

ARTIGO ORIGINAL

Elementos constitutivos das parcerias intersetoriais e resultados positivos de saúde em áreas de alta vulnerabilidade social em São Paulo/Brasil: um estudo misto

Components of intersectoral partnerships and positive health outcomes in highly vulnerable areas in São Paulo/Brazil: a mixed methods study

Patricia Melo Bezerra^a, Iara Coelho Zito Guerriero^b



^aCentro Universitário FMABC. Pós-graduação em Ciências da Saúde.

^bCentro Universitário FMABC. Pós-graduação em Ciências da Saúde.

Autor correspondente
patriciamelobe@gmail.com

Manuscrito recebido: maio 2021
Manuscrito aceito: dezembro 2021
Versão online: outubro 2022

Resumo

Introdução: Estudar áreas de alta vulnerabilidade é desafiador, mas pode subsidiar ações intersetoriais para o enfrentamento das desigualdades sociais prevalentes nestas.

Objetivo: Esta pesquisa explora a relação entre os constituintes centrais das colaborações intersetoriais e os resultados positivos das ações intersetoriais em áreas de alta vulnerabilidade social em São Paulo, Brasil. Também analisa a percepção dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde sobre os resultados relacionados a essas ações.

Método: Aplicamos uma triangulação de métodos. A estratégia explicativa sequencial de método misto foi utilizada seguindo os seguintes passos: Primeiramente, aplicamos um formulário online validado por face e conteúdo para gestores de UBS, e 60,7% dos gestores responderam. Utilizou-se o software SPSS Statistic para realizar o teste não paramétrico. Valores de $p \leq 0,05$ foram considerados estatisticamente significantes. O intervalo de confiança de 95% e o coeficiente Phi também foram calculados. Após identificar as Unidades que realizavam ações intersetoriais com diferentes parceiros, realizamos grupos focais em quatro delas com a participação de 26 profissionais de saúde até a saturação. Por fim, integramos os dados quantitativos e qualitativos.

Resultados: A análise bivariada mostrou que a criação de hábitos saudáveis e melhorias ambientais estiveram associadas aos elementos centrais que constituem as parcerias intersetoriais com significância estatística ($p \leq 5$). A análise de conteúdo apresentou os passos para elaborar as ações e chegar aos resultados a partir dos elementos centrais. Ao integrar os resultados, respondemos como foram elaborados os resultados relacionados às ações, considerando os elementos centrais dos processos colaborativos.

Conclusão: Os parceiros intersetoriais negociam com os pacientes ou comunidades a adesão aos cuidados sugeridos pelo processo colaborativo. No entanto, reconhecem que precisam avaliar regularmente as ações propostas.

Palavras-chave: colaboração intersetorial, atenção primária à saúde, pobreza, método misto.

Suggested citation: Bezerra PM, Guerriero ICZ. Components of intersectoral partnerships and positive health outcomes in highly vulnerable areas in São Paulo/Brazil: a mixed methods study. *J Hum Growth Dev.* 2022; 32(3):265-276. DOI: <http://doi.org/10.36311/jhgd.v32.13777>

Síntese dos autores

Por que este estudo foi feito?

Nas áreas de alta vulnerabilidade social existem lacunas de conhecimento científico quanto à elaboração de ações intersetoriais para a saúde por profissionais da Atenção Primária à Saúde. É importante conhecer quais elementos constitutivos das parcerias que compõem os resultados positivos em saúde para servir de modelo para a implementação de colaborações intersetoriais em áreas semelhantes.

O que os pesquisadores fizeram e encontraram?

Foi aplicado um método misto de pesquisa do tipo sequencial. Dos gerentes de Unidades Básicas de Saúde (UBS), 60,9%, responderam um formulário on-line indicando as UBS que existem ações intersetoriais e seus respectivos elementos constitutivos e resultados positivos. Em seguida, foi aplicada a técnica de grupo focal em quatro UBS com a participação de 26 profissionais de saúde até a saturação. Por fim, integramos os dados quantitativos e qualitativos. Descobriu-se que a incorporação de lideranças que inspiram confiança e inclusão foi o elemento constitutivo que esteve associado a todos os resultados positivos estudados, que os profissionais buscavam solucionar um conjunto de problemas de saúde relacionados às vulnerabilidades sociais com um conjunto de parcerias específicas e que a fragilidade na avaliação das ações pode tornar as parcerias insustentáveis.

O que essas descobertas significam?

Os profissionais de saúde podem agregar elementos constitutivos de parcerias intersetoriais para alcançar seus resultados positivos para saúde. A incorporação de lideranças é um elemento essencial para o alcance de resultados positivos em saúde. Existem a necessidade de agregar avaliações das ações intersetoriais para manutenção das parcerias e resultados em saúde.

INTRODUÇÃO

Vários fatores influenciam a saúde de uma população, muitos dos quais estão fora de seu escopo. Em parceria com outros setores, podemos abordar melhor as causas subjacentes das condições que geram disparidades em saúde^{1,2}. O investimento em tempo e financiamento para desenvolver conexões não deve ser subestimado³ e as parcerias devem ser adequadas para justificar o tempo e os recursos utilizados nessas ações⁴.

As áreas de pobreza são complexas e difíceis de estudar devido às inúmeras barreiras geográficas e sociais. Nessas áreas coexistem problemas de saúde transmissíveis e não transmissíveis. Além disso, as pessoas sofrem violência e carecem do poder público, o que evidencia a importância de ações intersetoriais para o enfrentamento dessas adversidades⁵. Estudos sobre intersetorialidade em áreas vulneráveis em grandes cidades brasileiras têm relatado e analisado as ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde^{6,7} e as dificuldades em estabelecer essas ações como prática na atenção primária à saúde (APS)^{8,9}.

Um projeto intersetorial requer diferentes conhecimentos, habilidades e compromissos de vários setores ou áreas de atuação. Um aspecto essencial da intersetorialidade é a possibilidade de enfrentar problemas multidimensionais. Portanto, identificar parceiros e recursos na comunidade que possam melhorar as ações intersetoriais são responsabilidades comuns a todos os membros da equipe da APS¹⁰.

A definição mais utilizada afirma que as ações intersetoriais estruturadas reconhecem a relação entre partes do setor saúde e o próprio setor saúde (intra-setorial) ou outros setores (inter-setoriais), como educação e assistência social. Os resultados em saúde podem ser alcançados de forma mais eficaz por meio dessas conexões do que apenas por profissionais do setor¹¹. Os profissionais do setor de saúde reconhecem a necessidade de cruzar fronteiras para detectar e resolver problemas para manter a saúde pública.

O Modelo de Trabalho Colaborativo de Bergen (BMCF) fornece uma estrutura analítica e teórica para explorar parcerias colaborativas. Isso pode ser usado como um guia para praticar e avaliar os processos de parceria. Corbin e Mittelmark elaboraram BMCF com ampla

aplicabilidade. Eles analisaram o Programa de Promoção da Saúde Global em um estudo de caso que identificou fatores e processos que promoveram ou inibiram a produção de resultados sinérgicos dos parceiros¹².

Corbin *et al.*¹² usaram o BMCF para analisar pesquisas usando métodos quantitativos, qualitativos e mistos. Dos nove elementos-chave de parcerias de sucesso identificados por eles, este estudo adotou os cinco seguintes para examinar a relação entre os resultados das ações intersetoriais para a saúde: a) missão compartilhada com objetivos individuais, b) uma ampla gama de diferentes setores, c) incorporação de lideranças que inspiram confiança e inclusão dos participantes nas ações, d) construção de confiança entre os parceiros e; e) avaliação de parcerias para melhoria contínua. Os elementos que não foram adotados neste estudo devido ao contexto e desenho de pesquisa¹³ são os seguintes: a) monitorar como os parceiros percebem a comunicação e se ajustam, b) equilibrar papéis e estruturas formais e informais dependendo da missão, c) garantir um equilíbrio entre atividades de manutenção e produção e, d) considerar o impacto dos contextos político, econômico, cultural, social e organizacional.

Para enfrentar os problemas de saúde em áreas de alta vulnerabilidade, é necessário realizar pesquisas que possam subsidiar ações intersetoriais e realizar estudos que analisem o sucesso das parcerias, que possam servir de exemplo para outras localidades que necessitem de ações semelhantes.

São Paulo é a cidade mais populosa do continente americano com 12.038.000 habitantes. É a 11ª cidade mais populosa do mundo e possui uma das maiores densidades, 21,24 habitantes/m²¹⁴. São Paulo possui a maior população em situação de rua do Brasil e está exposta a condições desfavoráveis para a vida humana, situação que exige ampliação e fortalecimento de ações intersetoriais¹⁵. Outro cenário adverso é a mortalidade resultante da violência e do uso abusivo de álcool e outras drogas entre os jovens¹⁶. No entanto, pesquisas têm apontado as dificuldades de realização de ações intersetoriais para o enfrentamento da violência¹⁷.

Tendo em vista que a cidade é rica em desigualdades

socioeconômicas com cenários desfavoráveis, requer processos colaborativos entre os setores para melhorar a qualidade de vida e a iniquidade. Além disso, é necessário conhecer os elementos-chave que constituem esses processos, seus respectivos resultados e suas associações para servir de modelo para a implementação de colaborações intersetoriais.

Nesse contexto, adotamos as seguintes questões baseadas no estudo de Akerman *et al.* (2014)¹⁸, que propõe questões para diferentes tipos de práticas que caracterizam as “IntersetorialidadeS”: a) Quais são os resultados mais frequentes das ações intersetoriais? b) Quais são os elementos mais comuns que tornam efetivas as ações intersetoriais? c) Existe relação entre os elementos constitutivos das ações intersetoriais e os resultados da APS? e d) Como ocorrem os resultados das ações intersetoriais? Os resultados desta pesquisa podem ajudar a desvendar a experiência e associação entre os processos de ação intersetorial e os resultados alcançados por parcerias em áreas de alta vulnerabilidade social em uma grande metrópole.

Fiorati *et al.* (2018)¹⁹ listam os sucessos alcançados nas parcerias intersetoriais. A seguir estão os amplos resultados positivos de saúde alcançados: a) melhoria dos cuidados de saúde materno-infantil; b) redução de doenças infecciosas e epidemias; c) ampliação do acesso à saúde e educação, reduzindo a pobreza extrema e a fome; d) redução de doenças não transmissíveis; e) controle do consumo de álcool e outras drogas; f) promoção da saúde, em especial, melhoria da saúde mental e ambiental e saneamento básico em regiões vulneráveis; g) criação de hábitos saudáveis com grupos sociais; e h) maior acesso à saúde para populações vulneráveis, reduzindo a violência e criando áreas mais seguras.

Corbin *et al.* destacaram que, à medida que as parcerias se fortalecem ao longo do tempo, seu funcionamento melhora, gerando resultados ainda mais positivos²⁰. No entanto, de acordo com estudos anteriores, as parcerias apresentam alto índice de insucesso¹². Pesquisas são necessárias para explorar a relação entre processos colaborativos e como eles afetam os resultados das parcerias¹³. Evidências experimentais e baseadas em campo são necessárias para documentar como as parcerias funcionam e se sustentam e seu impacto na saúde pública²¹.

Este estudo tem como objetivo explorar a relação entre os componentes de ações intersetoriais bem-sucedidas e os resultados positivos de ações intersetoriais em áreas de alta vulnerabilidade social em São Paulo. Também analisa e descreve como os resultados dessas ações efetivas foram desenvolvidos pelos profissionais de saúde e gestores da UBS.

■ MÉTODO

Design de estudo

A gama de questões sobre ações intersetoriais justifica a necessidade de pesquisas com métodos mistos. Com base em Creswell, utilizamos uma estratégia explicativa sequencial com a seguinte representação: QUAN → qual. O desenho sequencial explicativo dos métodos mistos envolveu pesquisa em duas etapas, em que os dados quantitativos foram coletados antes dos

dados qualitativos²². Os dados quantitativos permitiram identificar as UBS que realizaram ações intersetoriais e os resultados mais frequentes das ações intersetoriais. Esses elementos mais comuns compõem uma ação intersetorial efetiva, e se há relação entre os elementos constitutivos das ações intersetoriais e os possíveis resultados das ações da APS.

Após a análise dos dados quantitativos, coletamos dados qualitativos para auxiliar na explicação dos resultados quantitativos e, assim, compreender como os resultados das ações intersetoriais são percebidos pelos profissionais que implementam essas ações. As UBS dos Agrupamentos Socioambientais dos Territórios da Saúde (ASTS) de alta vulnerabilidade, que possui ações intersetoriais com diversidade de setores e duração de dois anos ou mais, foi identificada na primeira fase (quantitativa) por meio de pesquisa online. Seus profissionais de saúde foram então convidados a participar de grupos focais na segunda fase (qualitativa).

Contexto de Pesquisa

A gestão da qualidade na atenção primária à saúde é realizada por meio do diagnóstico de territórios de saúde. A análise fatorial para definição dos indicadores de saúde e socioeconômicos e ambientais, seguida da análise de clusters por características homogêneas (cluster), foi realizada pela equipe do CEInfo em São Paulo. Ao final da análise, as 449 áreas de abrangência (territórios de saúde) foram agrupadas em sete conjuntos homogêneos denominados ASTS²³.

Este estudo investigou 279 UBS áreas de abrangência do ASTS cinco, seis e sete, que são as mais vulneráveis do município e possuem as seguintes características:

1.O cluster cinco (131 áreas) foi caracterizado por renda, condições de escolaridade e acesso, estava errado.

2.O cluster seis (101 áreas) apresentou características semelhantes ao cluster cinco e dificuldade de acesso ao trabalho.

3.O cluster sete (47 áreas) foi caracterizado pelos piores indicadores socioeconômicos e demográficos da cidade²³.

O campo de pesquisa foi acometido por surtos de febre amarela, surto de gripe H1N1 e baixa cobertura vacinal, o que aumentou ainda mais a carga de trabalho dos profissionais e contribuiu para uma menor disposição em participar deste estudo. Nesse contexto, foi necessário aumentar o tempo de coleta de dados, persuadir os gestores por telefone a participar do teste piloto e da primeira fase quantitativa, e solicitar autorização para os profissionais participarem dos grupos focais na segunda fase.

Participantes

Participantes: fase quantitativa

Como os gestores dos serviços de saúde podem articular recursos de forma criativa para a superação de problemas cotidianos²⁴, eles são atores centrais do estudo. Todos os gestores das 279 UBS das áreas de estudo foram solicitados a responder um formulário online sobre a existência de ações intersetoriais e seus respectivos resultados e constituições.

Participantes: fase qualitativa

Na segunda fase, convidamos membros de uma equipe multiprofissional que realiza práticas intersetoriais diretamente para participar dos grupos focais. O Sistema Único de Saúde do Brasil preconiza que o atendimento multiprofissional seja longitudinal, humanizado, resolutivo e equânime para as ações de prevenção de doenças e promoção da saúde¹⁰. Era preciso que a equipe procurasse parcerias para avançar em seus objetivos.

Coleta de dados

O período de coleta foi de fevereiro a outubro de 2018. Primeiramente, foi realizado um estudo piloto para validar o formulário de múltipla escolha utilizado na fase quantitativa após a revisão. Após a análise dos dados da primeira fase pelo método QUAN → qual²², aplicamos a técnica de grupo focal²⁵.

Fase Quantitativa: Teste Piloto

Os pesquisadores desenvolveram um formulário de múltipla escolha para ser preenchido online, dividido em quatro partes. A primeira parte foi relacionada aos componentes dos tipos de UBS. A segunda teve como objetivo identificar as parcerias realizadas pelas UBS para ações intersetoriais. A terceira parte apontou os resultados, como melhoria no acompanhamento das gestantes, redução de doenças transmissíveis, controle do uso de drogas, melhorias ambientais e criação de hábitos saudáveis compatíveis com a finalidade da APS ampliada. A quarta parte foi baseada nos estudos de Corbin *et al.*¹³ que preveem cinco elementos constitutivos dos processos colaborativos.

O formulário foi analisado quanto à validade de face e de conteúdo²⁶. Para validade de face, foram utilizadas as opiniões de 29 gestores. Eles responderam se as perguntas eram diretas, se as respostas contemplavam as características da UBS e se havia ou não ações intersetoriais. Os participantes do teste piloto foram gestores do ASTS, classificados de um a quatro, os quais estão fora do escopo desta pesquisa.

A análise do teste piloto levou a uma opção de resposta adicional na primeira parte do formulário e à alteração de afirmações existentes na segunda, terceira e quarta partes do formulário de pesquisa. Para validade de conteúdo, usando o software SMART PLS, a confiabilidade composta (CR) foi calculada em >0,7 e o fator de inflação da variância externa (VIF) variou de 1 a 3,2. O CR é um indicador de precisão mais robusto comparado ao coeficiente alfa de Cronbach²⁷ e às estatísticas de colinearidade. O VIF interno e externo detectou uma situação de multicolinearidade no formulário de pesquisa.

Fase quantitativa: formulário de pesquisa

Os gestores que concordaram em participar da pesquisa clicaram no link, inseriram um e-mail de contato, leram o termo de consentimento livre e esclarecido e responderam às questões online. O formulário continha seis questões sobre os tipos de UBS e sua composição. Uma escala Likert de cinco pontos (1 = concordo totalmente, 5 = discordo totalmente)²⁸ foi utilizada para avaliar o grau de concordância dos gestores com 11 afirmações: três

sobre a prática de ações intrasetoriais e oito sobre a prática intersetorial, além de identificar a relação entre resultados positivos na APS e elementos que constituem ações intersetoriais em clusters socioambientais vulneráveis em territórios de saúde.

As opções de resposta do tipo Likert foram dicotomizadas para a análise. Assim, foi estabelecida uma afirmação “sim” para aqueles que responderam “concordo”, “concordo totalmente” ou “não concordo nem discordo” e uma afirmação “não” para aqueles que responderam “discordo” ou “discordo totalmente” para fortalecer os resultados quantitativos.

Fase qualitativa: grupo focal

Ao final da fase quantitativa, foram realizadas ações intersetoriais e grupos focais em cada uma das quatro UBS selecionadas que aceitaram participar da pesquisa, sem prejudicar o fluxo de atendimento à população. Cada grupo começou com a apresentação de cada membro para estabelecer um bom relacionamento.

Escolhemos a técnica de grupo focal para permitir a interação, aprofundamento do tema e debate sobre a questão: “Como você faz ações intersetoriais para a saúde?” Essa pergunta orientou a discussão. Quando necessário, a pesquisadora solicitava esclarecimentos e direcionava o foco da discussão²⁵.

Nos grupos focais, todos os aspectos referentes à atuação dos profissionais foram observados sem afetar suas atividades cotidianas. A pesquisadora se apresentou como gerente do serviço de emergência do centro da cidade, discutiu os objetivos da pesquisa, explicou a dinâmica da técnica proposta, solicitou autorização para conectar os equipamentos audiovisuais e fez anotações em diário de campo durante as discussões.

Aspectos Éticos da Pesquisa

Após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário FMABC (Atestado de Apreciação Ética, AAE: 56379615.5.0000.0082) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (AAE: 73401317.8.3001.0086), os gestores receberam formulários de pesquisa online divulgados pela Secretaria de Saúde sob a Coordenação de Saúde e Supervisões Técnicas.

Análise de dados

Análise de dados: fase quantitativa

Realizamos análises bivariadas para verificar a associação entre os elementos constitutivos propostos por Corbin *et al.*¹³ com os possíveis resultados positivos de ações intersetoriais¹⁹. Estatísticas descritivas, incluindo frequências e porcentagens, foram usadas para analisar os dados do questionário usando a estatística SPSS versão 25, e um teste não paramétrico (qui-quadrado de Pearson) foi realizado. A significância estatística foi fixada em $P < 0,05$. O intervalo de confiança de 95% (IC) e o coeficiente Phi (ϕ) também foram calculados. O coeficiente Phi para tabelas 2x2 avaliou o tamanho do efeito do teste não paramétrico; valores próximos a 10, 30 e 50 correspondem a efeitos pequenos, médios e significativos, respectivamente²⁹.

Análise de dados: fase qualitativa

As transcrições literais em áudio foram submetidas para comentário e aprovação dos participantes da pesquisa, totalizando 193 minutos de narrativa. Partindo da premissa de Van Den Hoonaard de que os participantes da pesquisa são especialistas em si mesmos e que suas respostas podem apresentar novas perspectivas de conhecimento, seguimos os três passos da análise qualitativa de Van den Hoonaard²⁵:

- a. Codificação aberta de transcrições
- b. Identificação de temas recorrentes e seus subtemas
- c. Conexão de temas e conceitos interpretados à luz dos processos sociais.

Articulação de dados quantitativos e qualitativos

Análises quantitativas e qualitativas foram integradas para promover a triangulação dos dados e metodológica, que estão resumidas na seção de resultados.

RESULTADOS

Dos 191 formulários online respondidos, quatro gestores não quiseram participar e 17 responderam o formulário duas vezes. Assim, foram analisadas 170 respostas, correspondendo a 60,9% dos gestores das UBS dos agrupamentos socioambientais em territórios de saúde de alta vulnerabilidade. Assim, das 279 UBS, participaram 60,9%.

Das 10 UBS convidadas a participar dos grupos focais, quatro foram aceitas. Foi realizado um único grupo focal para cada UBS que consistiu de quatro a nove participantes, sendo apenas dois do sexo masculino. Eles incluíram as seguintes categorias profissionais: oito agentes comunitários de saúde (ACS), cinco enfermeiros, quatro técnicos de enfermagem, um psicólogo, um fisioterapeuta, um médico, dois gerentes, um farmacêutico e dois auxiliares administrativos.

Fase Um: Quantitativo

Análises bivariadas mostraram que a criação de hábitos saudáveis e melhorias ambientais podem ser os resultados de parcerias intersetoriais que melhor foram identificadas pelos gestores. Os resultados para os participantes foram 78,9% (IC = 0,143–0,413) e 68,9% (IC = 0,223–0,491), associados a uma ampla faixa de participação do setor, respectivamente. O elemento constitutivo “a incorporação de lideranças que inspiram confiança e inclusão” também esteve relacionado a esses dois resultados: 78,9% (IC = 0,223 – 0,491) e 72,5% (IC = 0,186 – 0,502). Esses resultados positivos mais bem pontuados também foram associados à “avaliação de parcerias para melhoria contínua” (75,0%) (IC = 0,109 – 0,411) e (68,8%) (IC = 0,102 – 0,407) e “missão compartilhada alinhada aos objetivos individuais” (79,3%) (IC = 0,309 – 0,596) e (68,6%) (IC = 0,130 – 0,431). Essas associações foram estatisticamente significativas ($p < 0,01$) (tabela 1).

A análise bivariada dos dados também indicou que o controle do uso abusivo de álcool e outras drogas esteve estatisticamente associado aos seguintes elementos que compõem as parcerias: ampla participação dos setores (31,1%) ($p = 0,04$) e incorporação de lideranças

inspirador em parcerias intersetoriais (30,3%) ($p = 0,02$). Os seguintes elementos foram associados à redução de doenças transmissíveis: os profissionais incorporaram lideranças que inspiram confiança e inclusão (58,9%) ($p = 0,00$), a missão compartilhada alinhada aos objetivos individuais (54,5%) ($p = 0,01$) e construção de confiança entre parceiros (54,8%) ($p = 0,05$) (tabela 1).

Os participantes destacaram que o elemento central – profissionais que incorporam lideranças que inspiram confiança e inclusão – foi o mais estatisticamente associado a resultados positivos. Esse elemento foi associado a melhor acompanhamento das gestantes 72,5% (IC = 0,029 – 0,353), redução de doenças transmissíveis 58,9% (IC = 0,065 – 0,370), controle do uso abusivo de álcool e outras drogas 30,3% (IC = 0,026 – 0,288), melhorias ambientais 72,5% (IC = 0,186 – 0,502) e criação de hábitos saudáveis 78,9% (IC = 0,223 – 0,491). Essas associações foram estatisticamente significativas ($p < 0,01$) (tabela 1).

Segundo os participantes, os resultados positivos das ações intersetoriais mais frequentes foram a melhoria do meio ambiente e a criação de hábitos saudáveis. Os dados analisados indicam que os elementos constitutivos das ações intersetoriais e os resultados positivos da APS estão relacionados, sendo o mais vital a relação entre uma missão compartilhada alinhada aos objetivos individuais e a criação de hábitos saudáveis (coeficiente phi (ϕ) = 44,6).

(leia a Tabela 1 na próxima página)

Fase Dois: Qualitativo

A pesquisadora que liderou os grupos focais observou: habitações frágeis, alguns carros nas ruas, muitas pessoas esperando por transporte público, saneamento precário, fios de energia emaranhados e cartazes nas paredes das UBS apelando à prevenção de doenças ou promoção da saúde.

Os grupos focais foram representativos e relevantes para a pesquisa, pois 26 profissionais, com média de 4,8 anos de experiência na UBS, de oito categorias profissionais participaram e realizaram ações intersetoriais. Não houve desistências ou recusas individuais em participar dos grupos focais e das ações. No quarto grupo, identificamos a saturação teórica²⁵ à medida que os depoimentos se repetiam.

Os participantes dos grupos focais relataram de um a cinco resultados de ações com outros setores desenvolvidos com os elementos constitutivos. Os resultados positivos foram relacionados à promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico precoce, tratamento, redução de danos e determinantes sociais da saúde. Esses resultados foram para indivíduos ou comunidades, e os profissionais de saúde que tomaram a iniciativa de desenvolver ações intersetoriais foram profissionais de nível médio: ACS e técnicos de enfermagem. Em diferentes grupos focais, os enfermeiros apareceram como líderes das ações intersetoriais.

Da análise dos grupos focais à luz da teoria do Modelo de Funcionamento Colaborativo de Bergen emergiram os seguintes temas relacionados aos resultados do estudo das parcerias das práticas intersetoriais nos territórios de saúde pesquisados:

Tabela 1: Resultados e componentes centrais das ações intersetoriais em áreas de alta vulnerabilidade

Elementos Constitutivos		Resultados positivos														
		IMP91 (%)	X ² φ	95% IC	RC92 (%)	X ² φ	95% IC	CD93 (%)	X ² φ	95% IC	EI94 (%)	X ² φ	95% IC	CH95 (%)	X ² φ	95% IC
SM101	Sim	84 (69.4)	2.339	-0.048-0.261	66 (54.5)	5.501	0.059-0.333**	34 (28.1)	2.598	-0.028-0.236	83 (68.6)	12.922	0.130-0.431**	96 (79.3)	33.818	0.309-0.596**
	Não	28 (57.1)	11.7	0.261	17 (34.7)	18.0	0.333**	8 (16.3)	12.4	0.236	19 (38.8)	27.6	0.431**	16 (32.7)	44.6	0.596**
WR102	Sim	61 (67.8)	0.306	-0.107-0.187	45 (50)	0.106	-0.118-0.183	28 (31.1)	4.218	0.015-0.293*	62 (68.9)	6.296	0.054-0.334**	71 (78.9)	14.394	0.143-0.413**
	Não	51 (63.8)	4.2	0.187	38 (47.5)	2.5	0.183	14 (17.5)	1.58	0.293*	40 (50.0)	19.2	0.334**	41 (51.3)	29.1	0.413**
P1103	Sim	79 (72.5)	5.877	0.029-0.353**	62 (58.9)	7.893	0.065-0.370**	33 (30.3)	5.065	0.026-0.288*	79 (72.5)	19.704	0.186-0.502**	86 (78.9)	22.898	0.223-0.491**
	Não	33 (54.1)	18.6	0.353**	21 (34.4)	21.5	0.370**	9 (14.8)	17.3	0.288*	23 (37.7)	34.0	0.502**	26 (42.6)	36.7	0.491**
BT104	Sim	73 (70.2)	2.214	-0.061-0.277	57 (54.8)	3.839	0.004-0.294*	30 (28.8)	2.469	-0.039-0.254	71 (68.3)	7.632	0.064-0.374**	82 (78.8)	20.029	0.215-0.484**
	Não	39 (59.1)	11.4	0.277	26 (39.4)	15.0	0.294*	12 (18.2)	12.1	0.254	31 (47.0)	21.2	0.374**	30 (45.5)	34.3	0.484**
EP105	Sim	78 (69.6)	2.065	-0.053-0.273	60 (53.6)	2.962	-0.008-0.284	32 (28.6)	2.637	-0.014-0.256	77 (68.8)	10.472	0.102-0.407**	84 (75.0)	12.141	0.109-0.411**
	Não	34 (58.6)	11.0	0.273	23 (39.7)	13.2	0.284	10 (17.2)	12.5	0.256	25 (43.1)	24.8	0.407**	25 (48.3)	26.7	0.411**
Subtítulos	Elementos constitutivos	Elementos constitutivos												Resultados positivos		
SM101	Missão compartilhada e alinhada com objetivos individuais	BT104	Construir confiança entre os parceiros		CAD93	Controle do abuso de álcool e outras drogas		IMP91	Melhorou o acompanhamento das gestantes							
WR102	Ampla participação de vários setores	EP105	Avaliação das parcerias para melhoria contínua		EI94	Melhorias ambientais		RCD92	Redução de doenças transmissíveis							
P1103	Incorporar liderança que inspira confiança e inclusão	CH95	Criação de hábitos saudáveis													

X² Teste Qui-quadrado de Pearson; φ Coeficiente Phi - *p <=0.05; **p <=0.01

Tema 1: Busca de parcerias diferenciadas para ações intersetoriais

Os profissionais de saúde reconheceram limites de atuação

Esse tema indica a motivação dos profissionais de saúde em buscar parcerias intersetoriais. Primeiro, eles identificam problemas que consideram desafiadores para que possam procurar em outro lugar para colaborar para expandir suas operações e resolver o problema.

Os participantes da pesquisa relataram a busca ativa de crianças e adolescentes com vacinação tardia, fato que faz com que o setor saúde busque ações preventivas contra o papilomavírus humano (HPV) e meningite, além do tratamento oportuno da tuberculose. Assim, foi possível realizar ações intersetoriais para redução das doenças transmissíveis, desde que a missão fosse compartilhada e alinhada aos objetivos.

“Esta semana, fomos às escolas ver quais crianças e adolescentes foram vacinados contra HPV e meningite e quais precisam receber essas vacinas. Os professores da escola enviaram autorização aos pais para vacinação. Crianças e adolescentes são imunizados com vacinação tardia”. (Focus Group 1)

“Temos muitos casos [de tuberculose], e esses casos estão aparecendo com frequência. Surgiu um caso e depois surgiu outro caso, então investigamos para uma empresa específica que trabalhava em um determinado local. Não sei como foi a produção lá, mas aquela empresa não tinha janela. Lá encontramos um [caso confirmado de tuberculose], encontramos dois com quem conversamos, eles [os empresários] permitiram que a gente fizesse palestras, e mais dois casos foram descobertos aqui, depois disso, mais cinco foram descobertos e tratados.” (Focus Group 2)

Assim, os profissionais de saúde identificam possíveis parceiros ao identificar problemas de saúde, reconhecendo seus limites de atuação e o potencial de atuação conjunta com outros setores, como visto nas categorias a seguir.

Diferentes problemas para parcerias singulares

Esse tema indica que diferentes problemas estimulam os profissionais de saúde a buscar um conjunto único de colaborações intersetoriais. Os detalhes dos problemas de saúde indicam os parceiros a serem chamados. Um exemplo é a redução da fila de espera para atendimento em saúde mental. A equipe percorreu o território e identificou recursos que poderiam ajudar a ampliar a atenção à saúde mental.

“Buscamos parcerias e perguntamos, além da consulta médica, que outras formas de atendimento tínhamos para oferecer a esse paciente? Então, eu [gerente do serviço], a assistente social e a Tânia [farmacêutica] pesquisamos por todo o território para saber se eram lugares importantes para se pensar o lazer. Conseguimos inserir essas pessoas,

algumas possíveis então, no centro esportivo (...) em nosso território, que é administrado pela cidade. A gente podia pensar em outras ações que poderiam estar envolvidas, então o CAPS entrou com as situações mais agudas, que o serviço social para a questão dos benefícios, então o que a gente não conseguiu resolver aqui internamente a gente pediu apoio do CRAS [Centro de Referência para Assistência Social], foi para o CREAS, teve muito abandono. Este paciente precisava de um aval legal e da oferta do CPN, um Centro de Práticas Naturais que nos deu muito apoio.” (Focus Group 3)

Por exemplo, um grupo de profissionais de saúde incorporou lideranças que criaram e inspiraram confiança e inclusão para solucionar o problema de pacientes em lista de espera para atendimento em saúde mental. Eles buscaram uma ampla participação de diferentes setores, compartilharam suas missões e alinharam seus objetivos.

Tema 2: Negociação com pacientes e parceiro

“Quem eu aceito”

Esse tema indica que as ações intersetoriais realizadas pelos profissionais de saúde às vezes são aceitas e rejeitadas pelos pacientes. Para alcançar o sucesso no bem-estar, as propostas dos pacientes que se beneficiam dessas ações devem ser consideradas.

“...uma senhora de 82 anos mora sozinha. Ela gosta de conversar. Um dia, ela se recusou a se juntar ao grupo de idosos. Ela disse que o grupo não é pra ela... A gente tem que se encaixar no perfil que ela quer. Não é ela que tem que se encaixar no perfil do idoso... A gente busca ajuda da comunidade. Agora ela quer jogar bingo com os vizinhos que estão cuidando dela.” (Grupo Focal 3)

“...Nosso APA [Agente de Promoção Ambiental] vai ao Centro de Convivência do Idoso e explica como entregar óleo de cozinha e pilhas na UBS. Ele fala sobre compostagem e como fazer horta em casa... e eles [os idosos] gostou... você sabia que a Dona Antônia [nome fictício] trouxe repolho que ela plantou no quintal? É muito bom... Planejar? Ficar sentado todo junto? Não acontece... A gente faz conforme a necessidade ... o que o idoso pede.” (Grupo Focal 1)

Além desses setores, a comunidade pode se associar na promoção e assistência à saúde. Nesse contexto, melhorias ambientais e a criação de hábitos saudáveis foram possíveis com a adesão dos idosos à destinação adequada de resíduos que pudessem contaminar o solo, e a construção de uma horta e compostagem em casa. Nesse contexto, uma gestante com histórico de dependência química melhorou o acompanhamento da gravidez e a adesão ao tratamento após ser encaminhada para um conjunto de ações intersetoriais.

“...era seu quarto parto, sua quarta gravidez. Todas as outras crianças foram abrigadas em orfanatos porque ela não podia mantê-los. Ela engravidou usando drogas e álcool, disse a mãe (...) quando ela

chegou na nossa unidade, todo o trabalho era feito no CAPS e no serviço social. Eu sei que fizemos um trabalho maravilhoso que conseguiu reduzir muito os danos dela no momento da gravidez. Ela aderiu ao pré-natal, conseguiu fazer redução de danos, o uso de drogas e álcool parou até o final da gravidez, e a criança nasceu em perfeitas condições. Ela conseguiu amamentar, caso em que tivemos muito apoio". (Grupo Focal 3)

Desconstrução de barreiras ao processo colaborativo

Esse tema foi identificado em relatos de parcerias para orientar os profissionais das UBS no enfrentamento do sofrimento psíquico. A equipe ganhou educação continuada ao qualificar o cuidado à pessoa com sofrimento psíquico. Reconheceram que a negociação entre os parceiros começou com a aceitação do cuidado em rede e das parcerias para o cuidado de pacientes com problemas de saúde mental. A negociação envolve desmistificar a pessoa atendida, compartilhar a missão e estimular o acolhimento em espaços além do setor saúde. Assim os pacientes ganharam outras formas de atendimento, saíram da fila de espera e foram incluídos em ações de lazer e educação envolvidas no atendimento especializado e inovador ao sofrimento psíquico.

"...e assim, tivemos que desconstruir várias barreiras, primeiro que o paciente de saúde mental não é um paciente fácil, que todo mundo pega e abraça, coloca e se mistura com todo mundo e entende que é um processo natural porque não é, então conversou muito com esses parceiros, deixando claro para eles que eles entendiam que muitas das mesmas questões de preconceito, o estilo que eles tinham com aqueles pacientes e que eles eram nossos, pegavam o mesmo transporte, usavam o mesmo; finalmente o mercado livre como todo mundo, entrou no mesmo mercado". (Grupo Focal 4)

"...e assim, buscamos dentro dos cursos dos ofertados para que a equipe se qualificasse direitinho para esse atendimento, e buscamos essas alternativas. No início a gente acolheu esses pacientes e estudamos cada um deles com a ajuda do CAPS, e a partir desse acolhimento, dessa escuta, desse olhar, a gente via o que você faria, trabalhando em grupo, trazendo parceria dentro da unidade. Indo até ela quando era impossível, o CEU [Centro Educacional Unificado] também deu um lugar pra gente né, o CEU Aricanduva um lugar para uma pessoa que precisava de uma situação mais pontual". (Grupo Focal 3)

Tema 3: Autoavaliação da Parceria

"Nosso trabalho é muito bom!" (Grupo Focal 1)

As ações intersetoriais não passaram pela avaliação dos participantes da pesquisa, e agora, nos grupos focais, os participantes da pesquisa reconheceram que trouxeram resultados positivos para a saúde da população. Abaixo, as descrições refletem a falta de autoavaliação das parcerias e

a alegria de se beneficiar, por exemplo, do aprendizado de artesanato em grupo na igreja.

"Uau! nosso trabalho é muito bom, né? [risos]. Realmente gente, quando a gente para para refletir (...). Tem muita coisa boa. A gente deveria fazer isso mais vezes, sentar pra contar, discutir..." (Grupo Focal 3)

"Ontem eu estava radiante, nossa isso é tão simples, eu estava tão feliz, radiante porque sim, é um grupo que tem nome: artesanato, mas que dependendo da pessoa uma simples ação, pode fazer crescer o sentimento de satisfação, pode haver bom para uma área financeira dessa pessoa, assim como pode ser bom para mim..." (Grupo Focal 3)

"Through the history of unity health with all the transformations that have occurred, have you managed to reach satisfaction? What do you think?". [asks the manager] (Focus group 2)

DISCUSSÃO

Por meio de um estudo explicativo misto, esta pesquisa explorou a relação entre os elementos constitutivos das parcerias intersetoriais elencadas por Corbin *et al.* (2018)²⁰ e os resultados positivos apontados pelos gestores das UBS. Analisou as experiências das parcerias desenvolvidas pelos profissionais que atuam em territórios de saúde de alta vulnerabilidade social em São Paulo. Ao integrar esses resultados, descobrimos como os profissionais de saúde percebiam a relação entre os componentes essenciais das parcerias e os resultados das ações intersetoriais em áreas de alta vulnerabilidade.

As ações intersetoriais surgem da identificação dos problemas e do reconhecimento dos limites de ação para resolvê-los. Buscou-se um conjunto único de parcerias para cada problema de saúde associado à vulnerabilidade socioeconômica. Os parceiros estão cientes da necessidade de atividades de compartilhamento de ações e negociam com pacientes ou comunidades para aderir aos cuidados. No entanto, reconheceram que precisavam avaliar regularmente as ações propostas. A seguir estão os dados quantitativos e qualitativos integrados, comparando os resultados positivos com outras pesquisas:

Melhorou o acompanhamento das gestantes

Esta pesquisa constatou que gestações envolvendo alta vulnerabilidade social, dependência química e alcoolismo motivam os profissionais de saúde a buscarem parceiros. Constatou também que os elementos constitutivos das ações intersetoriais estavam associados à incorporação de lideranças que inspiram confiança e inclusão. Parcerias locais mais estabelecidas e eficazes têm maior probabilidade de alcançar planos e resultados, como prevenção e controle do tabaco, saúde materno-infantil, planejamento de emergência, planejamento comunitário e avaliação e imunizações³⁰.

Redução de doenças transmissíveis

Os dados do sistema de informação em saúde TABNET corroboram a redução das doenças transmissíveis relatadas pelos participantes. De 2014 a 2018, houve

aproximadamente 20% menos internações por doenças infecciosas e parasitárias em São Paulo³¹. A integração de dados qualitativos e quantitativos indica que a efetividade das ações intersetoriais poderia prevenir doenças transmissíveis. A missão compartilhada com objetivos, liderança e confiança foi incorporada ao processo colaborativo, proporcionando a efetividade das ações. Em consonância com nosso estudo, Martin-Misener *et al.*³² analisaram os resultados das parcerias por meio de revisão de literatura e constataram que as parcerias bem-sucedidas podem trazer diferentes benefícios para cada parceiro e impactar os resultados para indivíduos, populações, profissionais de saúde e sistemas de saúde.

Abuso controlado de álcool e outras drogas

As políticas públicas de saúde voltadas ao uso de drogas requerem uma série de parcerias intersetoriais³³. Com diversos parceiros, lideranças e profissionais aliados de confiança, foi possível verificar o controle da dependência química neste estudo. A política de saúde mental e drogadição do município de São Paulo prevê o princípio da intersectorialidade, permitindo o sucesso gradual e amplo no cuidado³⁴. As colaborações intersetoriais estabelecidas são ativos essenciais para alcançar a sustentabilidade de longo prazo de um projeto intersectorial, como o projeto Emprego Saudável, que oferece intervenções de alfabetização em saúde mental e tem resultado em bem-estar psicológico e satisfação com a vida³⁰.

Melhorias ambientais

As melhorias ambientais estão vinculadas às bases de parcerias intersetoriais devido à implantação do Programa Meio Ambiente, Verde e Saudável na cidade há mais de dez anos. Esse programa propõe o desenvolvimento de agendas integradas entre a Secretaria Municipal de Saúde e a Secretaria de Meio Ambiente, além de contribuir para a redução dos impactos ambientais e problematizar e contextualizar ações intersetoriais em cada território de saúde³⁵.

A eficácia deste programa foi evidenciada pelos dados qualitativos e quantitativos. A destinação correta do lixo e a preparação de hortas caseiras são conquistas de parcerias com a comunidade local. Um agente de promoção ambiental foi apontado como o líder local que desenvolveu as parcerias.

Criação de hábitos saudáveis

A análise bivariada mostrou forte associação entre a criação de hábitos saudáveis e todos os elementos constitutivos das práticas intersetoriais (>26%). A criação de hábitos saudáveis é um dos objetivos da atenção primária e da promoção da saúde. Os participantes da pesquisa enfatizaram que isso pode ser alcançado por meio de parcerias. Jones e Barry (2011) identificaram os principais fatores que influenciam a sinergia das parcerias para a promoção da saúde e concluíram, por meio de estudos quantitativos, que a sinergia se baseia na confiança e na liderança³⁶. Na mesma linha, Weiss *et al.* (2002) realizaram um estudo quantitativo e concluíram que a eficácia da liderança e a eficiência da parceria se correlacionam com a obtenção de sinergia dos parceiros³⁷.

Limites de pesquisa

Este estudo tem certas limitações. Faltou participantes de parceiros fora da área da saúde e beneficiários dessas parcerias, o que sugere a necessidade de mais estudos que contemplem a participação de profissionais que atuam fora da área da saúde e de parceiros e cidadãos beneficiados pelas ações. Embora apenas os gestores tenham respondido ao formulário online neste estudo, os resultados dos dados quantitativos e qualitativos convergiram. A ausência de um agente de promoção ambiental nos grupos focais pode ter fragilizado a pesquisa, mas a equipe multiprofissional destacou sua importância na melhoria do ambiente local no que diz respeito às parcerias firmadas.

CONCLUSÃO

Profissionais da atenção básica em territórios de alta vulnerabilidade na metrópole brasileira, São Paulo, reconhecem e buscam parcerias intersetoriais para atender pessoas e comunidades. Análises bivariadas e qualitativas e conexões dos resultados indicaram que geralmente há associações entre os elementos constitutivos centrais das ações intersetoriais e os resultados positivos desenvolvidos nessas áreas. A criação de hábitos saudáveis e melhorias ambientais resultaram de parcerias intersetoriais, conforme apontado pela maioria dos gestores. Eles foram associados a todos os elementos centrais que constituem parcerias de sucesso. A incorporação de lideranças que inspiram confiança e inclusão foi o elemento central que compõe as ações intersetoriais e esteve associado a todos os resultados positivos estudados.

Identificar problemas e reconhecer os limites das ações intersetoriais são os primeiros passos para os profissionais de saúde. Identificamos que esses profissionais buscavam solucionar um conjunto de problemas de saúde relacionados às vulnerabilidades sociais com um conjunto de parcerias específicas. Os parceiros compartilham atividades e negociam com pacientes ou comunidades para aderir ao cuidado proposto pelo processo colaborativo. No entanto, reconheceram que precisavam avaliar regularmente as ações propostas. Identificamos também que a fragilidade na avaliação das ações pode tornar as parcerias insustentáveis.

Os profissionais de saúde devem considerar esses achados em suas práticas intersetoriais em áreas de alta vulnerabilidade para fortalecer a necessidade de desenvolver processos colaborativos eficazes que incluam avaliações periódicas. É preciso pensar diferente, abandonar as pirâmides de verticalização, descentralizar, negociar, mudar paradigmas, comprometer-se e unir-se pela melhoria da qualidade de vida.

Abreviações

UBS: Unidade Básica de Saúde
 BMCF: Modelo de Funcionamento Colaborativo de Bergen
 CAPS: Centro de Assistência Psicossocial
 ACS: Agente Comunitário de Saúde
 CREAS: Centro de Referência de Assistência Social
 HPV: Papilomavírus Humano
 QUAN: quantitativo

qual: qualitativo

APS: Atenção Primária à Saúde

ASTS: Agrupamentos Socioambientais dos Territórios da Saúde

VIF: Fator de inflação de variação

Contribuições dos autores

A pesquisadora do PMB realizou as entrevistas quantitativas e grupos focais, bem como a análise dos dados quantitativos, com o apoio do Laboratório de Epidemiologia e Análise de Dados Centro Universitário FMABC. PMB e ICZG analisaram os dados qualitativos, integraram os dados qualitativos e quantitativos e aprovaram o manuscrito final.

Financiamento

Os autores não receberam nenhum apoio financeiro para a pesquisa, autoria ou publicação deste artigo.

Agradecimentos

Os autores agradecem aos membros do Departamento de Análise Estatística e ao Laboratório de Epidemiologia e Análise de Dados Centro Universitário FMABC. Agradecemos ao Prof. Marcelo Costa pela ajuda na edição do idioma.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. The World Health Report 2008 — Primary Health Care (Now More Than Ever). World Health Organization. Geneva, Switzerland. 2008.
2. Gillies P. Effectiveness of alliances and partnerships for health promotion. *Health Promot. Int.* 1998; 13(2): 99-120.
3. Manandhar M, et al. Intersectoral debate on social research strengthens alliances, advocacy and action for maternal survival in Zambia. *Health Promot. Int.* 2009; 24(1): 58-67.
4. Zahner SJ. Local public health system partnerships. *Public health reports (Washington, D.C.: 1974)*. 2005; 120(1): 76-83.
5. Unger A, Riley LW. Slum health: from understanding to action. *PLoS Medicine*. 2007; 4(10): 1561-1566. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0040295>
6. Heidemann IT, Wosny AM, Boehs AE. Promoção da Saúde na Atenção Básica: estudo baseado no método de Paulo Freire. *Cien Saude Colet.* 2014; 19(8): 3553-59.
7. Becker D, Edmundo K, Nunes NR, Bonatto D, Souza RD. Empowerment e avaliação participativa em um programa de desenvolvimento local e promoção da saúde. *Cien Saude Colet.* 2004; 9(3): 655-67.
8. Carneiro AC, Souza VD, Godinho LK, Faria IC, Silva KL, Gazzinelli MF. Educação para a promoção da saúde no contexto da atenção primária. *Rev Panam Salud Pública.* 2012; 31(2): 115-20.
9. Sá LD, Gomes ALC, Nogueira JD, Villa TC, Souza KM, Palha PF. Intersetorialidade e vínculo no controle da tuberculose na Saúde da Família. *Rev Enferm.* 2011; 19(2):9.
10. Brasil. Portaria-no-2436-2017-Ministério-da-Saúde-Aprova-a-Política-Nacional-de-Atenção-Básica. 2017; 1-32.
11. Dubois A, St-Pierre L, Veras M. A scoping review of definitions and frameworks of intersectoral action. *Cien Saude Colet.* 2015; 20(10): 2933-2942.
12. Corbin JH, Mittelmark MB. Partnership lessons from the Global Programme for Health Promotion Effectiveness: a case study. *Health Promot. Int.* 2008; 23(4): 365-371.
13. Corbin JH, Jones J, Barry MM. What makes intersectoral partnerships for health promotion work? A review of the international literature. *Health Promot. Int.* 2018; 33(1): 4-26. <https://doi.org/10.1093/heapro/daw06>
14. City Mayors Statistics. Largest cities in the world. 2018. Available from: <http://www.citymayors.com/statistics/largest-cities-population-125.html>

Interesses competitivos

Os autores declaram não haver potenciais conflitos de interesse relativos à pesquisa, autoria ou publicação deste artigo.

Consentimento para publicação

Confirmamos que obtivemos consentimento para publicar e relatar dados individuais de pacientes.

Aprovação ética e consentimento para participar

O estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário FMABC e da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. O consentimento informado foi obtido de todos os participantes para as fases quantitativa e qualitativa.

Disponibilidade de dados e materiais

Os conjuntos de dados usados e analisados durante o estudo atual podem ser fornecidos pelo autor correspondente mediante solicitação razoável.

15. Wijk LB, Mângia EF. Atenção psicossocial e o cuidado em saúde à população em situação de rua: uma revisão integrativa. *Cien Saude Colet.* 2019 Sep 9; 24(9): 3357-3368.
16. Reis AA, Malta DC, Furtado LA. Desafios para as políticas públicas voltadas à adolescência e juventude a partir da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). *Cien Saude Colet.* 2018; 23(9):2879-2890.
17. Egry EY, Apostolico MR, Morais TC. Notificação da violência infantil, fluxos de atenção e processo de trabalho dos profissionais da Atenção Primária em Saúde. *Cien Saude Colet.* 2018; 23(1): 83-92.
18. Akerman M, Franco de Sá R, Moyses S, Rezende R, Rocha D. Intersetorialidade? IntersetorialidadeS! *Cien Saude Colet.* 2014; 19(11): 4291-4300.
19. Fiorati RC, Arcêncio RA, Segura del Pozo J, Ramasco-Gutiérrez M, Serrano-Gallardo P. Intersectorality and social participation as coping policies for health inequities-worldwide. *Gaceta sanitaria.* 2018; 32(3): 304-314.
20. Corbin JH, Mittelmark MB, Lie GT. Mapping synergy and antagonism in North–South partnerships for health: a case study of the Tanzanian women’s NGO KIWAKKUKI. *Health Promot. Int.* 2013; 28(1): 51-60. Available at: <https://doi.org/10.1093/heapro/dar092>.
21. Butterfoss FD, Francisco VT. Evaluating community partnerships and coalitions with practitioners in mind. *Health Promot. Pract.* 2004; 5(2):108-114. Available at: <https://doi.org/10.1177/1524839903260844>.
22. Creswell JW. *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches.* 4th ed. London: Sage; 2014.
23. São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEInfo). Agrupamentos Socioambientais dos Territórios da Saúde no Município de São Paulo. Boletim CEInfo, Análise IX Ano, n 10, São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde. 2014.
24. Franco CM, Santos AS, Salgado MF. Manual do Gerente: desafios da média gerência na saúde. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. 2011.
25. Van den Hoonaard WC. *Qualitative research in action: a Canadian primer.* 3rd ed. Ontario: Oxford University Press Canada; 2018.
26. Vieira S. Medidas de confiabilidade. In: *Como elaborar questionários.* São Paulo: Atlas; 2009:153-5.
27. Sijtsma K. On the Use, the Misuse, and the Very Limited Usefulness of Cronbach’s Alpha. *Psychometrika.* 2009; 74(1): 107-120.
28. Osinski IC, Bruno AS. Categorias de resposta en escalas tipo likert. *Psicothema.* 1998; 10(3): 623-3
29. Chan YH. *Biostatistics 203 – Survival analysis.* Singapore Med J. 2004; 45: 249-256.
30. Virgolino A, Heitor MJ, Carreiras J, Lopes E, Øverland S, Torp S, Guðmundsdóttir D, Miguel JP, Fátima Reis M, Santos O. Facing unemployment: study protocol for the implementation and evaluation of a community-based intervention for psychological well-being promotion. *BMC psychiatry.* 2017; 17(1): 261.
31. Brasil, Ministério da Saúde/DATASUS/Sistema de Informação Hospitalar – SIH. Internações Hospitalares do SUS no município de São Paulo a partir de 2008. Available at: <http://tabnet.saude.prefeitura.sp.gov.br/cgi/tabcgi.exe?secretarias/saude/TABNET/AIHRD08/AIHRDNET08.def> (2019)
32. Martin-Misener R, Valaitis R, Wong ST, MacDonald M, Meagher-Stewart D, Kaczorowski J, Linda O, Savage R, Austin P. Strengthening Primary Health Care through Public Health and Primary Care Collaborations Team. A scoping literature review of collaboration between primary care and public health. *Prim. health care res. & dev.* 2012; 13(4): 327-346.
33. Csete J. et al. Public health and international drug policy. *Lancet (London, England).* 2016; 387(10026), 1427-1480.
34. Trapé TL, Campos RO. The mental health care model in Brazil: analyses of the funding, governance processes, and mechanisms of assessment. *Revista de saude publica.* 2017; 51(0): 19.
35. Sacardo DP, Noronha GN, Neves HN, Alves YM. Promoção da saúde na metrópole com foco na intersetorialidade e sustentabilidade. *Tempus Actas de Saúde Coletiva.* 2016. Available at: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1568>
36. Jones J, Barry MM. Exploring the relationship between synergy and partnership functioning factors in health promotion partnerships. *Health Promot. Int.* 2011; 26(4): 408-420.
37. Weiss ES, Anderson RM, Lasker RD. Making the most of collaboration: exploring the relationship between partnership synergy and partnership functioning. *Health education and behavior: the official publication of the Society for Public Health Education.* 2002; 29(6): 683-698.

Abstract

Introduction: Studying highly vulnerable areas is challenging, but it can support intersectoral actions to tackle the social inequalities prevalent therein.

Objective: This research explores the relationship between the central constituents of intersectoral collaborations and the positive results of intersectoral actions in areas of high social vulnerability in São Paulo, Brazil. It also analyzes the perception of professionals in basic health units (BHU) regarding the results related to those actions.

Methods: This study employed methodological triangulation and the mixed method sequential explanatory strategy. First, we applied an online form validated by face and content for BHU managers. Then, we used the SPSS Statistics software to perform nonparametric tests. Statistical significance was set at $p < 0.05$, and 95% confidence intervals and phi coefficients were calculated. After identifying the units that carried out intersectoral actions with different partners, we conducted focus groups in four of them with 26 health professionals until saturation. Finally, we integrated quantitative and qualitative data.

Results: The bivariate analysis showed that the creation of healthy habits and environmental improvements were associated with the central components of intersectoral partnerships. The content analysis presented steps to elaborate the actions and arrive at the results from the central elements. Integration of the results explained how the results related to the actions were elaborated, considering the central elements of the collaborative processes.

Conclusions: Partners negotiate with patients or communities to adhere to the care provided through the collaborative process. However, they recognized that they needed to evaluate the proposed actions regularly.

Keywords: Intersectoral collaboration, primary health care, poverty, mixed method.

©The authors (2022), this article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons license, and indicate if changes were made. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated.