

ANTÔNIO PAULO GOMES CHIARI

**COLABORAÇÃO INTERSETORIAL NAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DO
DESENVOLVIMENTO INFANTIL EM MUNICÍPIOS DE MINAS GERAIS**

**Faculdade de Odontologia
Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte
2022**

Antônio Paulo Gomes Chiari

COLABORAÇÃO INTERSETORIAL NAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL EM MUNICÍPIOS DE MINAS GERAIS

Tese apresentada ao Colegiado de Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do grau de Doutor em Odontologia – área de concentração em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Raquel Conceição Ferreira

Co-orientadora: Profa. Dra. Maria Inês Barreiros Senna

Belo Horizonte

2022

Ficha Catalográfica

C532c Chiari, Antônio Paulo Gomes .
2022 Colaboração intersetorial nas ações de promoção do
T desenvolvimento infantil em municípios de Minas Gerais /
Antônio Paulo Gomes Chiari. -- 2022.

154 f. : il.

Orientadora: Raquel Conceição Ferreira.
Coorientadora: Maria Inês Barreiros Senna.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal de Minas
Gerais, Faculdade de Odontologia.

1. Colaboração intersetorial. 2. Política pública. 3.
Desenvolvimento infantil . 4. Colaboração intersetorial . 5.
Promoção da saúde. I. Ferreira, Raquel Conceição. II. Senna,
Maria Inês Barreiros. III. Universidade Federal de Minas
Gerais. Faculdade de Odontologia. IV. Título.

BLACK - D047



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

FOLHA DE APROVAÇÃO

**COLABORAÇÃO INTERSETORIAL NAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO
INFANTIL EM MUNICÍPIOS DE MINAS GERAIS**

ANTÔNIO PAULO GOMES CHIARI

Tese submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ODONTOLOGIA, como requisito para obtenção do grau de Doutor em ODONTOLOGIA, área de concentração SAÚDE COLETIVA.

Aprovada em 18 de julho de 2022, pela banca constituída pelos membros:

Prof(a). Raquel Conceição Ferreira - Orientador
UFMG

Prof(a). Maria Inês Barreiros Senna
UFMG

Prof(a). Maria do Socorro Machado Freire
Universidade Federal de Pernambuco

Prof(a). Ana Estela Haddad
USP

Prof(a). Geraldo Cunha Cury
UFMG

Prof(a). Patricia Maria Pereira de Araujo Zarzar
UFMG

Belo Horizonte, 18 de julho de 2022.



Documento assinado eletronicamente por **Raquel Conceição Ferreira, Professora do Magistério Superior**, em 18/07/2022, às 11:41, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Patricia Maria Pereira de Araujo Zarzar, Professora do Magistério Superior**, em 18/07/2022, às 11:42, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Maria Ines Barreiros Senna, Coordenador(a) de coordenadoria**, em 18/07/2022, às 11:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Geraldo Cunha Cury, Professor do Magistério Superior**, em 18/07/2022, às 11:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Maria do Socorro Machado Freire, Usuária Externa**, em 18/07/2022, às 11:46, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ana Estela Haddad, Usuária Externa**, em 18/07/2022, às 20:50, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1597730** e o código CRC **CA1B4B65**.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO

ATA DA DEFESA DE TESE DO ALUNO ANTÔNIO PAULO GOMES CHIARI

Realizou-se, no dia 18 de julho de 2022, às 08:30 horas, Remoto, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de tese, intitulada *COLABORAÇÃO INTERSETORIAL NAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL EM MUNICÍPIOS DE MINAS GERAIS*, apresentada por ANTÔNIO PAULO GOMES CHIARI, número de registro 2018710936, graduado no curso de ODONTOLOGIA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor em ODONTOLOGIA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Raquel Conceição Ferreira - Orientador (UFMG), Prof(a). Maria Inês Barreiros Senna (UFMG), Prof(a). Maria do Socorro Machado Freire (Universidade Federal de Pernambuco), Prof(a). Ana Estela Haddad (USP), Prof(a). Geraldo Cunha Cury (ufmg), Prof(a). Patricia Maria Pereira de Araujo Zarzar (UFMG).

A Comissão considerou a tese:

Aprovada

Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.

Belo Horizonte, 18 de julho de 2022.

Prof(a). Raquel Conceição Ferreira (Doutora)

Prof(a). Maria Inês Barreiros Senna (Doutora)

Prof(a). Maria do Socorro Machado Freire (Doutora)

Prof(a). Ana Estela Haddad (Doutora)

Prof(a). Geraldo Cunha Cury (Doutor)

Prof(a). Patricia Maria Pereira de Araujo Zarzar (Doutora)



Documento assinado eletronicamente por **Raquel Conceição Ferreira, Professora do Magistério Superior**, em 18/07/2022, às 11:41, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Patricia Maria Pereira de Araujo Zarzar, Professora do Magistério Superior**, em 18/07/2022, às 11:41, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Maria Ines Barreiros Senna, Coordenador(a) de coordenadoria**, em 18/07/2022, às 11:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Geraldo Cunha Cury, Professor do Magistério Superior**, em 18/07/2022, às 11:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Maria do Socorro Machado Freire, Usuária Externa**, em 18/07/2022, às 11:47, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ana Estela Haddad, Usuária Externa**, em 18/07/2022, às 20:53, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1597700** e o código CRC **4B5A3FF1**.

Para Anna Júlia,
Maria Eduarda e Rodrigo Augusto

AGRADECIMENTO

Foram quatro anos de trabalho, aprendizado e incertezas. Mesmo que solitário e introspectivo nos momentos de reflexão e textualização, a rede tecida para a conclusão deste doutorado é bastante vasta. Tive a companhia de muita gente. Especialmente importante, o apoio, com liberdade, solidariedade e confiança, de minhas orientadoras Raquel Ferreira e Maria Inês Senna e colaboradora Viviane Gomes. Uma relação iniciada em 2014, durante o mestrado, e que se mantém por esses quase dez anos. Foram muitos momentos de discussão, orientação, revisão das tantas atividades formativas, acadêmicas e científicas que compõem minha trajetória. As participações na disciplina de Métodos de Investigação em Saúde Coletiva trouxeram múltiplas oportunidades de aprendizado, de diálogo e de admiração pelo trabalho intelectual e professoral.

O Projeto Nascente, um presente em vários aspectos, que possibilitou o trabalho com a colaboração intersetorial, com estrutura e financiamento (Diretoria de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde) para parte importante da pesquisa de campo. Geraldo Cury, coordenador do projeto; Anna Rachel, colega de doutorado, sempre pronta e disponível com os materiais do projeto; o grupo de professores, profissionais e tutores que preparou o material didático e a capacitação dos multiplicadores; os multiplicadores que gentilmente me receberam nos seminários; os trabalhadores/alunos da capacitação que proporcionaram momentos reflexivos e lúdicos na observação da árdua construção do trabalho coletivo; os gestores entrevistados, que aceitaram meu insistente convite. A todos agradeço o envolvimento, parceria e paciência.

Na UFMG tive a oportunidade de aprendizado em várias unidades e disciplinas, o que foi fundamental para mim. Especial agradecimento ao Colegiado de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia da UFMG pelo espaço institucional para o desenvolvimento desta pesquisa e à CAPES pelo apoio financeiro ao programa de pós-graduação.

Durante os quatro anos do doutorado tive a liberação parcial de minha jornada de trabalho na Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Agradeço à Juliana Dias, que sem titubear e com grande incentivo, assinou a liberação tão logo eu fiz o pedido. Foram horas preciosas, aproveitadas segundo a segundo na elaboração de umas tantas

atividades. E no uso destas horas, a presença certa e a disponibilidade da colega e amiga Fernanda Mota, cobrindo as lacunas deixadas na rotina de trabalho no Centro de Especialidades Odontológicas Centro-Sul / Paracatu. Sem sua inestimável ajuda, esta tese não seria possível.

Também não seria possível sem o apoio e a retaguarda familiar. Nas muitas estadas no Retiro do Chalé esta tese começou a ganhar corpo, entre encontros, almoços e jantares com meus pais João e Lelena, minhas irmãs e cunhados Andréia e Dudu, Flávia e Marcílio, minhas tias Dodora e Dedeia. E claro, a presença e cumplicidade do Alex, companheiro na vida que acontece, nos projetos que existem, nos sonhos que virão.

RESUMO

Esta tese trata da colaboração intersetorial nas políticas públicas voltadas para a promoção do desenvolvimento infantil. Seu objetivo central foi analisar a rede de proteção social e as interações entre os atores dos diferentes setores que formam esta rede, especificamente saúde, educação, assistência social, cultura, lazer e esporte. Um estudo de caso foi desenvolvido em municípios do Estado de Minas Gerais, participantes do curso “Promoção do desenvolvimento infantil integral”. Este curso foi parte de um projeto de extensão da Faculdade de Medicina e da Faculdade de Odontologia da UFMG e esteve inserido no contexto da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança. O curso teve participação de trabalhadores de diversos setores, com predomínio do setor saúde. O estudo de caso, com abordagem qualitativa, utilizou três fontes de evidências: ecomapas produzidos pelos alunos do curso, representando as relações entre atores dos diferentes setores presentes nos territórios de atuação das equipes da Estratégia Saúde da Família; observação participante no seminário que tratou da colaboração intersetorial em quatro municípios; entrevista com gestores dos setores saúde e assistência social de municípios inscritos do curso. A Teoria do Ator-Rede foi o referencial teórico orientador da interpretação do material produzido, a partir de quatro dimensões: ligações entre atores; presença de controvérsias e mecanismos de resolução; presença e papel de intermediários e mediadores; alinhamento de atores, recursos e apoios. Os ecomapas foram inicialmente analisados a partir de seus três aspectos básicos: força dos relacionamentos; fluxo de recurso/suporte; qualidade dos relacionamentos. O produto da análise dos ecomapas e os textos produzidos a partir das observações participantes e das entrevistas foram trabalhados pela técnica de análise de conteúdo, tendo como referência essas quatro dimensões. O *software* MAXQDA2020 auxiliou no manejo e na codificação do material e gerou diagramas para análise dos relacionamentos representados nos ecomapas. Foram identificados três temas principais: fragilidade da agência para a colaboração intersetorial; tentativa de formação de redes; incorporação de campos de possibilidades. Os resultados revelaram que a colaboração intersetorial para promover desenvolvimento infantil é praticamente inexistente ou frágil e o potencial local é perdido ou subutilizado. Esses resultados enfatizaram a escassez de atuação de mediadores e intermediários para promover processos de inscrição à colaboração intersetorial. Da mesma forma, as controvérsias existentes não foram utilizadas como mecanismo para desencadear mudanças. A pesquisa indicou a necessidade de mobilizar atores, recursos, ferramentas de gestão e comunicação que promovam processos de interesse e inscrição em prol de políticas e práticas de colaboração intersetorial para o desenvolvimento infantil. O processo de produção desta tese gerou ainda um texto teórico que percorreu as principais categorias conceituais da colaboração intersetorial. A partir dos conceitos estruturantes foi desenvolvido um modelo das dimensões da colaboração intersetorial: dimensão política, dimensão técnica e dimensão da interação. Todas elas inter-relacionadas e produtoras de mecanismos de integração e de sustentação para a colaboração intersetorial. Este texto tem o propósito de apoiar gestores e trabalhadores nos processos de produção e de articulação de ações interssetoriais em seus territórios de atuação.

Palavras-chave: Colaboração intersetorial. Desenvolvimento infantil. Política pública. Promoção da saúde. Teoria do Ator-Rede.

ABSTRACT

Intersectoral collaboration to promote child development in municipalities in the state of Minas Gerais

This thesis aimed to analyze the intersectoral collaboration in the social protection network involved in child development promotion in Brazilian municipalities. It sought to capture the relational view of the existing social network, the complexity of the relationship patterns and the quality of the support of this network formed by actors from health, education, social protection, culture, leisure, and sport sectors. A case study was developed in Minas Gerais municipalities participating in the training "Promotion of comprehensive child development". This training was inserted in the implementation of the National Policy for Comprehensive Child Health Care. It was attended by workers from different sectors, with a predominance of the health sector. The case study, with a qualitative approach, used three sources of evidence: ecomaps produced by the participants of training, representing the relationships between actors from different sectors present in the territories of Family Health Teams; participant observation in face-to-face seminar that discussed theoretical aspects of intersectoral collaboration in four municipalities; interview with municipal health and social work coordinators of municipalities enrolled in the course. Actor-Network Theory was the theoretical framework that guided the interpretation of material, based on four dimensions: links between actors; the presence of controversies and resolution mechanisms; presence and role of intermediaries and mediators; alignment of actors, resources, and support. The ecomaps were initially analyzed based on their three basic aspects: relationships strength; flow of resources / support; quality of relationships. The product of ecomaps analysis and the texts produced from the participant observations and interviews were analyzed using content analysis technique, having these four dimensions as a reference. The MAXQDA2020 software helped in coding the material and generated diagrams for analyzing the relationships represented in the ecomaps. Three main themes were identified: agency fragility for intersectoral collaboration; trying to form networks; incorporating fields of possibilities. The findings revealed that intersectoral collaboration for promoting child development is virtually non-existent or fragile and local potential is missed or underused. These results emphasized the scarcity of action by mediators and intermediaries to promote enrollment processes to intersectoral collaboration. Likewise, existing controversies were not used as a mechanism for triggering changes. The research supported the need to mobilize actors, resources, management, and communication tools that promote processes of interessement and enrollment in favor of intersectoral collaboration policies and practices for child development. The process of this thesis also generated a theoretical text that analyzed the main conceptual categories that guide intersectoral action. These concepts enabled the development of a model of the dimensions of intersectoral collaboration: political dimension, technical dimension, and interaction dimension. They are interrelated and produce integration and support mechanisms for intersectoral collaboration. This text aims to support managers and workers in the processes of production and articulation of intersectoral actions in their working territories.

Keywords: Intersectoral collaboration. Child development. Public policy. Health promotion. Actor-Network theory

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Saúde coletiva em campo: formação, cuidado e gestão	20
Figura 2 - Pesquisa qualitativa: um caminho a percorrer	21
Figura 3 - Novas visões, novas perspectivas	21
Figura 4 - Uma jornada como pesquisador	22
Figura 5 - Mapa do projeto de pesquisa realizado em novembro de 2019	40
Figura 6 - Municípios do Estado de Minas Gerais participantes do curso “Promoção do desenvolvimento infantil integral”, 2019	42
Figura 7 - Fluxograma da estrutura do curso “Promoção do desenvolvimento infantil integral” realizado em 31 municípios de Minas Gerais	43
Figura 8 - Painel de ecomapas produzidos durante o curso “Promoção do desenvolvimento infantil integral”. Minas Gerais, 2019	47
Quadro 1 - Instrumentos de produção de evidências utilizados e as dimensões de análise	50
Figura 9 - A contribuição da teoria do Ator-Rede às dimensões de análise desta pesquisa	50
Figura 10 - Traduzindo atores e redes	51
Quadro 2 - Distribuição dos municípios de acordo com o número de ecomapas enviados após o curso. Minas Gerais, 2019	77

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Participantes do curso “Promoção do desenvolvimento infantil integral” de acordo com o setor de origem. Minas Gerais, 2019	44
Tabela 2 - Distribuição dos setores e atores mencionados nos ecomapas. Minas Gerais, 2019	78

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CNDSS	Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
ESF	Estratégia Saúde da Família
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Panamericana da Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNPI	Plano Nacional Primeira Infância
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PSE	Programa Saúde na Escola
RNPI	Rede Nacional Primeira Infância
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
TAR	Teoria do Ator-Rede
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	19
1.1	Apresentação	19
1.2	Contexto desta pesquisa	22
2	REFERENCIAL TEÓRICO	25
2.1	Colaboração intersetorial	25
2.1.1	A polissemia do termo	26
2.1.2	Em que ponto estamos	28
2.1.2.1	Colaboração intersetorial e as políticas públicas de saúde no Brasil	29
2.2	Desenvolvimento infantil e colaboração intersetorial	30
2.3	Teoria do Ator-Rede	31
2.4	Justificativa	35
3	OBJETIVOS	37
3.1	Objetivo geral	37
3.2	Objetivos específicos	37
4	METODOLOGIA EXPANDIDA	39
4.1	Estudo de caso	40
4.1.1	O curso “Promoção do desenvolvimento infantil integral”	41
4.1.1.1	O tema da intersetorialidade no curso	44

4.1.1.2	Ecomapas da rede de apoio local	46
4.1.2	Pesquisa documental	48
4.1.3	Observação participante	48
4.1.4	Entrevista com gestores	49
4.1.5	Análise do material produzido	49
4.1.5.1	<i>Software</i> para análise qualitativa	51
4.1.6	Aspectos éticos	52
5	RESULTADOS	54
5.1	Artigo – Glossário para a colaboração intersetorial: conceitos selecionados	54
5.2	Resultados da pesquisa original	77
5.2.1	Atores e setores presentes nos ecomapas	77
5.2.2	Artigo – Intersectoral collaboration to promote child development: the contributions of the actor-network theory	79
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	112
	REFERÊNCIAS	115
	APÊNDICES	130
	ANEXOS	145

“A tarefa de intersectorializar as políticas sociais não é fácil, mas também não é impossível, desde que a maioria esteja consciente de que vale a pena persegui-la em prol do interesse público” (PEREIRA, 2014, p. 37).

1 INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação

As práticas no campo da saúde coletiva têm sido o foco de meu percurso profissional por quase 30 anos na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Essa tese não pode deixar de ser considerada, também, um fruto desta trajetória. A construção do cuidado nas relações cotidianas no território, com todas as suas nuances, foi o estímulo disparador para a busca do aprofundamento do entendimento das ações intersetoriais. Após 21 anos atuando como gerente do Centro de Saúde Nossa Senhora de Fátima, na Regional Centro-Sul, ingressei em 2014 no Mestrado Profissional em Odontologia em Saúde Pública do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia da UFMG. O projeto apresentado no processo de seleção, com o objetivo de estudar a rede intersetorial do Programa Saúde na Escola no município de Belo Horizonte, foi desenvolvido e trouxe à tona complexas questões relativas à colaboração intersetorial nas políticas públicas.

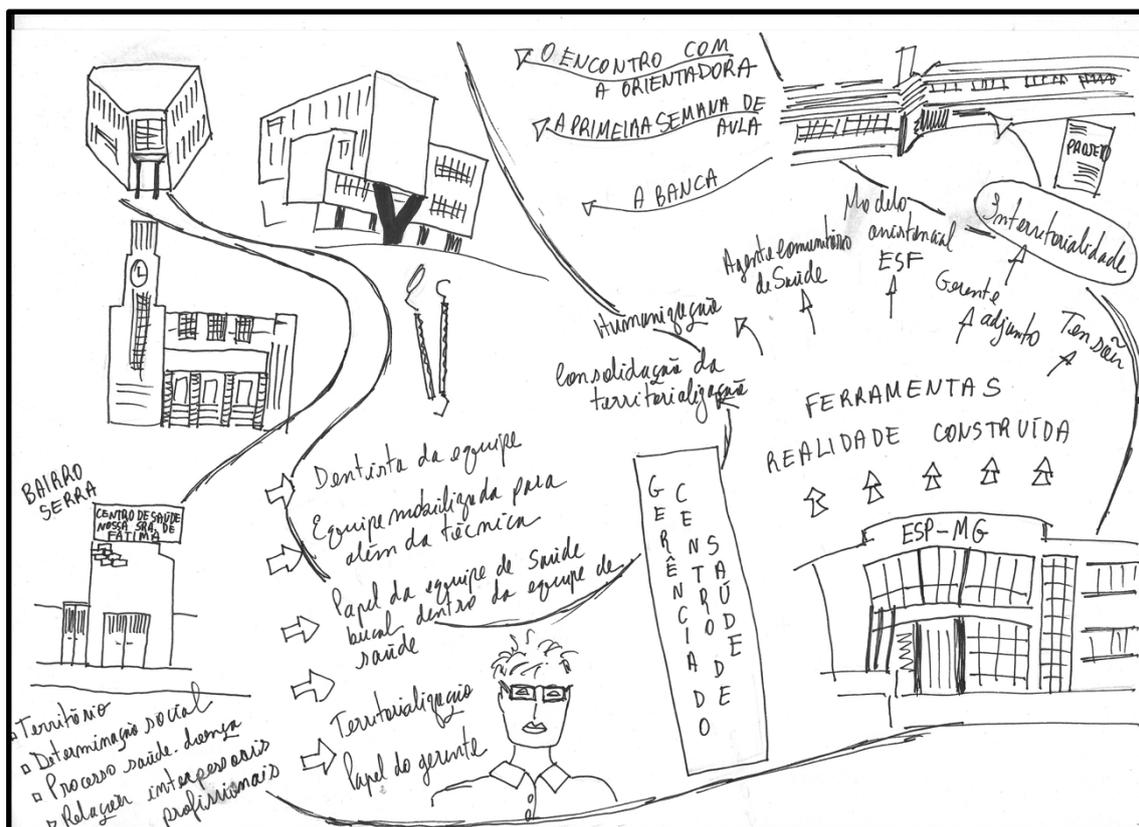
Mantendo a colaboração intersetorial como objeto de estudo, iniciei o doutorado em 2018. Nesse momento, já não atuava mais na atenção básica, tendo assumido em 2016 a gerência do Centro de Especialidades Odontológicas Centro-Sul / Paracatu. Agora o território de responsabilidade passou a ser toda a cidade, com a necessidade de construção de vínculo com mais de 150 centros de saúde. Tratar ações intersetoriais no território do centro de saúde não era tarefa simples! Integrar ações setoriais em uma rede tão ampla, tem sido igualmente complexo!

E no meio do caminho veio uma pandemia. Se por um lado ela produziu um efeito tangencial sobre a pesquisa de campo, tornando inviáveis novos aceites aos convites para as entrevistas com os gestores municipais, provocou um enorme impacto na minha rotina de trabalho junto à Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Tendo em vista a necessidade de reforço gerencial aos postos de vacinação – regulares e extras – implementados na cidade a partir de janeiro de 2021, participei de uma intensa agenda de apoio à vacinação. Esta etapa do combate ao coronavírus fez-me vivenciar algumas práticas

coordenadas que poderiam ser promissoras, não fossem tão efêmeras e circunstanciais.

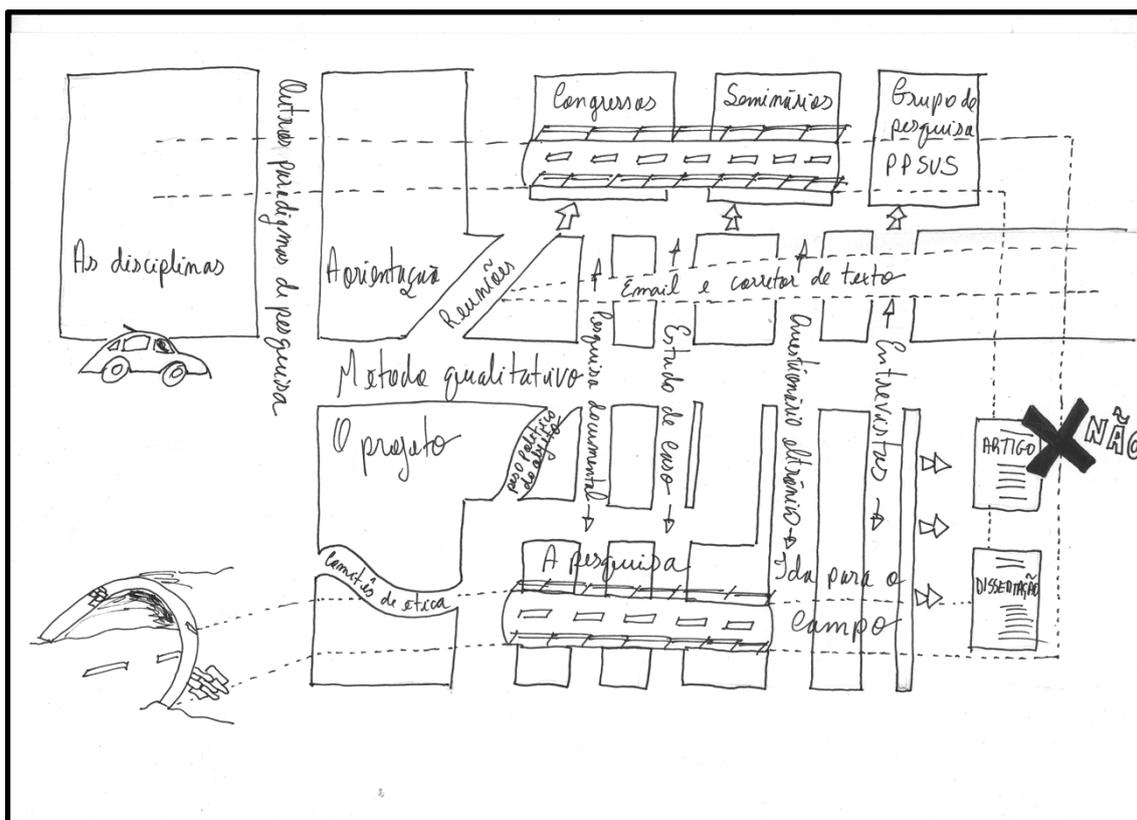
Recentemente, ao preparar uma apresentação de meu percurso profissional, optei por fazê-la com desenhos. Este é um método que tenho utilizado e que está representado ao logo desta tese. Reproduzo aqui os quatro desenhos, um resumo gráfico destes 30 anos de trabalho (FIGURAS 1, 2, 3 e 4).

Figura 1 – Saúde coletiva em campo: formação, cuidado e gestão



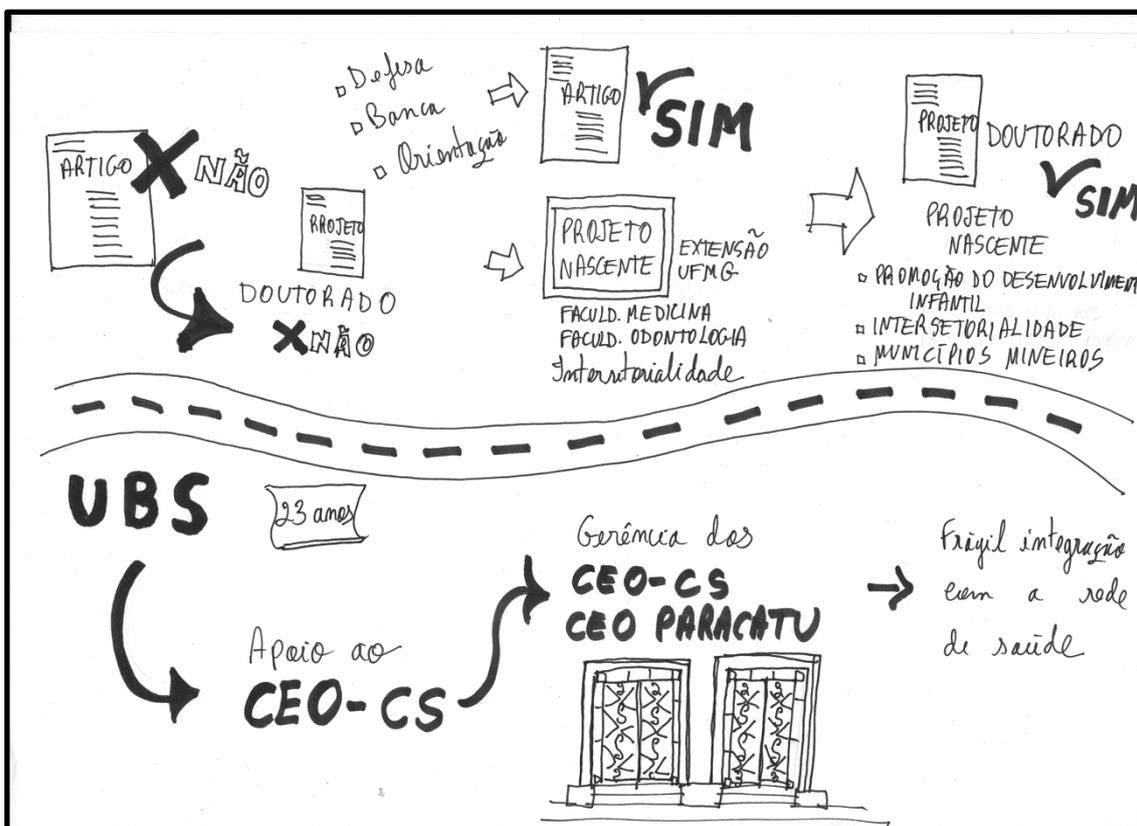
Elaborado pelo autor.

Figura 2 – Pesquisa qualitativa: um caminho a percorrer



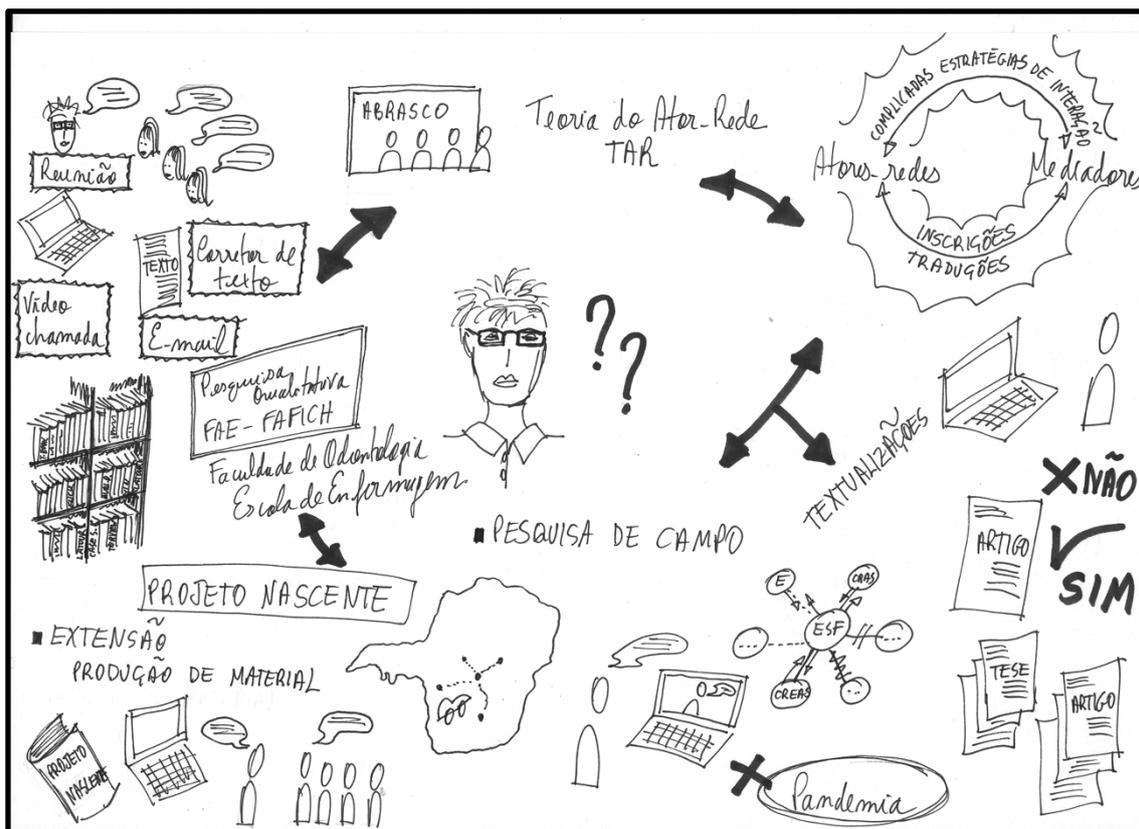
Elaborado pelo autor.

Figura 3 – Novas visões, novas perspectivas



Elaborado pelo autor.

Figura 4 – Uma jornada como pesquisador



Elaborado pelo autor.

1.2 Contexto desta pesquisa

Esta pesquisa esteve vinculada ao projeto intitulado "Desenvolvimento infantil na perspectiva da intersectorialidade em Municípios do Estado de Minas Gerais: análise dos efeitos de uma intervenção educativa" que por sua vez foi uma das ações do projeto de extensão "Capacitação das Equipes de Saúde da Família na promoção do desenvolvimento infantil integral e aperfeiçoamento da linha do cuidado da criança em ações integradas com a assistência social, educação e cultura e ampliação do uso da Caderneta de Saúde da Criança" (SIEX/UFMG nº 402996). O projeto de extensão recebeu a denominação de "Projeto Nascente" e foi coordenado pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Contou ainda com a participação de professores e estudantes de pós-graduação do Departamento de Pediatria – Faculdade de Medicina da UFMG –

Departamento de Odontologia Social e Preventiva e Departamento de Clínica, Patologia e Cirurgia Odontológicas – Faculdade de Odontologia da UFMG.

O projeto foi financiado pela Diretoria de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES) da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde (MS) e esteve inserido no contexto da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), instituída pela Portaria nº 1.130, de 05 de agosto de 2015. A PNAISC se estrutura em sete eixos estratégicos e tem como objetivo orientar e qualificar as ações e serviços de atenção à saúde da criança (BRASIL, 2015a).

O projeto de extensão buscou o fortalecimento do terceiro eixo da PNAISC denominado “Promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral”, que consiste na vigilância e estímulo ao pleno crescimento e desenvolvimento da criança, em especial do desenvolvimento na primeira infância, pela Atenção Primária à Saúde (APS), incluindo ações de apoio às famílias para o fortalecimento de vínculos familiares (BRASIL, 2015a). Para tal, foi desenvolvido o curso de atualização “Promoção do desenvolvimento infantil integral” (SIEX/UFMG nº 102262) com o objetivo de contribuir no processo de qualificação das equipes de saúde da família e de profissionais da educação, cultura e assistência social de municípios conveniados com o Internato em Saúde Coletiva/Internato Rural da Faculdade de Medicina da UFMG.

“[...] explicar não é um feito cognitivo misterioso, mas um empreendimento de construção de mundo muito prático que consiste em ligar entidades a outras entidades, ou seja, em traçar uma rede” (LATOURE, 2012, p. 152).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Esta pesquisa está ancorada nos marcos teóricos, cuja apresentação avalio ser importante desde já. Ao tratar de colaboração intersetorial no âmbito de políticas públicas, utilizei a noção de política proposta por Feltran (2008) que a descreve como “o jogo de conflitos desencadeados na conformação da cena pública, em sua manutenção e transformação” (p. 25). Para o estudo de um campo de conflitos, seria necessária a identificação de uma série de processos sociais plenos de tensões e mediados por múltiplos atores. Para a compreensão desta dinâmica, optei por uma abordagem qualitativa tendo a teoria do Ator-Rede como referencial teórico para análise do material que emergiu do contato com os atores envolvidos (CALLON, 1986; 2006 b; LATOUR, 2012).

Cabe também esclarecer o motivo da escolha do termo colaboração intersetorial. Colaboração é entendida como a forma mais desenvolvida e mais complexa de integração e interação entre organizações. Pressupõe comunicação interativa, exigindo que os atores tenham estratégia, identidade, objetivos e responsabilidades conjuntas (KEAST *et al.*, 2007; RUSSELL; SMORODINSKAYA, 2018). Isso não significa desconsiderar as formas menos complexas – coordenação e cooperação. Pelo contrário, todas são estratégias úteis a serem aplicadas de acordo com a abordagem e o contexto. No entanto, no cenário de abordagem de problemas complexos por políticas públicas, avalio que a colaboração deva ser o objetivo almejado.

E, por fim, o conceito ampliado de saúde e a teoria de promoção da saúde muito bem caracterizam a colaboração intersetorial como um dispositivo promotor e potencializador da rede de proteção social e de combate às iniquidades. São, dessa forma, bases teóricas para todo o trabalho aqui desenvolvido.

2.1 Colaboração intersetorial

A abordagem dos diversos determinantes dos problemas sociais demanda novos conhecimentos e práticas das organizações. Ações integradas construídas de forma intersetorial podem ser a chave para uma nova dinâmica no aparato governamental, para a busca de desenvolvimento sustentável e de

uma sociedade mais equânime (ALMEIDA FILHO, 2000; FERREIRA; SILVA, 2014; INOJOSA, 2001; JUNQUEIRA, 2005; KURUVILLA *et al.*, 2018).

2.1.1 A polissemia do termo

A colaboração intersetorial tem sido recomendada por várias políticas e programas de governo (BRASIL, 2015a; 2016; 2017a; 2017b), e tem sido objeto de investigações acadêmicas no Brasil e no mundo (DUBOIS *et al.*, 2015; GLANDON *et al.*, 2019; PRADO *et al.*, 2022; SHANKARDASS *et al.*, 2012). É descrita como estratégia fundamental para implementação de políticas sociais, na perspectiva de um planejamento participativo e integrado para a solução sinérgica de problemas complexos (BRONZO, 2016; MONNERAT; SOUZA, 2011). Tem se mostrado especialmente importante para a promoção da saúde e para o combate às iniquidades em saúde (FREILER *et al.*, 2013; McDAID; PARK, 2016; SOLAR *et al.*, 2009).

Neste cenário, não há uma definição conceitual nem mesmo a padronização de um termo único. Já tendo definido a opção pelo termo colaboração intersetorial, outras opções terminológicas serão brevemente abordadas na seção 5.1. Aqui tratarei do conceito de colaboração intersetorial.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu colaboração intersetorial para a saúde como

uma relação entre parte ou partes de diferentes setores da sociedade estabelecida para agir sobre determinada questão para promover resultados de saúde ou resultados intermediários de saúde, de maneira que seja mais eficaz, eficiente ou sustentável do que poderia ser promovida pelo setor saúde atuando isoladamente (NUTBEAM, 1998, p. 360).¹

Em recente revisão do *Health Promotion Glossary*, ainda em parceria com a OMS, a definição foi atualizada, sendo que a

¹ Tradução livre do texto original: *A recognized relationship between part or parts of different sectors of society which has been formed to take action on an issue to achieve health outcomes or intermediate health outcomes in a way which is more effective, efficient or sustainable than might be achieved by the health sector acting alone.*

ação intersetorial para a saúde refere-se a ações realizadas por diferentes setores da sociedade para alcançar resultados de saúde de uma forma mais eficaz, eficiente ou sustentável do que poderia ser alcançado por [um] setor trabalhando sozinho (NUTBEAM; MUSCAT, 2021, p. 1592).²

Várias políticas públicas brasileiras recomendam ações intersetoriais como estratégia para envolvimento de outros setores no processo de produção de saúde (BRASIL, 2015a; 2016; 2017a; 2017b). A Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2017b, p. 26) conceitua a colaboração intersetorial como um

processo de articulação de saberes, potencialidades e experiências de sujeitos, grupos e setores na construção de intervenções compartilhadas, estabelecendo vínculos, corresponsabilidade e cogestão para objetivos comuns.

Estudos brasileiros e latino-americanos trouxeram importante contribuição ao conceito de colaboração intersetorial ao incorporar a categoria da integralidade. Para o enfrentamento de problemas complexos, não é suficiente a atuação setorial isolada das políticas públicas (BRONZO, 2016; CUNILL GRAU, 2005; CUNILL GRAU, 2014; INOJOSA, 2001). Frente ao caráter multicausal destes problemas, faz-se necessária a atuação integrada dos vários setores. Assim, para Bronzo (2016, p. 108)

a intersetorialidade consiste na estratégia de gestão necessária para a materialização da integralidade como perspectiva cognitiva, relativa à forma de perceber o problema ou ler a realidade.

Neste sentido, a colaboração intersetorial pode ser definida como estratégia de gestão voltada para a articulação de saberes, potencialidades e experiências de indivíduos, grupos e setores (governamentais ou não), visando ao enfrentamento de problemas sociais complexos, por meio de intervenções compartilhadas e com efeitos sinérgicos. Pressupõe formação de vínculos, corresponsabilidades e cogestão na busca de objetivos comuns orientados ao interesse público. Espera-se uma interdependência, com integração e interação

² Tradução livre do texto original: *Intersectoral action for health refers to actions undertaken by different sectors of society to achieve health outcomes in a way which is more effective, efficient or sustainable than might be achieved by [one] sector working alone.*

entre atores e processos organizacionais para alcançar os resultados esperados a partir de intervenções que transcendam as ações setoriais isoladas e que tenham sido desenhadas tomando o território como sua referência. A ação intersetorial propicia um compartilhamento de energia e de recursos visando à ampliação de respostas em torno de um projeto comum, tornando-se contraponto à cultura de processos decisórios verticalizados e da disputa por poder e orçamento, tão comuns da estrutura governamental brasileira.

2.1.2 Em que ponto estamos

Apesar de todo o conhecimento produzido no campo científico e no campo das práticas, superar o “dilema da intersetorialidade” não tem sido uma tarefa fácil (ANDRADE, 2006). Solar *et al.* (2009) propuseram a construção de uma tipologia para a colaboração intersetorial no combate às iniquidades em saúde. Esta construção subsidiaria um melhor delineamento das práticas intersetoriais. Akerman *et al.* (2014) discorreram sobre a polissemia do termo e sobre a existência de um “ativismo intersetorial” ainda frágil e pouco consistente. Propuseram uma série de caminhos, compostos por perguntas de pesquisa, que contribuiriam para a análise e para a adoção de práticas intersetoriais integradas. Se o próprio conceito de colaboração intersetorial permanece obscuro e contestado, como visto na seção anterior, sua prática cotidiana nas políticas públicas, seus sucessos e fracassos, permanecem em grande parte sem exame (CHIRCOP *et al.*, 2015; DUBOIS *et al.*, 2015). Neste mesmo sentido, Holt *et al.* (2018) avaliaram que as recomendações encontradas na literatura oferecem uma conceituação muito abstrata sobre a ação intersetorial e, conseqüentemente, fornecem poucas diretrizes práticas para a ação.

Estudos recentes têm enfatizado a importância da dimensão da interação na construção de ações intersetoriais para a promoção da saúde. Enfatizam ser vital o desenvolvimento e o fortalecimento das sinergias entre atores e setores para promover o diálogo e a deliberação em rede (KURUVILLA *et al.*, 2018; VAN DALE *et al.*, 2020). Análise detalhada da rede intersetorial formal no município paulista de Guarulhos evidenciou que a inovação é possível, mas os limites e desafios são grandes. Englobam aspectos relacionados aos atores, questões técnico-operacionais, aspectos da gestão e do contexto históricos e social das

políticas públicas brasileiras. A rede representou a possibilidade de encontros entre atores e setores, mas também de choques, embates e disputas (FRANCESCHINI, 2019).

2.1.2.1 Colaboração intersetorial e as políticas públicas de saúde no Brasil

A construção teórica do conceito ampliado de saúde aprofundou a discussão sobre a determinação social do processo saúde-doença e contribuiu na busca por intervenções sobre seus condicionantes. A formulação moderna de promoção da saúde surgiu, então, como uma concepção da produção de saúde a partir da atuação sobre as condições de vida da população, ao evidenciar que respostas podem e devem vir de variados setores da sociedade. Neste contexto, as propostas de ações intersetoriais ganharam gradativamente corpo e relevância não só no enfrentamento dos determinantes de saúde, mas também e, principalmente, como estratégia para se alcançar medidas de promoção de bem-estar e qualidade de vida (BUSS, 2000; BUSS; CARVALHO, 2009; SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e suas diretrizes de implantação, expansão e qualificação seguem os princípios de “Saúde para Todos” da Organização Mundial de Saúde de 1977 reforçados pela Carta de Ottawa (BRASIL, 2002). O Programa Saúde da Família, iniciado em 1994, pode ser considerado um marco na reorientação e na inovação do SUS à luz das estratégias de promoção da saúde (BUSS; CARVALHO, 2009). A Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) (BRASIL, 2008) e a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (BRASIL, 2017b) reconhecem a impossibilidade do setor saúde responder de forma isolada às interferências necessárias nos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença. A PNPS define a promoção da saúde como um mecanismo de implantação e fortalecimento de uma política transversal, integrada e intersetorial que promova o diálogo entre as várias áreas do setor sanitário e deste com outros setores do governo, do setor privado, da sociedade em geral. Atualizada em 2014, a PNPS mantém a colaboração intersetorial entre seus princípios, enfocando a importância da articulação da Rede de Proteção à Saúde com as demais redes de proteção social (BRASIL, 2017b).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) define as diretrizes e normas organizacionais da Atenção Básica no Brasil, considerando, entre outras

prerrogativas, as recomendações e proposições da CNDSS e da PNPS (BRASIL, 2017a). A PNAB reafirma a Estratégia Saúde da Família (ESF) como forma prioritária para execução e coordenação das ações no âmbito local e estabelece que as unidades básicas de saúde (UBS) se configurem como o equipamento social central na garantia de acesso da população a uma atenção à saúde de qualidade. Também aqui, as ações intersetoriais são apresentadas como uma das diretrizes fundamentais do setor saúde, sendo capaz de promover a integração da rede e de atuar no processo de promoção da saúde (SILVA *et al.*, 2014).

2.2 Desenvolvimento infantil e colaboração intersetorial

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) foi instituída pela Portaria nº 1.130, de 05 de agosto de 2015, e se estrutura em sete eixos estratégicos. Tem o objetivo de orientar e qualificar as ações e serviços de saúde de atenção à criança, considerando os determinantes sociais e condicionantes para garantir o direito à vida e à saúde. Visa à efetivação de medidas que permitam o nascimento e o pleno desenvolvimento na infância, de forma saudável e harmoniosa, a redução das vulnerabilidades e riscos para o adoecimento e outros agravos, a prevenção das doenças crônicas na vida adulta e da morte prematura de crianças (BRASIL, 2015a).

O desenvolvimento infantil pode ser conceituado como

um processo que se inicia na concepção, envolvendo vários aspectos, indo desde o crescimento físico, passando pela maturação neurológica, comportamental, cognitiva, social e afetiva da criança. Tem como produto tornar a criança competente para responder às suas necessidades e às do seu meio, considerando seu contexto de vida (OPAS, 2005, p. 11).

Este é um conceito amplo e refere-se a uma transformação complexa, contínua, dinâmica e progressiva, que inclui, além do crescimento, maturação, aprendizagem e aspectos psíquicos e sociais. Desde a gravidez e ao longo da primeira infância todos os ambientes em que a criança vive e aprende, assim como a qualidade de seus relacionamentos com adultos e cuidadores, têm impacto significativo em seu desenvolvimento (BRASIL, 2016).

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento é considerado o eixo integrador e central da linha do cuidado da atenção integral à saúde da

criança, sob os aspectos biológicos, psíquicos, afetivos e sociais. Caracteriza-se por baixa complexidade tecnológica e alta eficácia na prevenção de problemas nutricionais, na vigilância em saúde e na promoção de hábitos saudáveis de vida. Sua implantação como uma ação básica de saúde impacta de maneira favorável os indicadores de morbimortalidade infantil (ALVES *et al.*, 2013). Este acompanhamento já faz parte do trabalho das equipes na APS.

A Rede Nacional Primeira Infância (RNPI) e o Plano Nacional Primeira Infância (PNPI) propõem "a intersetorialidade como estratégia de atuação articulada no atendimento da criança como pessoa, sujeito de direitos e cidadã" (BRASIL, 2015b, p.7). Defendem a construção intersetorial de um plano integrado de atenção integral à criança, por meio da articulação dos conhecimentos especializados, em prol de uma visão holística da criança. Reforçam a importância das políticas e programas serem construídos e desenvolvidos pelos municípios, próximos aos territórios de residência das crianças e alertam para quatro componentes decisivos para o êxito da integração setorial: decisão política; empenho continuado do dirigente; compreensão dos técnicos de que a estratégia é eficiente e eficaz; disposição para o diálogo, a aprendizagem e a construção coletiva (BRASIL, 2015b).

Há evidências de que intervenções integradas e intersetoriais no início da vida têm maior potencial de redução das iniquidades, assegurando melhores oportunidades de acesso aos serviços de apoio ao desenvolvimento infantil (ENGLE *et al.*, 2011; LAURIN *et al.*, 2015; STANTON-SALAZAR, 2011). Dessa forma são recomendados identificação e mapeamento da rede intersetorial de serviços de saúde, educação e desenvolvimento social, principalmente, para coordenação intersetorial das atividades de promoção ao desenvolvimento infantil.

2.3 Teoria do Ator-Rede

A teoria do Ator-Rede (TAR) foi desenvolvida por Michel Callon, John Law e Bruno Latour na década de 1980 como uma nova teoria social ajustada ao estudo de ciência e tecnologia. Segundo a TAR, humanos e não humanos (conhecimentos especializados, recursos, tecnologias) são atores com capacidade de produzir efeitos (LATOUR, 2012). Juntos, formam híbridos heterogêneos (pessoas e coisas) que geram agenciamentos e performatividades em redes também heterogêneas, redes sociotécnicas, pois formadas por

pessoas e tecnologias. Todos os elementos que compõem a rede, assim como a própria rede, são atuantes. Daí a origem do termo; ator-rede significa a impossibilidade de existência do ator fora da rede. A TAR evidencia a natureza complexa acerca da qual as ações surgem e adquirem certa estabilidade, conciliando interesses diversos em torno de movimentos mais ou menos duráveis (CALLON, 1991; 2006 b; TONELLI; BRITO; ZAMBALDE, 2011).

A interação na rede sociotécnica ocorre por meio do processo de tradução. Tradução significa os mecanismos pelos quais os mundos social e natural progressivamente tomam forma. Diferentes tipos de deslocamentos e transformações ocorrem, acompanhados de negociações e ajustes entre os atores, ao longo de quatro momentos, que podem na realidade se sobrepor. A *problematização* leva os atores a desenvolver uma visão comum do problema ou questão. Permite-lhes definir um interesse comum com outras partes interessadas. A *problematização* descreve um sistema de alianças, ou associações, entre as partes, definindo assim suas identidades, seus objetivos e vínculos. *Interesse* significa o conjunto de ações que os atores implementam para estimular outros atores a aderirem ao projeto, abraçarem um objetivo comum e participarem de sua realização. Gerar interesse em outros atores significa construir e utilizar dispositivos que são colocados entre eles e que ajudam a criar um equilíbrio de forças favorável à ação. O interesse ajuda a captar as entidades a serem inscritas; além disso, tenta interromper todas as associações concorrentes em potencial e construir um sistema de alianças. A *inscrição* refere-se à negociação e aceitação de novos papéis em conexão com a *problematização*. A *inscrição* não implica nem exclui papéis pré-estabelecidos. Designa o dispositivo pelo qual um conjunto de papéis inter-relacionados é definido e atribuído aos atores que os aceitam. O interesse bem sucedido leva à *inscrição*. A *inscrição* envolve, portanto, um conjunto de negociações multilaterais que acompanha o interesse e lhe permite ter sucesso. A *mobilização* consiste em mudanças nas posições dos atores, a favor ou contra o resultado pretendido. A *mobilização* consiste em deslocamentos e reagrupamentos dos atores necessários para a construção de determinada realidade, em um determinado lugar, em um determinado momento (CALLON, 1986).

Traduzir é estabelecer-se como porta-voz, é expressar em sua própria língua o que os outros dizem e querem, por que agem da maneira que agem e como se associam. O resultado é uma situação em que certos atores controlam outros. Assim, o processo da tradução permite descrever a maneira como os atores são definidos, associados e simultaneamente obrigados, ou não, a permanecer fiéis às suas alianças. Também permite explicar como alguns poucos obtêm o direito de expressar e representar os muitos atores silenciosos. A tradução é, portanto, um processo de movimentos e de deslocamentos, nunca uma realização completa, podendo inclusive falhar. A cada processo, o equilíbrio é modificado. No entanto, a tradução continua (CALLON, 1986).

Nos processos de tradução, os atores podem comportar-se como mediadores ou intermediários. Quando mediadores, sua atuação consegue a inscrição de outros atores a fim de manter uma rede de interesses, permitindo o alcance de certa estabilidade (TONELLI; BRITO; ZAMBALDE, 2011). Segundo Latour (2012, p. 65), “os mediadores transformam, traduzem, distorcem e modificam o significado ou os elementos que supostamente veiculam”. Quando intermediários, atuam sem promover transformação, de modo “silencioso e mudo, plenamente aceitos e completamente determinados por sua função” (LATOURE, 2017, p. 218).

Para Latour (2012) a TAR é um método e, como tal, segue três princípios. O primeiro princípio é o *agnosticismo* do observador. O observador não apenas é imparcial em relação aos argumentos utilizados pelos atores, mas também se abstém de censurar os atores quando falam de si mesmos ou do ambiente social. Ele se abstém de julgar a forma como os atores analisam a sociedade que os cerca. Nenhum ponto de vista é privilegiado e nenhuma interpretação é censurada. Não deve haver preconceção. O segundo princípio é o da *simetria generalizada*. Para o observador, tanto a natureza quanto a sociedade devem ser explicadas a partir de um mesmo quadro comum e geral de interpretação. Sendo o social uma rede heterogênea de interações de humanos e não humanos, ambos devem ser igualmente considerados pelo observador. O terceiro princípio é a *livre associação*. O observador deve abandonar todas as distinções a priori entre eventos naturais e sociais. Ele deve rejeitar a hipótese de um limite definido que separa os dois. Ao invés de impor sobre eles uma grade de análise pré-estabelecida, o observador segue os atores para identificar

a maneira como estes definem e associam os diferentes elementos pelos quais constroem e explicam seu mundo, seja ele social ou natural. O objetivo é mostrar como os atores definem suas respectivas identidades, suas mútuas margens de manobra e o leque de escolhas que lhes são abertas (CALLON, 1986; FREIRE, 2006).

A TAR adota o conceito de controvérsia (ou incerteza). As controvérsias não são algo a evitar, não são um mero aborrecimento. São aquilo que permitem ao social estabelecer-se em um mundo permanentemente negociável e negociado. Entendendo as controvérsias como os temas atuais, ainda em aberto, as temos como cenário para muitas negociações. No processo de discussão das controvérsias, ações são tomadas, relações de poder são formadas, estratégias complicadas são desenvolvidas; há escolhas de naturezas diversas, com muitos e variados atores envolvidos. O estudo das controvérsias mostra que as principais categorias utilizadas para descrever a realidade social estão em constante construção e desconstrução pelos atores (CALLON, 2006; LATOUR, 2012). Cabe ao observador identificá-las e descrevê-las.

A TAR é atualmente reconhecida como uma ferramenta para avaliar situações complexas e analisar a produção de mudanças. Oferece um referencial teórico-metodológico para a pesquisa de intervenções em políticas públicas, pois proporciona meios de mapear a gênese das intervenções na forma de processos em rede, ao mesmo tempo em que mostra como os efeitos são produzidos (BILODEAU; POTVIN, 2016; MALVEZZI; NASCIMENTO, 2020). Portanto, nas análises de saúde pública, a TAR permite i) obter uma visão relacional da ação; ii) conceber o contexto como sendo definido pelos atores e suas ações; iii) investigar como os efeitos são produzidos (BILODEAU; POTVIN, 2016).

Em relação à colaboração intersetorial, a TAR pode contribuir no aprofundamento da compreensão das ações locais, na aproximação com os atores em seus territórios de atuação e na identificação do papel dos atores-chaves nos processos de transformação (FREIRE *et al.*, 2017). Bilodeau *et al.* (2019) descreveram resultados de transição derivados de noções de TAR. As autoras observaram que as redes interssetoriais locais apoiam as transformações ao produzir cadeias de resultados de transição. Essas transformações, mesmo modestas, somam, combinam e tornam os ambientes mais salutogênicos. As noções da TAR destacam: i) a conexão de universos heterogêneos e a agência

de entidades não humanas em redes de ação (criação de uma rede de resultados de transição); ii) o papel crítico das controvérsias na formação da ação coletiva; iii) o papel de intermediários que veiculam ideias e estabilizam acordos; iv) a importância do recrutamento de atores em novos cargos para o alinhamento de interesses; v) a necessidade de mobilizar uma massa crítica de atores conectados (BILODEAU *et al.*, 2019).

2.4 Justificativa

As bases de conhecimento sobre as colaborações intersetoriais e a sua utilização nos níveis locais permanecem limitadas (GLANDON *et al.*, 2019; NILSSON *et al.*, 2018). Pesquisas recentes identificam as dificuldades operacionais para a adoção de um método integrado de atuação intersetorial no âmbito das políticas públicas. As potencialidades para a ação intersetorial, algumas vezes identificadas, não repercutem nem na prática dos gestores nem sobre as ações nos territórios. Os modelos de gestão adotados não têm sido capazes de romper a lógica setorial de trabalho dentro dos grupos de trabalho intersetorial. Tem sido escassa a utilização de mecanismos integradores previstos, evidenciando dificuldades para a operacionalização da ação intersetorial (CHIARI *et al.*, 2018; FERREIRA; SILVA, 2014; SILVA *et al.*, 2014). Autores recomendam, portanto, a necessidade de desenvolvimento de um maior número de pesquisas avaliativas sobre a colaboração intersetorial nas políticas de saúde (AKERMAN *et al.*, 2014; MENDES; AKERMAN, 2007; NDUMBEYOH; MOFFATT, 2013; POTVIN, 2012; SHANKARDASS *et al.*, 2012).

Embora os desafios para o fortalecimento da pesquisa sobre as colaborações intersetoriais para a saúde sejam consideráveis, há um reconhecimento crescente da importância desse domínio de estudo. São promissoras a vinculação e a integração dos setores, especialmente nas estratégias voltadas para a saúde das mulheres, crianças e adolescentes. A ação intersetorial pode assegurar a oferta e o acesso a uma gama maior de serviços que afetam várias esferas da vida, ao mesmo tempo em que melhora a visibilidade das ações na comunidade (ENGLE *et al.*, 2011; GLANDON *et al.*, 2019; KRIEGNER *et al.*, 2021; KURUVILLA *et al.*, 2018; LAURIN *et al.*, 2015).

As questões centrais que esta tese buscou responder foram formuladas e reformuladas durante o doutorado. Como a interação entre os atores contribui

para a construção da colaboração intersetorial? Quais mecanismos integradores e de suporte à colaboração são gerados a partir dessas interações? Como este processo pode apoiar as ações de promoção do desenvolvimento infantil nos territórios? O empreendimento buscou contribuir na análise da interação entre atores na construção de mecanismos integradores e de modelos de gestão que contribuam nos processos geradores de interesse e de inscrição para a colaboração intersetorial (CALLON, 1986; CUNILL GRAU, 2005; SPOSATI, 2006). Esta compreensão poderá fornecer orientação direcionada e relevante para pesquisadores, formuladores de políticas e profissionais que lidam com questões interssetoriais. Será também possível propor estratégias para superar o isolamento e o trabalho fragmentado dos setores das áreas sociais, contribuindo de partida para a implementação de ações de promoção da saúde e para o fortalecimento da rede de proteção social à criança.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar a colaboração intersetorial na rede social envolvida na promoção do desenvolvimento infantil em municípios do Estado de Minas Gerais participantes do Projeto Nascente.

3.2 Objetivos específicos

- a) Sistematizar as principais categorias conceituais que orientam a ação intersetorial, e desenvolver um modelo das dimensões da colaboração intersetorial a partir dos conceitos estruturantes.
- b) Analisar a interação entre os atores da rede social formada pelos setores saúde, educação, assistência social, cultura, lazer e esportes.
- c) Analisar os padrões de relacionamento nesta rede e a qualidade do suporte às ações intersetoriais de promoção do desenvolvimento infantil.
- d) Analisar os mecanismos adotados geradores de interesse e inscrição às ações intersetoriais nos municípios.

A composição do grupo: duas equipes da Estratégia Saúde da Família que trabalham na unidade básica de saúde onde aconteceu o seminário, sendo que uma delas participa sem o médico (o multiplicador não soube me dizer se por opção dele ou por definição da gestão). Participaram também duas enfermeiras de outras duas equipes – o município possui quatro equipes da Estratégia Saúde da Família – que participam da capacitação sem outros membros das equipes. Essa informação eu só obtive no caminho de volta, conversando com o multiplicador. Ele relatou ter sido uma decisão da gestão. Disse que uma dessas enfermeiras já pediu a ele mais de uma vez a replicação da capacitação para todos os membros da equipe. [...] Grupo apenas de mulheres; muitas agentes comunitárias de saúde. Nenhuma representante de outro setor. A unidade de saúde tem gerente, mas ela não participa da capacitação. Nunca participou, disse o multiplicador. Ele disse também que a coordenadora de atenção básica do município participou dos primeiros seminários. [diário de campo redigido após o seminário em 24/10/2019]

4 METODOLOGIA EXPANDIDA

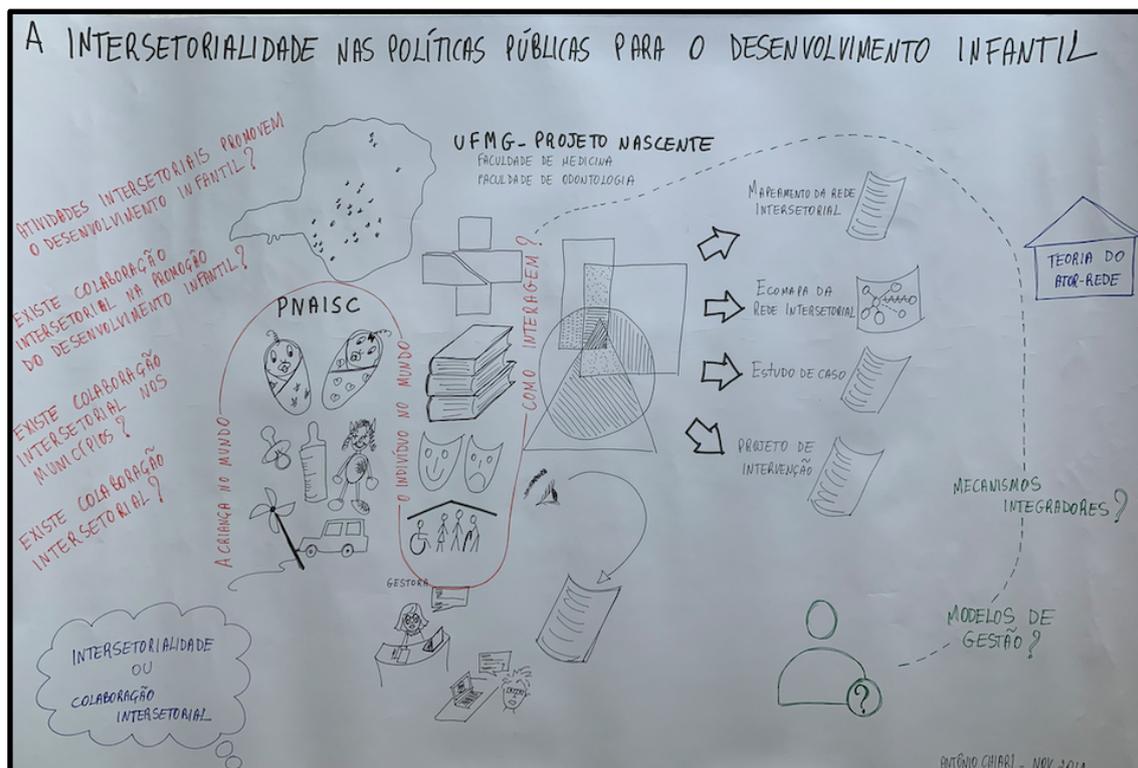
Se a realidade é opaca, existem zonas privilegiadas – sinais, indícios – que permitem decifrá-la. (GINZBURG, 1989, p. 177)

O curso “Promoção do desenvolvimento infantil integral”, parte do Projeto Nascente, já estava delineado quando iniciei o doutorado. Pelo menos já havia um esboço de seus objetivos e de sua metodologia de trabalho. Eu terminara o mestrado em 2015 e havia estudado a colaboração intersetorial no contexto do Programa Saúde na Escola. A possibilidade de continuar o estudo do mesmo objeto inserido em uma intervenção ampliada e multidisciplinar, deixou-me bastante animado. Fomos então desenvolvendo o projeto da pesquisa concomitantemente à elaboração do material da intervenção educativa que seria desenvolvida nos municípios participantes. Participei apenas tangencialmente da organização geral da intervenção, contribuindo na revisão dos textos, instrumentos e cronogramas. Estava sob minha responsabilidade o desenvolvimento de todo um seminário que abordaria a colaboração intersetorial como estratégia para a promoção do desenvolvimento infantil. Esta foi uma primeira etapa importante no processo de amadurecimento de algumas concepções conceituais sobre o tema.

Para se atingir os objetivos desta tese foi proposto um estudo de caso da rede intersetorial existente nos 31 municípios participantes do Projeto Nascente.

Ao longo da pesquisa, nos processos de aproximação com o tema e com as ferramentas metodológicas, utilizei desenhos para expressar ideias e processos do projeto. Estes desenhos manifestam parte da subjetividade de meu envolvimento com a pesquisa, canalizando a multiplicidade e a diversidade do empreendimento científico (JANIS *et al.*, 2020; MACHADO, 2016). Foram uma maneira interessante e instigante de fazer resumos, sínteses e planos, formas de “relatos abertos e transversais à ciência” das qualidades (MARQUEZ, 2014, p.41). A Figura 5 mostra o mapa do projeto desta pesquisa.

Figura 5 – Mapa do projeto de pesquisa realizado em novembro de 2019



Elaborado pelo autor.

4.1 Estudo de caso

O estudo de caso, com abordagem qualitativa, buscou caracterizar a experiência intersectorial vivenciada pelos profissionais nos 31 municípios participantes do curso “Promoção do desenvolvimento infantil integral” (APÊNDICE A).

A opção pela pesquisa qualitativa está ancorada no fato desta metodologia apresentar variadas estratégias de produção de dados e diversidade de práticas interpretativas, potencialmente úteis na explicação de fenômenos sociais complexos. A utilização interligada deste arsenal dá visibilidade ao mundo social, permitindo uma melhor compreensão do fenômeno estudado. Dessa forma, a abordagem escolhida foi a triangulação de métodos com o objetivo de expandir a compreensão sobre o contexto e o objeto de estudo, a partir da análise de diferentes vozes, perspectivas e pontos de vista envolvidos no processo. Buscou-se, com tal abordagem, não só enriquecer o entendimento do fenômeno, mas também acrescentar rigor, complexidade e profundidade à investigação, permitindo a evidência de possíveis dimensões

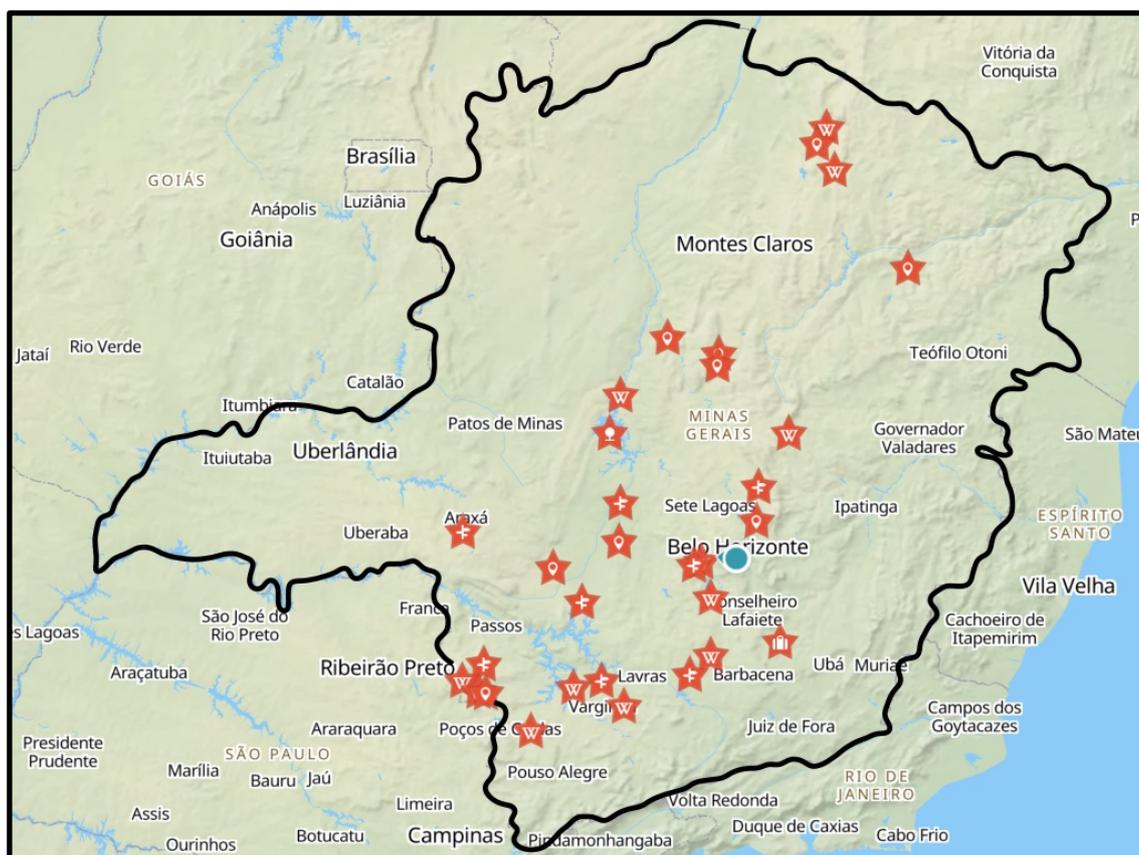
subjacentes (DENZIN; LINCOLN, 1998; FLICK, 2009; GUBA; LINCOLN, 2011; JICK, 1979; MINAYO *et al.*, 2010; MINAYO, 2013).

4.1.1 O curso “Promoção do desenvolvimento infantil integral”

O curso “Promoção do desenvolvimento infantil integral” foi uma das atividades do Projeto Nascente. Foi realizado em 31 municípios do Estado de Minas Gerais (FIGURA 6) no segundo semestre de 2019, com a proposta de mobilizar atores sociais de diferentes setores e esferas, estimulando, assim, o diálogo intersetorial. Teve como objetivo geral capacitar as equipes da ESF e profissionais de outros setores envolvidos com o cuidado da criança para desenvolver abordagem integral do desenvolvimento infantil no contexto dos territórios dessas equipes. Foram convidados a participar municípios mineiros conveniados ao Internato em Saúde Coletiva / Internato Rural da Faculdade de Medicina da UFMG. Dentro dos 31 municípios que aceitaram participar, a definição dos trabalhadores ficou à cargo da gestão municipal.

A concepção pedagógica do curso foi baseada em metodologias ativas de ensino-aprendizagem, como discussão de casos, problematização sobre a prática profissional, trabalhos em grupo, discussão de textos, levantamento e interpretação de dados, elaboração de relatórios e projetos de intervenção. O curso teve carga horária total de 60 horas, sendo 40 horas divididas em oito seminários presenciais e 20 horas para atividades de dispersão. Material didático impresso e em formato digital foi produzido e entregue aos participantes: Caderno do(a) participante; Cadernos de atividades; Caderno do(a) multiplicador(a) (CURY *et al.*, 2019 a, b, c).

Figura 6 – Municípios do Estado de Minas Gerais participantes do curso “Promoção do desenvolvimento infantil integral”, 2019. Mapa: *CityMaps2Go Offline Maps App*



Elaborado pelo autor.

Os seminários locais foram coordenados por 21 multiplicadores previamente capacitados pela equipe de professores, especialistas e estudantes de pós-graduação. Esta capacitação ocorreu na Faculdade de Medicina da UFMG, durante um final de semana de julho de 2019 e abordou todos os temas do curso, a saber: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), Caderneta de Saúde da Criança, Desenvolvimento infantil, Vínculo mãe-filho, Intersetorialidade³ nas políticas públicas e Planejamento estratégico. Durante o desenvolvimento do curso, previamente a cada seminário, a equipe de professores reunia-se com os multiplicadores por meio de plataforma *online*. Esta plataforma também foi utilizada para suporte e interação ao longo do curso.

Após cada seminário, as atividades de dispersão foram realizadas pelos trabalhadores de todos os setores participantes, tendo como base os territórios

³ O Projeto Nascente utilizou o termo intersectorialidade em todo o material didático do curso. Este termo será mantido na descrição das atividades do projeto.

das equipes da ESF. Os temas discutidos e as ferramentas metodológicas apresentadas no seminário anterior foram pontos de partida para coleta e de dados e análise de situações dos processos de trabalho e das interações nos territórios de atuação. Durante as dispersões também foram produzidos materiais para os seminários seguintes. Segundo a proposta pedagógica do curso, todo o material contextualizado produzido deveria ser utilizado para subsidiar a elaboração de um projeto de intervenção por cada grupo de alunos. A apresentação do projeto de intervenção elaborado por cada grupo foi a atividade de finalização do curso. A estrutura geral do curso está representada na Figura 7.

Figura 7 – Fluxograma da estrutura do curso “Promoção do desenvolvimento infantil integral” realizado em 31 municípios de Minas Gerais



Fonte: Cury *et al.* (2019 a).

Participaram do curso 1.267 profissionais, entre os quais prevaleceram os trabalhadores da saúde (75,7%). Outros setores enviaram poucos

representantes. Os 28 gestores inscritos tiveram participação irregular. A Tabela 1 mostra o número de participantes de cada setor.

Tabela 1 – Participantes do curso “Promoção do desenvolvimento infantil integral” de acordo com o setor de origem. Minas Gerais, 2019

Setor de origem	n	%
Saúde	959	75,7
Educação	94	7,4
Assistência social	77	6,1
Universidades	19	1,5
Cultura / Lazer / Esporte	9	0,7
Organizações sociais	6	0,5
Conselho Tutelar	4	0,3
Não informado	99	7,8
Total	1.267	100,0

Fonte: Consolidados de frequência do curso “Promoção do desenvolvimento infantil integral”, 2019. Elaborado pelo autor.

4.1.1.1 O tema da intersectorialidade no curso

A intersectorialidade foi tema do sexto seminário e foi apresentada como estratégia para fortalecimento da rede de apoio social, contribuindo para a promoção de ações integradas voltadas às crianças, para enfrentamento dos determinantes sociais do processo saúde e doença e para redução das iniquidades.

A organização do seminário e a produção do material didático foi parte estruturante desta tese, pois o material produzido neste seminário constituiria a base para o estudo de caso que também estava sendo delineado. O projeto da tese desenhado inicialmente referia-se ao estudo do material produzido pela intervenção educativa. Neste momento, eu estava diante da construção da intervenção, que tomava forma junto ao amadurecimento do projeto de pesquisa.

Para provocar a discussão sobre a intersectorialidade, foi solicitado aos alunos, durante o período de dispersão entre o quinto e o sexto seminários, que levantassem os equipamentos sociais presentes em seus respectivos territórios de atuação, assim como os setores aos quais estes equipamentos pertenciam. A partir deste levantamento, os alunos deveriam citar ações desenvolvidas em parceria com estes equipamentos. Caso não identificassem ações neste sentido em seus territórios, poderiam descrever ações conjuntas promovidas em outras localidades dos municípios. Foi ainda solicitada a análise destas parcerias em

termos de planejamento, execução e resultados. Estas questões estavam descritas no Roteiro 15 do curso (APÊNDICE B). O resultado da atividade seria apresentado no início do sexto seminário, como estímulo disparador da discussão.

A segunda atividade solicitada, também preparatória para o sexto seminário, foi a elaboração de um ecomapa com a representação gráfica de algumas características do relacionamento entre as equipes de saúde e os outros atores sociais presentes nos respectivos territórios de atuação. Os multiplicadores passaram as orientações sobre a elaboração dos ecomapas. Estes foram confeccionados pelos alunos sem a colaboração direta dos multiplicadores. A justificativa da escolha desta estratégia gráfica e suas especificidades serão apresentadas na seção 4.1.1.2.

O sexto seminário teve, então, como objetivo discutir aspectos teóricos sobre a intersetorialidade a partir das vivências e das configurações das redes municipais de suporte às atividades de promoção do desenvolvimento infantil. O seminário começou com a construção coletiva do conceito de intersetorialidade, orientada pelo multiplicador. Em seguida, houve a apresentação da rede de atores locais, das parcerias existentes e dos ecomapas (atividades realizadas no período de dispersão). Na sequência, foi realizada a leitura do texto “Intersetorialidade: teoria e prática nas políticas sociais”, de minha autoria (APÊNDICE C). Como atividade de consolidação, a partir de todo o conteúdo tratado até aquele momento, os alunos deveriam discutir, em pequenos grupos, os conceitos de ação setorial, ação colaborativa multisetorial e ação intersetorial. Ao final da discussão, o multiplicador fez uma consolidação dos conceitos, acompanhado de uma síntese. O conceito final de ação intersetorial foi confrontado com aquele produzido no início do seminário. Buscando a articulação teoria-prática, os grupos voltaram a se reunir para discutir um caso que estava descrito no caderno do participante – uma família em situação de elevada vulnerabilidade social. Deveriam propor um plano de ação com ações integradas para abordagem do caso. Uma vídeo-aula que abordou aspectos teóricos da intersetorialidade, gravada em estúdio na Faculdade de Medicina da UFMG, estava disponível para o encerramento do seminário sobre o tema. Esta e outras vídeo-aulas elaboradas para o curso foram gravadas em *pen-drives* entregues a todos os alunos inscritos.

4.1.1.2 Ecomapas da rede de apoio local

O ecomapa foi desenvolvido na década de 1970 a partir do trabalho de assistentes sociais com crianças e suas famílias. É uma ferramenta que organiza dados para avaliação situacional e planejamento de intervenções (HARTMAN, 2003). Ele possibilita uma visão integral e ampliada da situação no espaço e no tempo, por meio de três elementos básicos: relacionamentos, redes sociais e suportes (BENNETT; GRANT, 2016). O ecomapa evidencia a natureza das interfaces relacionais, aponta conflitos a serem mediados, pontes a serem construídas, assim como recursos a serem mobilizados (HARTMAN, 1978). De acordo com a autora que o desenvolveu, o ecomapa mantém-se útil, mas seu uso precisa ser “pós-modernizado”. Como uma ferramenta desenvolvida para “pensar de forma diferente”, seu uso precisa ser expandido, contribuindo para análises mais complexas das realidades socialmente construídas (HARTMAN, 2003).

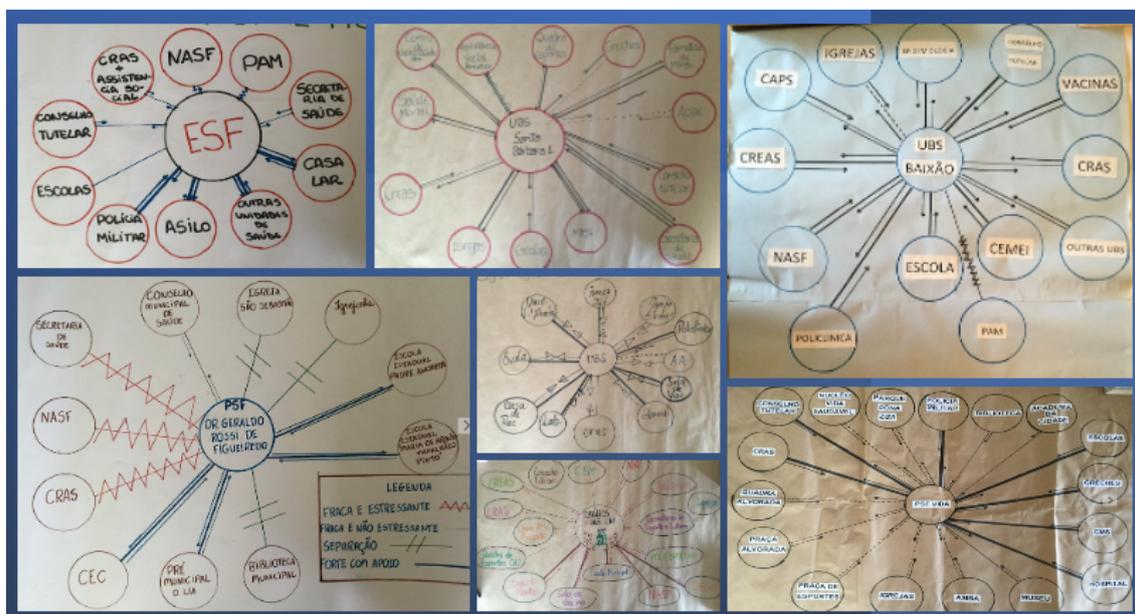
Pesquisas recentes têm utilizado o ecomapa para a análise das redes de suporte a crianças, adolescentes e jovens, avaliando-o como uma ferramenta útil no processo de compreensão de elementos da vida dos indivíduos e como a comunicação e a interação acontecem (JOHNSON *et al.*, 2017; SILVEIRA; NEVES, 2019; WOODGATE *et al.*, 2020). Além disso, o uso de um mesmo padrão de diagramas na produção de dados pode contribuir na identificação de pontos de comparação entre casos diferentes (BRAVINGTON; KING, 2019). Dessa forma, o ecomapa foi escolhido como estratégia de pesquisa para explorar a natureza das redes de relacionamentos sociais que dão suporte às atividades de promoção do desenvolvimento infantil.

Segundo Hartman (1978), o ecomapa possibilita a representação de três aspectos dos relacionamentos: força do relacionamento; fluxo de recursos; qualidade do relacionamento. No seminário, para se alcançar estas representações, os padrões gráficos definidos pela referida autora foram utilizados como orientações para a elaboração dos ecomapas pelos participantes. A equipe da ESF seria representada por um círculo desenhado no centro do mapa. Os outros atores identificados no território seriam representados por círculos distribuídos ao redor do círculo central. As relações entre a equipe

da ESF e os vários atores deveriam ser representadas por linhas traçadas entre os círculos. A *força do relacionamento* seria representada pelo tipo de linha traçada: uma linha mais grossa representando uma conexão forte; uma linha mais fina representando uma conexão fraca; uma linha tracejada, uma conexão tênue. O *fluxo de recursos* – e consequentemente de energia – ou *suporte oferecido/recebido* seriam representados por setas desenhadas junto às linhas. O comprimento da seta representaria a quantidade de energia e sua direção, o fluxo do suporte. A *qualidade do relacionamento* seria representada pela presença ou pela ausência de uma linha em ziguezague. A presença desta linha representaria uma relação estressante e a sua ausência, uma relação não estressante. A Figura 8 ilustra alguns ecomapas produzidos por profissionais de municípios participantes.

Após o término do curso, todo o material produzido foi enviado para a coordenação em Belo Horizonte. Os ecomapas foram enviados em sua versão original em papel ou por meio de foto digitalizada.

Figura 8 – Painel de ecomapas produzidos durante o curso “Promoção do desenvolvimento infantil integral”. Minas Gerais, 2019



Fonte: Projeto Nascente. Elaborado pelo autor.

4.1.2 Pesquisa documental

O material para a pesquisa documental foram os ecomapas produzidos nos municípios do Estado de Minas Gerais que participaram do curso “Promoção do desenvolvimento infantil integral”. As fichas de inscrição, listas de presença e outros documentos gerados ao longo do curso foram utilizados para caracterização dos trabalhadores participantes e dos multiplicadores (BOWEN, 2009).

4.1.3 Observação participante

A observação participante pode fornecer ao pesquisador maneiras de verificar a expressão não verbal de sentimentos, determinar quem interage com quem e compreender como os participantes se comunicam entre si (JORGENSEN, 1989; KAWULICH, 2005).

A observação participante foi realizada a partir de minha participação no sexto seminário em quatro municípios: Jaboticatubas (24/10/2019), Conceição da Barra de Minas (31/10/2019), Resende Costa (01/11/2019) e Mateus Leme (14/11/2019). Para a escolha destes municípios, levou-se em conta a proximidade e a facilidade de acesso a partir de Belo Horizonte e a concordância de cada multiplicador em receber-me durante o seminário. Três multiplicadores estiveram envolvidos nesta etapa, pois Conceição da Barra de Minas e Resende Costa tiveram como multiplicadora a mesma profissional.

Neste seminário, os participantes discutiram aspectos teóricos da colaboração intersetorial e da rede de apoio ao desenvolvimento infantil, assim como apresentaram os ecomapas criados. Nas quatro oportunidades, fui apresentado como membro do grupo organizador do projeto e como autor do material didático daquele seminário. Particpei ativamente das discussões, sempre apoiando às demandas dos multiplicadores responsáveis pelas atividades.

A observação esteve centrada nas interações que aconteciam entre os profissionais e nas questões abordadas durante o seminário. Um diálogo reflexivo entre mim e os multiplicadores seguiu cada ocasião de observação para iluminar vários aspectos das interações em andamento. Anotações de campo foram feitas e analisadas.

4.1.4 Entrevista com gestores

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com coordenadores municipais de saúde e assistência social. Roteiro semiestruturado foi elaborado e abordou os seguintes aspectos: caracterização do gestor; ações realizadas para a promoção do desenvolvimento infantil; diretrizes municipais e formas de organização das ações intersetoriais (APÊNDICE D).

Como todos os participantes estavam localizados fora de nossa área geográfica, decidimos fazer entrevistas pelo *Skype*®. O *Skype*® forneceu interação visual e de áudio síncrona entre mim e os participantes para que a entrevista pudesse permanecer uma experiência interativa face a face (HANNA, 2012; JENNER; MYERS, 2018). A ferramenta digital registrou a interação visual e de áudio das entrevistas. Os áudios foram transcritos na íntegra e os textos originados analisados.

4.1.5 Análise do material produzido

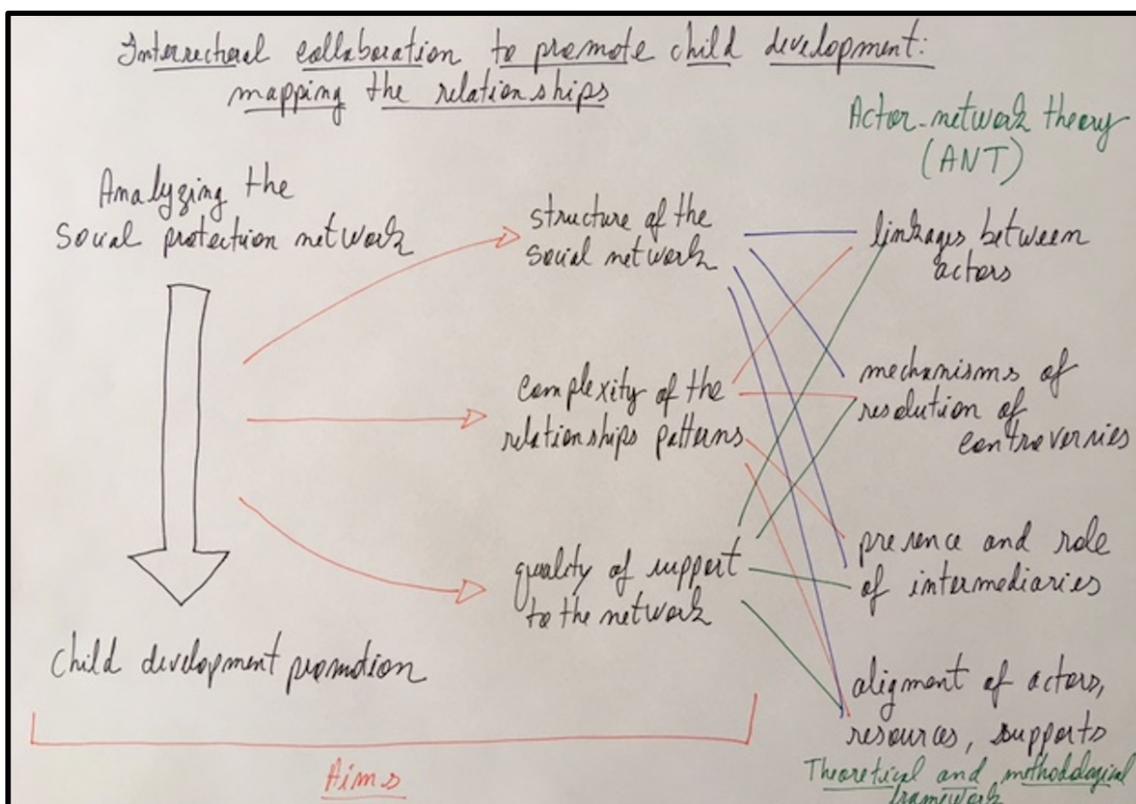
Os ecomapas foram inicialmente analisados a partir de seus três aspectos básicos: i) força dos relacionamentos; ii) fluxo de recursos/energia/suporte; iii) qualidade dos relacionamentos. O produto da análise dos ecomapas e os textos provenientes das observações participantes e das entrevistas foram então interpretados tendo a TAR como referencial teórico. O sistema de codificação de dados para reconstrução das ações em estudo foi definido a partir do trabalho de Bilodeau *et al.* (2019). Neste sentido, o material das três fontes de evidência foi decomposto por análise de conteúdo (GRANEHEIM; LUNDMAN, 2004), em consonância com as seguintes dimensões: i) ligações entre atores; ii) a presença de controvérsias e mecanismos de resolução; iii) presença e papel de intermediários e mediadores; iv) alinhamento de atores, recursos e apoios (QUADRO 1; FIGURAS 9 e 10).

Quadro 1 - Instrumentos de produção de evidências utilizados e as dimensões de análise

Técnica de produção de evidências	Fonte de evidência	Dimensões da análise	
Pesquisa documental	Ecomapas produzidos pelos trabalhadores dos municípios	Força dos relacionamentos Fluxo de energia / suporte Qualidade dos relacionamentos	Ligações entre atores Presença de controvérsias e mecanismos de resolução
Observação participante	Participação no Seminário 6 em quatro municípios		Presença e papel de intermediários e mediadores
Entrevista	Entrevistas com gestores		Alinhamento de atores, recursos e apoios

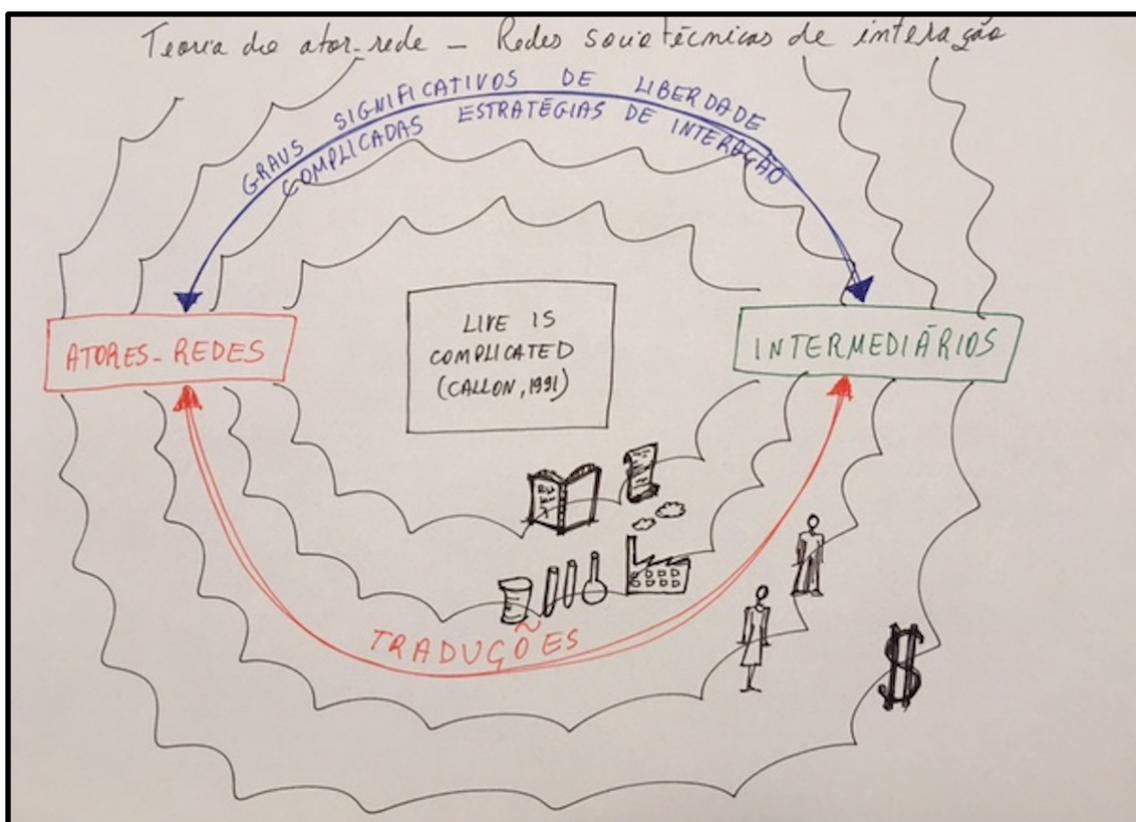
Fonte: elaborado pelo autor.

Figura 9 – A contribuição da teoria do Ator-Rede às dimensões de análise desta pesquisa



Fonte: elaborado pelo autor, segundo Bilodeau et al. (2019).

Figura 10 – Traduzindo atores e redes



Fonte: elaborado pelo autor, segundo Callon (1991).

4.1.5.1 Software para análise qualitativa

O material foi organizado e analisado usando o *software* MAXQDA2020. A ferramenta de codificação foi utilizada para leitura e codificação dos textos provenientes das entrevistas e das observações. A análise das relações das redes sociais representadas nos ecomapas foi realizada a partir de diagramas produzidos pelo *software*.

Os passos para produção dos diagramas representativos dos ecomapas foram os seguintes. Os nomes dos atores, agrupados por setores, e as características das relações foram convertidos em textos e os dados transportados para uma tabela. O material foi inserido no *software* e devidamente codificado. Nos diagramas MAXQDA, cada ator e o aspecto do relacionamento foram representados por um nó (APÊNDICE E). O tamanho do nó indica as frequências de citação de cada ator nos ecomapas analisados (nós maiores têm maior número de citações). Os atores e seus setores de origem foram demonstrados usando códigos e cores diferentes, respectivamente. Em seguida, para visualizar os aspectos do relacionamento com cada ator, o

software capturou, separadamente, os arranjos de cada um: força do relacionamento, suporte oferecido, presença ou ausência de conflito. Nos diagramas MAXQDA, a largura das linhas reflete a frequência da característica de relacionamento com cada ator.

4.1.6 Aspectos éticos

Todas as etapas desta pesquisa estavam de acordo com a Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde que trata de pesquisas em seres humanos. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais - Parecer Consubstanciado número 2.751.249 (ANEXO A). Os dados obtidos das fontes primárias e secundárias foram apresentados de forma agregada. Foi garantido o completo anonimato de todos os entrevistados e o consentimento livre e esclarecido foi obtido de todos os participantes que concordarem em participar da pesquisa (APÊNDICE F).

5 RESULTADOS

5.1 Artigo – Glossário para a colaboração intersetorial: conceitos selecionados

O processo de produção desta tese, especialmente as incursões no campo, o contato com trabalhadores, gestores e multiplicadores do “Projeto Nascente”, reforçou minha percepção de uma dificuldade de entendimento conceitual em torno do tema da colaboração intersetorial. Esta questão já me acompanha desde a pesquisa do mestrado, na qual estudei a colaboração intersetorial no Programa Saúde na Escola (CHIARI *et al.*, 2018). Esta inquietação levou à produção do artigo aqui apresentado. Conforme descrito na introdução, este texto tem o propósito de apoiar gestores e trabalhadores nos processos de produção e de articulação de iniciativas e ações intersetoriais em seus territórios de atuação. As reflexões do texto possibilitaram a elaboração de um modelo com as dimensões da colaboração intersetorial.

Glossário para a colaboração intersetorial: Conceitos selecionados

Intersectoral collaboration glossary: Selected concepts

Glosario de colaboración intersectorial: Conceptos seleccionados

Recebido: 09/07/2021 | Revisado: 15/07/2021 | Aceito: 17/07/2021 | Publicado: 26/07/2021

Antônio Paulo Gomes Chiari

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4104-9164>

Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

E-mail: apgchiari@gmail.com

Viviane Elisângela Gomes

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9637-1911>

Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

E-mail: vivigomes_br@yahoo.com.br

Anna Rachel dos Santos Soares

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1232-1712>

Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

E-mail: anna.soares@outlook.com

Geraldo Cunha Cury

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0411-8343>

Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

E-mail: geraldocunhacury@gmail.com

Maria Inês Barreiros Senna

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0578-8744>

Universidade Federal de Minas Gerais,

Brasil E-mail: mariainessenna@gmail.com

Raquel Conceição Ferreira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8897-9345>

Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

E-mail: raquelconceicaoferreira@gmail.com

Resumo

Este estudo teórico reconstrói as principais categorias conceituais que orientam a ação intersetorial, a partir da experiência empírica dos autores cotejada com a literatura sobre o tema. O texto está organizado como um glossário e apresenta treze termos selecionados: agenda, colaboração intersetorial, conflito, governança, governança colaborativa, indivíduo, mecanismo integrador, modelo de gestão, parceria, processo comunicativo, setor, sustentabilidade, território. A partir desses conceitos estruturantes foi desenvolvido um modelo das dimensões da colaboração intersetorial: dimensão política, dimensão técnica e dimensão da interação. Todas elas inter-relacionadas e produtoras de mecanismos de integração e de sustentação para a colaboração intersetorial. Espera-se oferecer repertório e campos de possibilidades que, ao promoverem um melhor entendimento da prática intersetorial, facilitarão o uso desta estratégia no desenvolvimento de políticas públicas de corte social, assim como contribuirão no delineamento de pesquisas sobre o tema. As definições e reflexões daqui extraídas confirmam a complexidade da colaboração intersetorial e a necessidade da busca de suporte em diferentes áreas do conhecimento, tanto para sua construção quanto para sua efetivação como prática geradora de equidade e justiça social.

Palavras-chave: Colaboração intersetorial; Política pública; Promoção da saúde; Inovação.

Abstract

This article analyzes the main conceptual categories that guide intersectoral action based on the authors empirical experience compared to the literature on the subject. The text is organized as a glossary and presents thirteen terms: agenda, intersectoral collaboration, conflict, governance, collaborative governance, individual, support mechanism, management model, partnership, communication process, sector, sustainability, territory. These concepts enabled the development of a model of the dimensions of intersectoral collaboration: political dimension, technical dimension, and interaction dimension. They are interrelated and produce integration and support mechanisms for intersectoral collaboration. This theoretical contribution aims to promote a better understanding of intersectoral practice facilitating the choice of this approach in the development of public social policies. Additionally, the covered concepts may contribute to the design of research in the area. The definitions and reflections confirm the complexity of intersectoral collaboration and the importance of seeking support in different knowledge fields for its construction and effectiveness as a practice that generates equity and social justice.

Keywords: Intersectoral collaboration; Public policy; Health promotion; Innovation. 1

Resumen

Este artículo analiza las principales categorías conceptuales que orientan la acción intersectorial, a partir de la experiencia empírica de los autores en comparación con la literatura sobre el tema. El texto está organizado como un glosario y presenta trece términos: agenda, colaboración intersectorial, conflicto, gobernanza, gobernanza colaborativa, individuo, mecanismo integrador, modelo de gestión, alianza, proceso de comunicación, sector, sostenibilidad, territorio. A partir de estos conceptos estructurantes, se desarrolló un modelo de las dimensiones de la colaboración intersectorial: dimensión política, dimensión técnica y dimensión de interacción. Todos ellos están interrelacionados y producen mecanismos de integración y apoyo a la colaboración intersectorial. Promoviendo un mejor entendimiento de la práctica intersectorial, este aporte teórico tiene como objetivo ofrecer repertorio y posibilidades que faciliten el uso de esta estrategia en el desarrollo de políticas públicas sociales, así como contribuir al diseño de investigaciones en el área. Las definiciones y reflexiones confirman la complejidad de la colaboración intersectorial y la importancia de buscar apoyos en diferentes campos del conocimiento, para su construcción y efectividad como práctica generadora de equidad y justicia social.

Palabras clave: Colaboración intersectorial; Política pública; Promoción de la salud; Innovación.

1. Introdução

A colaboração intersetorial é recomendada por várias políticas e programas de governo, e tem sido objeto de investigações acadêmicas em vários países (Dubois, et al., 2015; Glandon, et al., 2019; Shankardass, et al., 2012). Atualmente, é descrita como estratégia fundamental para implementação de políticas sociais, especialmente para a promoção da saúde e para o combate às iniquidades (Freiler, et al., 2013; McDaid & Park, 2016; Solar, et al., 2009). Indo além, o décimo sétimo objetivo de Desenvolvimento Sustentável da Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas propõe o fortalecimento dos meios de implementação e revitalização das parcerias globais para o desenvolvimento sustentável (United Nations, 2019).

Apesar de todo o conhecimento produzido no campo científico e no campo das práticas, superar o “dilema da intersetorialidade” não tem sido uma tarefa fácil (Andrade, 2006). A primeira definição de colaboração intersetorial ocorreu no campo da economia (Dubois, et al., 2015). Solar, et al. (2009), propuseram a construção de uma tipologia para a colaboração intersetorial no combate às iniquidades em saúde. Esta construção subsidiaria um melhor delineamento das práticas intersetoriais. Akerman, et al. (2014), discutiram sobre a polissemia do termo e sobre a existência de um “ativismo intersetorial” ainda frágil e pouco consistente. Propuseram uma série de caminhos, compostos por perguntas de pesquisa, que contribuiriam para a análise e para a adoção de práticas intersetoriais integradas. O próprio conceito de colaboração intersetorial permanece obscuro e contestado, merecendo análise crítica mais aprofundada. Da mesma forma, sua prática cotidiana nas políticas públicas, seus sucessos e fracassos, permanecem em grande parte sem exame (Chircop, et al., 2015; Dubois, et al., 2015). Neste mesmo sentido, Holt, et al. (2018), avaliaram que as recomendações encontradas na literatura oferecem uma conceituação muito abstrata sobre a ação intersetorial e, conseqüentemente, fornecem poucas diretrizes práticas para a ação.

As lacunas em torno do conceito de colaboração intersetorial e as dificuldades de atuação a elas associadas foram os estímulos para a elaboração deste texto. Como buscar uma práxis sobre a qual pouco se sabe? Sem ter a proposta de esgotar o tema, o glossário traz alguns dos termos mais relevantes para a compreensão teórica e prática da colaboração intersetorial. Ao escolher e trabalhar teoricamente estes termos, o objetivo foi fornecer repertório e referências, ampliando a compreensão e o campo de possibilidades para a construção intersetorial. Traçando estas referências e trazendo-as para o debate, buscou-se contribuir para o fortalecimento dos operadores das ações intersetoriais – gestores e trabalhadores. Para os pesquisadores, principalmente aqueles iniciantes no estudo deste tema, fica a oferta de um ordenamento

conceitual que poderá auxiliar no delineamento de novos objetos de pesquisas, assim como na análise das experiências em curso.

Respeitando a ordenação de um glossário, os termos estão dispostos em ordem alfabética. Esta opção, que a princípio parece ter sacrificado o desenvolvimento lógico do tema, manteve coerência com a proposta inicial de ser um instrumento de consulta teórico-metodológico para a prática intersetorial. Ao final, à guisa de sistematização, desenvolvemos um modelo das dimensões da colaboração intersetorial visando contribuir para a proposição, implementação e avaliação de políticas, ações e pesquisas.

2. Breve Percorso Metodológico

Estudo teórico que surgiu da intersecção dos vários caminhos traçados em um processo de pesquisa. Buscava-se aprofundar o estudo e as reflexões sobre a colaboração intersetorial e, simultaneamente, analisar as interações entre os vários atores envolvidos na promoção do desenvolvimento infantil, tema ao qual a colaboração intersetorial está relacionada na pesquisa de campo ora realizada. Experiências de estudos de casos anteriores, envolvendo implementação e operacionalização de políticas, projetos e ações intersetoriais, também se encontram refletidas nos termos abordados neste texto. Buscou-se formar uma correlação entre a construção pessoal dos autores e os vários pontos de vista distintos encontrados na literatura, num processo hermenêutico-dialético de reconstituição de construções (Guba & Lincoln, 2011).

Um glossário pareceu, então, uma ferramenta pertinente e inovadora para a sistematização das principais categorias conceituais que orientam a ação intersetorial; um instrumento de revisão e de reflexão sobre suas dimensões, seus componentes essenciais, assim como fatores e contextos determinantes. Experiências intersetoriais identificadas durante a revisão não sistemática da literatura foram citadas para ilustrar algumas das definições abordadas.

3. Glossário

Agenda

Aqui se apresentam duas questões: a agenda como pauta definida previamente e a agenda como reserva de tempo cronológico. Estes dois aspectos refletem a importância e a necessidade de espaços e instâncias onde os vários setores possam expressar seus interesses, diferenças e conflitos (Cunill Grau, 2014). Entendimento e valorização institucionais da proposta de trabalho intersetorial são fatores definidores da agenda de trabalho sobre o tema.

A definição e manutenção da pauta de discussão se relacionam com a dimensão política da colaboração intersetorial; é o status de sua prioridade na

agenda institucional. A agenda cronológica se refere ao tempo necessário para o processo de construção da colaboração intersetorial: encontros, conversas, planejamento, avaliação. A efetivação de uma agenda comum a todos os setores envolvidos será tão mais fácil, quanto maior for o apoio político à proposta. A definição de uma agenda para o processo de construção de uma colaboração intersetorial não é simples, nem mesmo no âmbito de políticas intersetoriais institucionais (Quadro 1).

Quadro 1 – Agenda, conflito e mecanismo integrador a partir da colaboração intersetorial no Programa Saúde na Escola.

O Programa Saúde da Escola (PSE) foi instituído no Brasil em 2007 e tem como objetivo a formação integral dos alunos da rede pública de ensino. O programa tem como fundamento o trabalho articulado entre educação, saúde e outros setores e tem sido objeto de estudos para a compreensão dos mecanismos da colaboração intersetorial (Brasil, et al., 2017; Chiari, et al., 2018; Ferreira, et al., 2014; Sousa, et al., 2017).

Agenda: Nos quatro estudos analisados, gestores e trabalhadores queixaram-se da dificuldade de compatibilizar as agendas para as ações do programa. As agendas de cada setor eram muito intensas e direcionadas para suas atividades específicas (Brasil, et al., 2017; Chiari, et al., 2018; Ferreira, et al., 2014; Sousa, et al., 2017). Para o grupo de gestores do PSE em uma capital brasileira, mesmo havendo reconhecimento e valorização institucionais do programa, a agenda intersetorial não teve relevância política suficiente para possibilitar a construção de compartilhamento de poderes (Chiari, et al., 2018).

Conflito: A explicitação de conflitos e divergências apareceu em três dos quatro estudos analisados (Brasil, et al., 2017; Chiari, et al., 2018; Ferreira, et al., 2014). Em dois deles, foram identificadas controvérsias em relação à tomada de decisões na gestão do PSE, assim como abuso de protagonismo de determinado setor sobre os outros (Chiari, et al., 2018; Ferreira, et al., 2014). Enquanto o segundo trabalho avaliou que o grupo de gestores estava passando por um processo de aprendizagem para o trabalho intersetorial, o primeiro identificou que os membros da gestão municipal do PSE não conseguiram utilizar o grupo de trabalho intersetorial como espaço de negociação em prol da superação das diferenças.

Mecanismo integrador: Foram identificados mecanismos integradores facilitadores da construção intersetorial dentro do PSE, seja no arcabouço normativo do programa, seja nas propostas de organizações locais. Gestão colegiada do programa, compartilhamento de responsabilidades, trabalho conjunto com troca de saberes e de experiências, capacitações e articulações conjuntas no território – para apropriação de linguagens, de nivelamento técnico e conceitual, de fomento à discussão, de qualificar a comunicação – são alguns exemplos citados pelos autores. As experiências analisadas mostraram, no entanto, pouca utilização destes mecanismos identificados (Brasil, et al., 2017; Chiari, et al., 2018; Ferreira, et al., 2014; Sousa, et al., 2017). O desconhecimento de importantes componentes do programa foi uma queixa explícita dos trabalhadores entrevistados por Brasil, et al. (2017), e percebido nas respostas dos gestores municipais do PSE ao questionário aplicado por Chiari, et al. (2018).

Fonte: Autores.

Colaboração intersetorial

Colaboração é entendida como a forma mais desenvolvida de comunicação interativa, exigindo que os atores tenham estratégia, identidade,

objetivos e responsabilidades conjuntas. Definições encontradas na literatura descrevem no conceito de colaboração a organização de atores em rede, seus objetivos compartilhados e suas negociações contínuas para harmonizar interesses comuns e coordenar atividades mútuas (Russell & Smorodinskaya, 2018). Neste sentido a colaboração intersetorial pode ser definida como estratégia de gestão voltada para a articulação de saberes, potencialidades e experiências de indivíduos, grupos e setores (governamentais ou não), visando ao enfrentamento de problemas sociais complexos, por meio de intervenções compartilhadas e com efeitos sinérgicos. Pressupõe formação de vínculos, corresponsabilidades e cogestão na busca de objetivos comuns orientados ao interesse público (Brasil, 2014; Cunill Grau, 2005; Inojosa, 2001; Monnerat & Souza, 2014).

Intersetorialidade tem sido o termo mais utilizado na literatura científica brasileira. Prevalece também nos textos das políticas públicas e entre os profissionais nos serviços. Apesar de menos comum, alguns textos em língua inglesa dos anos 2000 também utilizavam o termo correspondente (*intersectorality*) (Solar, et al., 2010). Mais recentemente, Dubois, et al. (2015), identificaram dez diferentes termos para se referir ao tema. Optaram por quatro deles como critério de elegibilidade para a revisão realizada: ação intersetorial, ação intersetorial para a saúde, colaboração intersetorial, política intersetorial. Atualmente, na literatura em língua inglesa o termo mais comum é o correspondente à colaboração intersetorial (*intersectoral collaboration*). Percebe-se no Brasil uma tendência neste mesmo sentido, embasada provavelmente na indexação deste termo junto aos Descritores em Ciências da Saúde da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS, DeCS). Treze outros termos são reconhecidos como sinônimos, em português, inclusive intersetorialidade.

Cabe, ainda, ressaltar que a colaboração intersetorial não é uma estratégia restrita e exclusiva para enfrentamento dos problemas de saúde. Deve ser entendida como uma possibilidade de atuação em todas as políticas públicas sempre que houver a necessidade de planejamento participativo e integrado para a solução sinérgica de problemas complexos (Bronzo, 2016; Monnerat & Souza, 2011).

Conflito

No processo da interação entre os setores, dissensos e tensões devem ser usados produtivamente na busca por soluções integradas para resolver problemas sociais complexos. Este é o fundamento técnico da colaboração intersetorial (Cunill Grau, 2014). O conflito não é negativo. Sendo uma interação entre indivíduos, o conflito é uma síntese de elementos no caminho para a resolução das tensões entre as partes contrárias. A rejeição e a indiferença é que devem ser combatidas, pois estas sim representam a supressão da

interação e a falta de interesse pela busca de um objetivo comum (Simmel, 1995). Tensões latentes, não articuladas e, conseqüentemente não trabalhadas, tendem a produzir responsabilidades difusas e nenhuma prioridade na formulação de políticas intersetoriais (Holt, et al., 2018). Além disso, iniciativas colaborativas que são incapazes de abordar os conflitos e deliberar sobre eles, podem simplesmente produzir listas de intenções ou simples acordos com declarações vagas e evasivas, em grande parte ocultando as contradições fundamentais (Bodin, 2017).

A superação do conflito pela via da argumentação possibilita a mobilização de poderes e forças. As controvérsias não devem ser encaradas como um revés a ser evitado. O seu enfrentamento, análise e resolução possibilitarão o estabelecimento de uma via de interação social com reconfiguração da rede (Latour, 2012; Rivera & Artmann, 2016). Esse processo contribui no desenvolvimento de soluções novas e mais duráveis que possibilitam melhor colaboração (Quadro 1).

Governança

Governança pode ser definida como a capacidade do Estado de implementar as políticas públicas necessárias para se alcançar os objetivos comuns. Compreende a interlocução com a sociedade por meio de ações que garantam a participação dos cidadãos e a responsabilização dos agentes públicos (Oliveira & Pisa, 2015). A governança pressupõe a identificação dos problemas da sociedade, a formulação de políticas que os solucione e a implementação das ações propostas, pela mobilização dos meios e recursos necessários (Santos, 1997).

A prática intersetorial necessita da criação de formas de trabalho que adotem estruturas e regras de governança de rede. Um modelo de governança inovador pode estimular novas lógicas e arranjos promotores de experiências exitosas (Martins, et al., 2019). Deve haver o estabelecimento de vínculos entre os indivíduos envolvidos e a organização do trabalho coletivo. Um pressuposto fundamental da governança é a responsabilização com transparência em todas as etapas do processo, entre os atores envolvidos nas ações, assim como destes com os indivíduos alvos dos projetos desenvolvidos (Quadro 2).

Quadro 2 – Governança, governança colaborativa, indivíduo, parceria e território: a experiência canadense com os Comitês de Vizinhanças e os Mapas para planejamento e ação intersetorial

Estudos desenvolvidos no Canadá demonstraram que intervenções sobre os determinantes sociais da saúde, por meio da ação intersetorial local, podem levar a transformações concretas nos ambientes vivos. Bilodeau, et al., (2019) conduziram um estudo de caso com os Comitês de Vizinhanças na cidade de Montreal, com o objetivo de examinar como os efeitos da ação intersetorial são produzidos e podem ser atribuídos aos processos interativos. O Conselho

Canadense de Determinantes Sociais da Saúde (CCSDH, sigla em inglês) produziu um relatório que apresentou dois estudos de caso de iniciativas de mapeamento colaborativo que integraram dados sociais e de saúde. Os relatos enfocaram as maneiras como as ferramentas de mapeamento e compartilhamento de dados contribuíram para decisões baseadas em evidências para a ação intersectorial (CCSDH, 2014).

Governança: A organização do trabalho coletivo possibilitou a adoção de estruturas e regras de governança de rede. Elas dizem respeito às ferramentas e práticas que regularam a participação das partes envolvidas, a legitimidade de seus porta-vozes e o processo coletivo de tomada de decisões (Bilodeau, et al., 2019).

Governança colaborativa: Clientes, parceiros e colaboradores contribuíram com o projeto participando de comitês de governança e apoiando de maneira concreta as atividades. Essa abordagem centrada no usuário permitiu aos envolvidos expressar suas necessidades e encontrar as respostas adequadas às mesmas. Todos investiram tempo e esforço para aumentar a conscientização sobre a iniciativa e promover relacionamentos (CCSDH, 2014).

Indivíduo: Foi identificada a importância da movimentação e do compromisso dos indivíduos (atores, segundo termo utilizado pelas autoras) na produção dos resultados da ação intersectorial. Os movimentos surgiram das negociações e dos jogos de poder entre eles e envolveram mudanças de posição (opiniões, pontos de vista), atuação em novos papéis e transformações nas relações de poder. A transformação eficaz dependeu ainda do compromisso daqueles que detinham as rédeas da tomada de decisão e da ação, dentro ou fora de uma rede (por exemplo, serviços municipais, empresas, organizações sem fins lucrativos, organizações comunitárias) (Bilodeau, et al., 2019).

Parceria: Os projetos de mapeamento trabalharam com os determinantes sociais da saúde, mas nenhum deles enquadrou o trabalho exclusivamente em termos de questões de saúde. Pelo contrário, os dados estavam disponíveis em uma ampla gama de tópicos. Definir a iniciativa de forma mais ampla, em vez de focar exclusivamente na saúde, ajudou a construir apoio e engajar parceiros. As parcerias contribuíram para a geração de recursos, credibilidade e sustentabilidade. As experiências indicaram a necessidade e importância de esforços dedicados à tarefa de manter os parceiros informados e engajados (CCSDH, 2014).

Território: A agregação de dados das áreas geográficas específicas garantiu que eles se encaixassem nas estruturas de tomada de decisão pré-existentes. O contexto institucional e territorial no qual a iniciativa esteve inserida foi levado em consideração. A ênfase colocada nesses limites territoriais produziu sentido para os usuários e foram compatíveis com as necessidades locais (Bilodeau, et al., 2019; CCSDH, 2014).

Fonte: Autores.

Governança colaborativa

A governança colaborativa envolve a colaboração de diferentes organizações dos setores públicos, privados e da sociedade civil para o alcance de objetivos compartilhados. O consenso deliberativo e as decisões coletivas constituem a base da governança colaborativa (Ran & Qi, 2018) e são arranjos determinantes da abordagem intersectorial na formulação e na implementação de ações públicas. A governança colaborativa contribui na solução de problemas públicos complexos na medida em que integra e amplia recursos, promove troca de informações e compartilhamento de conhecimento, motiva a inovação, promove formas mais efetivas, eficientes, flexíveis e sofisticadas de solucionar

problemas. Como resultado, pode gerar soluções que capturam os interesses e as necessidades das diferentes partes interessadas.

Assim, a eficácia de uma rede de governança colaborativa resulta da interação entre a estrutura geral da rede, as características de seus atores e as posições na rede que eles ocupam. Conseqüentemente, a governança por meio da colaboração de múltiplos atores/setores é, em comparação com os modos mais tradicionais e burocráticos de governo, imbuída de questões críticas relativas a várias qualidades democráticas, como transparência dos procedimentos de tomada de decisão, legitimidade, responsabilidade e justiça (Bodin, 2017) (Quadro 2).

Indivíduo

As ciências sociais apresentam uma série de termos para designar o ser humano em seus processos interativos na sociedade. Tomaremos emprestado da sociologia, mais especificamente de Martuccelli (2002), o termo indivíduo, na acepção de membro singular de uma coletividade. Segundo o autor, o indivíduo ocupa posição central no mundo contemporâneo e sua atuação na sociedade é guiada por algumas contradições: é um ser único e independente, mas inseparável do entorno e dos outros indivíduos; é portador de autonomia e liberdade, mas ao mesmo tempo com condutas delimitadas pelo contexto social; age segundo sua subjetividade, mas também condicionado por uma força histórica e normativa (Martuccelli, 2002).

Estes aspectos do comportamento do indivíduo em sociedade precisam ser levados em conta nos processos de implementação de políticas públicas. São eles os idealizadores, promotores, executores e beneficiários das políticas. São as partes interessadas – *stakeholders* na literatura em inglês – e este interesse possui nuances relacionadas às contradições e ambiguidades estruturantes dos indivíduos. Neste sentido, deve-se ficar atento à posição ocupada por cada indivíduo no processo de implementação de um projeto ou de uma política (intersetorial ou não): quem são eles, com quem eles colaboram e como as estruturas das redes de colaboração intersetorial se relacionam com as habilidades dos indivíduos para lidar com diferentes problemas. Governantes, gestores, trabalhadores, beneficiários atuarão com visões, acessos e instrumentos diferenciados e toda essa diversidade deverá ser equacionada de alguma forma ao longo da articulação (Bodin, 2017; Monnerat & Souza, 2011). Esta ação articulada será facilitada pela presença de lideranças que tenham visão ampliada e atuação em vários níveis. É necessário um conjunto específico de habilidades que envolvem capacidade para resolução de problemas, coordenação e intermediação, além de flexibilidade, conhecimento profundo do sistema e disposição para realizar o trabalho emocional associado ao trabalho relacional (Holt, et al., 2018). A experiência canadense evidencia a importância

da movimentação e dos compromissos dos indivíduos no processo de colaboração intersetorial (Quadro 2).

Mecanismo integrador

Mecanismos integradores constituem um arsenal de práticas, estratégias, ferramentas ou dispositivos potencialmente promotores da ação coletiva necessária à realização de políticas e programas governamentais. São instrumentos que sustentam e organizam as relações no cotidiano da implementação de uma ação intersetorial. Eles contribuem na superação do isolamento e da desarticulação dos setores e podem estimular visão e construção solidárias ao propiciar gestão integrada e formas matriciais de organização. Ao viabilizarem a conversa entre os setores envolvidos, assim como a participação dos cidadãos, são capazes de minimizar as diferenças percebidas de poder e contribuir para o estabelecimento de comunidades de significados (Cunill Grau, 2005; Pires, 2016). As próprias etapas de implementação de uma política intersetorial podem ser entendidas como mecanismos de integração, na medida em que houver um processo coletivo e compartilhado de definição de problemas, planejamento de ações, definição de indicadores e avaliação com foco nos resultados (Rasanathan et al., 2017). Estudos recentes têm demonstrado o papel relevante da liderança colaborativa e compartilhada na condução de ações interseoriais para a promoção da saúde (Holt, et al., 2018; Kuruvilla, et al., 2018; Rasanathan, et al., 2017).

Processos de educação permanente são um mecanismo integrador privilegiado por viabilizar a aproximação entre os gestores e trabalhadores dos setores envolvidos. Operam como *locus* para ambientação em relação às linguagens e às formas de atuação, próprias de cada setor. Podem e devem ser aproveitadas, inclusive, para discussão conceitual sobre a colaboração intersetorial. É recomendável que capacitações e treinamentos estejam inseridos no delineamento dos projetos e das políticas interseoriais e estes devem ser contextualizados a partir dos problemas que se pretende enfrentar. Ao mesmo tempo em que são um desafio para gestores e tomadores de decisões, pois são processos que demandam recursos de várias ordens, são um campo fértil para as interações que poderão resultar em parcerias efetivamente interseoriais (Chiari, et al., 2021).

Muitas vezes os mecanismos integradores estão previstos na concepção do projeto ou da política, mas não são efetivamente utilizados, ou são esquecidos nas rotinas fragmentadas do trabalho, demonstrando as dificuldades operacionais para a adoção de uma lógica intersetorial. A identificação desses elementos e sua compreensão são passos importantes para a análise do porquê de algumas ações interseoriais serem mais bem-sucedidas do que outras (Pires, 2016) (Quadro 1).

Modelo de gestão

Os modelos de gestão e de organização das relações entre os setores interferem nas possibilidades de produção das ações intersetoriais. Eles definirão os níveis de gestão e de colaboração intersetorial nos ciclos de formulação, implementação e avaliação das políticas. Pode-se optar por maior grau de integração nos órgãos de cúpula (colaboração intersetorial na formulação), nas gestões locais (colaboração intersetorial na execução) ou em ambos os níveis (formulação e execução intersetoriais). Os modelos de gestão definirão “quem” (quais setores) participará das ações, “onde” (em qual território e para qual público) as ações serão desenvolvidas, “o que” (qual problema) será enfrentado. Definirão ainda o que será compartilhado – informações, responsabilidades, ações, orçamento – e em qual nível. Mesmo havendo um certo consenso em relação a algumas características fundamentais da colaboração intersetorial, as experiências analisadas pela literatura não apresentam um modelo de gestão único para a estratégia (Cunill Grau, 2014; Sposati, 2006). A diversidade de experiências e interpretações dos resultados relatados indicam que diferentes paradigmas e definições de sucesso orientam as ações, e que “não há uma verdade única” sobre o que constitui sucesso na colaboração intersetorial (Kuruvilla, et al., 2018). Há, no entanto, concordância de que é necessário um certo grau de inovação e de alteração das formas hegemônicas de organização do Estado. No Quadro 3, foi apresentada a experiência de programas de saúde em escolas australianas. Dois modelos de gestão coexistiram na colaboração intersetorial: o modelo centralizado do governo estadual da Austrália do Sul, Saúde em Todas as Políticas, que exigia aprovação de recomendações antes que as estratégias de todo o sistema fossem implementadas, em contraste com o modelo descentralizado da Educação.

Quadro 3 – Modelo de gestão, processo comunicativo e sustentabilidade em programas de saúde nas escolas australianas

Três estudos investigaram os mecanismos de integração e de colaboração intersetorial em programas de saúde desenvolvidos em escolas australianas (Burgess, et al., 2016; Eyk, et al., 2020; Tooher, et al., 2017).

Modelo de gestão: O governo estadual da Austrália do Sul implantou a estratégia Saúde em Todas as Políticas, com um modelo de gestão e de responsabilidades centralizado, exigindo a aprovação de recomendações antes que as estratégias de todo o sistema fossem implementadas. Em contraste, a Educação tinha um modelo descentralizado, com apoio para a implementação de políticas determinado em nível regional. Apesar das lógicas institucionais e

modelos de gestão diferentes, os atores sustentaram as ações, seus produtos e resultados (Eyck, et al., 2020).

Processo comunicativo: Uma base sólida de comunicação e de relacionamentos profissionais interpessoais promoveu entendimentos compartilhados dos contextos sociais, organizacionais e políticos dos setores envolvidos. Foi fundamental para o alinhamento dos objetivos dos programas à missão dos setores e para a motivação dos participantes. As equipes colaborativas precisaram reservar um tempo para desenvolver esses entendimentos e para refletir sobre os respectivos pontos de vista (Tooher, et al., 2017).

Sustentabilidade: Dar visibilidade às ações e a seus resultados para todos os envolvidos foi uma forma de evidenciar a relevância e garantir a sustentabilidade dos programas. Apesar do sucesso, foram identificadas ameaças à continuidade de alguns programas (Burgess, et al., 2016). A inclusão de partes interessadas de todos os setores participantes, incluindo usuários, no planejamento e implementação mostrou-se estratégia garantidora da permanência das ações (Burgess, et al., 2016; Eyck, et al., 2020).

Fonte: Autores.

Parceria

Parcerias podem ser descritas como arranjos colaborativos nos quais atores de dois ou mais setores da sociedade (estado, mercado, sociedade civil) estão envolvidos em processos não hierarquizados, num esforço coletivo para a busca de objetivos comuns (Van Huijstee, et al., 2007). Esta é uma definição muito próxima do conceito de colaboração intersetorial utilizada neste texto. A parceria é, portanto, uma questão central na compreensão teórica e na prática intersetorial; é o instrumento fundamental por meio do qual serão gerados o apoio e a cooperação entre todos os envolvidos. Exige esforço dedicado, prontidão para colaborar e disponibilidade para atuar dentro de uma nova forma de organização. Algumas características fundamentais para o fortalecimento das parcerias são confiança entre as partes, boas relações de trabalho e presença de lideranças importantes. No entanto, na ação intersetorial ainda permaneceram como barreiras as diferentes prioridades setoriais e a falta de objetivos compartilhados no âmbito operacional (Holt, et al., 2018).

De acordo com Russell e Smorodinskaya (2018), a forma mais eficaz de produzir inovação na atualidade envolve parcerias em rede. A contínua proliferação de redes em todo o mundo implica que bens, tecnologias e valores inovadores serão cada vez mais coproduzidos por atores/setores em rede que colaboram uns com os outros para formar sistemas relativamente sustentáveis de atores/setores, recursos e conexões (Russell & Smorodinskaya, 2018) (Quadro 2).

Processo comunicativo

Processos comunicativos são os dispositivos de comunicação (verbal e não verbal) utilizados pelos indivíduos nos processos de interação. Compreendem a disponibilidade dos atores para o diálogo e para a utilização da

argumentação, com reconhecimento das diferenças, respeito às falas, capacidade de aceitar e de discordar, apoio a argumentos válidos. Estas competências contribuem para se chegar ao entendimento mútuo e para a produção e coordenação das ações (Deslandes & Mitre, 2009). A produção da colaboração intersetorial está embasada na capacidade dos indivíduos envolvidos construírem consensos em torno de um objetivo comum. Como prática inovadora, seu desenvolvimento depende da interação e do aprendizado desses indivíduos. Interação e aprendizagem serão favorecidas por meio de processos comunicativos com vistas à atualização de conhecimentos, técnicas e normas, em um contexto de relações simétricas, não coercitivo e com igualdade de possibilidades de falas (Rivera & Artmann, 2016).

Como visto acima (*Conflito*), a explicitação e o enfrentamento das controvérsias fazem parte da construção da ação intersetorial. Isso só será possível por meio da interação mediada por processos comunicativos que possibilitarão: (i) estabelecimento de vínculos entre indivíduos e setores; (ii) geração de capacidade de negociação e de corresponsabilidade; (iii) fortalecimento da governança em rede; (iv) legitimação de processos e de porta-vozes; (v) delimitação de posições convergentes para a tomada de decisões e planejamento das ações (Bilodeau, et al., 2019) (Quadro 3).

Setor

Quando tratamos de políticas públicas, chamamos de setor cada uma das grandes áreas de atuação do aparato governamental: Assistência Social, Cultura, Educação, Obras, Saúde entre outros. A noção básica de colaboração intersetorial remete ao trabalho integrado de dois ou mais setores do governo para a solução de problemas sociais complexos (Bronzo, 2016; Inojosa, 2001).

A estrutura do Estado e a organização das instituições econômicas, com a divisão entre organizações públicas e privadas, dão origem a um segundo conceito de setor: setor público e setor privado empresarial e não empresarial (a sociedade civil). Neste aspecto, a colaboração intersetorial buscará a conciliação de interesses públicos e privados com a criação de novos formatos de governança que compõem as diferentes formas de parceria público-privada (Cunill Grau, 2014; Thamer & Lazzarini, 2015).

Importante destacar que a colaboração intersetorial não substitui nem descarta a ação setorial com domínio técnico dentro de suas atribuições específicas. Pelo contrário; a atuação setorial com qualidade é fator agregador e gerador de confiança para os outros setores (Sposati, 2006). No entanto, se os formuladores de políticas olharem para fora das prioridades de seu campo setorial e perceberem como eles influenciam e são influenciados por outros, é provável que encontrem interesses comuns e alianças (inesperadas).

Perceberão que a formulação de políticas mais integradas trará, muito provavelmente, resultados mais eficazes de desenvolvimento (Nilsson, et al., 2018).

Sustentabilidade

A sustentabilidade de uma política ou de um projeto se refere à continuidade de práticas eficazes no enfrentamento dos problemas elencados. Dessa forma, a sustentabilidade envolve o reconhecimento dos benefícios produzidos e a sua manutenção por meio da continuidade das atividades dentro de uma estrutura organizacional. O desafio fundamental é entender melhor como os esforços colaborativos podem ser adotados pelas burocracias formais e incorporados às estruturas e processos governamentais existentes (Bodin, 2017). Um outro componente da sustentabilidade é a construção de habilidades e de autonomia entre os receptores do programa (Shediac-Rizkallah & Bone, 1998).

A sustentabilidade de projetos e políticas intersetoriais pressupõe o estabelecimento gradual de uma colaboração estável e duradoura, ao invés de uma relação vinculada a um projeto delimitado no tempo. Para que isso aconteça, múltiplos fatores inter-relacionados contribuirão para a continuidade do processo colaborativo: (i) os contextos político, organizacional e territorial nos quais as intervenções estão inseridas, privilegiando a descentralização com atuação nos espaços sociais, mais perto dos destinatários, com melhor diagnóstico dos problemas e, conseqüentemente, melhor planejamento de formas de enfrentamento; (ii) modelos inovadores de governança com compartilhamento de poder, de conhecimento, de responsabilidade e de orçamento; (iii) processo integrado de concepção e de implementação das intervenções; (iv) participação popular com envolvimento do público alvo, ao menos nas etapas de levantamento de problemas, planejamento e avaliação das ações; (v) o grau de transformação e o impacto sobre os problemas alvo (Cunill Grau, 2014; Hendriks, et al., 2015; Martins, et al., 2019; Shediac-Rizkallah & Bone, 1998; Stirman, et al., 2012) (Quadro 3).

Território

Países, comunidades, indivíduos, todos se desenvolvem em um espaço. As sociedades são por natureza, entidades espaciais. Para além do aspecto físico, no entanto, o território deve ser entendido como a expressão e o produto das presenças, interações e relações entre os indivíduos. Territórios são, portanto, dinâmicos e polimorfos (Reis, 2015). Neste contexto, cada território terá sua situação peculiar, com suas potencialidades e fragilidades. Estas fragilidades, no mundo contemporâneo, não são poucas, e se expressam sob uma gama de riscos, vulnerabilidades e problemas sociais que se tornam os

principais focos para as políticas públicas (Véras, 2010). Por estas questões, as políticas públicas devem ser, preferencialmente, formuladas para e implementadas nos territórios. Na medida em que, na sua origem e nas suas finalidades, as políticas estabelecem laços entre os atores locais e desenvolvem o seu capital social, elas criam condições para a estruturação, capacitação e qualificação do próprio território (Reis, 2015).

A literatura indica que a articulação intersetorial tem maior potência quando desenvolvida no âmbito do território e das famílias. Abordagens multidisciplinares integradas – baseadas no planejamento permanente, com ênfase territorial e participativa, envolvendo análise situacional, escolha de estratégias e tomada de decisões compartilhadas – poderão dar melhores respostas às questões dos territórios. Os múltiplos olhares contribuem para um trabalho em rede voltado para os problemas concretos, em oposição a um planejamento baseado exclusivamente em metas setoriais, elaboradas a partir de demandas ou necessidades genéricas (Nascimento & Melazzo, 2013; Reis, 2015). A escolha fundamentada dos dados territoriais a serem utilizados é um fator de objetivação do trabalho intersetorial e de sustentabilidade para a iniciativa (Quadro 2).

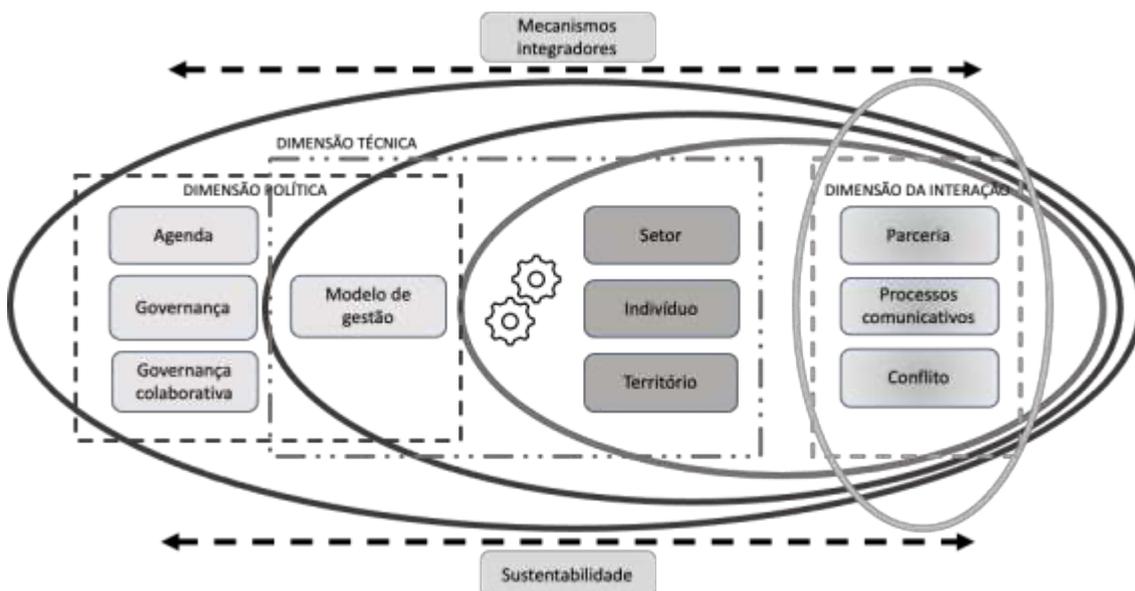
4. Dimensões da Colaboração Intersectorial

As reflexões tecidas neste texto possibilitaram a análise da colaboração intersectorial sob a ótica de diferentes dimensões (Figura 1). A primeira delas é a dimensão política, relativa aos aspectos da tomada de decisões por trabalhar de maneira intersectorial na busca por soluções integradas para problemas complexos. A dimensão política é determinante do desenvolvimento técnico da colaboração intersectorial. Neste sentido a importância da agenda política e das formas adotadas de governança. Estes aspectos determinarão os modelos de gestão que orientarão a dimensão técnica da colaboração intersectorial.

A dimensão técnica trata da operacionalização das ações intersectoriais, a partir dos modelos de gestão definidos pela dimensão política. O nível da ação é, inclusive, definido pelo modelo adotado. Aqui a importância dos operadores das políticas, das outras partes interessadas e dos contextos territoriais na produção de sinergias a partir das diferenças e das especificidades de cada indivíduo/setor.

A dimensão da interação – dimensão da vida social – modula as dimensões anteriores na perspectiva de viabilizar, com maior ou menor índice de sucesso, as redes de parcerias e os resultados planejados, por meio dos processos de comunicação e de interação. Em todas as três dimensões encontram-se mecanismos integradores, estimuladores e sustentadores da colaboração intersectorial.

Figura 1 – Modelo das dimensões da colaboração intersetorial a partir de seus conceitos estruturantes.



Fonte: Autores, a partir do modelo de capacidade de inovação das redes de negócios (Russell & Smorodinskaya, 2018).

5. Reflexões Sobre Contextos, Potencialidades e Práticas

O glossário evidencia quão complexa pode ser a construção de uma colaboração intersetorial. Seja em sua dimensão política ou em sua dimensão técnica, os fatores envolvidos são muitos e se relacionam de forma dinâmica e intrincada. Trata-se de uma inovação que necessita de ferramentas de diferentes campos do conhecimento e cuja construção demanda uma rede de interações entre fatores contextuais e os múltiplos componentes da própria intervenção intersetorial. Neste sentido, maior envolvimento com pesquisadores de fora do setor saúde e o estabelecimento e fortalecimento de redes de evidências envolvendo formuladores de políticas, trabalhadores e a sociedade civil contribuirão sobremaneira para o entendimento do tema.

Se as políticas e os programas de saúde – e na opinião dos autores, também os sociais – funcionam como sistemas complexos (Gruen, et al., 2008), a colaboração intersetorial, enquanto possível estratégia para consecução dos objetivos destas políticas, também não é simples. Dessa forma, sua construção e sustentabilidade não serão viabilizadas sem conhecimento, esforço e tomada

de decisões. Fomentar o debate em torno do tema fortalece as possibilidades de ações intersetoriais, aumentando a capacidade de resposta do Estado e das instituições às demandas sociais, à garantia de direitos e à consolidação da rede de proteção social. O modelo das dimensões da colaboração intersetorial que emergiu deste texto é relevante para todos os esforços colaborativos que buscam aperfeiçoar o trabalho conjunto e alcançar mudanças transformadoras positivas.

Agradecimentos

Este estudo é parte de uma tese de doutorado desenvolvida na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais. O projeto de pesquisa recebeu financiamento do Ministério da Saúde (TED MS/FNS no 62/2012). O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

Referências

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

Andrade, L. O. M. (2006). *A saúde e o dilema da intersetorialidade*. Hucitec.

Biblioteca Virtual em Saúde. Descritores em Ciências da Saúde. <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>

Bilodeau, A., Galarneau, M., Lefebvre, C. & Potvin, L. (2019). Linking process and effects of intersectoral action on local neighbourhoods: systemic modelling based on Actor-Network Theory. *Sociology of Health & Illness*, 41(1), 165-179. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12813>.

Bodin, Ö. (2017). Collaborative environmental governance: achieving collective action in social-ecological systems. *Science*, 357(6352), 659-668. <https://doi.org/10.1126/science.aan1114>.

Brasil. (2014). Política Nacional de Promoção da Saúde. Revisão da Portaria MS/GM n. 687, de 30 de março de 2006. Ministério da Saúde.

Brasil, E. G. M., Silva, R. M., Silva, M. R. F., Rodrigues, D. P. & Queiroz, M. V. O. (2017). Promoção da saúde de adolescentes e Programa Saúde na Escola: complexidade na articulação saúde e educação. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 51:e03276. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016039303276>.

Bronzo, C. (2016). Sistema de proteção social integral com foco em direitos e suas implicações para a integração entre benefícios e serviços na proteção social não contributiva no Brasil: uma reflexão exploratória. In Macedo, J. M.,

Xerez, F. H. S., Lofrano, R. (Org.), *Cadernos de estudo*. Desenvolvimento social em debate. Intersetorialidade nas políticas sociais: perspectivas a partir do Programa Bolsa Família (pp. 103-126). Imprensa Nacional.

Burgess, T., Braunack-Mayer, A., Tooher, R., Collins, J., O'Keefe, M., Skinner, R. *et al.* (2016). Optimizing intersectoral collaboration between health and education: the Health Bridges study. *Journal of Public Health*, 38(4), 430-7. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdv190>.

Canadian Council on Social Determinants of Health. (2014). *Maps to inform intersectoral planning and action. Technical report*.

Chiari, A. P. G., Ferreira, R. C., Akerman, M., Amaral, J. H. L., Machado, K. M. & Senna, M. I. B. (2018). Rede intersectorial do Programa Saúde na Escola: sujeitos, percepções e práticas. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(5), 1-15. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00104217>.

Chiari, A. P. G., Senna, M. I. B., Soares, A. R. S., Ferreira, R. C., Alves, C. R. L., Rubió, F. P. & Cury, G. C. (2021). Desenvolvimento infantil integral e integrado: análise preliminar de uma ação educativa intersectorial. In *Anais do 4o Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão da Saúde 2021, Rio de Janeiro*. Galoá. <https://proceedings.science/cbppgs-2021/papers/desenvolvimento-infantil-integral-e-integrado--analise-preliminar-de-uma-acao-educativa-intersectorial?lang=pt-br>.

Chircop, A., Bassett, R. & Taylor, E. (2015). Evidence on how to practice intersectoral collaboration for health equity: a scoping review. *Critical Public Health*, 25(2), 178-91. <https://doi.org/10.1080/09581596.2014.887831>

Cunill Grau, N. (2005). La intersectorialidad en el gobierno y gestión de la política social. *X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública*, Santiago, Chile.

Cunill Grau, N. (2014). La intersectorialidad en las nuevas políticas sociales. Un acercamiento analítico-conceptual. *Gestión y Política Pública*, 23(1), 5-46.

Deslandes, S. F. & Mitre, R. M. (2009). A. Communicative process and humanization in healthcare. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 13(1), 641-64. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500015>.

Dubois, A., St-Pierre, L. & Veras, M. (2015). A scoping review of definitions and frameworks of intersectoral action. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(10), 2933-2942. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.01222014>.

Eyk, H., Delany-Crowe, T., Lawless, A., Baum, F., MacDougall, C. & Wildgoose, D. (2020). Improving child literacy using South Australia's Health in All Policies approach. *Health promotion International*, 35(5), 958-72. <https://doi.org/10.1093/hpro/daz013>.

- Ferreira, I. R. C., Moysés, S. J., França, B. H. S., Carvalho, M. L. & Moysés, S. T. (2014). Percepções de gestores locais sobre a intersetorialidade no Programa Saúde na Escola. *Revista Brasileira de Educação*, 19(56), 61-76. <https://doi.org/10.1590/S1413-24782014000100004>.
- Freiler, A., Muntaner, C., Shankardass, K., Mah, C. L., Molnar, A., Renahy, E. & O'Campo, P. (2013). Glossary for the implementation of Health in All Policies (HiAP). *Journal of Epidemiology and Community Health*, 67, 1068-1072. <https://doi.org/10.1136/jech-2013-202731>.
- Glandon, D., Mondal, S., Okeyo, I., Zaidi, S., Khan, M. S., Dar, O. & Bennett, S. (2019). Methodological gaps and opportunities for studying multi-sectoral collaboration for health in low- and middle-income countries. *Health Policy and Planning* 34(2), 7-17. <https://doi.org/10.1093/heapol/czz116>.
- Gruen, R. L., Elliott, J. H., Nolan, M. L., Lawton, P. D., Parkhill, A., McLaren, C. J. & Lavis, J. N. (2008). Sustainability science: an integrated approach for health-programme planning. *Lancet*, 372, 1579-1589. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61659-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61659-1).
- Guba, E. G. & Lincoln, Y. S. (2011). *Avaliação de quarta geração*. Editora da Unicamp.
- Hendriks, A. M., Jansen, M. W. J., Gubbels, J. S., De Vries, N. K. Molleman, G. & Kremers, S. P. J. (2015). Local government officials' views on intersectoral collaboration within their organization – A qualitative exploration. *Health Policy and Technology*, 4, 47-57. <https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2014.10.013>.
- Holt, D. H., Rod, M. H., Waldorff, S. B. & Tjørnhøj-Thomsen, T. (2018). Elusive implementation: an ethnographic study of intersectoral policymaking for health. *BMC Health Services Research*, 18(54), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2864-9>.
- Inojosa, R. M. (2001). Sinergia em Políticas e Serviços Públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade. *Cadernos Fundap*, 22, 102-110.
- Kuruvilla, S., Hinton, R., Boerma, T., Bunney, R., Casamitjana, N., Cortez, R. et al. (2018). Business not as usual: how multisectoral collaboration can promote transformative change for health and sustainable development. *BMJ*, 363:k4771. <https://doi.org/10.1136/bmj.k4771>.
- Latour, B. (2012). *Reagregando o social: uma introdução à teoria do Ator-Rede*. Salvador, BA: EDUFBA.
- Martins, H. F., Mota, J. P. & Marini, C. (2019). Modelos de negócio na esfera pública: o modelo canvas de governança pública. *Cadernos EBAPE.BR*, 17(1), 49-67. <https://doi.org/10.1590/1679-395167893>.
- Martuccelli, D. (2002). *Grammaires de l'individu*. Gallimard.

McDaid, D. & Park, A. (2016). *Evidence on financing and budgeting mechanisms to support intersectoral actions between health, education, social welfare and labour sectors*. Copenhagen, Dinamarca: WHO Regional Office for Europe.

Monnerat, G. L. & Souza, R. G. (2011). Da Seguridade Social à intersectorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. *Revista Katálysis*, 14(1), 41-49. <https://doi.org/10.1590/S1414-49802011000100005>.

Monnerat, G. L. & Souza, R. G. (2014). Intersectorialidade e Políticas Públicas: um diálogo com a literatura atual. In G. L. Monnerat, N. L. T. Almeida, & R. G. Souza (Org.), *A intersectorialidade na agenda das Políticas Sociais* (pp. 41-54). Papel Social.

Nascimento, P. F. & Melazzo, E. S. (2013). Território: conceito estratégico na assistência social. *Serv. Soc. Rev.*, 16(1), 66-88. <https://doi.org/10.5433/1679-4842.2013v16n1p66>.

Nilsson, M., Chisholm, E., Griggs, D., Howden-Chapman, P., McCollum, D., Messerli, P., Neumann, B., Stevance, A. S., Visbeck, M. & Stafford-Smith, M. (2018). Mapping interactions between the sustainable development goals: lessons learned and ways forward. *Sustainability Science*, 13, 1489–1503. <https://doi.org/10.1007/s11625-018-0604-z>.

Oliveira, A. G. & Pisa, B. J. (2015). IGovP: índice de avaliação da governança pública – instrumento de planejamento do Estado e de controle social pelo cidadão. *Revista de Administração Pública*, 49(5), 1263-1290. <https://doi.org/10.1590/0034-7612136179>.

Pires, R. R. C. (2016). Intersectorialidade, arranjos institucionais e instrumentos da ação pública. In Macedo, J. M., Xerez, F. H. S., Lofrano, R. (Org.), *Cadernos de estudo*. Desenvolvimento social em debate. Intersectorialidade nas políticas sociais: perspectivas a partir do Programa Bolsa Família (pp. 67-80). Brasília, DF: Imprensa Nacional.

Ran, B. & Qi, H. (2018). Contingencies of power sharing in collaborative governance. *American Review of Public Administration*, 48(8), 836-851. <https://doi.org/10.1177/0275074017745355>.

Rasanathan, K., Bennett, S., Atkins, V., Beschel, R., Carrasquilla, G., Charles, J. *et al.* (2017). Governing multisectoral action for health in low- and middle- income countries. *PLoS Med* 14(4): e1002285. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002285>.

Reis, J. (2015). Território e políticas do território. A interpretação e a ação. *Finisterra*, 100, 107-122. <https://doi.org/10.18055/Finis7868>.

Rivera, F. J. U. & Artmann, E. (2016). Inovação a agir comunicativo: redes e tecnologias de gestão para a saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 32(2), 1-11. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00177014>.

Russell, M. G. & Smorodinskaya, N. V. (2018). Leveraging complexity for ecosystemic innovation. *Technological Forecasting & Social Change*, 136, 114-131. <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2017.11.024>.

Santos, M. H. C. (1997). Governabilidade, governança e democracia: criação de capacidade governativa e relações executivo-legislativo no Brasil pós-constituente. *Dados*, 40(3). <https://doi.org/10.1590/S0011-52581997000300003>.

Shankardass, K., Solar, O., Murphy, K., Greaves, L. & O'Campo, P. (2012). A scoping review of intersectoral action for health equity involving governments. *International Journal of Public Health*, 57(1), 25-33. <https://doi.org/10.1007/s00038-011-0302-4>.

Shediac-Rizkallah, M. C. & Bone, L. R. (1998). Planning for the sustainability of community-based health programs: conceptual frameworks and future directions for research, practice and policy. *Health Education Research*, 13(1), 87-108. <https://doi.org/10.1093/her/13.1.87>.

Simmel, G. (1995). *Le conflit*. Dijon-Quetigny, Circé.

Solar, O., Valentine, N., Albrecht, D. & Rice, M. (2009). Moving forward to Equity in Health: what kind of intersectoral action is needed? An approach to an intersectoral typology. *7th Global Conference for Health Promotion*, Nairobi, Kenya.

Sousa, M. C., Esperidião, M. A. & Medina, M. G. (2017). A intersetorialidade no Programa Saúde na Escola: avaliação do processo político-gerencial e das práticas de trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(6), 1781-90. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.24262016>.

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

Stirman, S. W., Kimberly, J., Cook, N., Calloway, A., Castro, F. & Charns, M. (2012). The sustainability of new programs and innovations: a review of the empirical literature and recommendations for future research. *Implementation Science*, 7(17), 1-19. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-17>.

Thamer, R. & Lazzarini, S. G. (2015). Projetos de parceria público-privada: fatores que influenciam o avanço dessas iniciativas. *Revista de Administração Pública*, 49(4), 819-846. <https://doi.org/10.1590/0034-7612119746>.

Tooher, R., Collins, J., Braunack-Mayer, A., Burgess, T., Skinner, S. R., O'Keefe, M., Watson, M. & Marshall H. S. (2017). Intersectoral collaboration to implement school-based health programmes: Australian perspectives. *Health Promotion International*, 32, 312-21. <https://doi.org/10.1093/heapro/dav120>.

United Nations. (2019). *Sustainable development goal 17: strengthen the means of implementation and revitalize the global partnership for sustainable*

development [online]. New York, Estados Unidos da América.
<https://sustainabledevelopment.un.org/sdg17>

Van Huijstee, M. M., Francken, M. & Leroy, P. (2007). Partnerships for sustainable development: a review of current literature. *Environmental Sciences*, 4(2), 75-89. <https://doi.org/10.1080/15693430701526336>.

Véras, M. P. B. (2010). Cidade, vulnerabilidade e território. *Ponto-e-Vírgula*, 7, 32-48. <https://doi.org/10.23925/1982-4807.2010i7p%p>.

5.2 Resultados da pesquisa original

5.2.1 Atores e setores presentes nos ecomapas

Entre os 31 municípios participantes do Projeto Nascente, apenas 19 enviaram os ecomapas para a coordenação do projeto. Recebemos um total de 48 ecomapas. O número de ecomapas enviado por cada município está descrito no Quadro 2.

Quadro 2 – Distribuição dos municípios de acordo com o número de ecomapas enviados após o curso. Minas Gerais, 2019

Número de ecomapas	Municípios
Municípios que enviaram apenas um ecomapa	Araxá, Carmo da Cachoeira, Conceição da Barra de Minas, Jaboticatubas, Três Marias
Municípios que enviaram dois ecomapas	Buenópolis, Campestre, Guaxupé, Joaquim Felício, Mateus Leme, Pains, Resende Costa, Santana do Riacho, Serro, Várzea da Palma
Município que enviou três ecomapas	Campos Gerais
Município que enviou quatro ecomapas	Coqueiral
Município que enviou seis ecomapas	Guaranésia
Município que enviou dez ecomapas	Juatuba

Fonte: Projeto Nascente. Elaborado pelo autor.

Ao analisar os 48 ecomapas, surgiram padrões claros relacionados às redes sociais e ao apoio à promoção do desenvolvimento infantil. Eram 48 arranjos diferentes, envolvendo 33 atores de seis setores distintos. As relações mais frequentes ocorreram entre a saúde e os setores de educação e serviço social. Cada um desses dois setores apareceu em 95,8% dos ecomapas. Os outros setores, externos ao setor saúde, foram esporte/lazer/cultura, outros serviços públicos e o setor não governamental. A maioria dos arranjos de rede (89,6%) envolveu pelo menos um serviço do setor saúde, além da equipe da ESF que estava representada no centro do ecomapa (TABELA 2).

Entre os setores externos à saúde, os atores mais citados foram escolas (85,4%), Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) (81,3%), Conselho Tutelar (58,3%), creches (56,3%) e igrejas (54,2 %). Dentro do setor saúde, os serviços de atenção especializada (45,8%) e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (43,8%) foram os mais frequentes (TABELA 2).

Tabela 2 – Distribuição dos setores e atores mencionados nos ecomapas. Minas Gerais, 2019

Setor	Número de ecomapas		Ator	Código - MAXQDA	Número de ecomapas	
	n	%			n	%
Educação (amarelo)*	46	95,8	Escola	E1	41	85,4
			Creche	E2	27	56,3
			Secretaria Municipal de Educação	E3	9	18,8
Assistência social (azul escuro)*	46	95,8	CRAS ¹	SW1	39	81,3
			CREAS ²	SW2	18	37,5
			Secretaria Municipal de Assistência Social	SW3	15	31,3
			ILPI ³	SW4	12	25,0
Esporte / Cultura (rosa)*	25	52,1	Quadra para esporte	SC1	14	29,2
			Secretaria Municipal de Esporte e Cultura	SC2	11	22,9
			Biblioteca	SC3	9	18,8
			Academia de ginástica (pública)	SC4	4	8,3
			Museu / Teatro	SC5	3	6,3
Outros atores públicos (azul claro)*	33	68,8	Conselho Tutelar	OP1	28	58,3
			Segurança Pública	OP2	12	25,0
			Prefeitura Municipal	OP3	9	18,8
			Câmara Municipal	OP4	5	10,4
			Conselho Municipal de Saúde	OP5	3	6,3
			Poder Judiciário	OP6	3	6,3
Setores não governamentais (laranja)*	34	70,8	Igreja	NG1	26	54,2
			APAE ⁴	NG2	15	31,3
			Alcoólicos Anônimos	NG3	2	4,2
			Outros atores não governamentais	NG4	9	18,8
Saúde (verde)*	43	89,6	Serviço de atenção especializada em saúde	H1	22	45,8
			NASF ⁵	H2	21	43,8
			Secretaria Municipal de Saúde	H3	18	37,5
			Serviço de atenção primária à saúde	H4	16	33,3
			Serviço primário de saúde mental	H5	15	31,3
			Setores específicos da Secretaria Municipal de Saúde	H6	12	25,0
			Farmácia pública	H7	11	22,9
			Hospital	H8	11	22,9
			CAPS ⁶	H9	9	18,8
			Laboratório de patologia clínica	H10	7	14,6
			Serviço de urgência / SAMU ⁷	H11	6	12,5

¹CRAS: Centro de Referência de Assistência Social.

²CREAS: Centro de Referência Especializado de Assistência Social.

³ILPI: Instituição de Longa Permanência para Idosos

⁴APAE: Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais

⁵NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

⁶CAPS: Centro de Atenção Psicossocial

⁷SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

*Cor que representa o setor nos diagramas gerados pelo software MAXQDA2020 (APÊNDICE E)

Fonte: Ecomapas produzidos durante o Projeto Nascente. Elaborado pelo autor.

5.2.2 Artigo – Intersectoral collaboration to promote child development: the contributions of the actor-network theory

Este artigo foi submetido para publicação na revista *Qualitative Health Research*. Comprovante de submissão disponível no Anexo B.

Intersectoral collaboration to promote child development: the contributions of the actor-network theory

Abstract

An integrated intersectoral care model promises to meet complex needs to promote early child development and address health determinants and inequities. Nevertheless, there is a lack of understanding of actors' interactions in producing intersectoral collaboration networks. The present study aimed to analyze the intersectoral collaboration in the social protection network involved in promoting early child growth and development in Brazilian municipalities. Underpinned by the tenets of actor-network theory, a case study was conducted with data produced from an educational intervention, entitled "Projeto Nascente". Through document analysis (ecomaps), participant observation (in Projeto Nascente seminars) and interviews (with municipal management representatives), our study explored and captured links among actors; controversies and resolution mechanisms; the presence of mediators and intermediaries; and an alignment of actors, resources, and support. The qualitative analysis of these materials identified three main themes: (1) agency fragility for intersectoral collaboration, (2) attempt to form networks, and (3) incorporation of fields of possibilities. Our findings revealed that intersectoral collaboration for promoting child growth and development is virtually non-existent or fragile, and local potential is missed or underused. These results emphasized the scarcity of action by mediators and intermediaries to promote enrollment processes to intersectoral collaboration. Likewise, existing controversies were not used as a mechanism for triggering changes. Our research supports the need to mobilize actors, resources, management, and communication tools that promote processes of interessement

and enrollment in favor of intersectoral collaboration policies and practices for child development.

Keywords

Intersectoral collaboration, actor-network theory, early child growth and development, health promotion,

Introduction

Child development refers to the gradual emergence of progressively more complex thinking patterns, perception, movement, speech, understanding, and relationships. It is also related to developing the ability to control and regulate emotions, focus attention, and plan behaviors. The quality of the relationship with the caregiver and the environment may influence a child's development (Engle & Huffman, 2010). Early integrated care involving health, education, and social service through intersectoral interventions may provide a means through which to face the main obstacles to the child's ideal development. These integrated approaches may ensure higher access to child development support services (Laurin et al., 2015), in turn decreasing social inequalities (Blair & Hall, 2006; Engle et al., 2011).

Social support systems geared toward the complex processes of empowering families and their children can also decrease social inequalities. Families do not operate alone. They are - or should be - inserted into the social network of institutions, institutional agents (educators, social workers, health and other professionals), and organizations serving families within the communities (Stanton-Salazar, 2011). The study of these network relationships, mainly in intersectoral collaborations, must highlight the efforts and mechanisms to address the complexities of stimulating early childhood development. Intersectoral collaborations may occur across various levels of government and between governmental and non-governmental sectors, and do not necessarily rely on formal structures. They can also be health specific or focused on other issues. A variety of intersectoral initiatives addressing health determinants can link public policies and better population outcomes (Freiler et al., 2013). The

present study uses the intersectoral collaboration for health defined by the World Health Organization (WHO), as described by Nutbeam and Muscat (2021, p.1592):

Intersectoral action for health refers to actions undertaken by different sectors of society to achieve health outcomes in a way which is more effective, efficient or sustainable than might be achieved by [one] sector working alone.

Methodological gaps in studies on intersectoral collaboration for health promotion can be found in prior studies (Glandon et al., 2019; Such et al., 2022). There is also a need for a deeper understanding of pluralistic intersectoral collaboration networks involving policymakers and practitioners (Blanken et al., 2022; Neves et al., 2021; Okeyo et al., 2020). A broader application of intersectoral network mapping within various contexts can help to identify structural patterns (both formal and informal) in an attempt to refine the knowledge of theoretical types of intersectoral arrangements.

This study analyzed the intersectoral collaboration found in the social protection network involved in early child growth and development promotion in Brazilian municipalities. The purpose was to capture the relational view of the existing social network, the complexity of the relationship patterns, and the quality of the support of this network. The issues were examined using the principles of actor-network theory (ANT), a social theory developed in the 1980s as a new approach to science and technology studies (Latour, 2005). We argue that an in-depth understanding of the network and its interactions will guide interventions that increase social and technical support for families and professionals, thereby reducing the effects of social inequities. In addition, the findings may highlight strengths and weaknesses of the feasibility of intersectoral action in a network, demonstrating opportunities to strengthen policies to promote child development.

Methods

The present study relied on a theoretical ANT framework (Bilodeau & Potvin, 2016; Bilodeau et al., 2019; Callon, 1986; Latour, 2005) to inform its research design. A case study was conducted in the second half of 2019, with data produced from an intervention project, entitled “Projeto Nascente” (Universidade

Federal de Minas Gerais and Brazilian Ministry of Health), through document analysis, participant observation, and interviews (Bowen, 2009; Hanna, 2012; Jorgensen, 1989; Kawulich, 2005). The use of associated strategies secures an in-depth understanding of the phenomenon (Denzin & Lincoln, 1998; Flick, 2014).

Theoretical framework

According to ANT, humans and non-humans (specialized knowledge, resources, technologies) are actors with the power to produce innovative effects. They interact in a socio-technological network through translation (Latour, 2005). Different displacements and transformations occur, accompanied by negotiations and adjustments among actors during four specific moments. Problematization leads actors to develop a common view of the problem or issue. It allows them to define a common interest with other stakeholders. Interestment means the set of actions that actors implement to encourage other actors to join the project, embrace a common objective and participate in its realization. Enrollment refers to negotiating and accepting new roles in connection with problematization. Mobilization consists of changes in actors' positions, for or against the intended result (Callon, 1986).

ANT is currently recognized as a tool for evaluating complex situations and analyzing the production of changes. It offers a theoretical and methodological framework for public health intervention research, allowing for a relational view of the action. Moreover, it conceives the context as defined by actors and their actions and investigates how the effects are produced (Bilodeau & Potvin, 2016). Concerning intersectoral collaboration, local intersectoral networks support transformations that, even if modest, add up, combine, and render environments more salutogenic. ANT notions highlight: the connection of heterogeneous universes and the agency of human and non-human entities in networks of action, the critical role of controversies in shaping collective action, the role of intermediaries and mediators that convey ideas and stabilize agreement, the importance of enrolling actors in new positions in order to achieve an alignment of interests, and the need to mobilize a critical mass of connected actors (Bilodeau et al., 2019).

Four main aspects of ANT principles were considered to contextually analyze the intersectoral collaboration patterns in promoting early child development: links among actors; controversies and resolution mechanisms; the presence and role of mediators and intermediaries; and the alignment of actors, resources, and support.

Study setting

The Projeto Nascente was performed in 31 municipalities in Minas Gerais, Brazil, in which one or more territories of the primary health care unit participated by convenience. The territory corresponds to a delimited area under the care of a team of Family Health Strategy (FHS). The FHS was adopted as the main model for organizing primary health care in the Brazilian public health system (SUS, in Portuguese) and aims to provide universal access and comprehensive health care, coordinate and expand coverage to more complex levels of care, and implement intersectoral actions for health promotion and disease prevention (Paim et al., 2011). The health teams from FHS consist of a doctor, a nurse, a nursing technician, and three to five community health agents, and it may or may not include oral health professionals. Great efforts have been made to encourage intersectoral collaboration at all levels of government, especially in the territory in which family health teams operate. Likewise, Brazilian regulations have recommended early intersectoral actions to promote child development, stimulating interaction and effective communication mechanisms among different services at the municipal level (Department of Health, 2014; 2015; 2016; 2017; 2018).

Intervention

The intervention consisted of training professionals from the FHS teams and other sectors working in primary health care territories to promote early child growth and development. Intersectoral collaboration was the recommended strategy for articulating and integrating actions. Health professionals from each municipality, hereinafter called “facilitators”, were selected to deliver this training in each municipality and were prepared for two days on the following themes: National Policy for Comprehensive Child Health Care, child development, parenting, intersectoral collaboration, and strategic planning. The training

(intervention) was based on eight in-person seminars and practical activities about different fields carried out in the services. The intersectoral collaboration was the subject of one seminar and included practical activity. The choice of professionals to participate in training (“trainee”) and respective enrollment was in charge of the municipalities. The trainees included 1,267 professionals, representing the following sectors: Health (76.0%), Education (7.2%), Social Work (6.0%), Universities (1.5%), Culture/Sports/Leisure (0.7%), Civil Society Organizations (0.5%), and Child Tutelary Council (0.3%). Of these, 7.8% of the participants did not inform their sector of origin (Cury et al., 2019). In each municipality, the health and other sector professionals of the same primary health care territory formed an “intersectoral team”.

Data production

Document analysis: the analyzed documents were digital or printed copies of ecomaps produced by the intersectoral team during the training of Projeto Nascente as a practical activity conducted prior to the in-person seminar on intersectoral collaboration. Ecomaps were the research strategy chosen to explore the nature of social network relationships to support early childhood development in each primary health care territory in the perception of professionals from various sectors (Bravington & King, 2019). Ecomap enables the organization of data for assessment, planning, and intervention (Hartman, 2003), providing a comprehensive picture of the situation in space and time through three basic elements: relationships, social networks, and support (Bennett & Grant, 2016). This tool offers an interfacial nature, pointing out conflicts to be mediated, bridges to be built, and resources to be sought and mobilized (Hartman, 1978). The ecomaps have been employed to analyze support networks for children, adolescents, and young people, helping to understand elements of a person's life and how communication and interaction occur (Johnson et al., 2017; Silveira & Neves, 2019; Woodgate et al., 2020). In addition, when the same pattern of a diagram is used for data production, comparisons between cases must be established (Bravington & King, 2019). Each intersectoral team surveyed all local actors in the area of primary health care, such as social services, schools, daycare centers, and leisure services,

representing their relationships through an ecomap. Facilitators have guided the intersectoral team on how to make an ecomap, but they were not present during the production. The intersectoral team was instructed to demonstrate the intersectoral relationships in each area of primary health care with the family health team placed in a circle in the center of the map. ¹ Circles around the central circle represented other identified actors. Drawing lines indicated the connections between the family health team and the various actors in the territory. The strength of this relationship was expressed as follows: a thick line represents a strong connection, a thin line represents a weak connection, and a dotted line a tenuous connection. Arrows along the lines represented the direction of the flow of resources or offered support. Jagged lines denoted stressful or conflicting relationships (Hartman, 1978). Figure 1 illustrates an ecomap produced by professionals from a municipality.

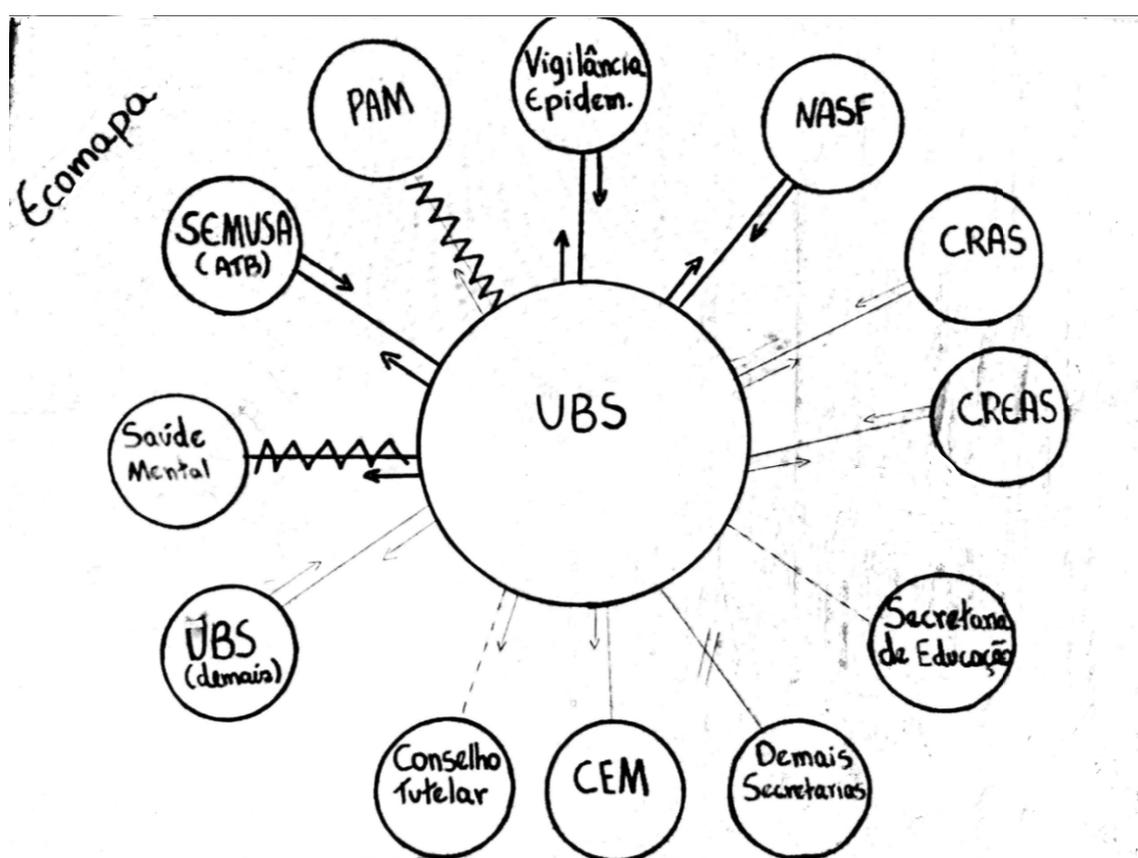


Figure 1. Ecomap produced by an intersectoral team from a Primary Health Care area during the training of Projeto Nascente. Minas Gerais State, Brazil, 2019.

Participant observation during in-person training seminars: one researcher (APGC) participated as an observer in the in-person seminar on intersectoral collaboration and support networks for child growth and development in four municipalities. In this seminar, each intersectoral team presented their ecomaps to the facilitator and other intersectoral teams, when available in the municipality. Participant observation allowed the researcher to capture the expression of emotion through nonverbal behavior, determine who interacts with whom, and grasp how participants communicate with each other (Kawulich, 2005). The aim was to observe the interactions among the professionals on the issues addressed during the seminar. A reflective dialogue between the observer and the facilitators followed each observation, which highlighted various aspects of the ongoing interactions. Field notes were also taken and analyzed (Phillippi & Lauderdale, 2018).

Interviews: the same researcher (APGC) conducted interviews with four municipal health and one social work management representatives (hereinafter referred to as “managers”). These managers were involved in the implementation process of Projeto Nascente and were appointed by local facilitators in each municipality. The interviews averaged between 40 minutes and 1 hour, following a semi-structured guide: manager profile, implemented programs and projects to promote child growth and development, intersectoral collaboration experiences, and local governance for intersectoral collaboration. The onset of the COVID-19 pandemic hampered the continuity of interviews with managers in March 2020. As all participants were outside this study’s geographic area, we decided to conduct Skype interviews. Skype provided synchronous visual and audio interaction between researcher and participants so that the interview could remain a 'face-to-face' experience (Hanna, 2012). The software recorded both the visual and audio interactions of the interviews, and the audios were transcribed verbatim.

Data analysis

The principles of ANT guided the data coding system and the reconstruction of the actions under study. The material from the three sources of evidence was decomposed by content analysis (Graneheim & Lundman, 2004), in line with the

following preconceived descriptive codes: links among actors; the presence of controversies and resolution mechanisms; presence and role of mediators and intermediaries; and an alignment of actors, resources, and support.

The analysis initially identified preconceived codes across participants' responses from the interview and in the observational field notes. Through constant and repeated readings, specifically involving attention to common codes, specific categories (Graneheim & Lundman, 2004) were developed, which reflected participants' insights on the meaning of intersectoral collaboration in their work experiences in promoting early child growth and development. The ecomaps were analyzed by their three specific aspects – relationships, social networks, and supports – as well as by preconceived codes. The final data analysis stage involved a reflexive and interpretative process in extrapolating themes (Moser & Korstjens, 2018), which most prominently addressed how trainees construct their intersectoral interactions in work settings.

The analyses were conducted using MAXQDA2020 software. The texts were inserted into the software and properly coded. The ecomap's data – actors' names, grouped by sectors, and the characteristics of the relationships – were converted into texts and tabulated. MAXQDA diagrams helped in the interpretation of ecomap material.

Statement on ethics

The present study underwent proper review and approval by the Research Ethics Committee of Universidade Federal de Minas Gerais (logged under protocol number 2.751.249), and all participants provided written informed consent. The participants were made aware that their data may be used to develop knowledge on topics relating to early child development and intersectoral collaboration.

Results

This study received 48 ecomaps from 19 of the 31 municipalities participating in Projeto Nascente. The number of ecomaps varied from one to ten according to the number of “intersectoral teams” in each municipality. Forty-eight different

arrangement patterns of social networks and support for promoting child growth and development were observed in these ecomaps, which involved a series of actors (n=33) from six different sectors (Supplemental Table 1, sectors and actors mentioned in the ecomaps).

Our findings were organized into three primary themes: (1) agency fragility for intersectoral collaboration, (2) attempt to form networks, and (3) incorporation of fields of possibilities. The insights reflected within each of these themes highlighted the role of actors' social interactions, and their resulting exposure to relationships and controversies, across different situations and settings. Table 1 illustrates the main themes abstracted through thematic analysis based on our research's three sources of evidence.

Table 1. Thematic table informed by the analysis of the three sources of evidence (ecomaps, field notes of participant observation, and interviews).

Themes	Sources of evidence	Categories
Theme 1 – Agency fragility for intersectoral collaboration	Ecomaps	<ul style="list-style-type: none"> - Weak and tenuous relationships - No need to expend energy - Little support - Non-stressful
	Fieldnotes of participant observation	<ul style="list-style-type: none"> - No relationships of FHS teams with sport, leisure, culture, and structural sectors
	Interviews	<ul style="list-style-type: none"> - Local professionals do not participate in intersectoral discussion groups - Planned actions remain sectorial - Relationship difficulties even within institutional intersectoral programs - Fragile relationships with sport, leisure, culture, and structural sectors - Double hiring
	Ecomaps	<ul style="list-style-type: none"> - Recognizing the territories
Theme 2 – Attempt to form networks	Field notes of participant observation	<ul style="list-style-type: none"> - Family Health Strategy teams irregularly represented - Initial action is always someone else's responsibility - Map elaboration provided new information about areas - Lack of information about sectors - Local professionals do not participate in intersectoral discussion groups - Concept of intersectoral collaboration - Lack of connection between services and municipal departments - Enrollment in Projeto Nascente
	Interviews	<ul style="list-style-type: none"> - Enrollment in Projeto Nascente

		<ul style="list-style-type: none"> - Initial action is always someone else's responsibility - Participation of sport, leisure, and culture as a permanent promise - Absence of any systematic recommendations for intersectoral collaboration - Health criticized other sectors for not having an expanded view of health and health promotion - Asymmetrical position of health and social work in relation to health and social issues
Theme 3 – Incorporation of possibilities	Ecomaps	<ul style="list-style-type: none"> - Broad, diverse network
	Field notes of participant observation	<ul style="list-style-type: none"> - Professionals with promotion potential for intersectoral collaboration - Strategic professionals in the implementation of programs - Double hiring - Experiences described
	Interviews	<ul style="list-style-type: none"> - Professionals with promotion potential for intersectoral collaboration - Strategic professionals in the implementation of programs - Double hiring - Intersectoral committees - Matrix support actions - Case managers - University support

Note. FHS = Family Health Strategy.

Agency fragility for intersectoral collaboration

Our research indicated a tendency for weak agency toward building intersectoral collaboration. Explaining this tendency, it was noted that the actors would often move mainly in endogenous ways, practicing isolated and non-shared forms of work in promoting early child growth and development. The findings were revealed from ecomap representations and reports from the managers and trainees. Despite the apparently broad and diversified network, the relationships between the FHS teams and the other actors were described mainly as weak or tenuous. The “intersectoral teams” reported no need to expend energy on most relationships, received little support from mentioned actors, and mapped the relationships as basically non-stressful.

All managers reported previous experience in intersectoral discussion groups of complex cases. Some described that the identification and choice of complex cases were not shared among them. A health manager said the case usually came from the education or social work sectors (see Table 2, the main categories of theme 1 identified in the interviews and quotes). She also claimed that she had received relevant information about the case from local health professionals and brought it up for discussion. This situation was confirmed by the other managers, who reported that discussion groups are formed mainly by sector managers. The participation of local professionals seems to be rare. The education and health sector, in particular, seem to have more difficulty encouraging the participation of local professionals in case discussions, as mentioned by the social work manager. The actions planned for the cases remain sectorial.

Table 2. Main categories of theme 1 identified in the interviews

Categories	Primary theme Theme 1. Agency fragility for intersectoral collaboration
Local professionals do not participate in intersectoral discussion groups	<p data-bbox="587 1037 1356 1355">  The school and the social [work], they usually bring... the question, right? About who we're going to talk about... the demands. Then, then, what happens, they propose a meeting every two months and at that meeting, they bring a case report. A few days before, they gave me the names. I check with the health team what is going on, who is the doctor, what about the medication and the treatment, right? And then we sit down and discuss the case. (Health manager 1 – HM1) </p> <p data-bbox="587 1361 1356 1680">  From the social work, it is the technicians [that participate], usually representatives of CRAS [Centro de Referência de Assistência Social - Social Work Reference Center] and CREAS [Centro de Referência Especializado de Assistência Social - Specialized Social Work Reference Center]. From the Department of Education are the managers, usually directors, not the secretary of education herself, but they are usually managers who attend. (Social work manager - SWM) </p> <p data-bbox="587 1686 1356 1865">  We already have a meeting, you know, it works about every two months, we have a meeting. But [from] health, it's the management area that participates; so the health teams themselves, they didn't know about the existence of this protection network. (SWM) </p>
Planned actions remain sectorial	<p data-bbox="587 1877 1356 2022">  [...] the social [work] and education usually bring the problem; and from the problem they bring we get together, each one in his/her own area, to see where it can act to reverse that situation. We... talk about the strategies we will </p>

Relationship difficulties even within institutional intersectoral programs	adopt in the sector... in the secretariat, how... how each one of us could help, right?... In the well-being of that child, right? How we are going... to solve the problem the child is going through at that moment, the family and everything else. And I do my best, in health [services], I see the... appointments, if they're taking the medication, if they're consulting with the doctor properly. Social [work] makes the visit... They also visit. If the family needs a basic food basket, if the child goes to school, if he is enrolled. (HM1)
	<p>☰ So, I think there is a lack of commitment on the part of the education department, especially in the Programa Saúde na Escola. We go... we set some goals... that in the end we can't achieve. And, yes, of course we have responsibilities, but there is a lack [of action] on the education side as well. (HM2)</p>
Fragile relationships with sport, leisure, culture, and structural sectors	<p>☰ No, we don't think so yet. They [sport and culture] participate a lot... when we are going to do, for example, an activity in the square. Then they provide sound [equipment], which we don't have. They have a better sound [equipment]. So they, they help us like this, providing sound, providing space, something we need. They help with publicity, they help, you know, whatever we need in terms of publicity, they help us. But specific, like... some kind of planned activity, a project, we don't have with the Department of Culture. (HM2)</p>
Double hiring	<p>☰ As the NASF [Núcleo de Apoio à Saúde da Família - Family Health Support Center] nutritionist also works in the education department, I invited her to be part of the Projeto Nascente. Indirectly, education would also be part of it. And as one of the NASF psychologists, she also works 20 hours at the NASF and another 20 hours in social work. So, I also invited her to try to take the project to social work. (HM3)</p>

Managers described relationship difficulties even within institutional programs, such as Programa Saúde na Escola (School Health Program, PSE) and Bolsa Família Program (income transfer program). Despite the expected intersectoral planning and execution, they demonstrated limited agency even in discussing program-related issues.

They also reported that sports and culture sectors provide places and sound equipment for health promotion and health-talk sessions. The Environmental Department offers regular partnerships in the fight against dengue and other arboviruses. Although the whole range of social problems was reported and recognized by managers (in interviews) and professionals (in seminars), none of

them mentioned the structural sectors of municipal administrations, such as finances, public construction, and infrastructure areas.

In seminars, many professionals at Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Family Health Support Center, NASF) were also hired by education or social work sectors.² These dual-hire workers were the only education or social work professionals in the “intersectoral team” in some seminars. Interviewed managers also talked about the double hiring of some local professionals. This aspect was considered by them to be a way to improve communication between sectors.

Attempt to form networks

The most common relationships were observed among the health, education, and social work sectors. These were also the most commonly represented in the ecomaps and almost the only ones mentioned by interviewed managers and present in the observed seminars. Despite many citations in ecomaps and the historical ties built between them, fragile bonds and a low search for strengthening relationships were observed.

Despite the whole range of models of the social network presented in ecomaps, this variety was not identified either among the professionals enrolled in Projeto Nascente (as described above) or in the observed seminars. The FHS teams were irregularly represented in training seminars even though they were the majority in the “intersectoral teams”. In municipalities with more than one FHS team, not all teams participated. It was not uncommon to find incomplete teams, usually with the absence of either the doctor or the nurse. After the seminar, one facilitator told the researcher that the health secretary asked one doctor not to go to the training. In the same municipality, the Department of Health cut the seminars' snacks in the middle of the course.

Many participants said that the elaboration of the ecomaps brought new information about the areas, as they were surprised by the number of actors found. Curiously, they identified these actors as some form of support in addition to their actions:

What do you have in this equipment to contribute to child development? (A nurse, in seminar)

In seminars, participants expressed the importance of partnership and communication between the healthcare team and other sectors. They mentioned needing support to respond together to children and family problems. However, most of them complained about a lack of information, especially concerning sectoral operations, contact, and access rules. Discussion groups were not cited during seminars as they were in managers' interviews.

The seminar allowed professionals to discuss the concept of intersectoral collaboration. Although it is still a field of controversy that demonstrated an incomplete or inaccurate understanding of the theme, the participants stated some consensus. They defined intersectoral collaboration as a "partnership" with a "sharing of responsibilities and actions" to solve "complex problems". Most of them highlighted that the partnership occurs according to a superior's decision or was inserted into institutional programs.

From the professional's point of view, the initial action to intersectoral collaboration is always someone else's responsibility. When asked about proposed shared actions to promote child growth and development, the participants offered sectoral proposals in design and action. They did not think about strategies for articulating equipment in the areas. They even spoke about a network, but in a generic and disjointed way. Most participants in the seminar reported that they were part of a network and, at some point, "the network should be activated". However, another actor, generally from another sector, must "activate the network"; this is never the speaker's responsibility.

Professionals from sports, leisure, and culture did not participate in the observed seminars. All interviewed managers expressed the need and the importance of the participation of these three sectors. However, they also complained about a lack of participation and support of these sectors. In general, the participation of the three sectors appears to be a promise that never comes true.

Despite keeping local health professionals away from existing discussion groups of complex cases, health managers expressed the need for FHS teams to become part of the area (see Table 3, the main categories of theme 2 identified in the interviews and quotes). However, no systematic guidelines were found for intersectoral collaboration with other actors in the area. No pathways, plans, and

support mechanisms were identified, given that the managers' statements were almost always generic and evasive.

Table 3. Main categories of theme 2 identified in the interviews

Categories	Primary theme	
	Theme 2. Attempt to form networks	
Participation of sport, leisure, and culture as a permanent promise	<p>⋮ [...] to set up an intersectoral commission, education is involved, social [work] is involved, and sport, you know..., they could not participate in, in the meeting. [...] (HM1)</p> <p>⋮ And then we will have now, making up the team for the next... meeting, a representative of, of the secretary of sport. [...] (HM2)</p> <p>⋮ In addition to education, it was proposed to ask... to invite the social [work], culture, sport, to help develop the activities [...] of the intersectoral work. (HM3)</p>	
Absence of any systematic recommendation for intersectoral collaboration	<p>⋮ We leave... them [FHS teams] free to visit schools, to develop activities. Yes, right there in the children's daily lives, to see what could be done. So, the Department of Health, we leave them free to be close to the children while it is... education, as a school, as a project, of social assistance, to work better, even better with... understanding what children really need. (HM3)</p>	
Health criticized other sectors for not having an expanded view of health and health promotion	<p>⋮ 'Ah, but this is the responsibility of the health [sector], this is not my job', right? 'Ah, but why do these people come here to school to do this kind of thing? Oh no, but the health [sector] has to take care of dengue. I have nothing to do with dengue.' Right? (HM2)</p>	
Asymmetrical position of health and social work in relation to health and social issues	<p>⋮ They [education workers] don't have it, it seems they don't have our vision. Well, I think the view of health is a differentiated view. We find places of work, places for intervention, we go beyond schools. Today we work with other programs, we can work in churches. How if we already work with churches! Who invites us to participate, right? We work... with day care centers, you know, with other types of space... that favor health education. (HM2)</p> <p>⋮ I felt a little uncomfortable because most health professionals think that everything is a social problem; that everything is a problem for the social [work] to solve, that everything is the social [work] that must do. So... to a certain extent, I was even a little worried and afraid, because it seems that the social doesn't want to do it. And then they take the social as the person who is there, right? And I'm not the social, I'm not the person who carries out the policy alone. So, at a certain point it was important to clarify, what is my role, right, within the social [work]. There are a lot of things that they think are social [problems], it's not social, it's public safety. Many things that they think are</p>	

social [problems] can be worked on by the FHS teams.
(SWM)

By contrast, local health professionals participating in the seminars complained of "being alone". They complained about the weak management support for expanded actions within the areas. They drew our attention to the lack of connection between community services and sectors and even complained about not having access to a detailed diagnoses of the living conditions of the population in the region.

In addition to the limited agency in discussing issues related to institutional programs already mentioned above, a series of difficulties were observed in sharing responsibilities and actions in building networks. Health professionals criticized other sectors for not having an expanded view of health and not collaborating in health promotion actions, including a health manager citing teachers' statements in schools. Moreover, health professionals tend to place themselves in an asymmetrical position when compared to the other sectors in terms of health promotion. The social work manager also reported that health professionals have difficulties dealing with social problems. As they do not understand the issues, they attribute greater responsibility to social work, even concerning actions that the health team should carry out.

Incorporating fields of possibilities

This theme explores how the present study's findings support incipient intersectoral collaboration in municipalities, which is viewed as a field of possibilities to promote better child growth and development. "Intersectoral teams" recognized a broad and diverse network. Even in small municipalities, they identified services and equipment for potential partnerships.

Some professionals, such as community health agents, nurses, and NASF teams, seem to have the potential to promote intersectoral interactions. Community health agents were the most common professional category among those enrolled in the Projeto Nascente (35.8%). The health managers considered them and the nurses to be strategic professionals in implementing projects in the municipalities (see Table 4, the main categories of theme 3 identified in the

interviews and quotes). Recognition of the innate role of nurses as managers of health teams and as cluster promoters was also observed in seminars. As already described above, the managers identified the double hiring of NASF professionals as a way to connect the sectors. In fact, the observation of seminars suggested that NASF professionals greatly facilitate conversations with actors from other sectors. They can also help identify resources in the communities.

Table 4. Main categories of theme 3 identified in the interviews

Categories	Primary theme Theme 3. Incorporating fields of possibilities
Professionals with potential to promote intersectoral collaboration	<p>So, I invited four [nurses], from four FHS teams, the four nurses participated [in the Projeto Nascente], and from two teams the... the community health agents participated. The agents of the other two teams did not participate. But my goal is that... they will be future facilitators in order to really be able to... foster the implementation of the policy [to promote child development]. (HM2)</p>
Intersectoral committees	<p>There is a low intersectorality in the municipality, right? The sectors talk very little to each other. And so we need the committee. It will make it possible for everyone to know the progress of the actions, right, make the communication among the city's sectors easier. (SWM)</p> <p>The [intersectoral] collaboration, I believe that now, it will be better configured, with the intersectoral committee and with the matrix support that we did not have. So, I believe that is it, a cultural issue, of work format, you know. The public sectors are [not] used to and now, a new vision is coming. (HM1)</p> <p>There is a very vulnerable area. Really, very vulnerable, you know? So they [FHS team] wanted to work on a way that they could actually have this matrix support and have this intersectoral support for families, because it is imperative to do something there. One of the intervention projects [as result of Projeto Nascente] was the creation of an intersectoral committee. Then we already had a first meeting, it was on last Friday, to set up the committee, and to plan, you know, what will be the objectives of the committee, how are we going to work, what will be the role of the committee, right? And then, within this committee, we created a matrix support form. Vulnerability cases will be discussed at committee meetings, matrix support will be carried out. The next committee meeting is scheduled, and the remaining actions are already discussed, programmed and proposed within the matrix support. We are thinking it is going to be okay. (HM1)</p>

- Matrix support actions
- ... We do the meeting, we delegate functions, you know, do the matrix support and each professional is in charge of... of developing some activities, trying to solve the problem that was discussed. (SWM)
- ... They [FHS teams] pointed out the issue of... matrix support, right? We have been carrying out matrix support here in terms of health care, together with the FHS teams, NASF, mental health team, too. But this matrix support has to be broad, it has to involve the Department of Education, the school. It has to involve the... the Department of Social Work, CRAS [Centro de Referência de Assistência Social - Social Work Reference Center], CREAS [Centro de Referência Especializado de Assistência Social - Specialized Social Work Reference Center]. The Children Tutelary Council. And the proposal... made by this team, was the matrix support and the intersectoral work with these professionals. So... it's really important that we develop this work in a broad conversation, right, so the service becomes more effective, and we can give better answers to our users. (HM3)
- Case managers
- ... We do the entire meeting, and then we delegate it to the responsible person, to pass it on to other... competent services, right? (HM4)
- ... It is very easy to say that the problem is someone else's, right, and not take the problem for yourself. So, you know... when it becomes clear what is the problem, who is involved, what are the actions that will be done and who are responsible for the action, as is the proposal we made... with the committee, maybe this makes it easier, improve intersectorality. (SWM)
- University support
- ... We have the rural internship from UFMG [Faculty of Medicine, Universidade Federal de Minas Gerais]. We have... absorbed many ideas from, from academics, because they have already worked, they have already done the internship in other cities as well, they managed to absorb a lot of experience there, so they bring us this information and we apply it here, in our daily routine. (HM3)
- ... They've widened the vision! So, training [Projeto Nascente] is something that should happen more, because from the training they [professionals] managed to broaden their vision and understand that the work carried out previously was multisectoral and not intersectorial and to engage for the creation of this committee. So, I believe that the engagement of professionals, through training, is a factor that has made it much easier for us. (HM4)
-

Managers highlighted that Projeto Nascente started a process to encourage the formation of intersectoral committees and matrix support actions. They expressed that having opportunities for debate would play a crucial role in action

planning to address complex cases involving children and their families. They emphasized the importance of connecting key actors from different sectors so that professionals know the details of the cases to contribute to the discussion and problem solutions. These initiatives seem to involve care professionals more broadly and not just managing ones.

The involvement of professionals focuses on practical support for identified problems. Actions are still thought about and articulated by sectors. Coordination and integration of care and action emerged in a very incipient way. The strategies mentioned by the managers contemplated notions of reference professionals and case managers in order to manage the discussions and maintain the workers' active ties with the cases.

The “intersectoral teams” reported few experiences with intersectoral collaboration initiatives at the seminars other than those related to institutional intersectoral programs. They reported that this was not a common practice for them. However, beginning and straightforward experiences were described, with collaborative work and potential for more consistent future collaborations. One example was the report on restoring the covers of 60 child health records.³ The action was conceived by professionals from Centro de Referência de Assistência Social (Social Work Reference Center, CRAS) and the FHS team; teachers were responsible for disseminating information to parents. The action was carried out during a week of school recess, at the CRAS office, by professionals from the social work and health areas, with material provided by the involved sectors.

Some of the managers highlighted the importance of improvement and access to new theoretical and practical knowledge. This regular and continuous support they received was fundamental in the development of Projeto Nascente and the discussion about intersectoral collaboration.

Discussion

The contribution of our analysis expands the current understanding of the complexity of the challenges of intersectoral collaboration. Three main themes highlighted the socio-technological and political contents that underlie the socialization involved in the process. Our results show that intersectoral collaboration for promoting child growth and development is practically non-

existent or fragile. When there is local potential, it is missed or underused. In light of ANT, our results demonstrate the scarcity of action by mediators and intermediaries to promote enrollment processes for intersectoral collaboration. Likewise, the many existing controversies are not used as a mechanism for triggering changes.

As mentioned above, collaboration is a socialization process of producing such resources as knowledge, skills, values, and attitudes. It depends on socio-technologically implemented policies, with an actor's enrollment in a network of other actors. For the successful enrollment, various social (actors) and technological (equipment, email, documents, publications, financing, working contracts) allies mobilized and cooperated (Callon, 2006; Djohy, 2019). Our findings, focused on the professionals' interactions, allowing us to identify both their local and organizational relational priorities. In this way, we could recognize issues and missing resources that do not allow them to do the work of recognizing potential collaborative partners and carrying out a plan of collaborative action designed to promote child growth and development.

The findings suggest that integrating mechanisms proposed by institutional intersectoral policies (PSE and the Bolsa Família Program) were poorly implemented or not implemented at all. Little sharing of knowledge was found within the sectors themselves and among them. Meetings and conversations among professionals seemed scarce. Forums and discussion groups dealing with complex family cases tried to use an intersectoral approach. However, many weaknesses and gaps made this process difficult, including the managers' understanding that local professionals should not frequent these spaces. The perceived lack of leadership in favor of intersectoral collaboration reinforced the fragility or absence of the translation process with this objective. There was a lack of space for discussion and argumentation among sectors and even between local professionals and managers of the same sector. Our analysis revealed a rhetorical discussion about intersectoral collaboration but almost no practice. Abstract rhetoric, rather than directly addressing the challenges, can diffuse responsibility without priorities (Andrade et al., 2015; Holt et al., 2018).

We have also identified some potential mediators that have been underused in the enrollment process. It involves multiple components, and the network will have to be set up and bring together key stakeholders, resources, and tools to

support intersectoral collaboration. The models found in the literature emphasize the importance of the interaction dimension in their construction. It is vital to systematically develop and strengthen synergies between actors and sectors to promote multi-actor dialogues and deliberation for case resolution (Kuruvillea et al., 2018; van Dale et al., 2020). Our analysis led us to consider nurses, community health agents, and professionals linked to more than one sector as possible mediators that can contribute to overcoming gaps. However, management must encourage the enrollment of these actors. Whether in the health sector or not, the managers themselves need to assume the role of leaders, training and exercising this skill (Hendriks et al., 2015). In cases where the involvement of professionals is irregular, leadership helps connect specific technical sectors and involves a wide range of stakeholders (Kuruvillea et al., 2018; van Dale et al., 2020).

This case study supported the notion that intervention projects and universities may be potential mediators in promoting and disseminating changes. While the findings showed a theoretically receptive speech of the management to external intervention (Projeto Nascente), they also highlighted an irregular enrollment of FHS teams and professionals from other sectors. Our study also identified the use of strategies by powerful actors to interfere negatively during the intervention, hindering the empowerment and engagement of local professionals. How to align the interests of the involved actors, including management, for better socialization to sustain the changes aimed at intersectoral collaboration? Current models consider that successful networks of aligned interests are created by recruiting a sufficient body of allies and translating their interests into the thinking and acting that maintains the network (Bilodeau et al, 2019; Ceballos-Higueta & Otálvaro-Castro, 2021; Okeyo et al., 2020; Potvin et al., 2005).

Regarding the development of new formats and patterns of interaction in the network, this case study showed a self-perceived centrality and agency of the sectoral professionals and managers. An asymmetrical position was found, which maintains a latent, never-ending controversy. As the literature shows, there are risks associated with an excessively strong emphasis on sectoral issues and outcomes when seeking collaboration with actors from different sectors. Therefore, it is deemed crucial that public intersectoral policy objectives are not perceived as an additional burden by sectors and that their implementation

considers a power-sharing scenario (Borvil et al., 2021; Kriegner et al., 2021; Okeyo et al., 2020). These concerns are consistent with what is referred to as “health imperialism”—understood as defining an agenda from a health perspective alone, only considering how other sectors can contribute to the health goals without recognizing the interests of other sectors (Kriegner et al., 2021; Nutbeam, 1994). The findings also suggest other unresolved controversies: the enormous difficulty in calling sectors outside the social sectors, such as culture, leisure, and sport; managers who do not disclose and do not allow the participation of professionals in discussion groups on complex cases; the lack of information about the existing equipment in the regions where the FHS teams work. Through the unfolding of controversies, the translation process can promote new participant enrollment, stabilize uncertainties, and develop interaction in the network through contradictory arguments and points of view (Callon, 1986; Latour, 2005).

The findings from the present study revealed some potential integrative mechanisms for intersectoral collaboration. The reported intersectoral committees might act as a promoter of enrollment. They constitute a privileged space for the performance of intersectoral collaboration, enabling meetings, the exercise of arguments, and the possibility of discussing and resolving controversies. Through the tools presented in this study, such as matrix support, reference professionals, and case managers, workers will be able to increase their understanding of other sectors’ routine actions, increasing the possibilities for collaboration. It will be an opportunity for them to improve their skills in reframing issues so that actors from other sectors understand their influence on issues (Hendriks et al., 2015; van Eyk et al., 2020). All these components should contribute to exchanging information and sustaining the work as a mechanism of interessement and enrollment (Borvil et al., 2021; Djohy, 2019; Hendriks et al., 2015).

This article reflected and supplemented the literature on intersectoral collaboration, and its findings highlighted the need to embed local actors, resources, and structures into networks. ANT advocates that the context is constructed by the action, mainly by the interaction of the actor-networks. The need for continued commitment becomes clear when pursuing coordinated action, embedded with integrative mechanisms that induce enrollment to achieve

this goal. The importance of investing in ongoing and open communication and information management among stakeholders was also evident. All of these components, discussed, negotiated, and rearranged in a participatory way, could contribute to supporting intersectoral collaboration and fostering impacts on health promotion and equity.

Strengths and limitations

An integrated and intersectoral model for promoting child growth and development requires the active participation of various human actors with specific roles, along with the inclusion of technologies, tools, plans, and activities (Latour, 2005). We believe management needs to adopt a more assertive and pragmatic vision for understanding how to encourage collective work, placing the actor-network at the center of the discussion. According to Latour (2005), innovations arise from collective existence. Indeed, a wide range of social, organizational, economic, psychological, or personal conditions could work as mediators, influence the enrollment process, and generate innovation. In this light, the present study's findings reveal fields of possibilities that can be summarized in three questions:

1. Key actors, services, or organizations in each municipality that could coordinate and facilitate resource links: who might play the role of coordination to improve access and interaction between sectors and services?
2. Resources or management tools that will help managers and local professionals to manage actions and processes over time: which resources might be essential to support the self-management process?
3. Communication tools or digital technologies that will be capable of supporting a local community model of health and promoting child development: how might available technologies be used to support the communication process between sectors and improve access to different services?

In closing our article, it is important to note some of this study's limitations. It was not possible to recruit many municipal managers, which may have impacted the range of insights generated about the management perspectives. To overcome this limitation, it was necessary to explore the greatest level of interpretive depth of respondents' insights. Moreover, the low participation of workers from sectors

outside the health sector brought a health bias in the view of "intersectoral teams", especially in the elaboration of ecomaps. Thus, data on the relationships and ties among the equipment of the various sectors, represented in the ecomaps, need to be interpreted with caution. Furthermore, this study took place in small towns in Brazil, and therefore may lack transferability to other contexts, including industrialized regions of our country and of the world. While these limitations will warrant attention in future studies, the present work represents an important contribution to studies of intersectoral collaboration in promoting child growth and development, specifically, and, in health promotion, more comprehensively. Given the subject's relevance, we hope that this study's considerations can prove an important contribution to the emerging body of scholars, which will likely continue raising questions for social and health researchers.

Notes

1. In Brazil, territorial divisions are not shared by different public policies (Bronzo, 2016).
2. Brazilian civil servants work 20, 30, or 40 hours a week. A worker of a 20-hour shift can be double hired.
3. The child health record is distributed for free to all children born in Brazil and given to the families. It is the tool recommended by the Ministry of Health to monitor the health, growth, and development of children up to 10 years of age (Amorim et al., 2018).

References

Amorim, L. P., Senna, M. I. B., Soares, A. R. S., Carneiro, G. T. N., Ferreira, E. F., Vasconcelos, M., Zarzar, P. M. P., Ferreira, R. C. (2018). Assessment of the way in which entries are filled out in Child Health Records and the quality of the entries according to the type of health services received by the child. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(2), 585-597. DOI: 10.1590/1413-81232018232.06962016

Andrade, L. O. M., Pellegrini Filho, A., Solar, O., Rígoli, F., Salazar, L. M., Serrate, P. C. F., Ribeiro, K. G., Koller, T. S., Cruz, F. N. B., & Atun R. (2015). Social determinants of health, universal health coverage, and sustainable development: case studies from Latin American countries. *Lancet*, 385, 1343–1351.

Bennett, J., & Grant, N. S. (2016). Using an ecomap as a tool for qualitative data collection in organizations. *New Horizons in Adult Education and Human Resource Development*, 28(2), 1-13.

Bilodeau, A., & Potvin, L. (2016). Unpacking complexity in public health interventions with the Actor-Network Theory. *Health Promotion International*, 4, 1-9.

Bilodeau, A., Galarneau, M., Lefebvre, C., & Potvin L. (2019). Linking process and effects of intersectoral action on local neighbourhoods: systemic modelling based on Actor-Network Theory. *Sociology of Health & Illness*, 41(1), 165-179.

Blair, M., & Hall, D. (2006). From health surveillance to health promotion: the changing focus in preventive children's services. *Archives of Disease in Childhood*, 91(9), 730-735. doi: 10.1136/adc.2004.065003

Blanken, M., Mathijssen, J., Nieuwenhuizen, C., Raab, J., & Oers, H. (2022). Intersectoral collaboration at a decentralized level: information flows in child welfare and healthcare networks. *Health Services Research*, 22, 449, 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07810-z>

Borvil, A. D., Kishchuk, N., & Potvin, L. (2021). Typology of actors' influence strategies in intersectoral governance process in Montreal, Canada. *Health Promotion International*, 1-11.

Bowen, G. A. (2009). Document analysis as a qualitative research method. *Qualitative Research Journal*, 9(2), 27-40.

Bravington, A., & King, N. (2019). Putting graphic elicitation into practice: tools and typologies for the use of participant-led diagrams in qualitative research interviews. *Qualitative Research*, 19(5), 506-523.

Bronzo, C. (2016). Sistema de proteção social integral com foco em direitos e suas implicações para a integração entre benefícios e serviços na proteção social não contributiva no Brasil: uma reflexão exploratória. In Macedo, J., M., Xerez, F. H. S., & Lofrano, R. *Intersectorialidade nas políticas sociais: perspectivas a partir do Programa Bolsa Família* (pp. 103-126). Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

Callon, M. (1986). Some elements of a sociology of translation: domestication of the scallops and the fishermen of Saint Briec Bay. In Law, J. (Ed.), *Power, action and belief: a new Sociology of knowledge? Sociological review monograph* (pp. 196-233). Routledge and Kegan Paul.

Callon, M. (2006). Sociologie de l'acteur reseau. In Akrich, M., Callon, M., & Latour, B. (Eds.) *Sociologie de la traduction: Textes fondateurs* (pp. 135-157). Presse des Mines.

Ceballos-Higuita, L., & Otálvaro-Castro, G. J. (2021). Tramas en la construcción de la intersectorialidad para atender la primera infancia. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 19(2), 1-25.

Cury, G. C., Senna, M. I. B., Alves, C. R. L., Ferreira, R. C. (2019). *Promoção do desenvolvimento infantil integral: caderno de atividades*. Faculdade de Odontologia da UFMG.

Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (1998) Introduction: entering the field of qualitative research. In Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. *Strategies of qualitative inquiry* (pp.1-34). Sage.

Department of Health. (2014). *Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)*. Ministério da Saúde.

Department of Health. (2015). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)*. Ministério da Saúde.

Department of Health. (2016). *Síntese de evidências para políticas de saúde. Promovendo o desenvolvimento na primeira infância*. Ministério da Saúde.

Department of Health. (2017). *Política Nacional de Atenção Básica*. Ministério da Saúde.

Department of Health. (2018). *Guia para orientar ações intersectoriais na primeira infância*. Ministério da Saúde.

Djohy G. (2019). Socio-technological enrollment as a driver of successful doctoral education. *International Journal of Doctoral Studies*, 14, 161-185.

Engle, P. L., & Huffman, S. L. (2010). Growing children's bodies and minds: maximizing child nutrition and development. *Food and Nutrition Bulletin*, 31(2), 186-197.

Engle, P. L., Fernald, L. C. H., Alderman, H., Behrman, J., O'Gara, C., Yousafzal, A., Mello, M. C., Hidrobo, M., Ulkuer, N., Ertem, I., & Iltus, S. (2011). Strategies for reducing inequalities and improving developmental outcomes for young children in low-income and middle-income countries. *Lancet*, 378, 1339-1353.

Flick, U. (2014). *An introduction to qualitative research*. Sage.

Freiler, A., Muntaner, C., Shankardass, K., Mah, C. L., Molnar, A., Renahy, E., & O'Campo, P. (2013). Glossary for the implementation of Health in All Policies (HiAP). *Journal of Epidemiology and Community Health*, 67:1068-1072. doi:10.1136/jech-2013-202731

Glandon, D., Mondal, S., Okeyo, I., Zaidi, S., Khan, M. S., Dar, O., & Bennett, S. (2019). Methodological gaps and opportunities for studying multisectoral collaboration for health in low- and middle-income countries. *Health Policy and Planning*, 34(2), 7-17. doi: 10.1093/heapol/czz116

- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.
- Hanna, P. (2012). Using internet technologies (such as Skype) as a research medium: a research note. *Qualitative Research*, 12(2), 239–242.
- Hartman, A. (1978). Diagrammatic assessment of family relationships. *Social Casework*, 59, 465-476.
- Hartman, A. (2003). Comments on "Diagrammatic assessment of family realtions". *Reflections Summer*, 41-43.
- Hendriks, A. M., Jansen, M. W. J., Gubbels, J. S., Vries, N. K., Molleman, G., & Kremers, S. P. J. (2015). Local government officials' view on intersectoral collaboration within their organization – A qualitative exploration. *Health Policy and Technology*, 4:47-57.
- Holt, D. H., Rod, M. H., Waldorff, S. B., & Tjørnhøj-Thomsen, T. (2018). Elusive implementation: an ethnographic study of intersectoral policymaking for health. *BMC Health Services Research*, 18-54.
- Johnson, C. J., Thomas, J., & Boller, K. (2017). Ecomapping as a research tool for informal child care. *Early Education and Development*, 28(6), 705-714.
- Jorgensen, D. L. (1989). The methodology of participant observation. In Jorgensen, D. L. *Participant Observation* (pp. 12-26). SAGE.
- Kawulich, B. B. (2005). Participant observation as a data collection method. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 6(2), 1-28 <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0502430>.
- Kriegner, S., Ottersen, T., Røttingen, J. A., & Gopinathan, U. (2021). Promoting intersectoral collaboration through the evaluation of public health interventions: insights from key informants in 6 European countries. *International Journal of Health Policy and Management*, 10(2), 67-76.
- Kuruville, S., Hinton, R., Boerma, T., Bunney, R., Casamitjana, N., Cortez, R. et al. (2018). Business not as usual: how multisectoral collaboration can promote transformative change for health and sustainable development. *BMJ*, 363:k4771. <https://doi.org/10.1136/bmj.k4771>.
- Latour, B. (2005). *Reassembling the social. An introduction to Actor–Network Theory*. Oxford University Press.
- Laurin, I., Bilodeau, A., Giguère, N., & Potvin, L. (2015). Intersectoral mobilization in child development: an outcome assessment of the survey of the school readiness of Montreal children. *Social Sciences*, 4, 1316-1334.

Moser, A., & Korstjens, I. (2018). Series: Practical guidance to qualitative research. Part 3: Sampling, data collection and analysis. *European Journal of General Practice*, 24(1), 9-18.

Neves, J. A., Zangirolani, L. T. O., & Medeiros, M. A. T. (2021). Health services, intersectorality and social control: a comparative study on a conditional income transfer program. *Global Health Promotion*, 1757-9759, 996150 <https://doi.org/10.1177/1757975921996150>

Nutbeam, D. (1994). Inter-sectoral action for health: making it work. *Health Promotion International*, 9(3), 143-144.

Nutbeam, D., & Muscat, D. M. (2021). Health promotion glossary 2021. *Health Promotion International*, 36, 1578-1598.

Okeyo, I., Lehmann, U., & Schneider, H. (2020). The impact of differing frames on early stages of intersectoral collaboration: the case of the First 1000 Days Initiative in the Western Cape Province. *Health Research Policy and Systems*, 18(3), 1-14 doi.org/10.1186/s12961-019-0508-0

Paim, J., Travassos, C., Almeida, C., Bahia, L., & Macinko, J. (2011). The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*, 377, 1778–1797.

Phillippi, J., & Lauderdale, J. (2018). A guide to field notes for qualitative research: context and conversation. *Qualitative Health Research*, 28(3), 381-388.

Potvin, L., Gendron, S., Bilodeau, A., & Chabot, P. (2005). Social theory and the renewal of the foundations of contemporary public health practice. *American Journal of Public Health*, 95, 591–595.

Silveira, A., & Neves, E. T. (2019). The social network of adolescents who need special health care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(2), 442-449.

Stanton-Salazar, R. D. (2011). A social capital framework for the study of institutional agents and their role in the empowerment of low-status students and youth. *Youth & Society*, 43(3), 1066-1109.

Such, E., Smith, K., Woods, H. B., & Meier, P. (2022). Governance of Intersectoral Collaborations for Population Health and to Reduce Health Inequalities in High-Income Countries: A Complexity-Informed Systematic Review. *International Journal of Health Policy and Management*, 1–13 [doi 10.34172/ijhpm.2022.6550](https://doi.org/10.34172/ijhpm.2022.6550)

van Dale, D., Lemmens, L., Hendriksen, M., Savolainen, N., Nagy, P., Marosi, E., Eigenmann, M., Stegemann, I., & Rogers, H. L. (2020). Recommendations for effective intersectoral collaboration in health promotion interventions: results from Joint Action CHRODIS-PLUS Work Package 5 activities. *International Journal of*

Environmental Research and Public Health, 17, 6474
doi:10.3390/ijerph17186474

van Eyk, H., Delany-Crowe, T., Lawless, A., Baum, F., MacDougall, C., & Wildgoose, D. (2020). Improving child literacy using South Australia's Health in All Policies approach. *Health Promotion International*, 35, 958–972 doi: 10.1093/heapro/daz013

Woodgate, R. L., Comaskey, B., Tennent, P., Wener, P., & Altman, G. (2020). The wicked problem of stigma for youth living with anxiety. *Qualitative Health Research*, 30(10), 1491-502.

Supplemental Material

Supplemental Table 1. Distribution of sectors and actors mentioned in ecomaps (N = 48). Minas Gerais State, Brazil, 2019.

Sector	Number of ecomaps		Actors ¹	Number of ecomaps	
	n	%		n	%
Education	46	95.8	Primary Schools	41	85.4
			Children's Day Care Centers	27	56.3
			Municipal Department of Education	9	18.8
Social Work	46	95.8	Social Work Reference Center ²	39	81.3
			Specialized Social Work Reference Center ³	18	37.5
			Municipal Department of Social Work	15	31.3
			Home for the aged	12	25.0
Health	43	89.6	Secondary Health Care Services ⁴	22	45.8
			Family Health Support Centers ⁵	21	43.8
			Health Municipal Department	18	37.5
			Primary Health Care Services ⁴	16	33.3
			Primary Mental Health Professionals	15	31.3
			Health Management Services	12	25.0
			Community Pharmacy Services	11	22.9
			Hospitals	11	22.9
			Psychosocial Care Centers ⁶	9	18.8
			Clinical Laboratory Centers	7	14.6
			Emergency Medical Services / Transportation of Patients	6	12.5
Sport / Leisure / Culture	25	52.1	Track and Field	14	29.2
			Sport / Culture Municipal Department	11	22.9
			Libraries	9	18.8
			Fitness Centers	4	8.3
			Museums / Theaters	3	6.3
Other public actors	33	68.8	Child Tutelary Council ⁷	28	58.3
			Public Safety	12	25.0
			Municipal Government	9	18.8
			Municipal Council	5	10.4
			Municipal Health Council	3	6.3
Non-governmental sector	34	70.8	Justice System	3	6.3
			Churches	26	54.2
			Association of Friends and Families of Disabled Persons ⁸	15	31.3
			Alcoholics Anonymous	2	4.2
			Other Non-governmental Organizations	9	18.8

¹The Medical Subject Headings (MeSH) of the U.S. National Library of Medicine was chosen to translate the original Brazilian name whenever possible.

²The Social Work Reference Center (CRAS, in Portuguese) is the gateway to the Social Work System. It is a public place, located primarily in areas of greater social vulnerability, where Social Work Services are offered to strengthen coexistence with the family and the community (Source: Brazilian Ministry of Citizenship).

³The Specialized Social Work Reference Center (CREAS, in Portuguese) is a public unit of the Social Work Policy where families and people at social risk or whose rights have been violated are served (Source: Brazilian Ministry of Citizenship).

⁴The Brazilian public health system is organized in health care networks that seek to overcome healthcare fragmentation and management. It is based on the structuring of Primary Health Care as the first level of care, emphasizing its resolution of most personal care needs. Within Primary

Health Care, medical care is performed and coordinated in all points of care. The provision of specialized services (with intermediate technological density) occurs, whenever necessary, in a suitable place and integrated with Primary Health Care. These services include specialized professionals, usually organized by practice areas: medicine, dentistry, rehabilitation (Source: Brazilian Ministry of Health).

⁵The Family Health Support Center (NASF, in Portuguese) was created by the Ministry of Health to support the consolidation of Primary Health Care in Brazil, expand the health offerings in the service network, and provide the resolution, scope, and target of actions. The centers are configured as multi-professional teams that work together with the Family Health Teams and Primary Health Care Teams (Source: Brazilian Ministry of Health).

⁶Psychosocial Care Centers are specialized mental health units for the treatment and social reintegration of people with severe and persistent mental disorders (Source: Fiotec / Fiocruz website).

⁷The Child Tutelary Council was established by the Brazilian Statute of Children and Adolescents to be the main gateway for dealing with cases involving threats or violations of children and adolescents' rights. The Council is responsible for applying the protection measures that turn into referrals for immediate execution by the State, the family, or society (Source: Brazilian Public Ministry).

⁸The Association of Parents and Friends of Disabled Persons is a social organization aiming to promote comprehensive care for people with intellectual and multiple disabilities (Source: website *APAE Brasil – Federação Nacional das Apaes*).

Os trabalhadores demonstraram surpresa ao identificar tantos atores no território. Uma enfermeira disse: "O que tem lá que pode favorecer a criança?" [diário de campo redigido após o seminário em 24/10/2019]

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O exercício de consolidar este material e redigir esta tese continua a suscitar reflexões. Faço aqui a recuperação dos principais resultados e argumentos na tentativa de extrair uma síntese, ainda que provisória. O percurso de análise do material e de textualização da tese teve, em grande medida, o caráter de uma bricolagem (DENZIN; LINCOLN, 1998), com um primeiro vislumbre de algum resultado concreto no momento do exame de qualificação. Aos professores presentes naquele momento, um especial agradecimento pelo aporte de novos movimentos para recomposição das partes desta colagem.

O Projeto Nascente trouxe vários e importantes caminhos para a investigação da colaboração intersetorial, além da oportunidade de levar e discutir o tema com os trabalhadores nos territórios. Mas, pela amplitude territorial, trouxe também a dificuldade de como pensar um desenho de pesquisa que permitisse acompanhar os atores, como recomendado pela TAR. As três fontes de evidências utilizadas no trabalho de campo viabilizaram a produção de um material vasto, pleno de possibilidades interpretativas. Delas foi possível extrair complexas interações engendradas pelos atores, seus suportes ou mesmo a falta deles. Entre a teoria e o método TAR, considero ter utilizado mais suas categorias conceituais, que propriamente as recomendações metodológicas. Teria sido necessário uma aproximação e uma imersão nos municípios, que o contexto desta pesquisa e minha rotina de trabalho não permitiram.

Os três temas principais que emergiram deste material – a fragilidade da agência para colaboração intersetorial; as tentativas de formação de redes; a incorporação de campos de possibilidades – mostraram que a colaboração intersetorial para a promoção do desenvolvimento infantil é bastante frágil, ou mesmo quase inexistente. Mas mostraram também que há potencialidades para sua construção. Ficou evidente que, mesmo sendo considerada uma estratégia para a ação coordenada do Estado, recomendada em vários programas e projetos de alguma maneira implementados nos municípios brasileiros, a

colaboração intersetorial é ainda muito superficialmente tratada nos municípios estudados. Sua discussão parece não estar na pauta e na agenda de governos de pequenas cidades.

A rede identificada não é frágil em tamanho nem em extensão. Mas ela não é reconhecida pelos trabalhadores e a ação coordenada é bastante incipiente. Além de todos os setores e atores institucionais identificados nos ecomapas, há uma série de atuantes híbridos que definem a ação setorial. São eles as políticas, programas e projetos, as normas e os protocolos, o conhecimento técnico, a infraestrutura dos equipamentos sociais, reuniões, treinamentos e capacitações. Todos atuam na ação setorial e poderiam contribuir para a construção da colaboração intersetorial. Mas, neste sentido, não passam de intermediários.

Nos exemplos identificados de alguma atividade intersetorial local, percebi a atuação da rede sociotécnica. Posso dizer que alguns processos de tradução foram desencadeados, com maior ou menor sucesso, a partir de políticas institucionais, de acordos multilaterais, de iniciativas locais. Destaquei alguns atores que atuaram pelo interesse e inscrição no processo da tradução, tanto a favor da inovação, quanto em sentido oposto: os grupos para discussão de casos complexos, os profissionais estratégicos e com maior potencial de circulação na rede, gestores, programas como o PSE e Bolsa Família. Todos contribuíram, mesmo que timidamente, no processo de produção da colaboração intersetorial.

Neste cenário, a análise evidenciou a existência de potencialidades para o desenvolvimento e aperfeiçoamento da rede sociotécnica para a produção de recursos, conhecimento, habilidades, valores e atitudes voltadas para a colaboração intersetorial. O papel mediador do projeto de intervenção, e consequentemente de toda a rede envolvida na sua produção, suscitou possibilidades de avanços. Os comitês intersetoriais instituídos a partir do Projeto Nascente, com proposta de ação baseada no apoio matricial, oferecem a oportunidade de um espaço para encontros, conversas e discussões que poderão inscrever uma série de mecanismos integradores para o exercício intersetorial.

A análise também sugeriu uma série de controvérsias não trabalhadas: centralidade setorial de trabalhadores e gestores, com pouco compartilhamento de poder e de planejamento; as ausências de setores como cultura, lazer, esporte e infraestrutura; gestores que não divulgam e não permitem a participação de profissionais em grupos de discussão; falta de informação sobre os equipamentos existentes nos territórios. O desdobramento de controvérsias pode promover a inscrição de novos atores, contribuir para estabilizar incertezas e desenvolver a interação na rede por meio de argumentos e pontos de vista contraditórios. Trabalhando uma controvérsia, tentando equilibrar as forças opostas que se apresentam, os variados atores envolvidos têm a oportunidade de estabelecer relacionamentos, reconhecerem uns aos outros, adquirir conhecimentos, negociar questões, rever posicionamentos. É uma interação produtiva que contribui para a construção do coletivo. E, segundo Latour (2012), é da existência coletiva que surgem as inovações.

A pesquisa parece sugerir, portanto, que para a promoção da ação intersetorial, há necessidade de maior mobilização dos atores humanos e não humanos nas redes sociotécnicas existentes. Esta mobilização não ocorrerá sem suporte coordenado e incorporado às diferentes dimensões da colaboração intersetorial. Retomando o argumento das três dimensões da colaboração intersetorial, sugiro então como síntese, o papel modulador da dimensão da interação sobre as dimensões política e técnica. É na rede de interações que serão formulados os programas e projetos que atenderão as prioridades das políticas públicas.

REFERÊNCIAS

AKERMAN, M. *et al.* Intersetorialidade? IntersetorialidadeS! **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4291-300, 2014.

ALMEIDA FILHO, N. Intersetorialidade, transdisciplinaridade e saúde coletiva: atualizando um debate em aberto. **Revista de Administração Pública**, v. 34, n. 6, p. 11-34, 2000.

ALVES, C. R. L.; MOULIN, Z. S.; SANTOS, L. C. **Atenção à saúde da criança: aspectos básicos**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013. 145 p.

AMORIM, L. P. *et al.* Assessment of the way in which entries are filled out in Child Health Records and the quality of the entries according to the type of health services received by the child. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, p. 585-97, 2018.

ANDRADE, L. O. M. **A saúde e o dilema da intersetorialidade**. São Paulo: Hucitec, 2006.

ANDRADE, L. O. M. *et al.* Social determinants of health, universal health coverage, and sustainable development: case studies from Latin American countries. **Lancet**, v. 385, p. 1343–1351, 2015.

BENNETT, J.; GRANT, N. S. Using an ecomap as a tool for qualitative data collection in organizations. **New Horizons in Adult Education & Human Resource Development**, v. 28, n. 2, p. 1-13, 2016.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. **Descritores em Ciências da Saúde**. Disponível em: <<http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/>>. Acesso em: 20 mai. 2021.

BILODEAU, A.; POTVIN, L. Unpacking complexity in public health interventions with the Actor-Network Theory. **Health Promotion International**, v. 4, p. 1-9, 2016.

BILODEAU, A. *et al.* Linking process and effects of intersectoral action on local neighbourhoods: systemic modelling based on Actor-Network Theory. **Sociology of Health & Illness**, v. 41, n. 1, p. 165-79, 2019.

BLAIR, M.; HALL, D. From health surveillance to health promotion: the changing focus in preventive children's services. **Archives of Disease in Childhood**, v. 91, n. 9, p. 730-5, 2006.

BLANKEN, M. *et al.* Intersectoral collaboration at a decentralized level: information flows in child welfare and health networks. **Health Services Research**, v. 22, n. 449, p. 1-10, 2022.

BODIN, Ö. Collaborative environmental governance: achieving collective action in social-ecological systems. **Science**, v. 357 n. 6352, p. 659-68, 2017.

BORVIL, A. D.; KISHCHUK, N.; POTVIN, L. Typology of actors' influence strategies in intersectoral governance process in Montreal, Canada. **Health Promotion International**, p. 1-11, 2021. Disponível em: <<https://academic.oup.com/heapro/advance-article/doi/10.1093/heapro/daab051/6238570>>. Acesso em: 15 fev. 2022.

BOWEN, G. A. Document analysis as a qualitative research method. **Qualitative Research Journal**, v. 9, n. 2, p. 27-40, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **As cartas da promoção de saúde**. Brasília, 2002. 56 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde**. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Relatório final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). Brasília, 2008. 216 p.

BRASIL. Portaria nº 1.130 de 05 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 05 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A intersectorialidade nas políticas para a primeira infância**. Comitê Técnico sobre Intersectorialidade nas Políticas Públicas para a Primeira Infância. Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Síntese de evidências para políticas de saúde**. Promovendo o desenvolvimento na primeira infância. Brasília, 2016. 63 p.

BRASIL. 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). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Anexo I da Portaria de Consolidação nº 02, de 28 de setembro de 2017. Brasília, 2017. 39 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia para orientar ações intersectoriais na primeira infância**. Brasília, 2018. 44 p.

BRASIL, E. G. M. *et al.* Promoção da saúde de adolescentes e Programa Saúde na Escola: complexidade na articulação saúde e educação. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, e03276, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016039303276>>. Acesso em: 25 fev. 2021.

BRAVINGTON, A.; KING, N. Putting graphic elicitation into practice: tools and typologies for the use of participant-led diagrams in qualitative research interviews. **Qualitative Research**, v. 19, n. 5, p. 506-23, 2019.

BRONZO, C. Sistema de proteção social integral com foco em direitos e suas implicações para a integração entre benefícios e serviços na proteção social não contributiva no Brasil: uma reflexão exploratória. In: MACEDO, J. M., XEREZ, F. H. S., LOFRANO, R. (Org.). **Cadernos de estudo**. Desenvolvimento social em debate. Intersetorialidade nas políticas sociais: perspectivas a partir do Programa Bolsa Família. Brasília, DF: Imprensa Nacional, 2016. p. 103-126.

BURGESS, T. *et al.* Optimizing intersectoral collaboration between health and education: the Health Bridges study. **Journal of Public Health**, v. 38, n. 4, p. 430-7, 2016.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n.1, p. 163-177, 2000.

BUSS, P. M.; CARVALHO, A. I. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 6, p. 2305-2316, 2009.

CALLON, M. Some elements of a sociology of translation: domestication of the scallops and the fishermen of Saint Brieuc Bay. In: LAW, J. (Ed.). **Power, action and belief: a new Sociology of knowledge?** London/Boston: Routledge/Kegan Paul, 1986. p. 196-233.

CALLON, M. Techno-economic networks and irreversibility. In: LAW, J. (Ed.). **A Sociology of monsters: essays on power, technology and domination.** London/New York: Routledge, 1991. p. 132-161.

CALLON, M. Pour une sociologie des controverses technologiques. In: AKRICH, M.; CALLON, M.; LATOUR, B. (Ed.). **Sociologie de la traduction: Textes fondateurs.** Paris: Presse des Mines, 2006. p. 135-157.

CALLON, M. Sociologie de l'acteur reseau. In: AKRICH, M.; CALLON, M.; LATOUR, B. (Ed.). **Sociologie de la traduction: Textes fondateurs.** Paris: Presse des Mines, 2006. p. 267-276.

CANADIAN COUNCIL ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH. **Maps to inform intersectoral planning and action.** Technical report. 2014. 38 p.

CEBALLOS-HIGUITA, L.; OTÁLVARO-CASTRO, G. J. Tramas en la construcción de la intersectorialidad para atender la primera infancia. **Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud**, v. 19, n. 2, p. 1-25, 2021.

CHIARI, A. P. G. *et al.* Rede interssetorial do Programa Saúde na Escola: sujeitos, percepções e práticas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 5, p. 1-15, mai. 2018.

CHIARI, A. P. G. *et al.* Desenvolvimento infantil integral e integrado: análise preliminar de uma ação educativa interssetorial. In: **Anais do 4º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão da Saúde 2021**, Rio de Janeiro. Campinas: Galoá, 2021.

CHIRCOP, A.; BASSETT, R.; TAYLOR, E. Evidence on how to practice intersectoral collaboration for health equity: a scoping review. **Critical Public Health**, v. 25, n. 2, p. 178-91, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1080/09581596.2014.887831>>. Acesso em 20 nov. 2020.

CUNILL GRAU, N. La intersectorialidad en el gobierno y gestión de la política social. **X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública**, Santiago, p. 1-52, oct. 2005.

CUNILL GRAU, N. La intersectorialidad en las nuevas políticas sociales. Un acercamiento analítico-conceptual. **Gestión y Política Pública**, v. 23, n. 1, p. 5-46, 2014.

CURY, G. C. *et al.* (Org.). **Promoção do desenvolvimento infantil integral: caderno do(a) participante**. Belo Horizonte: Faculdade de Odontologia da UFMG, 2019. 171p.

CURY, G. C. *et al.* (Org.). **Promoção do desenvolvimento infantil integral: caderno de atividades**. Belo Horizonte: Faculdade de Odontologia da UFMG, 2019. 134p.

CURY, G. C. *et al.* (Org.). **Promoção do desenvolvimento infantil integral: caderno do(a) multiplicador(a)**. Belo Horizonte: Faculdade de Odontologia da UFMG, 2019. 165p.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. Introduction: entering the field of qualitative research. In: DENZIN, N. K; LINCOLN, Y. S. **Strategies of qualitative inquiry**. Thousand Oaks: Sage, 1998. p. 1-34.

DESLANDES, S. F.; MITRE, R. M. Communicative process and humanization in healthcare. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 1, p. 641-64, 2009.

DJOHY, G. Socio-technological enrollment as a driver of successful doctoral education. **International Journal of Doctoral Studies**, v. 14, p. 161-85, 2019.

DUBOIS, A.; ST-PIERRE, L.; VERAS, M. A scoping review of definitions and frameworks of intersectoral action. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 2933-42, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.01222014>>. Acesso em: 20 nov. 2020.

ENGLE, P. L.; HUFFMAN, S. L. Growing children's bodies and minds: maximizing child nutrition and development. **Food and Nutrition Bulletin**, V. 31, n. 2, p. 186-97, 2010.

ENGLE, P. L. *et al.* Strategies for reducing inequalities and improving developmental outcomes for young children in low-income and middle-income countries. **Lancet**, London, v. 378, p. 1339-1353, Oct. 2011.

EYK, H. *et al.* Improving child literacy using Australia's Health in All Policies approach. **Health Promotion International**, v. 35, n. 5, p. 958-72, 2020.

FELTRAN, G. S. **Fronteiras de tensão**: um estudo sobre política e violência nas periferias de São Paulo. 2008. 363 f. Tese (Doutorado) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2008.

FERREIRA, I. R. C. *et al.* Percepções de gestores locais sobre a intersectorialidade no Programa Saúde na Escola. **Revista Brasileira de Educação**, v. 19, n. 56, p. 61-76, 2014.

FERREIRA, V. S. C.; SILVA, L. M. V. Intersectorialidade em saúde: um estudo de caso. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. (Org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos à prática da avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador, Rio de Janeiro: EDUFBA, Fiocruz, 2014. p. 103-150.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Porto Alegre, RS: Artmed, 2009. 405p.

FRANCESCHINI, M. C. T. **A construção da intersectorialidade**: o caso da Rede Intersectorial Guarulhos Cidade que Protege. 2019. 397 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

FREILER, A. *et al.* Glossary for the implementation of Health in All Policies (HiAP). **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 67, p. 1068-72, 2013.

FREIRE, L. L. Seguindo Bruno Latour: notas para uma antropologia simétrica. **Comum**, v. 11, n. 26, p. 46-65, 2006.

FREIRE, M. S. M.; SÁ, R. M. P. F.; GURGEL, I. G. D. Sairé Mais Saudável: política intersetorial como marco de mudança para equidade local. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 12, p. 3893-902, 2017.

GINZBURG, C. Sinais: raízes de um paradigma indiciário. In: GINZBURG, C. **Mitos, emblemas e sinais: morfologia e história**. São Paulo: Companhia das Letras, 1989. p. 143-179.

GLANDON, D. *et al.* Methodological gaps and opportunities for studying multisectoral collaboration for health in low- and middle-income countries. **Health Policy and Planning**, v. 34, n. 2, p. 7-17, 2019.

GRANEHEIM, U. H.; LUNDMAN, B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. **Nurse Education Today**, v. 24, p. 105-12, 2004.

GRUEN, R. L. *et al.* Sustainability science: an integrated approach for health-programme planning, **Lancet**, v. 372, p. 1579-89, 2008.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. **Avaliação de quarta geração**. Campinas: Editora Unicamp, 2011. 318 p.

HANNA, P. Using internet technologies (such as Skype) as a research medium: a research note. **Qualitative Research**, v. 12, n. 2, p. 239-42, 2012.

HARTMAN, A. Diagrammatic assessment of family relationships. **Social Casework**, v. 59, p. 465-76, 1978.

HARTMAN, A. Comments on “Diagrammatic assessment of family realtions”. **Reflections**, Summer, p. 41-3, 2003.

HENDRIKS, A. M. *et al.* Local government officials’ views on intersectoral collaboration within their organization – A qualitative exploration. **Health Policy and Technology**, v. 4, p. 47-57, 2015.

HOLT, D. H. *et al.* Elusive implementation: an ethnographic study of intersectoral policymaking for health. **BMC Health Services Research**, v. 18, n. 54, p. 1-12, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12913-018-2864-9>>. Acesso em: 18 nov. 2020.

INOJOSA, R. M. Sinergia em Políticas e Serviços Públicos: desenvolvimento social com intersectorialidade. **Cadernos Fundap**, São Paulo, v. 22, p. 102-110, 2001.

JANIS, I.; ALIAS, M.; ZULKIPLI, M.; MUHAMMAD-SUKKI, F. Using illustrations to make decisions on the most appropriate qualitative research methodology: the industry 4.0 scenario. **International Journal of Qualitative Methods**, v. 19, p. 1-16, 2020.

JENNER, B. M.; MYERS, K. C. Intimacy, rapport, and exceptional disclosure: a comparison of in-person and mediated interview contexts. **International Journal of Social Research Methodology**, p. 1-13, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1080/13645579.2018.1512694>>. Acesso em: 21 mai. 2019.

JICK, T. D. Mixing quantitative and qualitative methods: triangulation in action. **Administrative Science Quarterly**, Ithaca, v. 24, p. 602-611, 1979.

JOHNSON, C. J.; THOMAS, J.; BOLLER, K. Ecomapping as a research tool for informal child care. **Early Education and Development**, v. 28, n. 6, p. 705-14, 2017.

JORGENSEN, D. L. The methodology of participant observation. In: JORGENSEN, Danny L. (Ed.). **Participant Observation**. Thousand Oaks: SAGE, p. 12-26, 1989.

JUNQUEIRA, L. A. P. Articulações entre o serviço público e o cidadão. **X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública**, Santiago, Oct. 2005.

KAWULICH, B. B. Participant observation as a data collection method. **Forum: Qualitative Social Research**, v. 6, n. 2, p. 1-28, 2005. Disponível em: <<http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0502430>>. Acesso em: 03 abr. 2021.

KEAST, R.; BROWN, K.; MANDELL, M. Getting the right mix: unpacking integration meanings and strategies. **International Public Management Journal**, v. 10, n. 1, p. 9-33, 2007.

KRIEGNER, S. *et al.* Promoting intersectoral collaboration through the evaluations of public health interventions: insights from key informants in 6 european countries. **International Journal of Health Policy and Management**, v. 10, n. 2, p. 67-76, 2021.

KURUVILLA, S. *et al.* Business not as usual: how multisectoral collaboration can promote transformative change for health and sustainable development. **BMJ**, 363:k4771, p. 1-10, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1136/bmj.k4771>>. Acesso em: 24 jun. 2020.

LATOUR, B. **Reagregando o social**: uma introdução à teoria do Ator-Rede. Salvador: EDUFBA, 2012. 399p.

LATOUR, B. **A esperança de Pandora**. São Paulo: Editora UNESP, 2017. 385p.

LAURIN, I. *et al.* Intersectoral mobilization in child development: an outcome assessment of the survey of the school readiness of Montreal children. **Social Sciences**, v. 4, p. 1316-1334, 2015.

MACHADO, M. M. Mapeie-se! E busque de modos criativos de ser e estar no mundo para relacionar-se com a artisticidade das crianças. **Teatro**: criação e construção de conhecimento, v. 4, n. 5, p. 14-22, 2016.

MALVEZZI, C. D.; NASCIMENTO, J. L. A Teoria Ator-Rede e o estudo da intersectorialidade nas políticas públicas. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, e190341, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/Interface.190341>>. Acesso em: 20 mai. 2021.

MARQUEZ, R. M. O mapa como relato. **Revista Ra'e Ga**, v. 30, p. 41-64, 2014.

MARTINS, H. F.; MOTA, J. P.; MARINI, C. Modelos de negócio na esfera pública: o modelo canvas de governança pública. **Cadernos EBAPE.BR**, v. 17, n. 1, p. 49-67, 2019.

MARTUCCELLI, D. **Grammaires de l'individu**. Paris: Gallimard, 2002. 712 p.

McDAID, D.; PARK, A-L. **Evidence on financing and budgeting mechanisms to support intersectoral actions between health, education, social welfare and labour sectors**. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2016. 47p.

MENDES, R.; AKERMAN, M. Intersetorialidade: reflexões e práticas. In: FERNANDEZ, J. C. A.; MENDES, R. (Org.). **Promoção da saúde e gestão local**. São Paulo: CEPEDOC, 2007. p. 54-70.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos**. Abordagem de programas Sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010. 244 p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013. 407 p.

MONNERAT, G. L.; SOUZA, R. G. Da Seguridade Social à intersectorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. **Revista Katálysis**, v. 14, n. 1, p. 41-9, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-49802011000100005>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

MONNERAT, G. L.; SOUZA, R. G. Intersetorialidade e Políticas Públicas: um diálogo com a literatura atual. In: MONNERAT, G. L.; ALMEIDA, N. L. T.; SOUZA, R. G. (Org.). **A intersectorialidade na agenda das Políticas Sociais**. Campinas: Papel Social, 2014. cap. 2, p. 41-54.

MOSER, A.; KORSTJENS, I. Series: Practical guidance to qualitative research. Part 3: Sampling, data collection and analysis. **European Journal of General Practice**, v. 24, n. 1, p. 9-19, 2018.

NASCIMENTO, P. F.; MELAZZO, E. S. Território: conceito estratégico na assistência social. **Serviço Social em Revista**, v. 16, n. 1, p. 66-88, 2013.

NDUMBE-EYOH, S.; MOFFATT, H. Intersectoral action for health equity: a rapid systematic review. **BMC Public Health**, v. 13, p. 1-13, 2013.

NEVES, J. A.; ZANGIROLANI, L. T. O.; MEDEIROS, M. A. T. Health services, intersectoriality and social control: a comparative study on a conditional income transfer program. **Global Health Promotion**, p. 1-9, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1177/1757975921996150>>. Acesso em: 13 abr. 2022.

NILSSON, M. *et al.* Mapping interactions between the sustainable development goals: lessons learned and ways forward. **Sustainability Science**, v. 13, p. 1489-503, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1007/s11625-018-0604-z>>. Acesso em: 07 mar. 2021.

NUTBEAM, D. Inter-sectoral action for health: making it work. **Health Promotion International**, v. 9, n. 3, p. 143-4, 1994.

NUTBEAM, D. Health promotion glossary. **Health Promotion International**, v. 13, n. 4, p. 349-64, 1998.

NUTBEAM, D.; MUSCAT, D. M. Health promotion glossary 2021. **Health Promotion International**, v. 36, p. 1578-98, 2021.

OKEYO, I.; LEHMANN, U.; SCHNEIDER, H. The impact of differing frames on early stages of intersectoral collaboration: the case of the First 1000 Days Initiative in the Western Cape Province. **Health Research Policy and Systems**, V. 18, n. 3, p. 1-14, 2020.

OLIVEIRA, A. G.; PISA, B. J. IGovP: índice de avaliação da governança pública – instrumento de planejamento do Estado e de controle social pelo cidadão. **Revista de Administração Pública**, v. 49, n. 5, p. 1263-90, 2015.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Divisão de Promoção e Proteção à Saúde. **Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI**. Washington: OPS, 2005. 54p.

PAIM, J. *et al.* The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **Lancet**, v. 377, p. 1778-97, 2011.

PEREIRA, P. A. P. A intersectorialidade das políticas sociais na perspectiva dialética. In: MONNERAT, G. L.; ALMEIDA, N. L. T.; SOUZA, R. G. (Org.). **A intersectorialidade na agenda das Políticas Sociais**. Campinas: Papel Social, 2014. cap. 1, p. 21-39.

PHILLIPPI, J.; LAUDERDALE, J. A guide to field notes for qualitative research: context and conversation. **Qualitative Health Research**, v. 28, n. 3, p. 381-8, 2018.

PIRES, R. R. C. Intersetorialidade, arranjos institucionais e instrumentos da ação pública. In: MACEDO, J. M., XEREZ, F. H. S., LOFRANO, R. (Org.). **Cadernos de estudo**. Desenvolvimento social em debate. Intersetorialidade nas políticas sociais: perspectivas a partir do Programa Bolsa Família. Brasília, DF: Imprensa Nacional, 2016. p. 67-80.

POTVIN, L. *et al.* Integrating social theory into public health practice. **American Journal of Public Health**, v. 95, n. 4, p. 591-5, 2005.

POTVIN. Intersectoral action for health: more research is needed! [editorial] **International Journal of Public Health**, Basel, v. 57, n. 1, p. 5-6, Feb. 2012.

PRADO, N. M. B. L. *et al.* Revisitando definições e naturezas da intersectorialidade: um ensaio teórico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 2, p. 593-602, 2022.

RAN, B.; QI, H. Contingencies of power sharing in collaborative governance. **American Review of Public Administration**, v. 48, n. 8, p. 836-51, 2018.

RASANATHAN, K. *et al.* Governing multisectoral action for health in low- and middle-income countries. **PLoS Medicine**, v. 14, n. 4, e1002285, 2017.

REIS, J. Território e políticas do território. A interpretação e a ação. **Finisterra**, v. 100, p. 107-22, 2015.

RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. Inovação e agir comunicativo: redes e tecnologias de gestão para a saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 2, p. 1-11, 2016.

RUSSELL, M. G.; SMORODINSKAYA, N. V. Leveraging complexity for ecosystemic innovation. **Technological Forecasting & Social Change**, v. 136, p. 114-31, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.techfore.2017.11.024>>. Acesso em 20 jan. 2021.

SANTOS, M. H. C. Governabilidade, governança e democracia: criação de capacidade governativa e relações executivo-legislativo no Brasil pós-constituente. **Dados**, v. 40, n. 3, p. 1-33, 1997.

SHANKARDASS, K. *et al.* A scoping review of intersectoral action for health equity involving governments. **International Journal of Public Health**, Basel, v. 57, n. 1, p. 25-33, Feb. 2012.

SHEDIAC-RIZKALLAH, M. C.; BONE, L. R. Planning for the sustainability of community-based health programs: conceptual framework and future directions for research, practice and policy. **Health Education Research**, v. 13, n. 1, p. 87-108, 1998.

SÍCOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 7, n. 12, p. 91-112, fev. 2003.

SILVA, K. L. *et al.* Intersetorialidade, determinantes socioambientais e promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4361-4370, 2014.

SILVEIRA, A.; NEVES, E. T. The social network of adolescents who need special health care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 2, p. 442-9, 2019.

SIMMEL, G. **Le conflit**. Dijon-Queigny: Circé, 1995. 159p.

SOLAR, O. *et al.* **Moving forward to Equity in Health**: what kind of intersectoral action is needed? An approach to an intersectoral typology. 7th Global Conference for Health Promotion, Nairobi, Kenya, 2009. 15p.

SOUZA, M. C.; ESPERIDIÃO, M. A.; MEDINA, M. G. A intersectorialidade no Programa Saúde na Escola: avaliação do processo político-gerencial e das práticas de trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1781-90, 2017.

SPOSATI, A. Gestão pública intersectorial: sim ou não? Comentários de experiência. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, v. 85, p. 133-141, 2006.

STANTON-SALAZAR, R. D. A social capital framework for the study of institutional agents and their role in the empowerment of low-status students and youth. **Youth & Society**, v. 43, n. 3, p. 1066-109, 2011.

STIRMAN, S. W. *et al.* The sustainability of new programs and innovations: a review of the empirical literature and recommendations for future research. **Implementation Science**, v. 7, n. 17, p. 1-19, 2012.

SUCH, E. *et al.* Governance of intersectoral collaborations for population health and to reduce health inequalities in high-income countries: a complexity-informed systematic review. **International Journal of Health Policy and Management**, p. 1-13, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.34172/ijhpm.2022.6550>>. Acesso em: 15 fev. 2022.

THAMER, R.; LAZZARINI, S. G. Projetos de parceria público-privada: fatores que influenciam o avanço dessas iniciativas. **Revista de Administração Pública**, v. 49, n. 4, p. 819-46, 2015.

TONELLI, D. F.; BRITO, M. J.; ZAMBALDE, A. L. Empreendedorismo na ótica da teoria ator-rede: explorando alternativa às perspectivas subjetivista e objetivista. **Cadernos EBAPE.BR**, v. 9, edição especial, p. 586-603, jul. 2011.

TOOHER, R. *et al.* Intersectoral collaboration to implement school-based health programmes: Australian perspectives. **Health Promotion International**, v. 32, p. 312-21, 2017.

UNITED NATIONS. **Sustainable development goal 17**: strengthen the means of implementation and revitalize the global partnership for sustainable development. New York, 2019. Disponível em: <<https://sustainabledevelopment.un.org/sdg17>>. Acesso em: 02 mar. 2021.

VAN DALE, D. *et al.* Recommendations for effective intersectoral collaboration in health promotion interventions: results from Joint Action CHRODIS-PLUS Work Package 5 activities. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, 6474, 2020.

VAN HUIJSTEE, M. M.; FRANCKEN, M.; LEROY, P. Partnerships for sustainable development: a review of current literature. **Environmental Sciences**, v. 4, n. 2, p. 75-89, 2007.

VÉRAS, M. P. B. Cidade, vulnerabilidade e território. **Ponto-e-Vírgula**, v. 7, p. 32-48, 2010.

WOODGATE, R. L. *et al.* The wicked problem of stigma for youth living with anxiety. **Qualitative Health Research**, v. 30, n. 10, p. 1491-502, 2020.

APÊNDICE A – Lista dos 31 Municípios do Estado de Minas Gerais que participaram do curso Promoção do desenvolvimento infantil integral

1. Araçuaí
2. Araxá
3. Bambuí
4. Bom Despacho
5. Bonfim
6. Buenópolis
7. Campestre
8. Campos Gerais
9. Carmo da Cachoeira
10. Catuti
11. Conceição da Barra de Minas
12. Coqueiral
13. Guaranésia
14. Guaxupé
15. Jaboticatubas
16. Jacuí
17. Joaquim Felício
18. Juatuba
19. Lamim
20. Martinho Campos
21. Mateus Leme
22. Monte Santo de Minas
23. Morada Nova de Minas
24. Pai Pedro
25. Pains
26. Resende Costa
27. Santana do Riacho
28. Serranópolis de Minas
29. Serro
30. Três Marias
31. Várzea da Palma

Se a resposta foi NÃO, identificar ações desenvolvidas no município que envolvam parcerias entre setores

Ação desenvolvida	Equipamentos participantes	Público alvo	Objetivos	Sujeitos que desenvolvem a ação	Frequência	Local	Como se dá a articulação

ANALISANDO AS AÇÕES

1. Como cada setor envolvido nessa capacitação atua nas ações identificadas acima?
2. Como vocês avaliam essas ações quanto ao seu planejamento, execução e resultados?
3. A equipe avalia que as ações identificadas acima são exemplos de ação intersetorial?
Por que?

APÊNDICE C – Texto de apoio nº 1 do 6º Seminário do curso Promoção do desenvolvimento infantil integral

Intersetorialidade: teoria e prática nas políticas sociais

Antônio Paulo Gomes Chiari

Termo muito usado nos dias de hoje, principalmente nas áreas das políticas públicas, intersectorialidade pode ter múltiplos significados e interpretações. Numa tentativa de consolidação, conceituaremos intersectorialidade como uma **estratégia de gestão voltada para a articulação de saberes, potencialidades e experiências de sujeitos, grupos e setores (governamentais ou não), visando ao enfrentamento de problemas sociais complexos, por meio de intervenções compartilhadas e com efeitos sinérgicos⁴. Pressupõe formação de vínculos, corresponsabilidades e cogestão para objetivos comuns** (INOJOSA, 2001; MONNERAT; SOUZA, 2014; BRASIL, 2014). Na ação intersectorial espera-se uma interdependência, com integração e interação entre sujeitos e organizações. As intervenções devem ser planejadas de forma a gerar resultados que superem as ações setoriais isoladas. Devem ser desenhadas tomando o território e as famílias como sua referência, de forma a responder às reais necessidades da população. A ação intersectorial propicia um compartilhamento de energia e de recursos visando à ampliação de respostas em torno de um projeto comum, tornando-se contraponto à cultura de processos decisórios verticalizados e da disputa por poder, recursos e orçamento.

Dessa forma, ações integradas construídas de forma intersectorial, podem ser a chave para a abordagem dos diversos determinantes dos problemas sociais. Conferem uma nova dinâmica ao aparato governamental e à busca de uma sociedade mais equânime. Já está bem estabelecido que a equidade em saúde não será alcançada por meio da ação técnica isolada do setor saúde. São necessárias múltiplas formas de ação intersectorial. No entanto, as práticas cotidianas de assistência em saúde mantêm caráter fragmentado, reafirmando seu isolamento. Investigações sobre experiências intersectoriais voltadas para a saúde pública têm demonstrado a potencialidade dessas ações na promoção da saúde e no combate às iniquidades na medida em que podem viabilizar a articulação de sujeitos e processos, efetivando políticas públicas e enfrentando a exclusão social (AKERMAN *et al.*, 2014).

⁴ Efeito sinérgico: efeito resultante da associação simultânea de vários fatores que contribuem para o resultado final. Este efeito é maior que a soma dos efeitos das ações individualizadas.

Ações intersetoriais devem ser bem planejadas. Deve-se ter como objetivo a solução de situações complexas em que a ação individualizada de um setor isolado não conseguirá resolver o problema. Para que este planejamento tenha êxito como construção intersetorial, a experiência mostra que é fundamental a definição e o apoio político à utilização desta estratégia. O contexto político deve definir qual o âmbito de utilização da intersetorialidade, considerando três aspectos: 1) níveis de gestão envolvidos (níveis centrais e/ou locais); 2) fases de gestão das políticas (formulação/coordenação e/ou implementação); 3) políticas públicas envolvidas (todas, algumas, apenas políticas sociais) (CUNILL GRAU, 2005; SPOSATI, 2006). A partir destas definições, devem ser definidas estratégias de planejamento que permitirão o desenvolvimento da colaboração intersetorial.

Estas estratégias atuarão como **mecanismos integradores** entre os setores/atores envolvidos, de forma a possibilitar o trabalho integrado (CUNILL GRAU, 2005). Não é, no entanto, uma construção fácil. Pelo contrário! Muitas pesquisas têm demonstrado que o trabalho intersetorial é tão complexo quanto os problemas que busca resolver. Ao propor uma nova lógica de trabalho dentro da estrutura setorial fortemente especializada da administração pública, a intersetorialidade pode desencadear enfrentamentos e resistências relacionadas à divisão de poderes, conhecimentos e recursos (de todos os tipos, inclusive financeiros). O planejamento e o uso adequado dos mecanismos integradores poderão colaborar na superação destas dificuldades.

No Quadro 1 estão descritos alguns exemplos de mecanismos integradores fundamentais na construção de colaborações intersetoriais.

Quadro 1 – Mecanismos integradores para a colaboração intersetorial

Mecanismos integradores	Traduções práticas
Estratégias de gestão integrada, baseadas no território, na população e na família	Realização de diagnóstico territorial e levantamento conjunto das necessidades e demandas da população.
Formas matriciais de organização	Constituição de colegiados gestores locais.
Gestão em rede	Formação de grupos de trabalho intersetoriais com representação de todos

Gestão intersetorial do orçamento	os setores envolvidos com metodologia de trabalho bem estabelecida.
Coordenação capaz de promover a conversa entre os setores envolvidos, a participação dos setores responsáveis pela gestão do orçamento e a participação dos cidadãos	
Atuação setorial resolutiva e com qualidade nas situações específicas de cada setor.	A colaboração intersetorial não dispensa a atuação setorial. A ação setorial com qualidade e domínio técnico é um importante gerador de confiança entre os setores envolvidos.
Descentralização	Desenvolvimento de projeto voltados para as necessidades e demandas dos territórios.
Estabelecimento de processos comunicativos capazes de minimizar as diferenças percebidas de poder e que contribuam para o estabelecimento de comunidades de significados:	
1. Todas as partes participam do processo de definição de problemas e planejamento das ações.	Realização de planejamento conjunto.
2. Compartilhamento de informações.	Desenvolvimento de treinamentos e capacitações conjuntas e permanentes.
3. Existência de fóruns deliberativos.	Formação de grupos de trabalho intersetoriais e colegiados gestores locais.
4. Coordenações colegiadas com rotatividade na coordenação.	Implantação de coordenação compartilhada e com rotatividade entre os setores que exercem esta função.
Participação social	Envolvimento dos usuários dos serviços e da população de maneira geral nos processos de tomadas de decisões.
Sistemas de avaliação com foco nos resultados.	Definição e utilização compartilhadas de indicadores e de processos de monitoramento.

Fonte: elaborado pelo autor.

Percebe-se que a construção do trabalho intersetorial não é fácil. Exige apoio político-institucional, organização gerencial e disponibilidade dos atores envolvidos. No entanto, os resultados de processos construídos e executados dessa forma são promissores

no enfrentamento das desigualdades sociais e na produção de interferências positivas na vida das pessoas. Prioridade deve ser dada aos processos de capacitação e educação permanente. Especial atenção deve estar voltada para os gestores locais e trabalhadores tendo em vista seu papel decisivo na realização das ações planejadas. E, nesse processo, a participação da população é fundamental para garantir a sustentabilidade dos projetos.

Referências

AKERMAN, M.; DE SÁ, R.F.; MOYSÉS, S.; REZENDE, R.; ROCHA, D. Intersetorialidade? IntersetorialidadeS! **Cien. Saude Colet.** Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4291-4300, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 11 de nov. 2014.

CUNILL GRAU N. La intersectorialidad en el gobierno y gestión de la política social. **X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública**, Santiago, v. 18, n. 21, p.1-52, oct. 2005.

INOJOSA, R. M. Sinergia em Políticas e Serviços Públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade. **Cadernos Fundap**, São Paulo, v. 22, p. 102-110, 2001.

MONNERAT, G. L.; SOUZA, R. G. Intersetorialidade e Políticas Públicas: um diálogo com a literatura atual. *In*: MONNERAT G. L.; ALMEIDA, N. L. T.; SOUZA R. G. organizadores. A intersetorialidade na agenda das Políticas Sociais. Campinas: **Papel Social**; 2014. p. 41-54.

SPOSATI, A. Gestão pública intersetorial: sim ou não? Comentários de experiência. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, v. 85, p. 133-141, 2006.

APÊNDICE D – Roteiro para entrevista com gestores dos municípios participantes do Projeto Nascente

Perfil do gestor

- Formação
- Cargo ocupado
- Trajetória dentro da instituição
- Tempo de formado
- Tempo neste cargo
- Idade

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (Portaria 1130 de 05/08/2015) e Desenvolvimento Infantil – Implementação da PNAISC no território

- A PNAISC está implantada no município?
- Desde quando?
- Quantas equipes da ESF estão envolvidas atualmente na política?
- Qual a cobertura atual da política no município?
- Quais ações são desenvolvidas no município?

Processo de implantação da PNAISC

- Como se deu a implantação da PNAISC no município?
- Outros setores participaram do processo de implantação?
- Quais setores participam atualmente das ações da política?
- Qual o papel do setor X?
- E do setor Y?
- Como foi estabelecida a integração entre os setores?
- No processo de implantação da política houve a promoção de algum tipo de capacitação dos trabalhadores?
- Como foi feita?
- Quem promoveu?
- Quais trabalhadores participaram?
- Trabalhadores e/ou gestores de outros setores participaram?
- Outros setores participaram de alguma outra forma?
- Como ocorre a condução da política?

Participação do município nos programas governamentais que apoiam o desenvolvimento da primeira infância.

- Há algum outro projeto ou programa de atenção ao desenvolvimento infantil implantado no município?
- Quais?
- Como o programa se organiza?
- Quais profissionais participam?
- Outros setores participam?
- Quais?
- Qual o papel do setor X?
- E do setor Y?

Colaboração intersetorial

Diretrizes municipais para atuação intersetorial

- Como a colaboração intersetorial é tratada no município?
- Em qual fórum de discussão este assunto é tratado?

- Como este fórum se organiza?
- Como ele funciona?
- Quais gestores estão envolvidos? (ATENÇÃO AOS SETORES EXTERNOS ÀS ÁREAS SOCIAIS)
- Quais equipamentos nos territórios estão envolvidos?
- Quais trabalhadores estão envolvidos?

Coordenação e governança da política intersetorial.

- Há algum projeto ou programa intersetorial atualmente em andamento no município?
- Qual?
- Quais setores participam?
- Como este problema/tema foi escolhido para este tipo de abordagem?
- Como foi feito o planejamento inicial das ações intersetoriais?
- Em quais momentos houve conversa entre os gestores, coordenadores, trabalhadores?
- Como o programa funciona?
- Como o programa é gerenciado?
- Quais trabalhadores participam?
- Como a gestão deste programa chega aos trabalhadores dos equipamentos nos territórios?
- Como é a participação dos trabalhadores no programa?
- E como as ações do programa são executadas?
- Como foi a capacitação da gestão para estas atividades? (regularidade, cronograma, carga horária)
- Como foi a capacitação dos trabalhadores para esta atividade?
- Como é a participação da população neste processo?
- Ao longo do programa, das atividades, como se dá a troca de informação entre os órgãos setoriais?
- Como é o processo de gerenciamento do programa?
- Quais são os sistemas de registro e informação sobre ações intersetoriais
- Como as atividades executadas são registradas?
- Quem faz este registro?
- O que é feito com estes dados?
- Como ocorre o encaminhamento dos casos complexos dentro da rede?
- Há algum documento escrito sobre o tema?
- Se não existe hoje, já existiu?
- Qual era? Como funcionava? Setores? Trabalhadores?
- O que houve para o programa ser interrompido?
- Algum planejamento de ação intersetorial para o futuro?

Fatores facilitadores e dificultares para o desenvolvimento de ações intersetoriais.

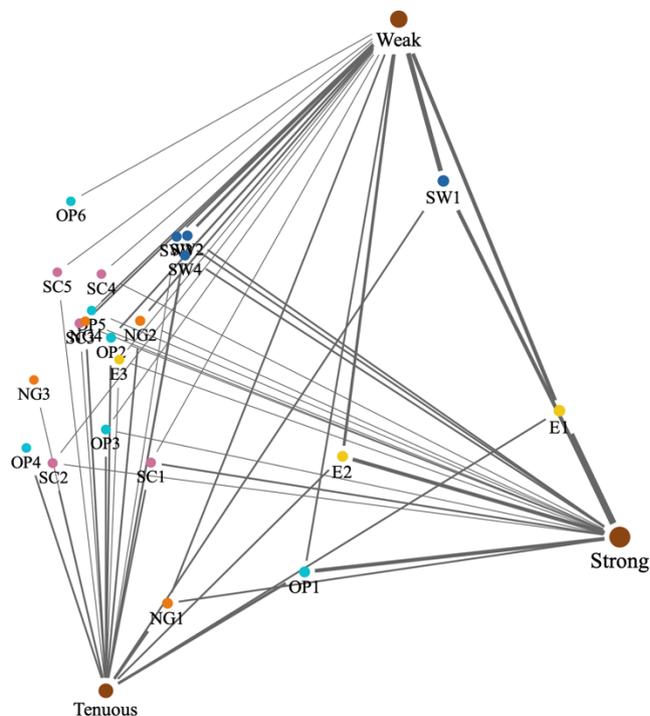
- Quais são as principais dificuldades para o desenvolvimento de ações intersetoriais no seu município?
- E o que facilita o desenvolvimento de ações intersetoriais no município?

Encerramento, agradecimentos e solicitação de indicação de outro gestor para entrevista

- Indicação de representante de um outro setor (gestor, coordenador, de alguma outra secretaria)
- Nome completo
- E-mail

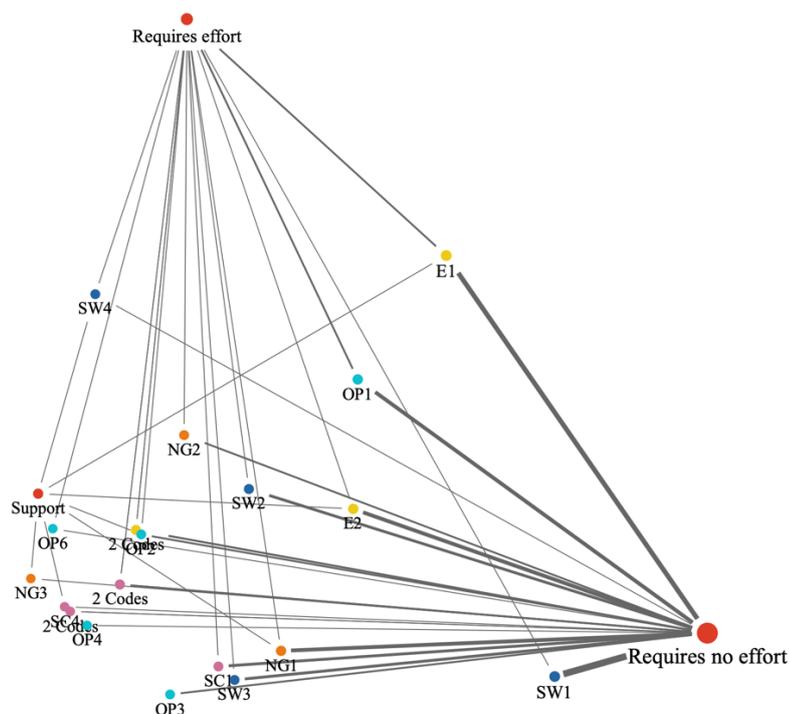
APÊNDICE E – Diagramas gerados pelo *software* MAXQDA2020 a partir do material dos ecomapas

Figura 1 – Força dos relacionamentos – representação da força do relacionamento entre os atores externos ao setor saúde com as equipes da ESF. Minas Gerais, 2019



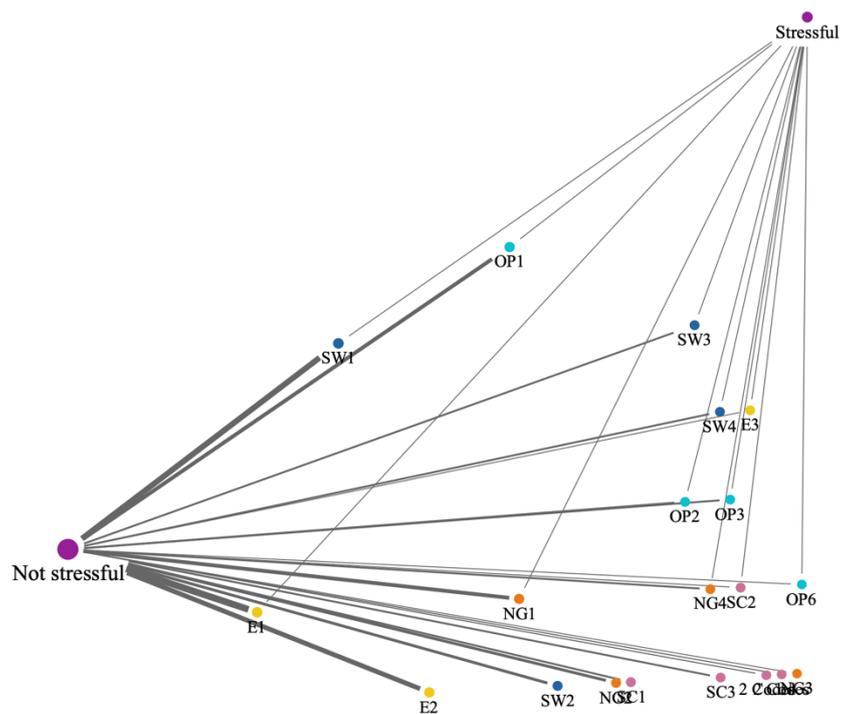
Educação (amarelo); Assistência Social (azul escuro); Esporte/Lazer/Cultura (rosa); outros atores públicos (azul claro); Setores não governamentais (laranja). Códigos dos serviços estão descritos na Tabela 2 (página 74). Fonte: análise dos ecomapas realizada pelo *software* MAXQDA2020.

Figura 2 – Fluxo de energia e suporte – representação do fluxo de energia e do suporte entre os atores externos ao setor saúde com as equipes da ESF. Minas Gerais, 2019



Educação (amarelo); Assistência Social (azul escuro); Esporte/Lazer/Cultura (rosa); outros atores públicos (azul claro); Setores não governamentais (laranja). Códigos dos serviços estão descritos na Tabela 2 (página 74). Fonte: análise dos ecomapas realizada pelo software MAXQDA2020.

Figura 3 – Qualidade dos relacionamentos – representação da qualidade do relacionamento entre os atores externos ao setor saúde com as equipes da ESF. Minas Gerais, 2019



Educação (amarelo); Assistência Social (azul escuro); Esporte/Lazer/Cultura (rosa); outros atores públicos (azul claro); Setores não governamentais (laranja). Códigos dos serviços estão descritos na Tabela 2 (página 74). Fonte: análise dos ecomapas realizada pelo *software* MAXQDA2020.

APÊNDICE F - Termo de consentimento livre e esclarecido

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

Título da pesquisa: Desenvolvimento infantil na perspectiva da intersectorialidade em municípios do estado de Minas Gerais: análise dos efeitos de uma intervenção educativa.

Instituição promotora: Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da UFMG.

Você foi indicado(a) a participar do Curso de Capacitação em Desenvolvimento Infantil ofertado pela Faculdade de Medicina da UFMG (FM/UFMG). A carga horária total da capacitação será de 60 horas, distribuída em 08 seminários mensais presenciais de 5 horas cada (40 horas) e 20 horas de atividades de dispersão e serão desenvolvidas no horário de trabalho dos participantes. O desenvolvimento das atividades presenciais e os planos de ação/intervenção das equipes participantes, realizados durante a dispersão, serão acompanhados pelos multiplicadores, estudantes de Medicina e professores supervisores do Internato em Saúde Coletiva da FM/UFMG. A liberação dos profissionais para as atividades de capacitação e dispersão foi negociada com os gestores das Secretarias Municipais de Saúde de cada município, que assinaram anuência para a participação. Neste sentido, você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa que tem como objetivo principal avaliar os efeitos de uma intervenção educativa nas ações de promoção do desenvolvimento infantil realizadas na rede de atenção intersectorial à criança em municípios do estado de Minas Gerais. Além disso, objetiva também conhecer a situação de saúde das crianças do seu território e as práticas dos profissionais de saúde, educação, cultura e assistência social, avaliar o uso e preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e conhecer o seu perfil, suas expectativas e suas motivações para participação nesse curso de capacitação. Durante a realização do curso, você responderá a questionários, entrevistas e realizará levantamentos de dados no seu território como atividades de dispersão do curso de capacitação. Para avaliar os efeitos da intervenção, ou seja, as possíveis contribuições da intervenção para a qualificação das ações de promoção e de vigilância do desenvolvimento infantil e promoção do vínculo mãe/filho desenvolvidas pelas equipes, você também responderá a um questionário e participará de um grupo focal após a conclusão do curso e 6 (seis) meses após. A sua participação neste estudo é completamente voluntária e será garantida a fidedignidade de suas respostas individuais e o seu anonimato. Os resultados deste estudo serão apresentados apenas de forma agregada e nenhuma característica de identificação de qualquer participante constará na descrição dos resultados. Você não receberá nenhuma gratificação para participar deste estudo. Você não será prejudicado(a) de qualquer forma caso não queira participar da pesquisa. Os resultados deste estudo serão apresentados em eventos e artigos científicos. Se quiser mais informações sobre este trabalho, por favor, ligue ou fale pessoalmente com o coordenador da pesquisa, Prof. Geraldo Cunha Cury, do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da

Universidade Federal de Minas Gerais, pelo telefone 0xx(31) 3409-9801 ou 3409-9800 ou pelo e-mail geraldocunhacury@gmail.com. Você poderá consultar o COEP/UFMG para esclarecer dúvidas sobre aspectos éticos do projeto. O endereço e telefone para contato são: Comitê de Ética na Pesquisa da UFMG, na Av. Antônio Carlos, 6.627, Unidade Administrativa II, 2º andar, sala 2005, Campus Pampulha, Belo Horizonte, MG, CEP 31.270-901 ou pelo telefone: 0xx(31) 3409-4592.

Eu li e entendi as informações acima. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para participar nesta pesquisa, até que eu decida o contrário. Este termo segue em duas vias, conforme a CNS 466/2012 e receberei uma cópia assinada deste consentimento.

_____ Nome do participante	_____ Assinatura do participante	_____ Data
<u>Geraldo Cunha Cury</u> Nome do coordenador da pesquisa	_____ Assinatura do coordenador da pesquisa	_____ Data

**ANEXO A - Parecer Consubstanciado Comitê de Ética em Pesquisa da
UFMG**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS
GERAIS**

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Desenvolvimento infantil na perspectiva da intersectorialidade em municípios do estado

de Minas Gerais: análise dos efeitos de uma intervenção educativa

Pesquisador: Geraldo Cunha Cury

Área

Temática:

Versão:

2

CAAE:

91588418.0.0000.5149

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS
GERAIS **Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.751.249

Apresentação do Projeto:

Esta versão do projeto de pesquisa apresenta respostas às diligências elencadas no parecer de número 2.727.807. O projeto de pesquisa será realizado em municípios do Estado de Minas Gerais conveniados com o Internato em Saúde Coletiva da FM/UFMG e que participam do Projeto Nascente que tenham dado anuência para participarem da pesquisa: Guaxupé; Monte Santo de Minas; Jacuí; Carmo da Cachoeira; Campos Gerais Conceição da Barra de Minas; Santo Antônio do Rio abaixo; Araçuaí; Buenopolis; Barra do Guaicuí /Várzea da Palma; Morada Nova de Minas; Três Marias; Martinho Campos; Bom Despacho; Bambuí; Serro.

Participarão da pesquisa profissionais e gestores de saúde dos municípios envolvidos, além de mães/cuidadores de crianças de 0-3 anos. Conforme os pesquisadores, “Para participar desse estudo serão considerados os seguintes critérios: a) concordar em participar do estudo; b) participar dos seminários de capacitação do Projeto Nascente, nos anos de 2018 e 2019; c) exercer atividades de gestão e atenção e cuidados à criança, d) ser mãe de criança pequena até 03 anos 4) residir na área de abrangência das ESF participantes”.

Conforme formulário de informações básicas, a pesquisa procura responder três questões, conforme se lê no formulário de informações básicas: “1)Qual a situação atual das estratégias e ações de promoção e vigilância do desenvolvimento infantil, na perspectiva da intersetorialidade, em municípios do Estado de Minas Gerais?2)Qual o efeito de uma intervenção educativa voltada para os profissionais da rede intersetorial de atenção à criança nas estratégias e ações de promoção e vigilância do desenvolvimento infantil?3)Qual o efeito da intervenção no desenvolvimento infantil das crianças residentes nos territórios estudados?”

Seu desenho, apresentado pelo pesquisador principal no formulário de informações básicas é: “estudo quase-experimental, do tipo ensaio de campo, com abordagem quantitativa e qualitativa, utilizando diferentes métodos de coleta de dados (sistemas de informação, questionário estruturado, entrevista semiestruturada, grupo focal, observação, pesquisa documental, diário de campo)”.

O estudo compreende três etapas:
 ----- Etapa 1: estabelecimento da linha de base para compreensão da situação-problema e dos contextos da intervenção (externo, político-organizacional e interno). Diversos dados da linha de base (como os relativos à situação econômica, de saúde, saneamento, etc) fazem parte do contexto externo da pesquisa e serão coletados por meio de dados secundários disponíveis em (conforme se vê na página 17 do projeto completo anexo à plataforma) no IBGE, DATASUS, Atlas FJP e Censo da Educação Básica. Já o contexto político-organizacional será avaliado por meio de entrevista com gestores (para o qual há TCLE e roteiro presentes no projeto completo). O contexto interno, conforme os pesquisadores, “se configura na análise do perfil, das expectativas e motivações, concepções e processos das ações de promoção e de vigilância do desenvolvimento infantil desenvolvidos pelos profissionais da rede intersetorial, de acordo com o preconizado pela PNAISC, pela Caderneta de Saúde da

Criança (CSC), Plano Nacional da 1ª Infância. Também serão avaliados os indicadores de desenvolvimento infantil das crianças residentes nos territórios das ESF participantes, de acordo com instrumento preconizado pela OMS. Serão avaliados os registros dos marcos do desenvolvimento infantil presentes na CSC e o uso da CSC pelas mães/cuidadores quanto à leitura, preferências e orientações recebidas pelos profissionais de saúde” (p.13-14, projeto completo). —

----- Etapa 2: realização de intervenção educativa, junto a cerca de 1.300

participantes (profissionais de saúde, da educação e assistência social participantes do Projeto Nascente), e detalhada no projeto completo anexo à plataforma, onde se lê, em sua página 12: “O referencial educacional da capacitação baseia-se na pedagogia da problematização a partir da discussão dos problemas oriundos da prática dos trabalhadores da saúde e dos setores envolvidos com a atenção à criança. Os materiais e recursos didáticos serão validados por meio de consenso por especialistas na área do desenvolvimento infantil. A elaboração de uma análise situacional sobre a atenção à criança no município, a identificação de problemas e a proposição de um plano de ação para enfrentamento da situação problema também são etapas previstas no âmbito da intervenção e serão desenvolvidas como atividades de dispersão da capacitação. [...] A carga horária total da capacitação será de 60 horas, distribuída em 08 seminários mensais presenciais de 5 horas cada e 20 horas de atividades de dispersão”. Na página 13 do projeto completo se lê o detalhamento, em um quadro dos temas dos oito seminários: Caderneta de Saúde da Criança; Seminário Desenvolvimento Infantil; Seminário Vínculo mãe-filho; Trabalho em equipe; Políticas de DPI baseadas em evidências Planejamento estratégico em saúde; Intersetorialidade; Apresentação dos planos de ação e Avaliação do curso.

As atividades de dispersão para os participantes do seminário envolvem: Levantamento de indicadores epidemiológicos locais; Avaliação do desenvolvimento infantil; Estudo de casos múltiplos; Mapeamento de ações intersetoriais; elaboração de planos de ação.

----- Etapa 3: avaliação dos efeitos da intervenção

Conforme se lê na página 15 do projeto completo: “as possíveis contribuições da intervenção para a qualificação das ações de promoção e de vigilância do desenvolvimento infantil e promoção do vínculo mãe/filho serão avaliados por meio de grupo focal e reaplicação de questionário de avaliação do diagnóstico situacional das práticas seis meses após a conclusão do curso de capacitação. Os

questionários para avaliação do desenvolvimento infantil serão reaplicados nos mesmos territórios um e dois anos após a intervenção”.

Objetivo da Pesquisa:

Conforme informado na versão atual do projeto:
"Objetivo Primário:

Avaliar os efeitos de uma intervenção educativa nas ações de promoção do desenvolvimento infantil realizadas na rede de atenção intersectorial à criança em municípios do estado de Minas Gerais
Objetivo Secundário:

1)Caracterizar os municípios participantes quanto aos indicadores demográficos, socioeconômicos e sanitários; 2)Caracterizar os territórios das Equipes de Saúde da Família (ESF) quanto aos aspectos sócio demográficos, indicadores de saúde materno infantil e darede intersectorial de atenção à criança;3) Avaliar o desenvolvimento das crianças de até 03 anos de idade residentes nos territórios na linha de base e após a intervenção; 4)Avaliar a qualidade do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança nos territórios estudados;5)Avaliar o uso da CSC pelas mães/cuidadores quanto à leitura, preferências e orientações recebidas pelos profissionais de saúde;6)Avaliar o perfil, expectativa e motivação dos profissionais alvo da intervenção quanto à proposta de capacitação;7)Avaliar as concepções e práticas dos profissionais sobre as ações de

promoção e vigilância do desenvolvimento infantil;8)Avaliar o processo de implementação da intervenção/capacitação quanto ao perfil dos multiplicadores, adesão dos profissionais, elaboração dos planos de ação, da qualidade da proposta pedagógica (conteúdos, estratégias de ensino e aprendizagem, recursos didáticos, dentre outros); 9)Avaliar, na percepção dos profissionais participantes, a intervenção/capacitação quanto ao alcance das expectativas, mudanças de concepções e reorientações das práticas relacionadas ao desenvolvimento infantil e uso da CSC".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Dada a intervenção educativa presente no projeto, considera-se que há benefícios diretos aos participantes, e que os riscos relativos ao constrangimento na participação estão contemplados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de grande relevância social.
Término previsto para outubro de 2020 (última etapa do cronograma).

As pendências elencadas no parecer de número 2.727.807 foram atendidas, a saber:

Pendência 1:

O TCLE para os participantes profissionais de saúde não esclarece como será realizada a intervenção educativa, sem informar o tempo de dedicação aos seminários e atividades de dispersão propostas, sendo evasivo, apenas informando que o participante preencherá questionários e fornecerá entrevistas. O TCLE deverá detalhar todos os procedimentos da pesquisa.

---- pendência ATENDIDA, com TCLE modificado para os participantes agentes de saúde.

Pendência 2:

Pede-se esclarecimento quanto à concorrência de atividades de trabalho em relação à participação nos seminários: a participação na pesquisa acontecerá fora dos horários de trabalho? Ou será negociada liberação de atividades dos profissionais para participação sem prejuízo para os participantes?

----- TCLE para os participantes profissionais de saúde esclarece que ocorrerá negociação com os coordenadores/gestores para participação, sem prejuízo para os participantes. Pendência atendida.

Pendência 3:

O TCLE deve esclarecer que o Coep-UFMG deve ser consultado para esclarecer dúvidas de ordem ética, e não quaisquer dúvidas ou para obter informações adicionais.

---- realizada modificação nos TCLEs para contemplar a mudança na redação. Pendência atendida.

Pendência 4:

No projeto completo, há TCLE para cuidadores/responsáveis por crianças, os pesquisadores informam que serão realizadas entrevistas. Mencionar o tempo de duração de entrevistas e seus objetivos.

---- Pendência atendida: foram modificados os TCLEs para os cuidadores com a modificação na redação, incluindo tempo de duração das entrevistas.

Pendência 5:

Colocar o DDD do COEP-UFMG no contato nos documentos de TCLE.
--- pendência atendida.

Pendência 6:

Nos TCLEs, informar que o termo segue em duas vias, conforme a CNS 466/2012.

Pendência parcialmente atendida: é necessário informar que o participante receberá uma VIA e não uma cópia do documento.

Pendência 7:
O projeto informa que serão realizados grupos focais para avaliar a intervenção. Não há menção à participação nesta modalidade de coleta no TCLE. Caso o roteiro do grupo focal seja elaborado durante o projeto e a definição dos participantes do grupo também ocorra durante o andamento da pesquisa, os pesquisadores deverão fazer emenda ao projeto de pesquisa para avaliação do roteiro do grupo focal e do TCLE para aplicação de tal instrumento.
Pendência atendida: TCLE para cuidadores informa a realização do grupo focal, e o texto do projeto apresenta apêndice com o roteiro do grupo focal.

Pendência 8:
Um município não tinha assinado carta de anuência para participar da pesquisa. Pendência atendida: Pesquisadores retiraram o município da coleta de dados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos adequados: anuência da Secretaria de Saúde de municípios envolvidos; folha de rosto; parecer eferendado pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social. Há documentos de TCLE para profissionais, cuidadores e gestores.

Recomendações:

Nos documentos de TCLE, informar que o participante receberá uma via do documento, e não uma cópia.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Na condição de atendimento da recomendação acima, e de que os participantes terão condições garantidas de participação na pesquisa sem prejuízo de suas atividades laborais junto aos seus superiores, aprova-se o projeto de pesquisa "Desenvolvimento infantil na perspectiva da intersectorialidade em municípios do estado de Minas Gerais: análise dos efeitos de uma intervenção educativa", do pesquisador responsável Geraldo Cunha Cury.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o COEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na

Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1158677.pdf	22/06/2018 10:15:33		Aceito
Outros	diligencia.pdf	22/06/2018 10:15:05	Geraldo Cunha Cury	Aceito
Outros	anuencias.pdf	22/06/2018 10:14:41	Geraldo Cunha Cury	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	22/06/2018 10:14:15	Geraldo Cunha Cury	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclecuidador.pdf	22/06/2018 10:13:55	Geraldo Cunha Cury	Aceito

TCLE / Termos de Assentiment o / Justificativa de Ausência	tclegestores.pdf	22/06/2 018 10:13:47	Geraldo Cunha Cury	Aceit o
TCLE / Termos de Assentiment o / Justificativa de Ausência	tcleprofissionais.pdf	22/06/2 018 10:13:32	Geraldo Cunha Cury	Aceit o
Folha de Rosto	folha_de_rosto_Pesquisa_ nascente_ass inada.pdf	15/06/2 018 18:30:10	Geraldo Cunha Cury	Aceit o
Outros	pardepto.pdf	15/06/2 018 14:17:28	Geraldo Cunha Cury	Aceit o
Outros	915884180aprovacaoassin ada.pdf	03/07/2 018 13:34:24	Vivian Resende	Aceit o
Outros	915884180parecerassinad o.pdf	03/07/2 018 13:34:33	Vivian Resende	Aceit o

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 03 de Julho de 2018

Assinado por:**Vivian Resende (Coordenador)****Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos,6627 2o Ad SI 2005**Bairro:** Unidade Administrativa II **UF:** MG **Município:** **Telefone:** (31)3409-4592

BELO HORIZONTE

CEP: 31.270-901**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

ANEXO B – Comprovante de submissão do artigo *Intersectoral collaboration to promote child development: the contributions of the actor-network theory* para publicação na revista *Qualitative Health Research*

ScholarOne Manuscripts™ Antônio Paulo Gomes Chiari ▾ Instructions & Forms Help Log Out

Qualitative Health Research 

Home Author Review

Author Dashboard

Author Dashboard

- 1 Submitted Manuscripts >
- Start New Submission >
- 5 Most Recent E-mails >

Submitted Manuscripts

STATUS	ID	TITLE	CREATED	SUBMITTED
ADM: Pratt, Elena • Awaiting Admin Processing	QHR-2022-0676	Intersectoral collaboration to promote child development: the contributions of the actor-network theory View Submission Cover Letter	26-Jun-2022	26-Jun-2022

[Contact Journal](#)