de resíduos sólidos: apontada a necessidade de investimento social na criação de tais cooperativas devido à forte presença de catadores como chefes de família na região.

*Acho que, de potencialidade, a gente tem também muitas pessoas que trabalham com reciclado [...] que às vezes você vê algumas pessoas até, provavelmente, ganhando um dinheiro com isso. Às vezes, pode ser também uma potencialidade de criar alguma cooperativa ou auxiliar. Tem bastante. Existe um potencial nisso, a gente já até pensou [em criar uma cooperativa] [...] (Médico residente – Grupo Focal 3)*

### **Dificuldades para a constituição de ações intersetoriais no enfrentamento dos Determinantes Sociais da Saúde (DSSs)**

No que diz respeito à terceira questão focal, ao tratar das dificuldades para a criação de ações intersetoriais, emergiram temas referentes à gestão e falta de planejamento dos governos, à dificuldade de comunicação e articulação entre setores, à organização do trabalho ainda focada na assistência clínica e também à burocracia existente nas esferas do governo e secretarias.

- Falta de planejamento e gestão dos governos: falta política pública que priorize o enfrentamento de problemas sociais fortemente presentes nas comunidades e que oriente os setores para abarcarem essa prioridade em suas ações; também, não há interesse pela gestão municipal na criação de políticas para elaboração, implantação e gestão intersetorial dessas questões sociais, mediante a implantação de programas e ações intersetoriais centrais ou locais;

*A cidade não tem um plano, uma política social. Ela tem um Plano de Saúde, um Plano de Educação, ela tem um Plano de Assistência Social, só que são programas todos separados, eles não têm uma ligação, pra fazer um planejamento que faça um programa global e intersetorial. Então o governo municipal deveria fazer um plano global onde integrasse todas as secretarias; acho que isso ficaria muito mais econômico e muito mais eficiente na resolutividade. (Coordenadora do núcleo – Grupo Focal 1)*

*Mas a sensação é que falta alguém que enxergue de cima, que gerencie e nos cutuque, que nos provoque, porque às vezes a gente vai apagando fogueira. Às vezes a necessidade aparece, a gente se mobiliza, aquilo ali já dá, mais ou menos, uma encaminhada, a gente acalma e não sustenta projetos de intersetorialidade. (Enfermeira – Grupo Focal 2)*

*Acho que podia vir da prefeitura um pouco dessa intersetorialidade, do tipo dar espaço pro serviço, tipo “oh, nós vamos ter um momento pra resolver”, deixar uma agenda protegida pra quando precisar se reunir. Pra ser discutido os casos em conjunto, ter uma agenda, pauta, enfim... seria interessante, porque isso aí protege. Eu vejo muita motivação, eu vejo muito olhar, consideração por tudo isso, com todas essas questões, mas eu acho que ainda não tem essa cultura que possa realmente envolver os setores que poderiam trabalhar juntos e até ter um resultado melhor [...] e quando você procura, às vezes não tem escuta, não tem sensibilização para aquilo; acho que isso também desanima. (Médico residente – Grupo Focal 3)*

- Falta de comunicação, intercâmbio e articulação entre os setores: decorrentes do desconhecimento dos gestores e profissionais sobre o que seja a intersetorialidade, gerando uma incapacidade de sua organização e articulação nesse sentido. Assim, assinala-se uma falta de cultura para o trabalho intersetorial, o que gera isolamento setorial, ações conjuntas esporádicas e pontuais, sem articulação, planejamento, coordenação e continuidade.

*[...] o trabalho da saúde e o trabalho de outros setores podem ser muito bem feitos, mas eles acabam perdendo um pouco a eficácia, por não haver essa comunicação dos diferentes setores da secretaria e até setores da própria secretaria da saúde. (Coordenadora do núcleo – Grupo Focal 1)*

*[...] além da dificuldade de comunicação, parece que tem... falta de interesse, de algumas pessoas e em alguns setores, né? A gente sente como um descaso, um silêncio de alguns setores para as nossas demandas. (Enfermeira – Grupo Focal 2)*

- Burocracia: presente nas esferas administrativas do governo e também nas secretarias;

*[...] uma dificuldade é a questão da burocracia; às vezes são diferentes setores que estão pedindo ou encaminhando a mesma coisa. Então acho que essa articulação é um pouco dificultada com a saúde em função da própria gestão da secretaria. (Coordenadora do núcleo – Grupo Focal 1)*

- Trabalho nos NSF's e demais serviços da APS ainda fortemente organizado para a assistência clínica, e isso impede que as ações voltadas para os DSSs sejam tratadas como prioridade.

*Posso falar por mim, no meu caso que eu falo é tempo pra fazer isso. Disponibilidade, que por mais que a filosofia não seja essa, a gente ainda está muito na assistência, atendimento individualizado, enfim, essa é minha dificuldade.* (Médica – Grupo Focal 2)

## DISCUSSÃO

Tendo em vista o objetivo da pesquisa, que foi analisar as práticas da APS quanto ao enfrentamento das iniquidades sociais por meio de ações voltadas aos DSSs com base na visão de profissionais da saúde, percebeu-se que os resultados apontaram um tema recorrente nas argumentações dos participantes: a prática do encaminhamento como ação intersectorial. Isso mostra um distanciamento dos participantes de um aprofundamento conceitual acerca da intersectorialidade, ainda que a apontem como ação constituinte da política da APS no mundo e da Política da Atenção Básica, no Brasil. Outra informação recorrente foi a organização predominantemente clínica dos serviços estudados, o que denota uma tensão entre o modelo que preconiza a APS e as práticas reais disponibilizadas pelos serviços de Atenção Básica, como denominados no Brasil.

O modelo de APS no Brasil, criado segundo as recomendações da Conferência Internacional de Alma-Ata (1976), preconizou que a APS constitua o dispositivo de reordenamento do Sistema Único de Saúde (SUS), trazendo para o centro as questões sociais relacionadas à saúde e a necessidade de um modelo de atenção à saúde centrado nos territórios, nas comunidades, voltado aos determinantes sociais da saúde, de combate à pobreza, para prevenção e promoção à saúde e ligados através de redes intersectoriais. Na herança, portanto, da Conferência de Alma Ata, esse conceito de organização de sistemas nacionais de saúde nasce ligado às diversas crises econômicas que o capital impõe e à sua relação com o aparecimento de regiões geográficas urbanas de extrema pobreza bem como com as iniquidades sociais e em saúde<sup>(32-33)</sup>.

Assim, percebe-se que, no Brasil, o contexto da APS, embora fundado sobre o discurso de dispositivo organizador do sistema e reconhecedor dos determinantes sociais da saúde, vive o dilema constante das concepções e práticas clínico-organicistas predominantes nas formações dos profissionais de saúde ali presentes<sup>(34-35)</sup>. Dessa forma, o contexto da APS é a arena dilemática em que estão em conflito duas concepções e suas práticas contraditórias: a biomédica tradicional e a da determinação social da saúde<sup>(36)</sup>. Então, nesse contexto, são produzidos os discursos contraditórios sobre os DSSs e sobre sua operacionalização mediante ações intersectoriais; neles, mesmo havendo reconhecimento de que as ações voltadas aos DSSs se realizam no contexto da APS, fica evidente um desconhecimento sobre o conceito de intersectorialidade, entendido sob a lógica do encaminhamento. Também, tais discursos mostram que o serviço apresenta uma organização predominantemente clínica, priorizando consultas clínicas individuais em vez de ações voltadas para os DSSs — e mesmo aqueles que agem no sentido oposto, os ACSs, o fazem sob uma lógica predominante clínica.

Outro contexto importante no qual os proferimentos e discursos são produzidos é o contexto social, histórico, econômico e político da sociedade brasileira. As falas trouxeram como um dos fatores impeditivos para uma formação intersectorial — enquanto modo de gestão de políticas públicas voltadas para questões sociais complexas — a forma por meio da qual a sociedade brasileira é governada.

A interpretação dessas falas aponta que o tipo de governança realizado no Brasil dificulta a gestão intersectorial de políticas públicas, compreendendo que os governantes reproduzem uma conduta de sobrepor interesses particulares aos interesses da sociedade em geral e desvalorizam a metodologia de gestão baseada na distribuição do poder e na tomada de decisões de forma compartilhada.

Outro fator importante que marca as estruturas sociais generativas das argumentações dos participantes está relacionado à cultura e aos valores sociais brasileiros, o que se liga ao grau de solidariedade que marca as relações sociais de um povo e define-se pelo limite do quanto uma sociedade pode suportar as desigualdades sociais que a compõem<sup>(37)</sup>.

Uma interpretação para essa análise pode ser ancorada por alguns estudos<sup>(37-39)</sup> nos quais se afirma que a sociedade brasileira apresenta baixa coesão social e poucas relações sociais com base em vínculos de solidariedade. Esses estudos propõem que a sociedade brasileira tem uma tendência a naturalizar a pobreza e também é resistente a políticas públicas de proteção social para grupos em vulnerabilidade social. Essa característica da sociedade brasileira é explicada por cultura herdada de sua organização sociopolítica escravista que perdurou até o final do século XIX<sup>(38)</sup>. Nesse processo, há um exercício desigual das cidadanias, com a autorização passiva dada pela sociedade à frequente violação de direitos de pessoas e grupos e à contraposição ou resistência de setores sociais dominantes em relação às políticas sociais bem como aos laços sociais fortes e coesão social<sup>(39)</sup>.

Uma cultura que valoriza os vínculos de solidariedade formados para a coesão social e produtora de capital social é apontada como forte elemento de ligação entre os determinantes estruturais e determinantes intermediários na estrutura e modelo dos DSSs construídos e adotados pela CSDH-WHO<sup>(5)</sup>.

O contexto político atual apresenta-se pouco favorável à formulação e implantação de políticas públicas sociais e organiza-se por orientação neoliberal que prioriza um modelo econômico concentrador de renda em vez de um modelo distributivista e que se baseia em desenvolvimento econômico sem regulação do Estado bem como minimização das políticas sociais. Dessa forma, é dentro dessa conjuntura política que os proferimentos dos participantes do estudo refletem ações contraditórias na APS, a qual não consegue realizar seus princípios básicos de conceber os processos de saúde-doença por um prisma social, reproduzindo um modelo de atenção contraditório à política de saúde que a gerou. Além disso, ela não desenvolve ações efetivas voltadas aos DSSs e delega, por meio da prática do encaminhamento, a resolução de questões sociais a outros setores e agentes sociais, ainda que tais questões sociais interfiram e determinem a saúde de seus usuários<sup>(38-39)</sup>.

É importante mencionar que, no Brasil, há uma cobertura ainda incipiente da APS e da ESF, e o contexto político brasileiro atual mostra-se contrário ao seu desenvolvimento, demonstrado pelo corte orçamentário ao Sistema Único de Saúde, realizado no último ano<sup>(40)</sup>.

Portanto, nesse cenário, percebe-se como muito difícil a implantação da recomendação da CSDH –WHO<sup>(5)</sup> denominada “Saúde em todas as políticas”; devido ao tipo de governança que se vem consolidando no Brasil; no mesmo sentido, ações intersectoriais envolvendo sociedade civil estão muito distantes de serem contempladas. A sociedade brasileira encontra-se em contexto fragmentado, assistindo gradativamente perda

importante de direitos e da democracia, elementos essenciais ao aumento do gradiente de saúde da população e da redução das desigualdades sociais e em saúde.

Os resultados gerais do presente estudo reforçam afirmações anteriores sobre a falta de prioridade e interesse político dos governos (federal e local) na institucionalização da gestão pública sob a lógica das redes intersectoriais, o que resulta em um desalinhamento das agendas dos diferentes setores, prejudicando o avanço de estratégias de gestão de políticas públicas mais eficazes para questões sociais complexas contemporâneas. Dessa forma, percebe-se que a lacuna do conhecimento acerca dessa temática, no Brasil, aponta para a necessidade de pesquisas que possam avaliar experiências exitosas de estratégias intersectoriais para fornecer ao Estado e sociedade civil instrumentos necessários à gestão de políticas públicas, voltadas para a complexidade das questões sociais.

### Limitações do estudo

As limitações consistiram na quantidade dos serviços abordados e dos grupos focais realizados. Portanto, outros trabalhos de caráter mais abrangente ou mesmo programas de pesquisa que possam abarcar um número maior de serviços devem ser desenvolvidos.

### Contribuições para a Saúde e Políticas Públicas

A relevância desta pesquisa se encontra no fato de ser um estudo diagnóstico, que pode mostrar, mesmo mediante um recorte, uma realidade que ainda conforma a conjuntura nos serviços de Atenção Primária à Saúde no Brasil.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo teve por objetivo analisar as práticas da APS, sob a ótica de profissionais da Estratégia de Saúde da Família, no que

tange ao enfrentamento das iniquidades sociais e pobreza nos territórios por meio de ações voltadas aos DSSs.

Relativamente à operacionalização dos DSSs nos serviços, observa-se a lógica do encaminhamento como intersectorialidade, improvisação de ações voltadas aos DSSs e pequenas ações conjuntas com setores fora da saúde que são desarticuladas, sem continuidade e coordenação. Com relação às potencialidades referentes à intersectorialidade no enfrentamento às iniquidades que impactam a saúde da população, foram citadas ações na comunidade, algumas ações de associações e organizações representando a sociedade civil local, a parceria com a universidade e programas intersectoriais sistematizados e implementados. Já quanto às dificuldades para criação de programas intersectoriais, o estudo mostra: falta de intercâmbio dos agentes da APS e de outros setores; cultura do isolamento setorial; falta de gestão, planejamento e agenda do governo para ação voltada às problemáticas sociais e à intersectorialidade como forma de gestão de políticas para enfrentamento dessas questões; organização dos serviços de APS ainda centrados na assistência clínica; e falta de recursos humanos e materiais nos serviços.

O estudo mostrou que a APS ainda precisará enfrentar grandes desafios para contemplar ações voltadas aos DSSs, realizadas de forma intersectorial, uma demanda inerente à possibilidade de avanço na redução das desigualdades sociais e em saúde. A importância deste estudo se encontra na apresentação de dados constatando as dificuldades que a APS e sociedade brasileira têm no cumprimento das recomendações básicas da OMS e sua CSDH para enfrentar e erradicar as iniquidades em saúde entre países e dentro dos países, tendo a intersectorialidade como estratégia principal enquanto forma de enfrentamento.

### FOMENTO

Programa Unificado da Bolsas para Graduação da Universidade de São Paulo.

### REFERÊNCIAS

1. Commission of Determinants of Health (CSDH). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization. Lancet [Internet]. 2008 [cited 2019 Jan 28];372:1661-9. Available from: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69832/9786161101855\\_tha.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69832/9786161101855_tha.pdf)
2. Marmot M, Stuart K, Soulesby E. Reducing global health inequalities. Part 1. JRSM open [Internet]. 2011 [cited 2019 Feb 14]; 104:321-26. doi: 10.1258/jrsm.2011.100396
3. Whitehead, M. The concepts and principles of equity in health. Int J Health Serv. 1992;22(3):429-45. doi: 10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN
4. Whitehead M, Dahlgren G, World Health Organization. Regional Office for Europe. Levelling up (part 1): a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. 2006[cited 2019 Feb 14]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107790>
5. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). WHO: Geneva, 2010.
6. Andrade LOM, Pellegrini-Filho A, Solar O, Rigoli F, de Salazar LM, Serrate PC, et al. Social determinants of health, universal health coverage, and sustainable development: case studies from Latin American countries. Lancet. 2015;385:1343-51. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61494-X
7. World Health Organization-WHO. State of inequality-reproductive, maternal, newborn and child health. Genebra: OMS; 2015.
8. Junqueira LAP. Intersectorialidade, transectorialidade e redes sociais na saúde. Rev Adm Pública [Internet]. 2000[cited 2019 Feb 14];34(6):35-45. Available from: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6346>

9. Inojosa RM. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersectorialidade. Cad Fundap [Internet]. 2001 [cited 2019 Feb 14];22:102-10. Available from: [https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/sinergia\\_politicas\\_servicos\\_publicos.pdf](https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/sinergia_politicas_servicos_publicos.pdf)
10. Nascimento S. Reflexões sobre a intersectorialidade entre as políticas públicas. Serv Soc Soci. 2010;101:95-120. doi: 10.1590/S0101-66282010000100006
11. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) [Internet]. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 2014 [cited 2019 Feb 14]. Available from: [http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446\\_11\\_11\\_2014.html](http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html)
12. Moral PAP, Gascón MLG, Abad ML. La salud y sus determinantes sociales: desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. Rev Int Sociol [Internet]. 2014 [cited 2019 Feb 14];72(Supl 1):71-91. doi: 10.3989/ris.2013.02.16
13. Goeij MCM, Suhrcke M, Toffolutti V, Van de Mheen D, Schoenmakers TM, Kunst AE. How economic crises affect alcohol consumption and alcohol-related health problems: a realist systematic review. Soc Sci Med. 2015;131:131-46. doi: 10.1016/j.socscimed.2015.02.025
14. Stahl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E, Leppo K (Eds.). Health in All Policies: prospects and potentials. Finland: European Observatory on Health Systems and Policy [Internet]. 2006 [cited 2019 Feb 14]. Available at: [http://hiaconnect.edu.au/old/files/Health\\_in\\_All\\_Policies.pdf](http://hiaconnect.edu.au/old/files/Health_in_All_Policies.pdf)
15. World Health Organization-WHO. World Conference on Social determinants of Health. Closing the gap: policy into practice on social determinants of health. WHO Discussion Paper [Internet]. 2011 [cited 2019 Feb 14];19-21. Available at: <http://www.who.int/sdhconference/Discussion-Paper-EN.pdf?ua=1>
16. Clavier C, Gendron S, Lamontagne L, Potvin L. Understanding similarities in the local implementation of a health environment programme: insights from policy studies. Soc Sci Med. 2012;75:171-8. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.02.044
17. Borrell C, Morrison J, Burstrom B, Pons-Vigués M, Hoffmann R, Gandarillas A, et al. Comparison of health policy documents of European cities: are they oriented to reduce inequalities in health? J Public Health Pol. 2013;34:100-20. doi: 10.1057/jphp.2012.57
18. Ottersen OP, Dasgupta J, Blouin C, Buss P, Chongsuvivatwong V, Frenk J, et al. The political origins of health inequity: prospects for change. The Lancet-University of Oslo Commission on Global Governance for Health. Lancet. 2014;383:577-8. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62407-1
19. Diba D, d'Oliveira AF. Teatro e comunidade, juventude e apoio social: atores da promoção da saúde. Cien Saude Colet. 2015;20:1353-62. doi: 10.1590/1413-81232015205.01542014
20. Eugenio JL, Mendoza MLM, Figueroa IV, Amezcua JMM. Movilización social y determinantes sociales de la salud: proceso educativo en comunidad rural de Jalisco, México. Revista de Estudios Sociales [Internet]. 2015 [cited 2019 Feb 16];23:139-61. Available from: <http://www.scielo.org.mx/pdf/estsoc/v23n46/v23n46a6.pdf>
21. Alia KA, Freedman DA, Brandt HM, Browne T. Identifying emergent social networks at a Federally Qualified Health Center-Based Farmers' Market. Am J Community Psychol. 2014;53:335-45. doi: 10.1007/s10464-013-9616-0
22. Nascimento PR, Westphal MF, Moreira RS, Baltar VT, Moysés ST, Zioni F, et al. Impact of the Social Agendas – Agenda 21 and Healthy Cities – upon Social Determinants of Health in Brazilian municipalities: measuring the effects of diffuse social policies through the dimensions of the Millennium Development Goals. Rev Bras Epidemiol. 2014;17(Supl-2):1-14. doi: 10.1590/1809-4503201400060001
23. Pons-Vigués M, Díez È, Morrison J, Salas-Nicás S, Hoffmann R, Burstrom B, et al. Social and health policies or interventions to tackle health inequalities in European cities: a scoping review. BMC Public Health. 2014;14:1-12. doi: 10.1186/1471-2458-14-198
24. García-Ramírez JA, Vélez-Álvarez C. América Latina frente a los determinantes sociales de la salud: políticas públicas implementadas. Rev Salud Publica [Internet]. 2013 [cited 2019 Feb 18];15:731-42. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-709099>
25. Alvarez CV, Merchan MEP, Potes MDPE. "Determinantes Sociais da Saúde e Trabalho Informal". Rev Saúde Pública Costa Rica. 2013;2:155-162.
26. Mendel P, Ngo VK, Dixon ERN, Stokdale S, Jones F, Chung B, et al. Partnered evaluation of a community engagement intervention: use of a kickoff conference in a randomized trial for depression care improvement in underserved communities. Ethn Dis [Internet]. 2011 [cited Feb 18]; 21:78-88. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22352084/>
27. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Coe DA. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. Acad Med. 2014;89(9):1245-51. doi: 10.1097/ACM.0000000000000388
28. The EQUATOR Network: Enhancing the quality and transparency of health research [Internet]. 2019 [cited 2019 Feb 20]. Available at: <http://www.equator-network.org>.
29. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): aglomerados subnormais – informações territoriais [Internet]. 2017 [cited 2019 Feb 20]. Available from: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000015164811202013480105748802.pdf>
30. Habermas J. Teoría de La acción comunicativa. Madrid: Taurus; 1988.
31. Aragão L. Habermas: filósofo e sociólogo do nosso tempo. Tempo Brasileiro; 2002.
32. Campos GWS, Bedrikow R, Santos JÁ, Terra LSV, Fernandes JA, Borges FT. Direito à saúde: o Sistema Único de Saúde (SUS) está em risco? Comun Saude Educ. 2016;20(56):261-6. doi: 10.1590/1807-57622015.0409
33. Almeida PF, Santos AM. Diálogos em busca de coordenação do cuidado: linha de chegada ou novo itinerário? In: Almeida PF, Santos AM, Souza MKB. Atenção primária à saúde na coordenação do cuidado em regiões de saúde. EDUFBA. Salvador. 2015; 309.
34. Silveira CB, Jorge MSB, Leitão IMTA. As redes de atenção à saúde e suas interfaces: processos de trabalho, atenção primária à saúde e produção do cuidado integral. In: Bessa MS, Bezerra JIC, Leitão IMTA. Pesquisas em saúde no contexto do cuidado, redes de atenção, fluxos e avaliação: multiplicidade de olhares. Fortaleza: EdUECE, 2017.

35. Fertoni HP, Pires DEP, Biff D, Scherer MDA. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios à atenção básica brasileira. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(6):1869-78. doi: 10.1590/1413-81232015206.13272014
  36. Paim JS. A Reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2008;18(4):625-44. doi: 10.1590/S0103-73312008000400003
  37. Habermas J. Na esteira da tecnocracia: pequenos escritos políticos XII. São Paulo: Editora UNESP; 2014.
  38. Accorsi A, Scarparo H, Guareschi P. A naturalização da pobreza: reflexões sobre a formação do pensamento social. *Psicol Soc*. 2012;24(3):536-46. doi: 10.1590/S0102-71822012000300007
  39. Holston J. Cidadania insurgente: disjunções da democracia e da modernidade no Brasil. São Paulo: Companhia das Letras; 2013.
  40. Palácio do Planalto (BR). Decreto no. 9.276 de 2 de fevereiro de 2018. Dispõe sobre a programação orçamentária e financeira, estabelece o cronograma mensal do desembolso do Poder Executivo federal para o exercício de 2018 e dá outras providências [Internet]. 2018 [cited 2019 Mar 04]. Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2018/decreto/D9276.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/decreto/D9276.htm)
-