

**Perspectivas da intersectorialidade no cotidiano da Atenção Primária à Saúde no Brasil:  
uma reflexão teórica**

**Intersectoriality perspectives on the daily life of Primary Health Care in Brazil:  
a theoretical reflection**

**Perspectivas de la Intersectorialidad en el cotidiano de la Atención Primaria de la Salud  
en Brasil: una reflexión teórica**

Recebido: 02/11/2020 | Revisado: 06/11/2020 | Aceito: 09/11/2020 | Publicado: 12/11/2020

**Edna Mara Mendonça**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4256-1407>

Universidade Federal de São João del Rei, Brasil

E-mail: [edmendonca@aluno.fiocruz.br](mailto:edmendonca@aluno.fiocruz.br)

**Fernanda Moura Lanza**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8250-180X>

Universidade Federal de São João del Rei, Brasil

E-mail: [fernandalanza@ufsj.edu.br](mailto:fernandalanza@ufsj.edu.br)

**Resumo**

Objetivo: refletir sobre as perspectivas da intersectorialidade no cotidiano da Atenção Primária à Saúde no Brasil. Método: trata-se de reflexão teórica a partir de pesquisa bibliográfica para embasamento teórico. O estudo teve como disparador o questionamento: Quais são as perspectivas das práticas intersectoriais realizadas nos serviços de Atenção Primária à Saúde? Resultados: A reflexão foi organizada em duas seções: (1) A concepção ampliada de saúde e a promoção do cuidado na dimensão intersectorial. Enfatiza a importância da intersectorialidade ao fomentar a produção do cuidado e ampliar a realidade local ao integrar conhecimentos, setores, atores, pois extrapola a atuação do setor saúde. (2) Tessituras do Trabalho em Saúde na Atenção Primária com articulação intersectorial. Aponta os desafios de produzir saúde no cotidiano dos serviços ao demandar constantes mudanças no processo de trabalho como a criação de coletivos e parcerias de diferentes atores sociais, o que imprime uma lógica de organização do trabalho para a superação da exclusão e iniquidades em saúde. Conclusão: a intersectorialidade tem sido colocada como favorecedora das políticas de saúde voltadas para a

mudança de modelos de atenção pois, representa a superação da fragmentação das políticas, além de ser uma ferramenta de colaboração das práticas de cuidado e/ou gestão.

**Palavras-chave:** Sistema único de saúde; Atenção primária a saúde; Estratégia saúde da família; Colaboração intersetorial; Conhecimentos, atitudes e prática em saúde; Gestão em saúde.

### **Abstract**

Objective: to reflect on the perspectives of intersectorality in the daily routine of Primary Health Care in Brazil. Method: it is a theoretical reflection based on a bibliographic research for theoretical foundation. The study triggered the question: What are the perspectives of intersectoral practices carried out in Primary Health Care services? Results: The reflection was organized into two sections: (1) The expanded concept of health and the promotion of care in the intersectoral dimension. Emphasizes intersectorality as important in fostering the production of care and expanding the local reality by integrating knowledge, sectors, actors, as they go beyond the performance of the health sector. (2) Health Work Texts in Primary Care with intersectoral articulation. It points out the challenges of producing health in the daily life of services by demanding constant changes in the work process, such as the creation of collectives and partnerships of different social actors, which imposes a logic of work organization to overcome exclusion and inequities in health. Conclusion: intersectorality has been seen as favoring health policies aimed at changing care models, as it represents the overcoming of policy fragmentation, in addition to being a tool for collaborating care and / or management practices.

**Keywords:** Unified health system; Primary health care; Family health strategy; Intersectoral Collaboration; Health knowledge, attitudes, practice; Health management.

### **Resumen**

Objetivo: reflexionar sobre las perspectivas de la intersectorialidad en el día a día de la Atención Primaria de Salud en Brasil. Método: es una reflexión teórica basada en una investigación bibliográfica con fundamento teórico. El estudio generó la pregunta: ¿Cuáles son las perspectivas de las prácticas intersectoriales realizadas en los servicios de Atención Primaria de Salud? Resultados: La reflexión se organizó en dos apartados: (1) El concepto ampliado de salud y la promoción del cuidado en la dimensión intersectorial. Enfatiza la intersectorialidad como importante para fomentar la producción de cuidados y ampliar la realidad local integrando conocimientos, sectores, actores, ya que van más allá del desempeño

del sector salud. (2) Textos de Trabajo en Salud en Atención Primaria con articulación intersectorial. Señala los desafíos de producir salud en la vida cotidiana de los servicios exigiendo cambios constantes en el proceso de trabajo, como la creación de colectivos y alianzas de diferentes actores sociales, lo que impone una lógica de organización del trabajo para superar la exclusión y las inequidades en salud. Conclusión: la intersectorialidad ha sido vista como favorecedora de las políticas de salud orientadas a cambiar los modelos de atención, ya que representa la superación de la fragmentación de las políticas, además de ser una herramienta para las prácticas asistenciales y / o de gestión colaborativas.

**Palabras clave:** Sistema único de salud; Atención primaria a la salud; Estrategia salud de la familia; Colaboración intersectorial; Conocimientos, actitudes y práctica en salud; Gestión en salud.

## 1. Introdução

Na Conferência de Alma Ata, em 1978, a Organização Mundial de Saúde (OMS) enfatiza a saúde como um direito humano fundamental, o qual requer a ação de vários setores sociais - além da saúde - e participação de pessoas e comunidades no planejamento das ações e implementação dos cuidados (Scliar, 2007).

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

Nessa conjuntura, o setor saúde tem se destacado como a área que mais promove ações intersectoriais em função das vastas redes de intervenção político-sanitário e do conceito ampliado de saúde (Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS], 2010; p. 62). O Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) alega que a intersectorialidade abrange ações e/ou intervenções sobre os determinantes sociais em uma dinâmica de corresponsabilização por parte das organizações públicas e parceiros com construção de uma rede de relações (Brasil, 2008).

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

A colaboração intersetorial se dá em nível de gestão, nos territórios e na prática de atuação dos atores das políticas públicas (Paim, 2009; Potvin, 2012), e está relacionada a articulação de múltiplos saberes com diferentes setores para promover um olhar mais adequado acerca das determinações sociais da saúde, construindo uma resposta mais eficaz para os problemas cotidianos. Apesar da busca pela integralidade do cuidado, a intersetorialidade não se opõe a ação setorial, mas remete ao sentido de complementariedade de práticas (Amarante, 2007; Sposati, 2006). Dessa forma, há necessidade de lançar mão da política de articulação entre setores sociais diversos e complementares, o que faz com que esta surja como eixo estruturante na atenção à saúde (Paula, Palha, & Protti, 2004).

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

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

Dentre as atribuições da APS, a intersetorialidade sugere aos trabalhadores da saúde ferramentas para ampliar a integralidade do cuidado, responsabilização e resolutividade, como o desenvolvimento da capacidade de escuta e a promoção de espaços de negociação para compartilhar o saber, além de parcerias com a comunidade e os diversos setores da sociedade, como por exemplo, educação, justiça, transporte, cultura, esportes, organizações não governamentais, grupos religiosos, instituições privadas e outros, numa visão interdisciplinar. (OPAS, 2010).

Tendo em vista os 30 anos de existência do Sistema Único de Saúde (SUS) e os desafios para sua efetividade tanto da gestão quanto ao cuidado em saúde, faz-se necessário refletir sobre as perspectivas da intersetorialidade no cotidiano da APS no Brasil.

## 2. Metodologia

Trata-se de estudo de reflexão teórica pautado na seguinte questão norteadora: Quais são as perspectivas das práticas intersetoriais realizadas nos serviços de APS? Foi utilizada a pesquisa bibliográfica como forma de embasamento teórico, que segundo Gil (2008), permite explorar um universo robusto de referências.

Assim, foram utilizadas como fonte de dados a última versão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) brasileira e as obras acerca das políticas públicas intersetoriais. Para tanto, valeu-se da literatura científica com vistas a amparar a discussão e a análise crítica, abarcando livros e artigos científicos, coletados em bases de dados *online* que tivessem interface com o tema.

## 3. Reflexões

A reflexão teórica foi organizada em duas seções, sendo (1) A concepção ampliada de saúde e a promoção do cuidado na dimensão intersetorial e a (2) Tessituras do Trabalho em Saúde na Atenção Primária com articulação intersetorial.

### 3.1 A concepção ampliada de saúde e a promoção do cuidado na dimensão intersetorial

As visões clássicas de saúde e doença deram lugar para bases conceituais mais integrais, com capacidade de abarcar a complexidade dos processos determinantes e descrever os processos globais de saúde (Castelanos, 1990). Cada situação de saúde específica, singular ou coletiva, traduz uma gama de determinantes biológicos, históricos, sociais, econômicos, culturais e políticos (Almeida Filho & Rouquayrol, 2006; Cruz, 2011; Sabroza & Kawa, 2014). Nesse contexto, a intersetorialidade é vista tanto como rota para a mudança do modelo assistencial quanto estratégia para resolução os problemas de saúde e seus determinantes (Silva, Sena, Akerman, Belga, & Rodrigues, 2014; Prado & Santos, 2018).

O processo saúde-doença representa o conjunto de relações e variáveis que produzem e condicionam o estado de saúde e doença de uma pessoa, um grupo da população ou da sociedade (Sabroza & Kawa, 2014). As desigualdades sociais em saúde manifestam-se nos determinantes sociais do processo saúde-doença, assim, investimentos em capital humano e em redes de apoio social são fundamentais para a promoção e proteção da saúde individual e

coletiva pois favorecem melhores níveis de saúde, mais igualitários e com alta coesão social (Barreto, 2017; Paim, 2009; Pellegrini Filho, 2011).

A situação de saúde está relacionada as condições de vida e trabalho de uma população (Buss & Pellegrini Filho, 2007). Para a CNDSS, estabelecida em 2006, os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) são: “fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam eventos relacionados a saúde e os fatores de risco para a população” (Brasil, 2008; p. 148).

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

Buss (2000) nos mostra que dialogando com a qualidade de vida, a concepção ampliada de saúde inclui outras bases valorativas como amor, liberdade, afeto, realização pessoal e incorpora as idéias de desenvolvimento sustentável e essência humana que passam pelos campos da democracia, direitos humanos e sociais. E a partir dessas premissas, a promoção da saúde sugere ao setor saúde resolutividade com vistas à atenção integral, e coloca tanto a intersetorialidade, quanto a participação popular em destaque com atuações nos determinantes sociais na RAS (Brasil, 2014).

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

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

promoção da saúde e de prevenção das doenças articulados com a atenção, recuperação e reabilitação das pessoas na perspectiva da integralidade do cuidado e do acesso aos serviços (Paiva & Teixeira, 2014).

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

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

Mas afinal, o que é cuidado? Para Franco e Merhy (2013), ao refletirmos sobre a produção do cuidado em saúde, imaginamos o cuidado enquanto potência, isto é, a capacidade de promover mudanças no exercício cotidiano do cuidado em saúde. O cuidado aponta para possibilidades, sociabilidades e subjetividades, sendo atravessado por diferentes planos (históricos, sociais, econômicos), o que nos leva a pensar em estratégias de cuidado que se fazem nos encontros nesta diversidade e multiplicidade (Cecílio, 2011). Há de se construir o cuidado em saúde, considerando o tempo e o lugar em que este cuidado se insere, tecido como estratégia em rede, ou seja, o cuidado se faz em rede e em um lugar (Yasui *et al.*, 2018).

Para essa discussão, contamos com a contribuição de Potvin (2012), ao afirmar que vários modelos explicativos reconhecem que saúde é produzida no cotidiano e, portanto, extrapolam a atuação do setor saúde. Dessa maneira, há de se considerar duas dimensões inerentes ao trabalho no cotidiano da APS: articulação das ações e trabalho em equipe. Segundo Almeida Filho (2000), ao olharmos os modos de relacionamento do trabalho

multiprofissional, constataremos que as relações profissionais ocorrem por meio de diferentes interações disciplinares e estão estabelecidas nos seguintes níveis de agrupamento, como: multidisciplinaridade; interdisciplinaridade; transdisciplinaridade.

O trabalho multidisciplinar traz várias disciplinas que se complementam, mas sem relações entre elas, no caso temos vários profissionais reunidos, trabalhando isoladamente, onde a ausência de uma articulação não representa a ausência de relação entre os profissionais. Em contrapartida, temos na interdisciplinaridade, um grupo de disciplinas com determinado grau de cooperação e definidas em um nível hierárquico onde há dois níveis e objetivos múltiplos com a coordenação superior. Já na transdisciplinaridade, a coordenação de todas as disciplinas é interdisciplinar, centra-se em um sistema de níveis e objetivos múltiplos, com sistemas comuns (Almeida Filho, 2000).

O trabalho multiprofissional com caráter transdisciplinar exige a composição de ferramentas de trabalho, de teorias, entendimento dos casos e claro, interação (Almeida Filho, 2000). É por isso que a reorientação das práticas de saúde aponta não apenas para a necessidade de construir novas instrumentalidades, mas também a construção de novas concepções de cuidado. O profissional deve ter um olhar amplo, ser comprometido com a prática de trabalho em equipe e integrado com disponibilidade para exercer um fazer coletivo com responsabilização, acolhimento das reais demandas da população (Barata, 2009; Sabroza & Kawa, 2014).

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

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

A prática intersetorial ocupa espaço importante de atuação e proposição na política de saúde (OPAS, 2015). Assim, a intersetorialidade desponta como estratégia importante para a operacionalização do conceito ampliado de saúde e de ações norteados pela concepção da



promoção da saúde. Fundamentado por diversos autores já mencionadas nesse estudo, é uma ação potente no trabalho da APS, pois exige a combinação de ações de diversos setores da sociedade. Delas também fazem parte o autocuidado e os cuidados coletivos, que de alguma forma promovem a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida (Rocha & Akerman, 2014).

Completando a reflexão acima, Feuerwerker e Costa (2000) nos faz pensar que as limitações setoriais ficam mais evidentes quando se trata da saúde, pois a apreensão da determinação social do processo-saúde nos faz expandir o rol de atuação mobilizando a ação intersetorial e elaborando parcerias diversas. Para além da decisão política, a intersetorialidade nos impulsiona romper com o modelo tradicional de prestação de serviços com demasiada setorialização que acarreta a fragmentação de ações (Inojosa & Junqueira, 1997).

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

Nas dimensões gestão coletiva e cultura local, a intersetorialidade é uma estratégia potencialmente capaz de unificar forças, propiciar a formulação de propostas de saúde que sejam a um só tempo participativas, eficazes e relevantes (Oliveira, Medina, Figueiró & Potvin, 2017). A intersetorialidade tem sido importante para a APS e RAS, ao fomentar a produção do cuidado em saúde ao ampliar a realidade local e favorecer a integração de conhecimentos, setores, atores (Dias, Parente, Vasconcelos, & Dias, 2014; Prado & Santos, 2018). Logo, o desafio da consolidação da APS integral no país é o desenvolvimento de ações comunitárias e intersetoriais para responder aos determinantes sociais e promover a saúde (Rocha & Akerman, 2014).

### **3.2 Tessituras do Trabalho em Saúde na Atenção Primária com articulação intersetorial**

No ano de 1978, em Alma-Ata, ocorreu a 1ª Conferência Internacional sobre APS, evento que reconheceu a saúde como direito no qual seus determinantes têm caráter intersetorial. Mais de 140 países aprovaram a Declaração de Alma-Ata quando a APS foi consagrada como alicerce para atuação em saúde para as populações em reconhecimento da interação entre agentes biológicos em ambientes físicos e sociais. Naquele momento, o grande desafio da APS era entender tal interação e favorecer aos indivíduos, família e comunidades

uma melhor qualidade de vida e saúde para realização de projetos pessoais (Fausto & Matta, 2007). Para a APS, o aspecto relacionado à situação de saúde da população dialoga com o conceito de que a saúde é um direito fundamental do cidadão (Sabroza & Kawa, 2014).

No decurso da estruturação do SUS, discutiu-se sobre os modelos assistenciais vigentes: o modelo biomédico e o modelo dos determinantes sociais da saúde. O primeiro abarca o processo saúde-doença de maneira em que ocorre a valorização da clínica individual que envolve consultas e procedimentos médicos (Barreto, 2017). Enquanto as concepções dos determinantes sociais da saúde moldam-se por circunstâncias de ordem política, social e econômica abrangendo a complexidade inerente a vida (Brasil, 2008; Garbois, Sodré, & Dalbello-Araújo, 2017).

Campos (2006) traz a dificuldade da transição dos modelos de atenção à saúde, pois trata-se de modelos com enfoques diferentes. No Brasil, a APS assumiu missão estratégica para a organização e ampliação da efetividade dos sistemas de saúde configurando-se na junção de ações de saúde nos níveis individual, familiar e coletivo; agregando ações que vão desde a promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvidas em meio a práticas de cuidado destinadas a determinada população num território pré-definido. As práticas de cuidado são executadas por equipe multiprofissional com vistas a atender de forma integral e gratuita a população adstrita no território de acordo com determinantes e condicionantes sociais de saúde independente de raça, credo, orientação sexual, idade, nacionalidade entre outros (Brasil, 2017).

O êxito da ESF consolidou-a como estratégia prioritária para a reorganização da APS, capaz de viabilizar formas de trabalho inovadoras baseadas nos princípios e diretrizes do SUS com a resolutividade dos problemas de saúde das pessoas (Brasil, 2017). Para Starfield (2002), a APS deve abarcar o primeiro nível de atenção, tendo como norte toda rede de atenção com vistas a complementaridade dos níveis de atenção para então otimizar os recursos direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde.

No entanto, a garantia do direito à saúde vai muito além da disponibilidade do serviço. Há de se lançar mão de ferramentas que promovam a produção do cuidado com acesso universal aos serviços de saúde: encontros entre usuários e trabalhadores (acolhimento, visitas domiciliares, apoio matricial e atividades coletivas); formação/experiência do trabalhador; relação com o usuário e com o território; vínculo e responsabilização; respeito à autonomia e aos diferentes saberes e culturas; conhecimento da realidade local; carga de trabalho; e valorização/satisfação profissional (Menezes, Scherer, Verdi, & Pires, 2017). Todas essas

ações, e especialmente com a PNAB, passaram a ser objeto de uma maior atenção da política pública de saúde (Yasui *et al.*, 2018).

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

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

Dada a notória ampliação da ESF, surgiu a necessidade de ofertar apoio as equipes de forma mais próxima e sistemática, pois haviam casos os quais a ESF apresentava embaraços em sua condução. Neste cenário, criou-se o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) (Brasil, 2012).

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

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

Conforme a PNAB (2017), os NASF AB são equipes de saúde, compostas por profissionais de diferentes especialidades, que devem atuar de maneira integrada e

complementar as ESF e da APS. Além disso, essas equipes devem compartilhar práticas e saberes em saúde com as equipes de referência, a fim de auxiliá-las no manejo ou resolução de problemas clínicos e sanitários, bem como agregar ações, na APS, que ampliem o escopo de serviços ofertados (Brasil, 2011).

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

Considera-se que a principal diretriz de atuação do NASF AB é a integralidade das ações, compreendida em três sentidos: (1) a abordagem integral do indivíduo levando em consideração seu contexto social, familiar e cultural e com garantia de cuidado longitudinal tanto em termos clínicos quanto sanitários; (2) as práticas de saúde organizadas a partir da integração das ações de promoção, prevenção, reabilitação; (3) a organização do sistema de saúde de forma a garantir o acesso às redes de atenção, em concomitância com as necessidades de sua população (Brasil, 2009; Brasil, 2017).

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

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

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

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

O NASF AB apesar de ter em sua concepção o desenho amplo de atuação, com seu caráter clínico atual, pode vir a ofertar apoio às equipes da ESF somente em atendimentos ambulatoriais e desconsiderar completamente a noção de clínica ampliada. Alguns gestores podem considerar a ampliação das ofertas ao oferecer profissionais para atendimentos ambulatoriais sem considerar a promoção da saúde, o processo saúde-doença, a clínica ampliada e o território (Cecílio & Reis, 2018; Morosini, Fonseca, & Lima, 2018). Nesse ínterim, vale enfatizar os desafios que podem impactar no enfraquecimento do NASF AB, como a desigualdade social, a baixa resolutividade dos serviços e o subfinanciamento crônico da saúde, aspectos que atravessam a superação da exclusão e iniquidades (Geremia, 2020). Fatores que tomam corpo ao serem aliados a ausência de iniciativas de promoção da ação intersetorial; as dificuldades do trabalhador em olhar para além da sua área específica de atuação e romper relações tradicionais do trabalho, são elencadas como fatores dificultadores da implementação da intersetorialidade no cotidiano dos serviços de saúde (OPAS, 2010).

Diante do exposto, o desafio de produzir saúde no cotidiano dos serviços demanda constantes mudanças no processo de trabalho como a criação de coletivos, composição de redes e parcerias com implicação de diferentes atores sociais (Yasui *et al.*, 2018). Isso significa uma nova lógica de organização de trabalho, de potencialização dos encontros para qualificação da escuta, no sentido de conhecer as necessidades e buscar soluções possíveis dentro das redes de cuidado disponíveis (Tesser, 2017).

Em pesquisas relacionadas a temática, constata-se a potencialidade da intersetorialidade como estratégia de gestão em saúde no que tange ao alcance dos princípios da universalidade, equidade e da integralidade (Andrade, 2006; Silva & Rodrigues, 2010).

Alianças entre dispositivos institucionais, não institucionais e comunidade podem garantir atendimento integral e auxiliar na efetivação do SUS e inclusão social (Lotta & Favaretto, 2016). A defesa e o fortalecimento das políticas públicas exigem pilares democráticos nos processos de gestão e apoio da sociedade civil ao reivindicar o direito à saúde universal como condição para a justiça social (Geremia, 2020).

#### **4. Considerações Finais**

Ao longo da presente reflexão teórica, reconhecemos dinamicidade da intersectorialidade e o propomos aprofundamento no tema. Encontramos grandes desafios no SUS, mas, o maior deles está relacionado à legitimidade da intersectorialidade enquanto eixo estruturante para o setor saúde: movimento capaz de repercutir em mudanças na gestão dos serviços e nas práticas de cuidado. Haja vista que na APS, com a ampliação do conceito de saúde há expansão das práticas para outras políticas públicas e/ou parcerias comunitárias. Já o modelo biomédico restringe a atuação profissional à equipe, ou ainda, quando muito à rede intrasetorial.

Ao situar o debate para os dias atuais, a intersectorialidade tem sido colocada como impulsionadora das políticas de saúde voltadas para a mudança de modelos de atenção, pois, representa a superação da fragmentação das políticas, além de ser uma ferramenta de colaboração das práticas de cuidado e/ou gestão.

Sugere-se a realização de estudos que possam analisar a implementação da intersectorialidade no cotidiano do cuidado e da gestão dos serviços de APS, em especial, nas equipes de Saúde da Família.

#### **Referências**

Akerman, M., Franco de Sá, R., Moyses, S., Rezende, R., & Rocha, D. (2014). Intersetorialidade? IntersetorialidadeS!. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(11), 4291-4300. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141911.10692014>

Almeida Filho, N. (2000). Intersetorialidade, transdisciplinaridade e saúde coletiva: atualizando um debate em aberto. *Revista de Administração Pública*, 34(6), 11-34. Recuperado de: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6345/4930>

Almeida Filho, N., & Rouquayrol, M. Z. (2006). *Modelos de saúde e doença*. In Almeida Filho, N., & Rouquayrol, M. Z. *Introdução à epidemiologia* (4a ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Almeida Filho, N. (2011). *O que é saúde?* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Andrade, A. S., & Falcão, I. V. (2017). A compreensão de profissionais da atenção primária à saúde sobre as práticas da terapia ocupacional no NASF. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional/Brazilian Journal of Occupational Therapy*, 25(1), 33-42. Recuperado de: <https://doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAO0779>

Andrade, L. O. M. (2006). *A Saúde e o Dilema da Intersetorialidade*. São Paulo: Hucitec.

Barata, R. B. (2009). *Como e Por Que as Desigualdades Sociais Fazem Mal à Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Barreto, M. L. (2017). Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(7), 2097-2108. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017227.02742017>

Brasil, Presidência da República, Casa Civil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 5 de outubro de 1988*. Recuperado de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)

Brasil, Presidência da República, Casa Civil. (1990). *Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Recuperado de: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)

Brasil. (2008). Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil: relatório final da Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde*. Recuperado de: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas\\_sociais\\_iniquidades.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf)

Brasil, M. S. (2008). *Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008*. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Recuperado de: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154\\_24\\_01\\_2008.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html)

Brasil, M. S. (2009). *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família*. Recuperado de: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_do\\_nasf\\_nucleo.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf)

Brasil, M. S. (2010). *Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010*. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Recuperado de: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)

Brasil, Presidência da República, Casa Civil. (2011). *Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011*. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Recuperado de: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm)

Brasil, M. S. (2012). *Política Nacional de Atenção Básica*. Recuperado de <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>

Brasil, M. S. (2014). *Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano*. Recuperado de: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo\\_apoio\\_saude\\_familia\\_cab39.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf)

Brasil, M. S. (2017). *Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Recuperado de: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/2017/prt2436\\_22\\_092017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/2017/prt2436_22_092017.html)

Buss, P. M., & Pellegrini Filho, A. (2007). A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17(1), 77-93. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>



Buss, P. M. (2000). Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 163-177. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000100014>

Campos, G. W. de S. (2006). Reflexões temáticas sobre equidade e saúde: o caso do SUS. *Saúde e Sociedade*, 15(2), 23-33. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902006000200004>

Castellanos, P. L. (1990). Sobre el concepto de salud-enfermedad. Descripción y explicación de la situación de salud. *Boletín Epidemiológico Organización Panamericana de la Salud*, 10(4): 1-7. Recuperado de: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/32628/8366.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Cecilio, L. C. de O., & Reis, A. A. C. dos. (2018). Notes on persistent challenges for basic health care in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(8), e00056917. <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00056917>

Cecilio, L. C. O. (2011). Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 15(37), 589-599. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832011000200021>

Cruz, M. M. *Concepção de saúde-doença e o cuidado em saúde*. (2011). In: Gondim, R., Grabois, V., Mendes Junior, W. V., organizadores. *Qualificação dos Gestores do SUS* (2a ed.). Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD.

Czeresnia, D., M., et al (2013). *Os sentidos da saúde e da doença*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Dias, M. S. de A., et al (2014). Intersetorialidade e Estratégia Saúde da Família: tudo ou quase nada a ver?. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(11), 4371-4382. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141911.11442014>

Fausto, M. C. R. & Matta, G. C. (2007). *Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas*. In: Morosini, M. V. G. C. *Modelos de atenção e a saúde da família*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz.

Feurwerker, L.M. & Costa, H. (2000). Intersetorialidade na Rede Unida. *Divulgação Saúde Debate*, 37(22), 25-35.

Franco, T. B. & Merhy, E. E. (2013). *Trabalho, Produção do Cuidado e Subjetividade em Saúde*. São Paulo: Hucitec.

Garbois, J. A., Sodré, F., & Dalbello-Araujo, M. (2017). Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. *Saúde em Debate*, 41(112), 63-76. <https://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711206>

Geremia, D. S. (2020). Atenção Primária à Saúde em alerta: desafios da continuidade do modelo assistencial. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 30(1), e300100. <https://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312020300100>

Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social* (6a ed.). São Paulo: Atlas.

Inojosa, R. M. (2001). *Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade*. São Paulo: Cadernos Fundap.

Inojosa, R. M., Junqueira, L. P. (1997). *Experiências Municipais: Desenvolvimento social e intersetorialidade na gestão pública municipal*. Conferência Nacional de Saúde On-Line.

Lima, L. D., Machado, C. V. & Noronha, J. C. (2014). *O Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e lógica organizativa; avanços, dificuldades e desafios*. In: Kushinir, R. & Fausto, M. *Gestão de Rede de Atenção à Saúde*. Rio de Janeiro: EAD/ENSP.

Lotta, G., & Favareto, A. (2016). Desafios da integração nos novos arranjos institucionais de políticas públicas no Brasil. *Revista de Sociologia e Política*, 24(57), 49-65. <https://dx.doi.org/10.1590/1678-987316245704>

Luján, R. C., & Salazar, L. (2013). *Intersectorialidad: percepciones y condiciones para su viabilidad em el municipio de La Cumbre*. Fundesalud, Santiago de Cali.

Menezes, E. L. C. de, et al (2017). Modos de produzir cuidado e a universalidade do acesso na atenção primária à saúde. *Saúde e Sociedade*, 26(4), 888-903. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902017170497>

Morosini, M. V. G. C., et al (2018). Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, 42(116), 11-24. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811601>

Oliveira, C. M., & Casanova, Â. O. (2009). Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3), 929-936. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000300029>

Oliveira, S. R. de A., et al (2017). Strategic factors for the sustainability of a health intervention at municipal level of Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(7), e00063516. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00063516>

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). (2010). *Políticas Integradas em Rede e a Construção de Espaços Saudáveis: boas práticas para a Iniciativa do Rostos, Vozes e Lugares*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). (2015). *Intersectorialidad y equidad en salud en América Latina: una aproximación analítica*. Washington, DC: Organização Pan-Americana da Saúde.

Pagliccia, N., Spiegel, J., Alegret, M., Bonet, M., Martinez, B., & Yassi, A. (2010). Network analysis as a tool to assess the intersectoral management of health determinants at the local level: a report from an exploratory study of two Cuban municipalities. *Social science & medicine (1982)*, 71(2), 394–399. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.03.041>

Paim, Jairnilson Silva. (2009). *O que é SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Paiva, C. H. A., & Teixeira, L. A. (2014). Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 21(1), 15-36. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702014000100002>

Paula, K. A. de, Palha, P. F., & Protti, S. T. (2004). Intersetorialidade: uma vivência prática ou um desafio a ser conquistado? O Discurso do Sujeito Coletivo dos enfermeiros nos núcleos de Saúde da Família do Distrito Oeste - Ribeirão Preto. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 8(15), 331-348. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832004000200011>

Pellegrini Filho, A. (2011). Public policy and the social determinants of health: the challenge of the production and use of scientific evidence. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(Suppl. 2), s135-s140. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011001400002>

Potvin, L. (2012). Intersectoral action for health: more research is needed!. *International Journal of Public Health*, 57, 5-6. <https://doi.org/10.1007/s00038-011-0330-0>

Prado, N. M. de B. L., & Santos, A. M. dos. (2018). Promoção da saúde na Atenção Primária à Saúde: sistematização de desafios e estratégias intersetoriais. *Saúde em Debate*, 42(spe1), 379-395. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s126>

Rocha, D. G., Akerman, M. (2014). *Determinação social da saúde e promoção da saúde: isto faz algum sentido para a Estratégia de Saúde da Família? Em que sentido podemos seguir?* In: Sousa, M. F., Franco, M. S., Mendonça, A. V. M., organizadores. *Saúde da Família nos municípios brasileiros: Os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro*. São Paulo: Saberes Editora.

Sabroza, P., & Kawa, H. (2014). *O processo saúde-doença-cuidado*. In: Kushinir, Rosana e Fausto, Márcia. *Gestão de Rede de Atenção à Saúde*. Rio de Janeiro: EAD/ENSP.

Santos, J. L. F., & Westphal, M. F. (1999). Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. *Estudos Avançados*, 13(35), 71-88. <https://doi.org/10.1590/S0103-40141999000100007>

Scliar, M. (2007). História do conceito de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17(1), 29-41. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100003>

Silva, K. L., & Rodrigues, A. T. (2010). Ações intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(5), 762-769. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000500011>

Silva, K. L., et al (2014). Intersetorialidade, determinantes socioambientais e promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(11), 4361-4370. <https://doi.org/10.1590/1413-812320141911.10042014>

Sposati, A. (2006). Gestão pública intersetorial: sim ou não? Comentário de experiência. *Serviço Social & Sociedade*, 85,133-141.

Starfield, B. (2002). *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde. Recuperado de: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_primaria\\_p1.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf).

Tesser, C. D. (2017). Núcleos de Apoio à Saúde da Família, seus potenciais e entraves: uma interpretação a partir da atenção primária à saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 21(62), 565-578. <https://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0939>

Yasui, S., et al (2018). Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. *Revista Polis e Psique*, 8(1), 173-190. <https://dx.doi.org/10.22456/2238-152X.80426>

#### **Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito**

Edna Mara Mendonça – 70%

Fernanda Moura Lanza – 30%