






Artigo original

São Paulo Carinhosa: formação intersetorial dos Agentes Comunitários de Saúde

São Paulo Carinhosa: intersectoral formation of Community Health Agents

Gabriela Lotta¹  (branca), Douglas Nier Oliveira Pires² (branco) , Mariana Scaff Haddad Bartos^{3*} (branca) , Rejane Calixto Gonçalves⁴ (branca) , Anna Maria Chiesa⁵ (branca) , Ana Estela Haddad⁶ (branca) 

¹Fundação Getúlio Vargas (FGV), Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Departamento de Administração Pública, São Paulo, SP, Brasil

²Universidade Federal do ABC (UFABC), Departamento de Políticas Públicas, Santo André, SP, Brasil

³Universidade de São Paulo (USP), Departamento de Política Gestão e Saúde, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, SP, Brasil

⁴Prefeitura Municipal de Diadema, Secretaria de Saúde de Diadema, Diadema, SP, Brasil

⁵Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil

⁶Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Odontologia, Departamento de Ortodontia e Odontopediatria, São Paulo, SP, Brasil

COMO CITAR: Lotta, Gabriela, Pires, Douglas Nier Oliveira, Bartos, Mariana Scaff Haddad, Gonçalves, Rejane Calixto, Chiesa, Anna Maria, & Haddad, Ana Estela. (2022). São Paulo Carinhosa: formação intersetorial dos Agentes Comunitários de Saúde. *Revista Brasileira de Avaliação*, 11(1), e110822. <https://doi.org/10.4322/rbaval202211008>

Resumo

Este artigo analisa em que medida a intersectorialidade pode ser promovida pelo investimento em educação dos atores que implementam as políticas, considerando que a formação intersectorial destes atores é essencial para promover processos de coordenação horizontal em políticas públicas. Para tanto, o estudo analisa o caso da formação intersectorial dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), compreendendo sua atuação na implementação de uma política intersectorial - a São Paulo Carinhosa - e observando as repercussões do curso oferecido para qualificar as visitas domiciliares, com foco na ampliação das competências familiares para os cuidados na primeira infância. A pesquisa, de caráter exploratório e abordagem qualitativa, realizou entrevistas semiestruturadas com 66 ACS participantes de 11 UBS de todas as Coordenadorias Regionais de Saúde de São Paulo. As análises dos resultados indicam que as formações mudaram a forma como os profissionais interpretam e julgam os casos que acompanham e ampliaram a intersectorialidade em suas práticas.

Palavras-chave *Intersectorialidade. Agentes comunitários de saúde. Políticas públicas. Primeira infância.*

Abstract

This article analyzes how intersectoriality can be promoted by investing in the education of the actors who implement the policies, considering that the intersectorial education of these actors is essential to promote horizontal coordination processes in public policies. For this purpose, the study analyzes the case of the intersectorial formation of the Health Communitarian Agents (HCA), understanding their performance in the implementation of an intersectorial policy - the São Paulo Carinhosa - and observing the repercussions of the course offered to qualify home visits, focusing on the expansion of family competences for the early childhood care. This research, with an exploratory methodology and a qualitative approach, carried out semi-structured interviews with 66 HCA participating in 11 UBS from all the Regional Health Coordinations in São Paulo. The analysis of the results indicates that the formations changed the way professionals interpret and judge the cases they monitor and expanded the intersectoriality in their practices.

Keywords *Intersectoriality. Health communitarian agents. Public policy. Early childhood.*

A RBAVAL apoia os esforços relativos à visibilidade dos autores negros na produção científica. Assim, nossas publicações solicitam a autodeclaração de cor/etnia dos autores dos textos para tornar visível tal informação nos artigos.

Recebido: Setembro 04, 2021

Aceito: Fevereiro 24, 2022

***Autor correspondente:**

Mariana Scaff Haddad Bartos

E-mail: marishb@hotmail.com



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.



Introdução

A intersectorialidade é uma das bases para construção de políticas voltadas à integralidade do cuidado e para a geração de efetividade nas políticas. A dimensão da intersectorialidade tem aparecido na literatura mais geral de políticas públicas como resultado de um amplo processo de transformação da ação estatal que passa pela complexificação, pelos contextos de governança e interação de múltiplos atores no processo decisório (Gomide & Pires, 2014; Bouckaert et al., 2010; Lotta & Favaretto, 2016; Hupe & Hill, 2002). Esta literatura aponta que há em curso, nacional e internacionalmente, alterações de arranjos institucionais de políticas que passam a ser produzidas a partir da interação entre diversos atores estatais e não estatais (Lotta & Favaretto, 2016). A tônica de fundo destas mudanças é a construção de um Estado mais efetivo e democrático, baseado na interação entre múltiplos atores para construção coletiva de soluções complexas para problemas complexos (Nascimento, 2010; Rezende et al., 2015; Comerlato et al, 2007). Esta interação, todavia, pode ser influenciada por valores e ideais que atores sociais, com suas próprias trajetórias, carregam ao participar e representar políticas setoriais (Dubois, 1999).

Estar no desenho da política, embora necessário, não é suficiente para que a coordenação ocorra (Arrette, 2001). Ela depende de como os atores se apropriam das políticas, da interpretação que dão a elas e como atuam em processos decisórios coordenados. E isso é mais crítico quando o Estado decide inserir ações intersectoriais em políticas previamente existentes, onde a burocracia já atua com determinado *modus operandi* e precisa atuar com outras dimensões. Compreender como isso ocorre é um elemento a ser melhor explorado pela literatura.

Este artigo se situa nesta lacuna analítica de compreensão do papel dos indivíduos na implementação de ações intersectoriais. Como objeto, analisamos a Política Municipal São Paulo Carinhosa na perspectiva dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A SP Carinhosa tinha como objetivo a promoção do desenvolvimento infantil integral, o fortalecimento dos vínculos familiares e os cuidados desde a primeira infância (Haddad, 2016). A partir de 2015, os ACS, profissionais envolvidos na implementação da Estratégia Saúde da Família (ESF), passaram a ser parcialmente responsáveis, sob supervisão e com apoio da equipe de ESF, por uma das ações implementadas pela SP Carinhosa, levando dimensões de cuidado com a primeira infância para famílias que atendem. Propôs-se, assim, a introdução de uma política intersectorial na ação de profissionais responsáveis por uma política de saúde que, embora tenha princípios de integralidade no cuidado, ainda assim é setorial. Para isso, a prefeitura promoveu ampla formação dos ACS, Enfermeiros e Profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) com vistas a incorporarem novos conhecimentos e práticas nas visitas domiciliares, com potência para serem trabalhados em caráter intersectorial.

Assim, o objetivo deste trabalho é analisar em que medida a intersectorialidade pode ser promovida pelo investimento em educação dos atores que implementam as políticas. A hipótese é que a formação intersectorial de atores que atuam em políticas setoriais é essencial para promover processos de coordenação horizontal em políticas públicas. Isso porque é a partir da alteração das práticas e percepções sobre problemas e soluções que a dimensão intersectorial pode se traduzir em ações cotidianas.

Fundamentação teórica: desafios para implementação de políticas intersectoriais e o enfoque na formação intersectorial

A discussão sobre intersectorialidade nasce no bojo das Reformas de Estado e dos novos modelos de gestão voltados a ampliar eficiência, efetividade e transparência das políticas públicas (Cunill-Grau, 2014). A intersectorialidade é conceituada como a articulação de diferentes setores para construir, conjuntamente, soluções que resolvam problemas sociais (Cunill Grau, 2005). Embora a intersectorialidade seja cada vez mais difundida como estratégia de política pública, poucos estudos conseguiram mostrar seus alcances (Silva & Bodstein, 2016; Akerman et al, 2014; Chiari et al, 2018; Franceschini, 2019) e há lacunas para entender determinantes que potencializam a ação intersectorial.



O debate internacional sobre intersectorialidade na saúde enfatiza as intervenções sobre seus determinantes sociais e destaca a centralidade de seu papel na mudança do modelo de atenção e reorganização do sistema (Sousa et al, 2017). Desenvolver práticas intersectoriais significa concretizar uma ação com olhar ampliado sobre o processo saúde-doença-cuidado, com ações voltadas à promoção de saúde e enfrentamento de seus determinantes sociais (Silva & Tavares, 2016; Dias et al, 2014; Chiesa, 2016). No contexto nacional, a intersectorialidade aparece como eixo fundamental do modelo de reorganização dos serviços proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A Política Nacional de Promoção em Saúde (PNPS) traz o princípio da intersectorialidade como articulação de saberes e práticas de sujeitos e setores mobilizados na formulação de políticas e intervenções compartilhadas que assumem a garantia de objetivos comuns, como saúde e cidadania (Silva & Tavares, 2016). Além disso, a intersectorialidade está presente em quase metade das diretrizes da PNPS, em seus Eixos Operacionais e nas competências dos entes federativos (Brasil, 2014).

A ESF também é pensada nesta lógica, considerando que o trabalho intersectorial é importante para operacionalizar um conceito ampliado de saúde (Silva & Tavares, 2016). Assim, espera-se que a ESF promova uma mudança de paradigma assistencial estimulando a produção social da saúde com ações intersectoriais e garantia de acesso universal (Silva & Tavares, 2016). No entanto, para que isso se efetive, é preciso haver arranjos institucionais de articulação entre diferentes setores dentro da política e formação dos atores para a prática intersectorial. No campo específico de políticas para infância, o tema da intersectorialidade também é central. A efetividade destas políticas depende de uma ação integral, o que significa adotar uma visão global sobre os indivíduos e compreender de forma ampliada suas necessidades, valorizando práticas de cuidado, acolhimento e vínculo. O desenvolvimento infantil integral engloba dimensões cognitiva, motora, emocional e social, o enfrentamento das questões da infância extrapola o campo da saúde e exige mobilização de esforços que vão além do setor, com a confluência de saberes e práticas de uma equipe multiprofissional (Junqueira et al., 1997; Puccini et al., 2016).

Embora já se tenha avançado na construção de arranjos de coordenação, a exemplo de estratégias como os NASF e de políticas como o Saúde na Escola, a estruturação das equipes de ESF ainda é bastante setorial, contando com profissionais de saúde cuja formação reforça um olhar específico para as dinâmicas cotidianas das famílias (Lotta, 2015). O investimento na formação com abordagem intersectorial dos profissionais poderia, portanto, promover maior capacidade de diálogo com trabalhadores de outras políticas, fomentadoras de práticas cotidianas baseadas na intersectorialidade. É nesta potencialidade que o presente artigo se situa, analisando como objeto as mudanças propostas à ESF a partir da Política São Paulo Carinhosa.

A Política Municipal para o Desenvolvimento Integral da Primeira Infância - São Paulo Carinhosa

Lançada em agosto de 2013 pelo Decreto nº 54.278 (São Paulo, 2013), a São Paulo Carinhosa tinha como objetivo a promoção do desenvolvimento físico, motor, cognitivo, psicológico e social das crianças com idade entre 0 (zero) e 6 (seis) anos. No mesmo decreto, se instituiu o Comitê Gestor do Programa, cuja existência enfatizava a construção de ações intersectoriais, a partir das necessidades e especificidades de cada território e dos indicadores de desenvolvimento social.

A gestão municipal da cidade de São Paulo 2013-2016 baseou-se em um plano de governo construído a partir de um planejamento participativo e traduzido em um programa de metas, contextualizado sobre uma realidade socioeconômica profundamente desigual. Os três eixos estruturantes do plano de governo foram: compromisso com direitos sociais e civis; desenvolvimento econômico sustentável com redução das desigualdades; e gestão descentralizada, participativa e transparente.



Segundo o Censo IBGE (2018), a cidade de São Paulo possuía 11.253.503 de habitantes, dos quais 1.821.260 eram crianças, das quais quase 900.000 na primeira infância. A Política traduziu os grandes compromissos assumidos no Programa de Metas, assegurando prioridade às crianças. O Comitê Gestor da SP Carinhosa foi composto por 14 Secretarias Municipais (Educação, Saúde, Assistência e Desenvolvimento Social, Direitos Humanos, Cultura, Esportes, Segurança Urbana, Políticas para as Mulheres, Promoção da Igualdade Racial, Pessoa com Deficiência e Mobilidade Reduzida, Verde e Meio Ambiente, Serviços e Subprefeituras), e dedicou-se à construção de ações intersetoriais a partir das especificidades de cada território, considerando as crianças em suas múltiplas interações e diversidade de vínculos. A visão holística assumida por essa Política buscou fomentar que todos os espaços de interface com a criança fossem protagonistas, operacionalizando a corresponsabilidade e o compromisso com as condições relacionadas à promoção do desenvolvimento (São Paulo, 2013).

O desenho combinava iniciativas de amplo espectro, visando alcançar a população na faixa etária considerada (incluindo suas famílias) e eleger os territórios com indicadores sociais de maior vulnerabilidade. Na área da saúde, foram otimizadas as visitas domiciliares já realizadas pelas ESF, ampliando o foco para abarcar o fortalecimento das competências familiares para o cuidado e a parentalidade positiva. Para esta ação foram escolhidos os 10 territórios de maior vulnerabilidade social, nos quais foram selecionadas as famílias a partir de critérios como primeira gestação, gravidez na adolescência, mães usuárias de drogas, entre outros.

Programas de visitas domiciliares para promoção do desenvolvimento infantil integral têm alta efetividade comprovada, a exemplo do "Family Nurse Partnership Program", na Inglaterra (Barnes et al., 2011) e do "Head Start", nos EUA (Lombardi, 2011). No Brasil, a ESF já prevê visitas domiciliares pelos ACS, embora o foco não seja somente o desenvolvimento infantil integral e parentalidade positiva. A proposta da SP Carinhosa na saúde consistiu na oferta de uma formação e tecnologias de cuidado para a ESF, colocando o ACS como sujeito ativo neste processo.

Embora o acompanhamento das gestantes e do crescimento físico do bebê já fizesse parte dos protocolos da ESF, até então não era observada a dimensão relacionada ao fortalecimento dos vínculos familiares afetivos, e ao desenvolvimento de competências para uma parentalidade positiva. O curso de formação para as equipes da ESF teve apoio da Coordenação de Saúde da Criança do Ministério da Saúde, duração de 48 horas, alternou períodos de atividades presenciais (32 horas) com outros de dispersão em campo e atividades à distância (16 horas). O conteúdo programático foi dividido em 3 módulos: I: Fortalecimento de vínculos e desenvolvimento infantil; II: Aleitamento materno e complementação alimentar; e III: Prevenção de Acidentes e Violência Doméstica - Abuso Sexual.

O intervalo entre os módulos, de 30 a 40 dias, serviu para processamento e experimentação dos novos conceitos no contexto da prática profissional. O planejamento pedagógico do curso levou em consideração as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Teve como base a ideia de que a reflexão sobre o processo de trabalho deve ser incorporada pela equipe e também pela estrutura organizacional dos serviços e do sistema de saúde (Davini, 2009). O desenho metodológico da formação, o material didático e as tecnologias disponibilizadas para a atuação inovadora teve como base o Projeto "Nossas crianças janelas de oportunidades: Toda hora é hora de cuidar" (Chiesa et al., 2015).

O curso envolveu ACS, Enfermeiros e Profissionais das equipes NASF - estabelecendo fluxos para a referência e contra-referência entre diversos pontos de atenção da rede de saúde e propondo construção e fortalecimento da rede de proteção às crianças e suas famílias, a partir das especificidades de cada território. O Comitê Gestor da São Paulo Carinhosa, no nível central da gestão, junto às instâncias locais da burocracia, eram convidados a se envolver e debater soluções integradas a casos complexos.

Desenho e Metodologia da Pesquisa

Esta pesquisa tem caráter exploratório e abordagem qualitativa. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 66 ACS que participaram do processo de formação, selecionados entre



11 UBS de todas as Coordenadorias Regionais de Saúde de São Paulo. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do ABC - UFABC (processo nº 83249518.5.0000.5594).

Buscou-se responder se e como os atores responsáveis pela implementação de políticas podem transformar sua forma de atuação a partir de investimento em formação, com abordagem voltada à intersectorialidade. Para isso, em cada UBS, após apresentação do projeto, foram convidados entre 5 e 8 ACS voluntários. A seleção contemplou a diversidade de variáveis importantes para o entendimento dos resultados, como: tempo de trabalho; formação inicial; outras formações em saúde. Todos os entrevistados foram informados sobre os propósitos da pesquisa e assinaram o TCLE. As entrevistas eram semiestruturadas, com roteiro baseado em: perfil, trajetória, formação, percepção sobre relacionamento com comunidade e equipe, impressões gerais sobre o curso e avaliação de práticas e conhecimentos aprendidos. Complementarmente, os ACS foram solicitados a descrever dois tipos de narrativas – de sucesso e de fracasso –, contrastando relatos sobre a prática de trabalho antes e após a formação.

A população amostral não é estatisticamente representativa, uma vez que a intenção é, antes de representar o universo dos dados, captar de forma aprofundada os elementos qualitativos para compreensão dos efeitos do curso. Com foco na pergunta condutora, tentou-se explorar e identificou-se dimensões relacionadas à ampliação dos encaminhamentos intersectoriais, à aquisição de novos conhecimentos pelos ACS, às mudanças nas práticas e estratégias de ação devido à ampliação do olhar para a realidade em que se encontram, e às mudanças nas percepções por parte dos ACS.

Apesar de ter como limite o enfoque das percepções sobre a realidade, o uso de narrativas é relevante na medida em que as histórias ajudam a explicar como burocratas convertem uma política geral em práticas cotidianas que constituem a realidade da política implementada (Maynard-Moody & Musheno, 2003). Trabalhamos com a análise das entrevistas e histórias para compreender em que medida os conceitos e práticas ensinados no curso foram internalizados. Todas as entrevistas foram transcritas e codificadas usando o software NVivo. Foram analisadas as categorias e a diversidades de percepção, bases para a interpretação dos resultados.

As análises apresentadas aqui se basearam em 2 elementos: avaliação de reação ao curso; avaliação de mudanças causadas pela formação. Estes elementos foram construídos a partir de uma análise indutiva das entrevistas.

Resultados

Perfil dos entrevistados

Dos 66 ACS, 59 eram mulheres. Os entrevistados estão, em média, há 5,2 anos no programa e moram na região da UBS há 18,7 anos. Questionados sobre a motivação para entrada no trabalho, apenas 5 alegaram que queriam trabalhar como ACS ou na saúde; e 16 deles entraram por gostarem de atividades comunitárias. Os demais entraram pela proximidade com a moradia ou pela oportunidade de emprego. Apenas 9 tinham formação prévia em saúde e 34 receberam formação preparatória antes de iniciar os serviços.

Infere-se daí algo que a literatura já sinaliza: a profissão dos ACS é marcada por poucos conhecimentos teóricos e bastante formação tácita (Lotta, 2015). Este dado pode ser importante para compreender o impacto da formação intersectorial. Por fim, e reforçando o vínculo comunitário já apontado pela literatura, 73% dos ACS entrevistados participavam de algum tipo de associação comunitária, sendo quase 90% delas relacionadas a atividades religiosas (Lotta, 2015; Silva & Dalmaso, 2002).

Avaliação de reação quanto ao curso

Sobre o nível de satisfação com o curso, houve aprovação média de 82% dos entrevistados, índice que oscilou conforme o tempo de serviço: 100% dos ACS com menos de 2 anos em



serviço aprovaram o curso; índice que chega a 70% entre os ACS com mais de 2 anos de serviço. Essa diferença tem a ver com conhecimentos tácitos já incorporados pelos ACS há mais tempo em atividade. Ou, como sintetiza uma ACS entrevistada, “quem é mais antiga, tem uma noção melhor. Mas pra quem tá entrando agora, o curso ensina muita coisa”.

A formação inicial dos ACS é bastante heterogênea, sendo que 43% deles não haviam feito nenhum curso anterior de capacitação. Boa parte do aprendizado se dá na prática e na dinâmica do trabalho, apoiados pela oferta de ajuda e compartilhamento de experiências no interior das equipes. Embora traga efeitos positivos considerando a aplicabilidade dos conhecimentos, essa conduta é limitante, especialmente se considerado o tempo necessário até o nível de experiência adequado à tomada de decisões. Outro potencial efeito negativo é de os aprendizados práticos não serem baseados em elementos científicos ou relativos aos protocolos e diretrizes políticas vigentes. Como apontam pesquisas anteriores, a maior parte das práticas desenvolvidas por ACS em seu cotidiano não são previstas pela política e se constituem de adaptações que realizam a partir do que aprendem com seus pares ou do que trazem de aprendizados de sua trajetória (Lotta 2015). A falta de conhecimentos técnicos e mais homogêneos sobre a política abre muito espaço para ambiguidades que ampliam a discricionariedade destes agentes (Lotta & Marques, 2020). Se essa discricionariedade pode ser positiva para adaptabilidade da política, ela pode ter efeitos negativos em termos de reprodução de estereótipos sociais e julgamentos sobre a realidade que incidem na (re) produção das desigualdades (Pires, 2017; Nunes & Lotta, 2019).

Impactos da formação

Para cumprir o objetivo deste artigo, é importante analisar em que medida a formação com enfoque intersetorial se converteu em práticas cotidianas. Para tanto, apresentaremos a seguir as análises realizadas a partir das entrevistas.

O curso de formação trouxe mudanças em diferentes dimensões e transformou elementos do cotidiano profissional e pessoal dos ACS. Categorizamos aqui cinco diferentes efeitos do curso: ampliação das possibilidades de encaminhamento intersetoriais; aprimoramento de conhecimentos e mudança de práticas e estratégias de abordagem; alteração dos processos de diagnóstico e compreensão dos casos; alteração das práticas particulares de atuação; mudança nos processos de julgamento e entendimento da normalidade.

1. a) Encaminhamento intersetorial

Um primeiro efeito do curso, e que estava relacionado com sua concepção inicial e com o desenho da Política SP Carinhosa, foi potencializar encaminhamentos intersetoriais dentro da política de saúde. A partir do curso, ACS entraram em contato com importantes agentes de outras políticas setoriais da prefeitura que atendem o mesmo público atendido pela ESF. Dessa forma, apropriando-se de outras informações, eles foram capazes de começar a encaminhar as famílias de usuários para políticas de outras Secretarias.

Eis o relato de uma ACS:

aprendi a fazer encaminhamento sobre assistência social, orientação pra benefícios, como fazer denúncias. Também aprendi sobre alimentação na primeira infância e direitos da criança.

Outra ACS aponta as práticas que alterou em seu cotidiano:

Aprendi qual é o papel da assistente social e o que o ACS pode fazer para auxiliar, como orientação para benefícios. Não tinha estes conhecimentos antes.

Ainda sobre essa questão, outra ACS completa:

Passei a orientar as famílias a levar as crianças no CEU [Centros Educacionais Unificados – equipamentos que integram o sistema educacional da Prefeitura], pela importância das atividades de integração para o desenvolvimento da criança.



O encaminhamento intersetorial tem como perspectiva gerar integralidade no atendimento e no acesso das famílias a diferentes direitos. Potencializa a construção de uma rede de cuidados integrais às crianças. Mas isso só é possível quando os diversos burocratas envolvidos nas políticas conhecem quais outros serviços estão disponíveis e como acessá-los. O investimento na formação em redes pode ter como um dos efeitos o aumento da capacidade de encaminhamentos intersetoriais e acesso a serviços e direitos.

2. b) Aquisição de novos conhecimentos

Outro efeito esperado da formação era o de que os ACS aprendessem novos conhecimentos, conciliando aqueles adquiridos sobre saúde com especificidades das políticas para primeira infância. Essa mudança foi reportada por 42 dos ACS entrevistados, ou seja, por 63% dos entrevistados. Essa expectativa estava presente no desenho inicial da política, acreditando-se que uma das medidas essenciais para melhorar a qualidade de vida das crianças era que os atores implementadores de políticas de saúde tivessem conhecimentos mais aprimorados sobre essa população. Como aponta Chiesa (2016, p. 272) sobre o programa,

[...] o primeiro problema a ser enfrentado na prática dos profissionais de saúde é a superação de uma visão naturalizada da realidade, sobretudo no tocante aos papéis da maternidade/paternidade, como se estes se desenvolvessem naturalmente nos indivíduos, ligados a reações intuitivas, negligenciando a importância de observar e intervir na construção de vínculos afetivos e competências do cuidado diferenciado.

Os ACS entrevistados relatam ter adquirido destacadamente os seguintes conhecimentos: aleitamento (como fazer a pega, estimular leite, diferentes tipos de leite) – 25 entrevistados; alimentação (como preparar, o que pode comer, horário mais barato da feira) – 27 entrevistados; desenvolvimento dos bebês e atividades de desenvolvimento infantil – 12 entrevistados; higiene bucal – 2 entrevistados. A maioria dos ACS observou que a formação proporcionou uma base científica aos conceitos, antes tácitos ou vivenciais.

3. A mudança das orientações pode ser observada nas seguintes narrativas:

O curso me permitiu aprender como ter foco na humanização do atendimento e na observação de cada membro da família. Foi importante para quebrar alguns mitos sobre amamentação e importância do cuidado e carinho com as crianças.

A formação também permitiu que as ACS se sentissem mais seguros para darem certos tipos de orientação que contrariam o senso comum, como pode ser visto no relato a seguir:

Eu antes atendia uma mãe que não amamentava porque achava que seu seio cairia. Mas o curso me fez aprender a conversar e explicar que isso não acontece, que ela poderia amamentar, os benefícios da amamentação para a mulher e para a criança.

Para além das questões mais específicas de saúde, o curso gerou aprendizados relacionados a dimensões comportamentais antes ausentes do universo cognitivo dos ACS. Trata-se da internalização de um conceito que amplia o horizonte do profissional na superação do senso comum. Isso fica evidente na seguinte narrativa:

Eu atendo uma família que tem 4 filhos e eles se criam em escadinha. O mais velho cuida dos mais novos. Mas aprendi no curso que a responsabilidade de criação não pode ser da filha maior. Antes eu achava isso normal, que cada família tem sua forma de criar. Mas entendi que tenho que falar sim que está errado, tenho que orientar, conversar com as famílias.

4. c) Mudanças de práticas e estratégias de ação

A gente sabia as coisas, mas não sabia como se expressar.

Outra expectativa do curso era que os ACS fossem capazes de adotar novas estratégias de abordagem sem julgamento, identificação de potenciais e situações críticas, encaminhamento e discussão em reuniões de equipe; e comunicação com os usuários do serviço. A mudança de



práticas foi reportada por 55 entrevistados, sinalizando uma mudança no modus operandi e não apenas nos conhecimentos adquiridos. Como aponta Chiesa (2016, p. 272) sobre isso, “[...] o processo de formação das equipes pressupõe a mudança de atitude do profissional para superar práticas de avaliação e prescrição, avançando para cuidado dialógico e emancipatório”. E foram diversos os relatos que apontaram como houve uma apropriação dos conhecimentos e transformação deles em práticas, por meio de estratégias comunicativas:

Aprendi a como fazer perguntas sem deixar ela (paciente) ofendida. A gente usa bom senso, reformula as perguntas pra ela entender. Ou: Mudou minha forma de tratar. Aprendi a tratar diferente, a abordar de outro jeito para dar certo e conseguir entrar (na vida das famílias). Cada família é de um jeito e não adianta levar um formulário pronto e achar que dá pra tratar todo mundo igual. Cada um é diferente.

A dimensão da fala também aparece em várias entrevistas:

Com o curso eu aprendi a falar de forma diferente com as famílias. Algumas não pode impor que elas ficam arredias. Antes eu dizia: a senhora tem que colocar uma grade aqui (pra criança não cair), agora eu digo: a senhora não acha que se colocar uma grade aqui não seria melhor, assim não teria perigo da criança cair e se machucar.

Aparecem nas narrativas mudanças na capacidade de escuta, como:

Mudou minha forma de falar. Fiquei menos arrogante. Agora escuto primeiro, ouço as famílias antes de dar orientação.

Também aparecem mudanças nas estratégias de passar a informação e incorporar a percepção e aceitação dos usuários sobre as informações repassadas:

Aprendi novas formas de dar orientação sobre amamentação. Muita mãe é resistente à amamentação. Mas aprendi que tem que ter carinho pra falar com as mães e não pode repetir sempre. Tem que ser aos poucos, primeiro perguntar, falar, depois não falar mais, depois sugerir e nunca impor. Aprendi que fazer o trabalho de formiguinha é melhor.

Ou ainda:

(eu atendia) Uma puérpera com um bebê vindo de convênio, que ela já veio com prescrição de fórmula, sendo que ela tinha leite, muito leite. E o vínculo dela com a criança estava sendo totalmente quebrado. Então a gente fez ela voltar a amamentar, vínculo restabelecido mãe filho, foi difícil. Foi. Choramos juntas. Se demos força. Falei para ela tudo bem se ela desistisse, mas ela topou e deu certo.

Por fim, é possível identificar também uma mudança sobre a compreensão das situações problema e respectivas estratégias para lidar com elas, a exemplo dos relatos:

Eu atendia uma família gestante e depois do curso eu percebi que tinha conflitos do lar. Ai consegui criar um jeito de me comunicar menos agressivo porque entendi que impaciência e nervosismo já faziam parte da vida da usuária e não faziam bem pra ela; “Comecei a observar melhor as crianças que atendia. Mudou meu olhar e as estratégias de aproximação pra olhar melhor pras crianças”. E, por fim: Aprendi que primeiro eu analiso, depois eu oriento. Antes achava que só orientar já adiantava. Eu mudei a forma de tratar os bolivianos. Tem famílias que é preciso uma abordagem mais forte. Hoje a gente aborda o pai primeiro e depois a mãe e no final a criança. De uma forma ou outra, uma hora eles entendem.

5. d) Ampliação do olhar: diagnósticos mais profundos e integrais

Semelhante ao processo de mudança de práticas e estratégias foi a melhoria na capacidade de observar e analisar as situações, que passaram a ser vistas de forma mais profunda e integral. 55 dos entrevistados apontaram mudanças na sua capacidade de compreender o contexto e fazer diagnósticos mais profundos. Este também era um dos objetivos do curso, potencializar



a capacidade diagnóstica incorporando elementos para além daqueles tradicionais da saúde. Neste sentido, o curso foi bastante efetivo, a exemplo do relato:

Como aprendemos no SP Carinhosa, mudou nosso olhar pra comunidade, pra entender quando tem violência, abuso. O curso mostrou estratégia de observar isso, principalmente pra quem é nova como eu.

Na perspectiva da mudança diagnóstica, se sobressai uma ideia de compreender o desenvolvimento infantil numa lógica mais sistêmica, considerando os demais membros da família, e se colocando como parte da rede de apoio para promover o desenvolvimento integral; como apontam os relatos a seguir:

A gente precisa tomar cuidado de não focar demais nos grupos prioritários (crianças e idosos) e se esquecer por exemplo das pessoas que estão lá cuidando deles, que podem estar passando por dificuldades graves também.

Agora (depois do curso) presto mais atenção quando chego na casa do drogado pra ver o comportamento da criança. Presto atenção conversando, pergunto sobre o papai, se é bonzinho, onde a criança come. Interajo com a criança e dá pra ver se ela tem medo, se o pai trata bem a criança.

6. e) Mudanças no julgamento e enquadramento da “normalidade”

Um conjunto de efeitos do curso que se destacou nas entrevistas foi a mudança de julgamento e do enquadramento da “normalidade” operados pelos ACS. Esta é uma agenda de discussões centrais para entender os profissionais da ponta que, de acordo com pesquisas prévias, baseiam suas decisões sobre tratamento com base nos julgamentos morais e muitas vezes estereotipados que fazem dos casos (Harrits, 2019; Nunes & Lotta, 2019). Embora este não fosse um objetivo inicial do curso, nas entrevistas foi claro ver como a formação e aprendizagem de novas práticas mudou a maneira como os ACS interpretam as situações, julgam e as enquadram. Exemplos de mudança nos julgamentos e uso de estereótipos apareceram em 39 das entrevistas. O que pudemos notar, em consonância com a literatura, é que, por trás da dimensão de julgamentos, operam estereótipos em geral embasados em senso comum mas que, como pôde ser verificado a partir das entrevistas, podem ser alterados em função de processos formativos. As entrevistas a seguir demonstram como operavam processos de julgamento moral, e sua transformação a partir da formação:

Tem mãe que a gente olha e fala: como consegue viver essa vida, com esse homem? A gente tem preconceito, imagina que ela podia ser diferente. Aprendi no curso que a gente tem que ver com os dois olhares: o da crítica e o que pode ser bom pra pessoa. Mas também com olhar de que pode ter um homem humilhando ela e ela pode não ter pra onde ir. Tem que trabalhar com ela um eu maior, e também dar condições pra onde ela pode ir e enfrentar isso.

Aprendi a aceitar as diferenças das famílias, tentando entender como elas são. E também aprendi a não tentar impor minha ideia e respeitar o entendimento do usuário. Ou, ainda, Agora sei como lidar e entender as pessoas de uma forma simples e clara sem julgar, saber ouvir.

Como tem demonstrado a literatura, julgamentos morais baseados em estereótipos operados por burocratas podem ter um efeito muito perverso em termos de (re)produção de desigualdades (Harrits, 2019; Harrits & Møller, 2013). Assim, a mudança de olhar promovida pela formação tem um resultado muito importante para a análise da política pública.

Já nos trechos a seguir é possível observar como elementos do senso comum, também baseados numa expectativa de normalidade social, podem ser transformados pelas atividades formativas:

Eu sempre focava mais nas mães na visita. Mas agora não. Agora eu pergunto se o pai colabora, se o pai ajuda, se o pai participa.



No curso ensinaram dos vários tipos de família, que trabalha, mãe solteira. E mudou minha forma de ver as famílias.

Nosso olhar muda. A gente vivencia uma coisa e orienta alguém que tá vivenciando, mesmo com vidas diferentes. A gente consegue ver as coisas de outro jeito, entender o que os outros estão pensando, construir vínculo sabendo o que as pessoas querem, os motivos delas fazerem o que fazem. Meu olhar mudou.

Como relata uma ACS:

às vezes a gente chega numa casa e vê aquela bagunça e a criançada lá no meio. Mas tem que ver o porquê daquilo. O porquê daquilo estar acontecendo, sem julgar antes. Então mudou meu olhar em relação a isso.

Esses trechos demonstram que houve uma mudança no enquadramento da normalidade social (e do desvio), passando de elementos baseados em senso comum para um olhar mais aprimorado e cientificamente embasado da realidade. Como aponta uma ACS:

Eu sempre agi no instinto de mãe e o curso me fortaleceu nos saberes. Me deu outro olhar, permite a gente ver que tem gente que faz as coisas de jeito diferente.

Uma das funções da formação integral é transformar o olhar naturalizado e instintivo acerca do desenvolvimento infantil para uma compreensão de como estes processos de fato ocorrem em seu contexto e complexidade. As entrevistas demonstram como houve, neste sentido, uma mudança de percepção da normalidade e a compreensão de como uma visão puramente baseada em instinto compromete o atendimento integral (Chiesa, 2016).

É importante ressaltar ainda a grande incidência de relatos de ACS sobre a transformação pessoal proporcionada pelo curso. Como aponta um ACS: *"levei os aprendizados para minha vida profissional e pessoal. Minha esposa estava gestante então acompanhei tudo e levei o que aprendi para casa"*.

Discussões e considerações finais

Ao retomar o objetivo desta pesquisa e após a análise da avaliação do curso, compreende-se que, embora a estratégia tenha tido ampla abrangência, atuando em diversos setores das políticas públicas municipais, no caso específico da saúde, ao mesmo tempo em que as ações planejadas tinham foco a um público-alvo específico - famílias em situação de vulnerabilidade social, com gestantes e crianças na primeira infância, houve um esforço na concepção e planejamento da ação formativa. Isso se refletiu nos resultados que puderam ser aferidos neste estudo.

O planejamento do curso envolveu momentos de dispersão entre os módulos presenciais com o objetivo de proporcionar períodos em que os novos conhecimentos e discussões vivenciados durante o curso pudessem ser postos a prova em campo, na comunidade, durante as visitas domiciliares, e serem novamente trazidos para reflexão nas etapas subsequentes do curso. Tiveram, também, esforços pela adoção das metodologias pedagógicas ativas e de problematização, que, apesar de algumas críticas relatadas nos depoimentos de ACS, contribuíram de alguma forma para os resultados alcançados. A troca de experiências oportunizada pelo curso, bem como o empoderamento dos ACS em relação a um corpo de conhecimentos que tem forte significado e aproveitamento na sua prática, fortaleceram sua atuação na medida em que trouxeram segurança, e levaram ao reprocessamento e elaboração de estratégias para a atuação, antes desprovidas da reflexão sobre a ação. Trata-se aqui de um dos conceitos e princípios que caracterizam a educação permanente em saúde, utilizado na concepção e desenvolvimento do curso. Além disso, foi frequente o relato de ACS que não apenas mudaram suas práticas e estratégias de ação, mas que, ao longo do curso, passaram por processos internos de reflexão, auto-conhecimento, levando à transformação de suas



próprias relações familiares, identificando em si mesmos a capacidade para a parentalidade positiva.

No que se refere diretamente à intersectorialidade, retoma-se, analisando o impacto da formação, a necessidade do olhar intersectorial para o tratamento de problemas complexos e mal estruturados. Ao potencializar os encaminhamentos intersectoriais, o curso possibilitou um alinhamento entre diferentes políticas e equipamentos que trabalham com o mesmo público, reforçando o setor Saúde como um ator chave na mobilização de outros setores (Franceschini, 2019) e com um papel central na mudança do modelo de atenção e reorganização do sistema (Sousa et al., 2017). Com o aumento de sua capacidade de encaminhamentos intersectoriais, o ACS potencializa a construção de uma rede de cuidados integrais às crianças, reforçando a ideia de que o enfrentamento das questões da infância extrapola o campo da saúde e exige mobilização de esforços que vão além do setor, com a confluência de saberes e práticas (Junqueira et al., 1997; Puccini et al., 2016). Os relatos dos ACS mostram que, ao conseguirem realizar os encaminhamentos para políticas de outras secretarias, o curso cumpre o papel de apresentar a criança como um ser inteiro e não como um ser fragmentado em áreas de conhecimento e políticas específicas. Em relação à aquisição de novos conhecimentos, principalmente daqueles relacionados às dimensões comportamentais, é interessante observar o processo de aprendizagem que ultrapassou os aspectos biológicos. Esta perspectiva também aparece na ampliação do olhar, ou seja, na melhoria da capacidade de observar e analisar as situações, levando em consideração o contexto daquela criança. Os relatos dos ACS trazem a questão da violência, do abuso e das dificuldades que as famílias enfrentam, mostrando essa mudança de olhar após o curso. Silva & Bodstein (2016) reforçam este entendimento da saúde compreendida como produto da vida cotidiana, abrangendo aspectos socioculturais ligados às condições de vida. Neste sentido, a ação intersectorial potencializa a capacidade de melhorar resultados de saúde da população, principalmente a partir desta compreensão da criança dentro da sua realidade.

Os impactos da formação mostram a importância de se institucionalizar a intersectorialidade, formando profissionais a partir desta abordagem. O trabalho intersectorial não é algo automático e, deste modo, pressupõe o investimento na revisão de processos de formação dos profissionais (Dias et al., 2014). O curso da SP Carinhosa cumpre esta ideia de ser um esforço institucional, desenvolvendo estes novos conceitos na prática de trabalho. A literatura mostrou que se trata de um processo lento e de construção cotidiana (Silva & Tavares, 2016). Além disso, esta institucionalização da intersectorialidade, seja em espaços de discussão, canais de comunicação entre os setores ou protocolos, faz com que esta articulação não fique apenas atrelada aos técnicos da ponta. É necessário legitimar esta articulação intersectorial com fluxos estáveis e protocolos de atendimento (Borysov & Furtado, 2014).

A construção intersectorial da Política São Paulo Carinhosa foi facilitada pelo enfoque integrador, transversal e humanizado assumido pela liderança na gestão municipal, e pelo espaço de governança estabelecido com a criação do Comitê Gestor da São Paulo Carinhosa, que era acionado sempre que uma dificuldade local era identificada e que as articulações no nível regional não davam conta de responder ao conjunto complexo de demandas e necessidades apresentadas. Assim, com a análise dos relatos das ACS, observa-se que o investimento na formação dos profissionais fez com que atores setoriais incorporassem a intersectorialidade em suas práticas cotidianas, adquirindo conhecimento amplo em relação ao tema da infância, incluindo a dimensão de determinantes sociais que podem influenciar a saúde das crianças. Além disso, as mudanças no julgamento mostraram como o curso, em seu processo formativo, foi capaz de alterar a maneira como os ACS interpretam e julgam as situações. Tem-se, portanto, o resultado de um esforço institucional que mostra a importância de investir na educação dos profissionais, alterando práticas e percepções.

Fonte de financiamento

Fapesp, pesquisa número 2019/13439-7. CNPQ, Processo 305180/2018-5.



Conflito de interesse

Não há.

Agradecimentos

Agradecemos à Fapesp, pesquisa número 2019/13439-7 e ao CNPQ pela bolsa produtividade (Processo 305180/2018-5). Agradecemos aos Agentes Comunitários de Saúde que aceitaram participar da pesquisa.

Referências

- Akerman, Marco, Sá, Ronice Franco de, Moyses, Simone, Rezende, Regiane. & Rocha, Dais. (2014). Intersetorialidade? Intersetorialidade! *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(11), 4291-4300. Recuperado em 2 de maio de 2021, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001104291&lng=en&nrm=iso
- Arretche, Marta. (2001). Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. In Maria Cecília Roxo Nobre Barreira & Maria do Carmo Brant Carvalho. (Orgs.), *Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais*. São Paulo: IEE/PUC-SP.
- Barnes, Jacqueline, Ball, Mog, & Niven, Lisa. (2011). Providing the family-nurse partnership programme through interpreters in England. *Health & Social Care in the Community*, 19(4), 382-391. Recuperado em 2 de maio de 2021, de <https://eprints.bbk.ac.uk/id/eprint/3319/1/3319.pdf>
- Borysow, Igor da Costa & Furtado, Juarez Pereira. (2014). Acesso, equidade e coesão social: avaliação de estratégias intersetoriais para a população em situação de rua. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 48(6), 1069-1076. Recuperado em 14 de novembro de 2021, de <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/dXFy4Mtv7dgzywTDvyQsYcm/?format=pdf&lang=pt>
- Bouckaert, Geert, Peters, Guy, & Verhoest, Koen. (2010). *The coordination of public sector organizations: shifting patterns of public management*. London: Palgrave MacMillan.
- Chiari, Antônio Paulo Gomes, Ferreira, Raquel Conceição, Akerman, Marco, Amaral, João Henrique Lara do, Machado, Kecyanne Malheiros, & Senna, Maria Inês Barreiros. (2018). Rede intersetorial do Programa Saúde na Escola: sujeitos, percepções e práticas. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(5), e00104217. Recuperado em 2 de maio de 2021, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000505009&lng=en&nrm=iso
- Chiesa, Ana Maria. (2015). São Paulo Carinhosa: Toda Hora é Hora de Cuidar. São Paulo: Prefeitura do Município de São Paulo.
- Chiesa, Ana Maria. (2016). Visita Domiciliar com foco nas Competências Familiares para Cuidado: a experiência do Janelas da Oportunidade. In Ana Estela Haddad (Org.), *São Paulo Carinhosa: O que grandes cidades e políticas intersetoriais podem fazer pela primeira infância* (pp. 268-279). São Paulo: Prefeitura do Município de São Paulo.
- Comerlatto, Dunia, Matiello, Alexandre, Colliselli, Liane, Renk, Elisônia Carin, & Kleba, Maria Elizabeth. (2007). Gestão de políticas públicas e intersectorialidade: diálogo e construções essenciais para os conselhos municipais. *Revista Katálysis*, 10(2), 265-271. Recuperado em 2 de maio de 2021, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802007000200015&lng=en&nrm=iso
- Cunill-Grau, Nuria. (2005). La intersectorialidad en el gobierno y gestión de la política social. In *X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública*, Santiago, Chile.
- Cunill-Grau, Nuria. (2014). La intersectorialidad en las nuevas políticas sociales: un acercamiento analítico-conceptual. *Gestión y Política Pública*, 23(1), 5-46. Recuperado em 2 de maio de 2021, de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=13331169001>
- Davini, Maria Cristina. (2009). Enfoques, problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos humanos de saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Vol. 9, Série Pactos pela Saúde) Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 2 de maio de 2021, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume9.pdf
- Dias, Maria Socorro, Parente, José Reginaldo Feijão, Vasconcelos, Maria Inês Osawa, & Dias, Fernando Antônio Cavalcante. (2014). Intersetorialidade e Estratégia Saúde da Família: tudo ou quase nada a ver? *Ciência e Saúde Coletiva*, 19(11), 4371-4382. Recuperado em 2 de maio de 2021, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001104371&lng=en&nrm=iso
- Dubois, Vincent. (1999). *La vie au guichet. Relation administrative et traitement de la misère*. Paris: Editions Economica - coll. Etudes politiques.
- Franceschini, Maria Cristina Trousdell. (2019). *A Construção da Intersetorialidade: o caso da Rede Intersetorial Guarulhos Cidade que Protege* (Tese de doutorado). Recuperado em 2 de maio de 2021, de https://teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6140/tde-09092019-093125/publico/MariaFranceschini_DR_O.pdf



- Gomide, Alexandre, & Pires, Roberto. (Orgs.). (2014). *Capacidades estatais e democracia: arranjos institucionais de políticas públicas*. Brasília: IPEA.
- Haddad, Ana Estela. (Org.). (2016). *São Paulo Carinhosa: O que grandes cidades e políticas intersetoriais podem fazer pela primeira infância* (598 p.). São Paulo: Prefeitura do Município de São Paulo.
- Harrits, Gitte, & Møller, Marie. (2013). Constructing at-risk target groups. *Critical Policy Studies* (pp. 155-176).
- Harrits, Gitte. (2019). Stereotypes in context: How and when do street-level bureaucrats use class stereotypes? *Public Administration Review*, 79(1), 93-103.
- Hill, Michael, & Hupe, Peter. (2002). *Implementing public policy: governance in theory and practice*. London, Sage.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. (2018). Censo Demográfico. Rio de Janeiro: IBGE. Recuperado em 2 de maio de 2021, de <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/sao-paulo/panorama>
- Junqueira, Luciano, Inojosa, Rose Marie, & Komatsu, Sueli. (1997). Descentralização e intersectorialidade na gestão pública municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza. In XI Concurso de Ensayos del CLAD (pp. 63-124). Caracas: Unesco/Clad.
- Lombardi, Joan. (2011). *Quality early education and care*. Washington: U.S. Department of Health & Human Services. Recuperado em 2 de maio de 2021, de <https://www.acf.hhs.gov/olab/resource/joan-lombardi-on-getting-the-most-bang-for-the-buck-quality-early-education>
- Lotta, Gabriela, & Favaretto, Arilson. (2016). Desafios da integração nos novos arranjos institucionais de políticas públicas no Brasil. *Revista de Sociologia e Política*, 24(57), 49-65. <http://dx.doi.org/10.1590/1678-987316245704>
- Lotta, Gabriela, & Marques, Eduardo. (2020). How social networks affect policy implementation: An analysis of street-level bureaucrats' performance regarding a health policy. *Social Policy and Administration*, 54(3), 345-360. <http://dx.doi.org/10.1111/spol.12550>
- Lotta, Gabriela. (2015). *Burocracia e Implementação de Políticas de Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Maynard-Moody, Steven, & Musheno, Michael. (2003). *Cops, teachers, counselors: Stories from the front lines of public service*. Michigan, EUA: University of Michigan Press.
- Nascimento, Sueli. (2010). Reflexões sobre a intersectorialidade entre as políticas públicas. *Serviço Social & Sociedade*, 101, 95-120. Recuperado em 2 de maio de 2021, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282010000100006&lng=en&nrm=iso
- Nunes, João, & Lotta, Gabriela. (2019). Discretion, power and the reproduction of inequality in health policy implementation: Practices, discursive styles and classifications of Brazil's community health workers. *Social Science & Medicine*, 242, 112551. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112551>.
- Pires, Roberto. (2017). Sociologia do guichê e implementação de políticas públicas. *BIB*, 81, 5-24.
- Puccini, Rosana, Fabiola, Suano, & Strufaldi, Maria. (2016). A Saúde da Criança sob o Olhar da Pediatria. In Ana Estela Haddad (Org.), *São Paulo Carinhosa: O que grandes cidades e políticas intersetoriais podem fazer pela primeira infância* (pp 56-67). São Paulo: Prefeitura do Município de São Paulo.
- Rezende, Mônica de, Baptista, Tatiana Wargas de Faria, & Amancio Filho, Antenor. (2015). O legado da construção do sistema de proteção social brasileiro para a intersectorialidade. *Trabalho Educação Saúde*, 13(2), 301-322. Recuperado em 2 de maio, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462015000200301&lng=en&nrm=iso
- São Paulo. (2013). Institui a Política Municipal para o Desenvolvimento Integral da Primeira Infância na Cidade de São Paulo – São Paulo Carinhosa e cria seu Comitê Gestor (Decreto Municipal nº. 54.278, de 28 de agosto de 2013). *Diário Oficial da Cidade de São Paulo*, São Paulo. Recuperado em 3 de maio de 2021, de <http://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/decreto-54278-de-28-de-agosto-de-2013/consolidado>
- Silva, Carlos dos Santos, & Bodstein, Regina Cele de Andrade. (2016). A theoretical framework on intersectoral practice in School Health Promotion. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(6), 1777-1788. Recuperado em 2 de maio de 2021, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000601777&lng=es&nrm=iso
- Silva, Denise Alves José da, & Tavares, Maria de Fátima Lobato. (2016). Ação intersectorial: potencialidades e dificuldades do trabalho em equipes da Estratégia Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro. *Saúde Debate*, 40(111), 193-205. Recuperado em 2 de maio de 2021, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000400193&lng=en&nrm=iso
- Silva, Joana, & Dalmaso, Ana Sílvia. (2002). *Agente comunitário de saúde: O ser, o saber, o fazer*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Sousa, Marta Caires de, Esperidiao, Monique Azevedo, & Medina, Maria Guadalupe. (2017). A intersectorialidade no Programa Saúde na Escola: Avaliação do processo político-gerencial e das práticas de trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(6), 1781-1790. Recuperado em 2 de maio de 2021, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002601781&lng=en&nrm=iso