



ARTIGO REVISÃO SISTEMÁTICA

INIQUIDADES SOCIAIS E INTERSETORIALIDADE: DESAFIO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

SOCIAL INEQUITIES AND INTERSECTORIALITY: CHALLENGE TO PRIMARY HEALTH CARE INEQUIDADES SOCIALES E INTERSETORIALIDAD: DESAFÍO A LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD

Regina Célia Fiorati¹, Larissa Barros de Souza², Fernanda Carla de Assis Cândido³, Luana Nunes de Freitas Silva⁴, Larissa Chacon Finzeto⁵, Luana Seles Alves⁶, Thais Zamboni Berra⁷, Ricardo Alexandre Arcêncio⁸

RESUMO

Objetivo: investigar ações intersectoriais voltadas ao enfrentamento das iniquidades sociais, em nível de Atenção Primária à Saúde, desenvolvidas com vistas à redução das desigualdades em saúde no Brasil. **Método:** revisão sistemática com busca nas Bases de dados LILACS e MEDLINE. Utilizaram-se, como critérios de elegibilidade, pesquisas desenvolvidas no Brasil, de 2005 a 2015, em português, inglês ou espanhol, com, pelo menos, um descritor em título ou resumo. Para a análise dos dados, utilizaram-se os referenciais teóricos, as variáveis ação intersectorial governamental e ação intersectorial com participação social e o Guia de Diretrizes PRISMA. **Resultados:** 40% dos estudos trataram sobre ações intersectoriais de nível governamental envolvendo iniciativas do governo federal; 20%, de ações intersectoriais locais envolvendo a sociedade civil; 40%, dos dois tipos; 40%, baseados no referencial da Organização Mundial da Saúde; 20%, no referencial do Capital Social; 20%, nos referenciais da Organização Mundial da Saúde e Curso da Vida e 20%, nos referenciais da Organização Mundial da Saúde e do Capital Social. **Conclusão:** políticas intersectoriais, em conjunto com a sociedade, aumentam as possibilidades de concretização de equidade social no Brasil. **Descritores:** Atenção Primária à Saúde; Iniquidade Social; Determinantes Sociais da Saúde; Ação Intersectorial; Políticas Públicas; Equidade em Saúde.

ABSTRACT

Objective: to investigate intersectoral actions aimed at confronting social inequities, in the level of Primary Health Care, developed with a view to reducing health inequalities in Brazil. **Method:** systematic review with search in LILACS and MEDLINE databases. As eligibility criteria, research developed in Brazil, from 2005 to 2015, in Portuguese, English or Spanish, with at least one title or summary descriptor was used. For the data analysis, the theoretical references, the variables governmental intersectorial action and intersectorial action with social participation and the PRISMA Guidelines Guide were used. **Results:** 40% of the studies dealt with intersectorial actions of governmental level involving initiatives of the federal government; 20%, of local intersectorial actions involving civil society; 40% of the two types; 40%, based on the World Health Organization's benchmark; 20%, in the reference of the Capital Stock; 20% in the World Health Organization and Lifetime referral guidelines and 20% in the World Health Organization and Social Capital benchmarks. **Conclusion:** intersectorial policies, together with society, increase the possibilities of achieving social equity in Brazil. **Descriptors:** Primary Health Care; Social Inequity; Social Determinants of Health; Intersectorial Action; Public Policies; Health Equity.

RESUMEN

Objetivo: investigar acciones intersectoriales dirigidas al enfrentamiento de las inequidades sociales, a nivel de Atención Primaria a la Salud, desarrolladas con vistas a la reducción de las desigualdades en salud en Brasil. **Método:** revisión sistemática con búsqueda en las Bases de datos LILACS y MEDLINE. Fueron utilizados, como criterio de elegibilidad, de investigación desarrollado en Brasil, desde 2005 hasta 2015, en portugués, inglés o español, con, al menos, un descriptor en el título o en el resumen. Para el análisis de los datos se utilizaron los referenciales teóricos, las variables acción intersectorial gubernamental y acción intersectorial con participación social y el Guía de Directrices PRISMA. **Resultados:** 40% de los estudios trataron sobre acciones intersectoriales de nivel gubernamental involucrando iniciativas del gobierno federal; 20%, de acciones intersectoriales locales involucrando a la sociedad civil; el 40% de los dos tipos; El 40%, basado en el referencial de la Organización Mundial de la Salud; el 20%, en el referencial del Capital Social; y el 20%, en los referenciales de la Organización Mundial de la Salud y el Curso de la Vida y el 20%, en los referentes de la Organización Mundial de la Salud y del Capital Social. **Conclusión:** políticas intersectoriales, en conjunto con la sociedad, aumentan las posibilidades de concreción de equidad social en Brasil. **Descriptor:** Atención Primaria a la Salud; Iniquidad Social; Determinantes Sociales de la Salud; Acción Intersectorial; Políticas Públicas; Equidad em Salud.

¹Doutora, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo/USP. Ribeirão Preto (SP), Brasil. E-mail: reginacf@fmrp.usp.br ORCID ID: <http://ORCID.iD:.org/0000-0003-3666-9809>;

²Mestre, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem. Ribeirão Preto (SP), Brasil. E-mail: tobarros@usp.br ORCID ID: <http://org/0000-0002-8060-7974>; ³Mestranda, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo/EERP-USP. Ribeirão Preto (SP), Brasil. E-mail: fernandacandidopsi@usp.br ORCID ID: <http://org/0000-0002-3399-5249>; ^{4,7}Mestrandas, Programa Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo/EERP-USP. Ribeirão Preto (SP), Brasil. E-mail: lu.selesrp@gmail.com ORCID ID: <http://org/0000-0003-3354-3952>; ⁵Graduanda em Fisioterapia, Universidade de São Paulo/USP. Ribeirão Preto (SP), Brasil. E-mail: larissa.finzeto@usp.br ORCID ID: <http://org/0000-0002-9925-518X>; ⁶PHD, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo/USP, Ribeirão Preto (SP), Brasil. E-mail: ricardo@eerp.usp.br ORCID ID: <http://org/0000-0003-4792-8714>

INTRODUÇÃO

A saúde é uma dimensão importante e sensível para avaliar o desenvolvimento sustentável de um país e representa, a partir do efeito conjugado dos fatores social, econômico, político, cultural e físico, o direito humano fundamental que determina imediatamente as condições de vida, o principal motor de desenvolvimento humano e social, aumentando a produtividade do trabalho e o retorno econômico para as pessoas, coletividades e populações, bem como a participação no mercado de trabalho, o que cria oportunidades para o crescimento mais inclusivo e sustentável.¹

É importante entender a saúde não apenas como a ausência da doença, pois o processo saúde-doença é influenciado também pelo social. A saúde pode ser ampliada para além do objetivo medicamentoso e a intersetorialidade entre a saúde e as práticas assistenciais consolida práticas de promoção de saúde estimulando a maior participação dos atores envolvidos.²

A Declaração de Alma-Ata e, principalmente, as preconizações da Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) enfatizam a crucial importância de políticas e ações sobre os determinantes sociais da saúde (DSS) na redução das desigualdades em saúde e na promoção de saúde e equidade.³

Na perspectiva da promoção de desenvolvimento sustentável, a noção de cobertura universal da saúde foi ampliada para cobrir a prestação de cuidados contínuos e coordenados incluindo a promoção da saúde, que aborda os determinantes sociais da saúde em nível da atenção primária em saúde (APS).⁴

Desigualdades estruturais definem a hierarquia social entre os diferentes países do norte europeu, que mostram experiências exitosas em organizações de sistemas e serviços de saúde que enfatizam e priorizam as ações sobre os DSS com enfoque central na resolução das iniquidades sociais e no estabelecimento de equidade social.⁵

A injustiça social e as desigualdades econômicas produzem as disparidades no acesso à saúde e bem-estar, sendo que estas desigualdades sociais marcam os DSS, que têm sido uma característica distintiva da América Latina e do Brasil.⁶

Estudos mostram que fatores econômicos e sociais interferem, de forma incisiva e injusta, na saúde de populações mais vulneráveis socialmente. Da mesma forma, os estudos mostram que, nesse campo, a

intersetorialidade é imprescindível, pois trata-se de problemas que ultrapassam a capacidade de o setor de saúde responder sozinho e, assim, depende da interface de vários outros setores no enfrentamento das questões relacionadas aos DSS.⁷⁻⁹

Os DSS, tais como fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais, que favorecem a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população, têm sido marcados por iniquidades sociais e em saúde em nível dos territórios periféricos urbanos no Brasil, localidades geográficas e culturais distantes dos centros urbanos de cidades grandes e médias e que constituem regiões adscritas à coordenação da APS.¹⁰

Estudos mostram o aumento e a persistência nos territórios de doenças crônicas não transmissíveis de pessoas em uso problemático de álcool e outras drogas, bem como pessoas com doenças infectocontagiosas que, frequentemente, se tornam vulneráveis a ambientes precários, à violência e a rupturas de redes sociais, o que pode resultar em morte precoce.¹¹⁻¹³

No contexto mais amplo de saúde, os determinantes sociais, o progresso democrático e o desenvolvimento sustentável estão intrinsecamente relacionados porque a mudança em um domínio afeta os outros. Dessa forma, ações integradas de saúde, sociais e econômicas são necessárias na elaboração de políticas públicas intersetoriais e sua integração nos sistemas de saúde para alcançar a saúde e o bem-estar equitativos.¹⁴

Os referenciais teóricos utilizados no estudo foram: 1. O Modelo dos Determinantes Sociais da Saúde da Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde da OMS (CSDH-WHO)³, o qual é definido em duas esferas - A) estrutural - ligada à estratificação social incluindo os fatores socioeconômicos, trabalho e renda, gênero, etnicidade e cultura e B) intermediários - condições de vida, condições de trabalho, disponibilidade de alimento, comportamentos da população e barreiras para a adoção de um estilo de vida saudável; 2. O Capital Social, construto desenvolvido a partir das contribuições dos pensadores Robert Putnam, James Coleman e Pierre Bourdieu, é definido como uma forma de organização social específica na qual há uma forte rede de relações interpessoais fundamentadas em reciprocidades e cooperação social favorecendo o desenvolvimento pessoal e coletivo determinante do desenvolvimento em todos os setores (econômico, cultural, político, social e em saúde). Nesse sentido, propõe a

importância das redes de suporte social para a redução de iniquidades sociais em territórios de alta vulnerabilidade social.⁴ O construto teórico do Curso da Vida entende que as desigualdades socioeconômicas, presentes em determinadas regiões, têm efeito durante toda a vida de pessoas que nascem e crescem nessas regiões. Assim, define-se uma epidemiologia do curso da vida como sendo aquela que estuda os efeitos em longo prazo sobre o risco de saúde ou de doença decorrente de exposições durante a gestação, a infância, a adolescência, a idade adulta jovem e posterior à vida adulta.¹⁵ E, assim, justifica-se que ações regionalmente desenvolvidas, com base territorial, em nível das comunidades e com acompanhamento desde a fase gestacional, seguindo o curso da vida de pessoas e famílias nos territórios, sejam recomendadas.^{3,4,10} A operacionalização dos referenciais teóricos está descrita na figura 1.

Nesse sentido, pensando nos desafios para o Sistema Único de Saúde (SUS) e para a APS no Brasil em integrar políticas intersetoriais voltadas ao enfrentamento das iniquidades sociais que geram as desigualdades em saúde e implementar ações voltadas aos DSS, realizou-se a revisão sistemática da literatura.

Observa-se, contudo, que lacunas são encontradas no conjunto do conhecimento que trata especificamente da temática refletida no trabalho referido. Estudos produzidos em nível da Atenção Primária em Saúde não têm focalizado centralmente ações sobre os determinantes sociais da saúde e com mais raridade enfocando ações, programas ou políticas, com abordagem sobre os DSS, desenvolvidas por meio de estratégias intersetoriais. Por isso, ressalta-se a importância de tal estudo no sentido de proporcionar um diagnóstico do panorama em questão, detectar e destacar estratégias intersetoriais desenvolvidas pelos serviços da APS voltadas aos determinantes sociais da saúde, bem como propor recomendações e orientações para estudos futuros.

OBJETIVO

- Investigar ações intersetoriais voltadas ao enfrentamento das iniquidades sociais, em nível de Atenção Primária à Saúde, desenvolvidas com vistas à redução das desigualdades em saúde no Brasil.

MÉTODO

Revisão sistemática, de abordagem qualitativa,¹⁶ caracterizando-se como um estudo analítico-interpretativo, pois importou-se com uma questão cuja discussão de sua

evidência científica se dá a partir de processos de interpretação de temas conceituais que vão se construindo com base em análise crítica e revisões de teses teóricas.

A revisão sistemática é uma pesquisa na literatura relevante, apoiada na prática baseada em evidências, que consiste em uma síntese dos resultados de pesquisa e de estudos anteriores relacionados a um problema específico, a qual apresenta seis etapas: 1 - identificar a questão principal da pesquisa; 2 - levantar dados preliminares para a definição dos descritores; 3 - buscar nas bases de dados e selecionar os estudos relevantes; 4 - registrar, tratar e compilar os dados coletados; 5 - ler e avaliar o material para a seleção da amostra final; 6 - comparar, resumir, relatar e apresentar os resultados.¹⁷

A questão norteadora do estudo foi: quais ações intersetoriais voltadas ao enfrentamento das iniquidades sociais, em nível da Atenção Primária à Saúde, foram desenvolvidas com vistas à redução das desigualdades em saúde no território brasileiro?

Para o levantamento dos artigos na literatura, realizaram-se buscas no período de janeiro a maio de 2016.

Desenvolveram-se três buscas, em dupla, de acordo com duas combinações diferentes:

A primeira combinação foi: *"Social Determinants of Health" OR "Inequity" Social "OR" social vulnerability "AND" primary health care "AND" intersectorality* ". Entretanto, o resultado correspondente foi de zero artigos.

Foi, portanto, desenvolvida a segunda busca, em dupla, a partir da seguinte combinação: *(cross-sectoral OR intersectoral) OR (policy OR policies) OR (strategies) AND "health inequalities" OR "health inequities" OR "health inequality" OR "health disparity" OR "health disparities" OR "socioeconomic health inequalities" OR "social health inequalities" OR "Healthcare disparities" OR "Health Disparities" OR "Social Health Inequalities" OR "Socioeconomic Inequalities in health" OR "social inequality in health" AND "primary health Care"* . Foi obtido então o resultado de 91 artigos. Após essa segunda busca, foi repetida uma terceira busca, a partir da última combinação, em dupla e contando com um terceiro pesquisador. Nessa terceira busca, encontraram-se 91 artigos.

Para o levantamento dos artigos na literatura, foram realizadas buscas nas seguintes bases de dados: LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde) e MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line*).

Foram decididos os seguintes critérios de seleção dos artigos a serem coletados nas buscas:

- Serem estudos datados dos últimos dez anos, ou seja, de 2005 até 2015. Esse critério foi assim determinado em consonância com a data de criação, pela OMS, da CDSH, em março de 2005;
- Os artigos deveriam estar publicados em português, inglês ou espanhol e trazer, pelo menos, um descritor em seu título ou resumo/*abstract/resúmen*;
- Os artigos selecionados deveriam atender aos seguintes desenhos de estudo: [Clinical Trial](#); [Comparative Study](#); [Evaluation Studies](#); [Government Publications](#); [Comparative Study](#); [Evaluation Studies](#); [Multicenter Study](#); [Observational Study](#); [Practice Guideline](#); [Review](#).

Para a análise das informações relacionadas à identificação do artigo, características metodológicas do artigo e análise do rigor metodológico, utilizou-se o Guia de Diretrizes PRISMA para as revisões sistemáticas e metanálises.¹⁸

1- Classificação dos artigos com relação à qualidade metodológica e viés dos artigos

Os artigos selecionados para a revisão foram avaliados em relação ao nível e à

qualidade de evidência, utilizando uma hierarquia de evidências baseada em:¹⁹

- Nível 1 - evidências resultantes da metanálise de múltiplos estudos clínicos controlados e randomizados;
- Nível 2 - evidências obtidas em estudos individuais com delineamento experimental;
- Nível 3 - evidências de estudos quase-experimentais;
- Nível 4 - evidências de estudos descritivos (não experimentais) ou com abordagem qualitativa;
- Nível 5 - evidências provenientes de relatos de caso ou de experiência;
- Nível 6 - evidências baseadas em opiniões de especialistas.

Não se realizou análise de viés, pois esta não é recomendada para metanálises em revisões sistemáticas com menos de dez artigos.²⁰

2- Visualização dos dados encontrados nas fontes pesquisadas

Para a análise dos dados nos artigos selecionados para a revisão, utilizaram-se as seguintes variáveis que, por sua vez, foram analisadas à luz dos seguintes referenciais teóricos²¹ apresentados na figura 1.

Variáveis	Referenciais teóricos
Ação Intersetorial Governamental (AIG): Fusão ou criação de ministérios com vistas à resolução de problemas específicos (pobreza, gênero, etnia, trabalho, etc.).	Modelo da Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde - (CSDH) 21
Iniciativas a partir do Governo Federal para direcionar as emergências sociais, como drogas, violência, entre outros, que responsabilizam a participação das autoridades locais e a organização da sociedade civil em associações, assim como a mobilização e a tomada de decisões.	Determinantes Estruturais: fatores socioeconômicos, contextos sociais e políticos, gênero, etnicidade, cultura.
Programas e estratégias governamentais - Estratégia de Saúde da Família, etc.	Determinantes Intermediários: condições de vida, condições de trabalho, disponibilidade de alimento, comportamentos da população e estilos de vida.
Ação Intersetorial com Participação Social (AIPS): Participação Social que integra o sistema de governança - a participação de comunidades e sociedade civil, grupos responsáveis pela implementação, desenvolvimento e avaliação de políticas públicas.	Capital Social (CS): redes de suporte social, fortalecimento de vínculos sociais e empoderamento comunitário por meio das redes sociais de pertencimento.
Conselhos Societários: tais como municipais de saúde, entre outros.	Curso da Vida (CV): ações regionalmente desenvolvidas, com base territorial, em nível das comunidades e com acompanhamento recomendado desde a fase gestacional seguindo o curso da vida de pessoas e famílias nos territórios.
Associações de usuários de serviços de saúde em diálogos regulares com os governos.	

Figura 1. Variáveis e referenciais teóricos operacionalizados na análise dos artigos. Ribeirão Preto (SP), Brasil. 2015.

Assim, classificaram-se os artigos selecionados para a análise segundo as variáveis AIG (A, B, C, D) e AIPS (A, B, C), quando refletissem ações intersetoriais que se alinhavam à classificação correspondente a cada variável ou à mescla de mais de uma. Da mesma forma, foram classificados, de acordo com os referenciais teóricos, quando a ação

descrita correspondia a uma ou a mais de uma das tipologias registradas na **figura 1**.

Os dados dos artigos assim analisados foram posteriormente computados segundo as variáveis, ou seja, o tipo de ação intersetorial endereçada ao enfrentamento dos DSS e de acordo com o referencial teórico que representa o modelo teórico conceitual de DSS

vinculado à ação intersetorial desenvolvida. Os artigos computados serão apresentados na análise de resultados.

A análise e a síntese foram realizadas de forma descritiva possibilitando a classificação temática dos eixos principais a partir da questão norteadora do estudo (intersetorialidade e APS) expressa nas variáveis e referenciais teóricos (descritas no tópico anterior).

RESULTADOS

A partir dos descritores utilizados e suas combinações, foram encontrados, no total, 91 artigos, sendo 70 na LILACS e 21 na MEDLINE.

Desses 91 artigos, oito foram excluídos por se tratar de duplicatas resultando em 83. Após a leitura de títulos e resumos, foram excluídos oito artigos resultando em 75 estudos para a leitura integral. Desses 75 artigos, 67 foram excluídos por não apresentar relação entre APS e ações ou políticas intersetoriais resultando em oito artigos avaliados como elegíveis. Após a releitura integral, excluíram-se três estudos que não apresentavam ação/política intersetorial realizada em contexto da APS deixando, como resultado final, um total de cinco artigos que responderam à questão norteadora.

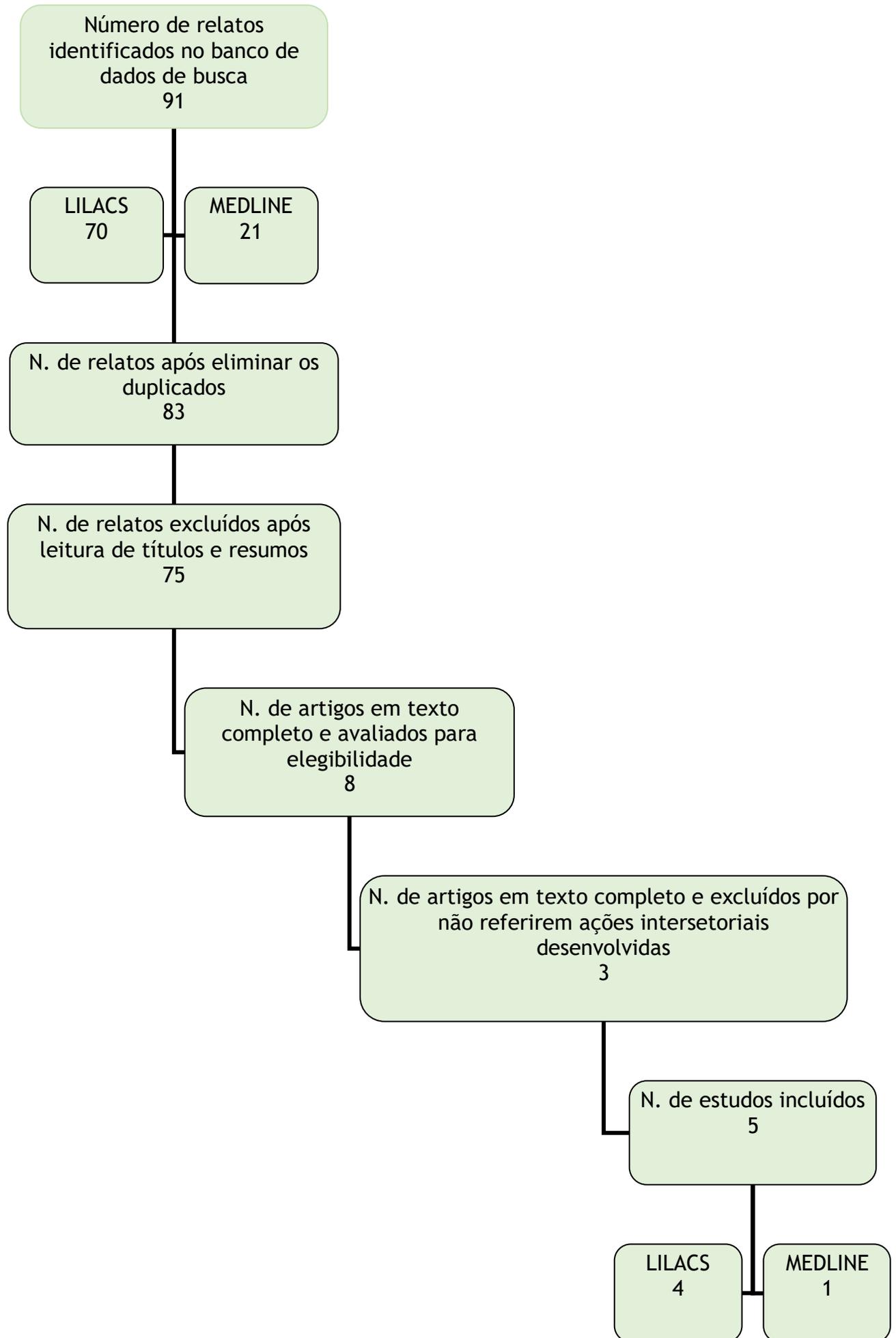


Figura 2. Fluxograma com o processo de seleção dos artigos para a revisão. Ribeirão Preto (SP), Brasil. 2015.

Após a seleção, efetuou-se o processo de análise dos artigos com base na extração e análise dos dados. Os resultados são apresentados na figura 3 levando-se em consideração a amostra, desenho metodológico e o âmbito do estudo. Os resultados são descritos pelas pesquisas

analisadas e observados a partir dos programas intersetoriais apresentados e os resultados referentes à análise dos artigos, segundo as variáveis e referenciais teóricos.

Referência	Base de dados	População/ amostra	Tipo de estudo e âmbito de desenvolvimento do estudo	Objetivos do estudo	Resultados apresentados pelos artigos revisados	Resultados da análise dos artigos revisados
Andrade LOM, Pellegrini-Filho A, Solar O, Rigoli F, Salazar LM, Serrate PCF, et al. ²²	MEDLINE	Documentos governamentais sobre programas intersectoriais voltados para enfrentamento à pobreza - Brasil: Programa Bolsa Família.	Estudo de caso Qualitativo Âmbito: América Latina: Brasil, Chile, Colômbia, Cuba.	Analisar políticas públicas intersectoriais elaboradas pelos governos dos países, bem como comunidades e sociedade civil envolvidos na implantação das políticas.	Para este artigo, será apresentado apenas o estudo de caso do Brasil: - aumento do acesso aos serviços de saúde e educação; - aumento de consultas de pré-natal de 49% a 61%; - aumento da imunização e redução da má nutrição infantil, diminuição da mortalidade infantil abaixo dos cinco anos; - ação sobre os determinantes sociais da saúde; - aumento da renda para famílias em extrema pobreza e extensão da rede de proteção social e financeira.	Tipo de ação intersectorial: <i>Bolsa Família</i> (Brasil) Variáveis: AIG (B) Referencial teórico: CSDH (A)
Diba D, d'Oliveira AS. ²³	LILACS	Jovens em vulnerabilidade social de uma cidade do interior de São Paulo.	Estudo etnográfico Âmbito - Município do interior do Estado de São Paulo.	Analisar a relação de uma experiência em Teatro e Comunidade conjuntamente com equipes de saúde voltadas para a promoção da saúde para jovens em vulnerabilidade social.	- aumento do capital social e fortalecimento de redes de suporte social; - controle do uso problemático de álcool e outras drogas; - acesso à informação; - participação social e empoderamento comunitário; - diminuição da violência; - promoção de saúde.	Projeto de teatro para jovens em vulnerabilidade social que integra Programa Arte, Cultura e Cidadania - Cultura Viva, do Ministério da Cultura do Brasil, implantado em 2004. Ação intersectorial centrada na comunidade. Cultura e saúde. Variáveis: AIPS (D) Referencial teórico: CS
Dawbor TP, Westphal MF. ²⁴	LILACS	Gerentes e profissionais de serviços de Atenção Primária da Saúde do Programa de Saúde da Família da cidade de São Paulo.	Estudo de caso com abordagem mista: análise de correspondência múltipla, de agrupamento e testes de correlação entre variáveis e análise de conteúdo e categorização temática. Âmbito -Brasil - Serviços de saúde da Atenção Básica e Estratégia da Saúde da Família da Cidade de São Paulo -SP.	Analisar a situação do trabalho com determinantes sociais da saúde no âmbito do Programa Saúde da Família.	- discrepância entre os determinantes a serem enfatizados; - dificuldade em abordar aspectos além das determinações biológicas; - variado padrão de regularidade na participação da comunidade nas ações; - Estabelecimento de parcerias no território com organizações não governamentais; - falta de compreensão e dificuldades de integração em programas intersectoriais.	Variáveis: AIG (C) e AIPS (A,B) Referencial Teórico: CSDH (A,B)
Giovanella L, Mendonça	LILACS	Profissionais e	Estudo de caso	Analisar a capacidade da	- Fóruns intersectoriais com diferentes	Variáveis: AIG (C) e AIPS (A,B)

Fiorati RC, Souza LB de, Cândido FCA et al.

Iniquidades sociais e intersectorialidade...

<i>MHM, Almeida PF, Scorel S, Senna MCM, Fausto MCR, et al.</i> ²⁵		gestores da Estratégia da Saúde da Família de quatro municípios brasileiros (Belo Horizonte, Aracaju, Florianópolis e Vitória).	qualitativo Âmbito - Brasil capitais de Estados brasileiros.	Estratégia da Saúde da Família em relação à sua integração em projetos intersectoriais.	escopos nas quatro cidades. - Vitória: Terra mais igual - Desenvolvimento social local; geração de renda; maior acessibilidade a serviços. - BH: cidadania e Vila Viva - redução de vulnerabilidade social em territórios. - Orçamento Participativo e Núcleo de Prevenção à Violência Doméstica Aracaju: acompanhamento do Bolsa Família; melhorias da mobilidade urbana e meio ambiente. - Comissão de Promoção de Saúde Escolar Florianópolis: melhorias ambientais, acessibilidade aos serviços de saúde.	Referencial Teórico: CSDH (A,B) e CS
<i>Nascimento PR, Westphal MF, Moreira RS, Baltar VT, Moysés ST, Zioni F, et al.</i> ²⁶	LILACS	Políticas públicas e gerentes de agências governamentais locais de 105 municípios brasileiros.	Estudo ecológico longitudinal. Âmbito: Brasil - Analisa como 105 municípios brasileiros que aderiram à agenda 21 da OMS/OPAS/ONU obtiveram impactos e as condições de vida e de saúde.	Analisar como agendas de 105 municípios brasileiros estão trabalhando com os DSS para a redução das desigualdades em saúde.	Impactos sociais e em saúde foram detectados nos municípios que aderiram à agenda 21: - redução da fome; - aumento do acesso universal à saúde e educação; - o coeficiente de prevalência da tuberculose diminuiu de 32 para 26%; - a percentagem da população servida com água encanada aumentou; - a percentagem de vereadores apresentou um aumento significativo; - a mortalidade proporcional de crianças menores de um ano de idade diminuiu.	Identifica ações voltadas para determinantes sociais da saúde e, dentre estas, ações que foram desenvolvidas por meio de intersectorialidade e outras que foram desenvolvidas centradas no setor da saúde. Variáveis: AIG (A, B) Referencial teórico: CSDH (A,B) e CV

AIG: Ação Intersetorial Governamental

CSDH: Modelo dos Determinantes Sociais de Saúde da Organização Mundial de Saúde

AIPS: Ação Intersetorial com Participação Social

CS: Capital Social

CV: Curso da Vida

Figura 3. Análise dos artigos selecionados para a revisão. Ribeirão Preto (SP), Brasil. 2015.

Três estudos foram desenvolvidos segundo o desenho metodológico qualitativo, sendo dois estudos de caso e um estudo etnográfico. Estes são de nível de evidência 4, de acordo com o nível e a qualidade de evidência.¹⁹ As outras duas pesquisas analisadas constituíram-se em estudos mistos envolvendo abordagens quantitativa e qualitativa. Estes são de nível de evidência 3 e 4, de acordo com o nível e a qualidade de evidência.¹⁹

Os estudos ocorreram no território brasileiro, conforme critério de seleção, envolvendo cidades de todas as regiões do país, com destaque para as regiões Sudeste, Nordeste e Sul.

Observou-se uma tendência no aumento de estudos na temática investigada conforme os anos, tendo sido encontrados, em 2009, 2013 e 2014, um estudo em cada ano e dois em 2015.

Os resultados mostraram que, de acordo com as variáveis, 40% dos estudos trataram sobre ações intersetoriais de nível governamental envolvendo iniciativas do governo federal;^{22,24} 20% trataram apenas de ações intersetoriais locais envolvendo a sociedade civil²³ e 40% envolveram ações dos dois tipos.^{25,26} No que se refere aos referenciais teóricos, 40% envolveram ações de redução de iniquidades em saúde baseadas apenas no referencial da OMS;^{22,25} 20%, no referencial do Capital Social;²³ 20%, nos referenciais da OMS e do Curso da Vida²⁴ e 20%, nos referenciais da OMS e do Capital Social.²⁶

No que diz respeito aos resultados em saúde, as ações intersetoriais, em nível de APS e com foco nos DSS, descritas pelos artigos revisados, mostraram os seguintes resultados: aumento do acesso aos serviços de saúde e educação; aumento de consultas de pré-natal de 49% a 61%; aumento da imunização e redução da má nutrição infantil; diminuição da mortalidade infantil abaixo dos cinco anos; aumento da renda para famílias em extrema pobreza e extensão da rede de proteção social e financeira. Além disso, também mostraram aumento do capital social e fortalecimento de redes de suporte social; controle do uso problemático de álcool e outras drogas; acesso à informação; participação social e empoderamento comunitário e diminuição da violência; redução da fome; aumento do acesso universal à saúde e educação; o coeficiente de prevalência da tuberculose diminuiu de 32 para 26% em algumas cidades; a percentagem da população servida com água encanada aumentou; melhorias da mobilidade urbana e

melhorias ambientais e aumento da acessibilidade aos serviços de saúde.²²⁻⁶

DISCUSSÃO

Segundo o objetivo de saber quais ações intersetoriais voltadas ao enfrentamento das iniquidades sociais, em nível da APS, desenvolveram-se com vistas à redução das desigualdades em saúde no território brasileiro, os artigos revisados apresentaram avanços na redução das desigualdades sociais e em saúde.

No que diz respeito à temática relacionada à intersetorialidade, embora os artigos mostrassem que há uma polissemia na base conceitual da intersetorialidade, podem-se delinear dois tipos que marcaram uma prevalência das ações implementadas: ação intersetorial cuja iniciativa, implementação e gestão parte e permanece como ação governamental a partir da esfera federal e outra modalidade que são as ações intersetoriais locais, com iniciativas de governos municipais ou mesmo do governo federal, mas que envolvem a participação e organizações da sociedade civil e são desenvolvidas com base territorial local.²²⁻⁶

Embora as ações intersetoriais governamentais se constituíram em parte significativa dos estudos (40%), percebe-se que há uma tendência (40% refletem os dois tipos AIG e AIPS) a uma concepção que define o trabalho intersetorial dando ênfase à interface entre governos e sociedade civil, bem como à reciprocidade e ao atravessamento dos setores em direção à coparticipação e ao compartilhamento efetivo do planejamento e da gestão na produção de projetos e ações intersetoriais. Percebe-se, também, uma tendência em se ultrapassar interpretações conceituais que delineiam a intersetorialidade como empreendimento multisetorial por meio de uma lógica serial, ou seja, uma lógica de somatório de esforços consecutivos sem sinergia.²²⁻⁶

Assim, o primeiro estudo analisado²² traz uma discussão mais aprofundada de ação intersetorial como interligada também à participação social, com a inclusão efetiva não só de membros de setores da administração pública, mas, efetivamente, com a inclusão da sociedade civil. Este estudo define intersetorialidade como sendo um processo político, técnico e administrativo que envolve negociação e distribuição de poder, recursos e capacidades, técnicas e institucionais, entre diferentes setores. Realça, também, que esse processo demanda uma visão social e vontade política dos governos, arranjos institucionais e capacitação

gerencial de agentes, além de participação de agentes locais comunitários com a formação de parcerias com organizações da sociedade civil formando arranjos com capacidade deliberativa. Por enfatizarem a incondicional participação social, os autores realçam a necessidade de as ações intersetoriais ocorrerem em nível da atenção primária, envolvendo saúde e outros setores, visando a ações sobre os DSS em direção a uma cobertura universal de saúde e equidade social.

Os autores do segundo estudo analisado apontam que, na promoção da saúde, as questões vão muito além do setor e que ações em educação e cultura são necessárias para a promoção de saúde. A ideia prevalente é que as ações de saúde devem ser incluídas em outros setores.²³

Entretanto, algumas problemáticas são apontadas em relação à intersetorialidade desenvolvida em nível da APS²⁵. Assim, nas experiências analisadas em vários serviços de atenção primária, por meio da Estratégia da Saúde da Família em São Paulo, verificou-se que os profissionais não conseguem descentrar-se do referencial biológico dos processos saúde/doença, dificultando as ações sobre os DSS, assim como as equipes mais atuantes dentro do campo clínico-biológico apresentaram muita dificuldade em compor e integrar projetos intersetoriais. Os autores também salientam a dificuldade de compreensão do que é a intersetorialidade e a falta de discussão e capacitação para a produção de ações e projetos intersetoriais.

Outro estudo revisado²⁶ propõe a ação intersetorial intimamente ligada a mecanismos de integração em rede e apresenta que, em todos os projetos analisados pelo estudo envolvendo municípios das regiões Sudeste, Nordeste e Sul, a intersetorialidade esteve presente, porém, com diversos escopos. Alguns projetos de um município analisado são realizados por meio de fóruns centralizados por meio de políticas administrativas municipais, sendo composto por secretarias. Em outros municípios, os projetos intersetoriais se estabelecem mais disseminados, por meio de ações articuladas e com a colaboração de organizações da sociedade civil, utilizando o território como base comum de atuação.

Os estudos destacam que a intersetorialidade exitosa é aquela de caráter holístico envolvendo governos, mas, também, empoderamento comunitário, participação social, equidade, ações multiestratégicas e sustentabilidade.²²⁻⁶

Em relação à inter-relação entre intersetorialidade e APS, todos os artigos tratam de ações ou programas que foram desenvolvidos em nível da atenção primária, sendo o território o palco no qual o desenvolvimento das ações ocorreu. Os estudos realçam essa ligação como sendo inerente ao processo da intersetorialidade ser impulsionada em nível da APS, principalmente quando as ações visam à intervenção sobre os DSS. Essa relação fica evidente mesmo quando as políticas intersetoriais analisadas são políticas federais tal como o programa Bolsa Família, que é o foco de análise em dois estudos.^{22,25} Nesse caso, a importância da intersetorialidade também se dá em nível da atenção primária porque deve envolver a fiscalização e gestão no território por três setores: a saúde, a assistência social e a educação, além do próprio envolvimento da participação e controle social, também apontado por outros estudos que se preocuparam em definir intersetorialidade.¹³⁻²¹

Outros fatores que interligam a intersetorialidade e APS são a noção e ações de promoção à saúde, a coordenação do sistema, a integralidade e as ações sobre os DSS, que devem se dar em rede.²²⁻⁶

Embora um dos artigos²⁵ aponte problemas inerentes à implantação e gestão de projetos intersetoriais em nível da atenção primária à saúde, todos os estudos mostraram resultados positivos em relação aos programas intersetoriais que analisaram. Os resultados mostraram que houve aumento de renda familiar e diminuição da pobreza, maior acesso aos serviços de saúde e educação, extensão da proteção social, aumento do capital social e empoderamento de grupos e comunidades, além da diminuição de violência, melhorias ambientais e melhoramento de condições de saúde específicas. Um estudo²⁴ em particular mostra que, comparativamente, os municípios que aderiram à agenda 21 da OMS/OPAS/ONU, ou seja, à implantação de ações intersetoriais visando aos determinantes sociais da saúde, com enfoque no meio ambiente, apresentaram melhores índices de equidade e condições de vida do que outros que não aderiram.

Em relação aos referenciais teóricos utilizados para analisar os artigos, percebe-se que o modelo dos DSS da Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde da OMS permeia a maioria das ações voltadas ao enfrentamento das iniquidades em saúde relatadas pelos artigos revisados: 40%. Entretanto, percebe-se que vários estudos

refletiram a importância de se aumentar o capital social de uma comunidade vulnerável para o enfrentamento das iniquidades em saúde, assim como mostraram ações que interferiram no curso da vida de crianças em vulnerabilidade social e que se mostraram ações exitosas voltadas aos Determinantes Sociais da Saúde aumentando as chances de equidade em territórios de alta vulnerabilidade social.²²⁻⁶

As limitações do estudo se relacionam com a restrita quantidade de estudos acessados, o que limita a generalização dos resultados e indica a necessidade de estudos mais extensos com estratégias de buscas e extração de artigos e pesquisas mais amplas.

CONCLUSÃO

As recomendações da OMS e de sua Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde (CDSS) enfatizam a necessidade de ações e políticas intersetoriais voltadas para o enfrentamento das iniquidades sociais que determinam índices de desigualdades em saúde e injustiças de acesso à qualidade de vida. As recomendações focam um tipo de intersetorialidade que é em nível de esfera administrativa federal dos governos nacionais, principalmente por meio da recomendação de “Saúde em todas as políticas”, o que mostra a importância de os governos se pautarem por lógica diversa, referente à centralização e disputa setorial, envolvendo interesses particulares sobre os públicos.

No entanto, estudos recentes, tais como os avaliados no artigo, enfatizam, também, a necessidade da inclusão da participação da sociedade civil nas esferas decisórias das ações de governo descentralizando a gestão de políticas, o que se mostra promissor principalmente no que tange às políticas intersetoriais.

Embora as dificuldades conceituais e práticas referentes à intersetorialidade e à implantação de ações e políticas intersetoriais têm ainda mostrado obstáculos importantes, os estudos analisados mostraram que avanços significativos acontecem, inclusive com a indicação clara de que a participação social tem se incrementado com o aumento das chances de democratização da esfera social e política, da fiscalização, para que os interesses do Bem Público sejam estabelecidos. Assim como os estudos analisados mostram que políticas intersetoriais, com participação social, aumentam as possibilidades de concretização de equidade social no país.

FINANCIAMENTO

Financiado pelo Programa Unificado de Bolsas da Universidade de São Paulo.

REFERÊNCIAS

1. Borrel C, Artazcoz L. Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. *Gac Sanit* 2008; 22(5):465-73. DOI: 10.1157/13126929.
2. Santos LNM, Oliveira EAR, Silveira FDR da, Castro SFF de, Pedrosa JIS, Nogueira LT. Intersetorialidade e saúde na Estratégia Saúde da Família: Revisão Integrativa. *Rev enferm UFPE online*, Recife, 7(esp):4868-74, jul, 2013. DOI: 10.5205/reuol.4700-39563-1-ED.0707esp201307.
3. Marmot MG, Allen J, Bell R, Bloomer L, Goldblatt P. WHO European review of social determinants of health and the health divide. *Lancet* 2012; 380(9846):1011-29. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)61228-8.
4. Friel S, Marmot MG. Action on the social determinants of health and health inequities goes global. *Annu Rev Public Health* 2011; 32:225-236. DOI: 10.1146/annurev-publhealth-031210-101220.
5. Lewis SJ, Leeder SR. Why health reform? *Med J Aust* 2009; 191(5): 270-272. [cited 2016 May 10]. Available from www.mja.com.au/journal/2009/191/5/why-health-reform.
6. Esteves RJF. The quest for equity in Latin America: a comparative analysis of the health care reforms in Brazil and Colombia. *Int J Equity Health* 2012;11(1):6. [Doi: 10.1186/1475-9276-11-6](https://doi.org/10.1186/1475-9276-11-6).
7. Pettcrew M, Platt S, McCollam A, Wilson S, Thomas S. “We’re not short of people telling us what the problem are. We’re short people telling us what to do”: an appraisal of public policy and mental health. *BMC Public Health* 2008. [Doi: 10.1186/1471-2458-8-314](https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-314).
8. Lal S, Mercier C. Intersectoral action to employ individuals with mental illness: Lessons learned from a local development initiative. *Work* 2009; 33(4):427-37. [Doi 10.3233/WOR-2009-0891](https://doi.org/10.3233/WOR-2009-0891).
9. Goeij MCM, Suhrcke M, Toffolutti V, Mheen DV, Schoenmakers TM, Kunst AE. How economic crises affect alcohol consumption and alcohol-related health problems: A realist systematic review. *Soc Sci Med* 2015; 131:131-146. [Doi: 10/1016/j.socscimed.2015.02.025](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.02.025).
10. Pellegrini-Filho A. Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde. *Cad Saúde Pública* 2011;27(11):2080-1. [cited 2016, June 13]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n11/01.pdf>.

11. Chaves TV, Sanchez GM, Ribeiro LA, Nappo AS. Fissura por crack: comportamentos e estratégias de controle de usuários e ex-usuários. *Rev Saúde Pública* 2011; 45(6):1168-75. Doi: 10.1590/S0034-89102011005000066.
12. Brito F. Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil. *Rev Bras Estud Popul* 2008; 25(1):5-26. [cited 2016, July 16]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v25n1/v25n1a02.pdf>.
13. Arcêncio RA, Arakawa T, Oliveira MF, Cardozo-Gonzales RI, Scatena LM, Ruffino-Netto A, et al. Barreiras econômicas na acessibilidade ao tratamento a Tuberculose em Ribeirão Preto. *Rev Esc Enferm USP* 2011; 45(5):1121-7. [cited 2016, July 18]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a13.pdf>.
14. Dias MAS, Parente JRF, Vasconcelos MIO, Dias FAC. Intersetorialidade e Estratégias de Saúde da Família tudo ou quase nada a ver? *Cien Saude Colet* 2014; 19(11):4371-82. Doi: 10.1590/1413-812320141911.11442014.
15. Kuh D, Ben-Shlomo Y, Linch J, Hallpvist J, Power C. Life course epidemiology. *J. Epidemiol. Community Health*. 2003, 57:778-83. Doi: [10.1136/jech.2006.048694](https://doi.org/10.1136/jech.2006.048694)
16. Guanilo MCDTU, Takahashi RF, Bertolozzi MR. Revisão Sistemática: noções gerais. *Rev Esc Enferm USP* 2011;45(5):1260-6. [cited 2016, Aug 22]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a33.pdf>.
17. Sampaio RF, Mancini MC. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Rev Bras Fisioter* 2007;11(1):83-9. Doi: 10.1590/S1413-35552007000100013 .
18. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *Epidemiol. Serv. Saúde. Brasília* 2015;24(2):335-42. Doi:10.1371/journal.pmed.1000097.
19. Souza MT de, Silva MD da, Carvalho R de. Integrative review: what is it? How to do it? *Einstein*, 2010;8 (1):102-6. Doi: 10.1590/s1679-45082010rw1134.
20. Pereira MG, Galvão TF. Heterogeneidade e vies de de publicação em revisões sistemáticas. *Epidemiol Serv Saúde. Brasília*, out-dez 2014;23(4):775-8. Doi: 10.5123/S1679-49742014000400021.
21. Akerman M, Franco de Sá R, Moyses S, Rezende R, Rocha D. Intersetorialidade? Intersetorialidade? *Cien Saude Colet*. 2014, 19(11):4291-4300. Doi: 10.1590/1413-812320141911.10692014.
22. Andrade LOM, Pellegrini-Filho A, Solar O, Rigoli F, Salazar LM, Serrate PCF, et al. Social determinants of health, universal health coverage, and sustainable development: cases studies from Latin America countries. *Lancet* 2015; 385:1343-51. Doi: 10.1016/S0140-6736(14)61494-X.
23. Diba D, d'Oliveira AS. Teatro e comunidade, juventude e apoio social: atores da promoção da saúde. *Cien Saude Colet* 2015;20(5):1353-62. Doi: 10.1590/1413-81232015205.01542014.
24. Dawbor TP, Westphal MF. Determinantes sociais da saúde e o Programa da Saúde da Família no município de São Paulo. *Rev Saude Publica* 2013;47(4):781-90. Doi: 10.1590/S0034-8910.2013047004585.
25. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Scorel S, Senna MCM, Fausto MCR, et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral da atenção primária à saúde no Brasil. *Cien Saude Colet* 2009, 14(3):783-94. Doi: 10.1590/S1413-81232009000300014.
26. Nascimento PR, Westphal MF, Moreira RS, Baltar VT, Moyses ST, Zioni F, et al. Impact of social Agendas - agenda 21 and Health Cities - upon the social determinants of health in brazilian municipalities: measuring the effects of diffuse social policies through the dimensions of Millenium Development Goals. *Rev Bras Epidemiol* 2014; suppl:1-14. Doi: 10.1590/1809-4503201400060001.

Submissão: 25/10/2017

Aceito: 27/04/2018

Publicado: 01/06/2018

Correspondência

Regina Célia Fiorati
 Av. Bandeirantes, 3900
 Bairro: Bairro Monte Alegre
 CEP: 14049-900 – Ribeirão Preto (SP), Brasil