

Revisão Rápida



Organização intersetorial em sistemas públicos universais de saúde

Quais são os arranjos (componentes) intersetoriais da
organização dos sistemas públicos universais de saúde?

17 de outubro de 2022

Preparada para:

Departamento de Promoção da Saúde
(DEPROS/SAPS/MS), Brasília, DF

Preparada por:

Fiocruz Brasília, Brasília, DF
Instituto de Saúde de São Paulo, São Paulo, SP

Elaboração:

Fernando Meirinho Domene
Jessica De Lucca Da Silva
Tereza Setsuko Toma

Coordenação: Jorge Otávio Maia Barreto

Sumário

1. Contexto.....	4
2. Pergunta de pesquisa.....	4
3. Métodos.....	5
3.1 Critérios de inclusão e exclusão.....	5
3.2 Bases de dados e estratégias de busca.....	5
3.3 Atalhos para a revisão rápida.....	5
3.4 Extração e análise dos dados.....	5
4. Evidências.....	5
5. Síntese das evidências.....	7
5.1. Componentes e arranjos intersetoriais no sistema de saúde do Canadá.....	7
5.1.1 Barreiras e facilitadores à parceria multissetorial.....	7
5.1.2 Avaliação de impacto na saúde no processo de planejamento urbano.....	9
5.1.3 Prontidão escolar das crianças de Montreal.....	12
5.1.4 Alinhamento da política municipal de sustentabilidade social com os determinantes da saúde.....	14
5.1.5 Iniciativa de Pediatria Social em Vancouver.....	20
5.2. Componentes e arranjos intersetoriais do sistema de saúde de Cuba.....	21
5.3. Componentes e arranjos intersetoriais do sistema de saúde da Dinamarca.....	23
5.3.1 Implementação de ações intersetoriais para a saúde em municípios dinamarqueses.....	23
5.3.2 Implementação de ações intersetoriais em município dinamarquês de médio porte.....	26
5.4. Componentes e arranjos intersetoriais do sistema de saúde da Espanha.....	28
5.5. Componentes e arranjos intersetoriais dos sistemas de saúde de países da Europa.....	31
6. Considerações finais.....	34
7. Referências.....	38
Apêndices.....	41



Resumo executivo

Contexto

A intersectorialidade é definida como a participação de diversos setores visando a solução de problemas complexos de forma multidimensional, por meio do reconhecimento de questões comuns que integrem ações. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) adota como um dos princípios da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) a intersectorialidade.

Impactos positivos e negativos no processo saúde-doença podem advir de políticas de diferentes setores, que tradicionalmente não estão relacionadas à condição de saúde, mas são fundamentais para os determinantes da saúde.

Considerando as evidências sobre a relevância da intersectorialidade torna-se essencial o fortalecimento do sistema de saúde por meio de sua união e colaboração com diversos setores.

Pergunta

Quais são os arranjos (componentes) intersectoriais da organização dos Sistemas Públicos Universais de Saúde?

Métodos

A busca de estudos foi realizada em julho de 2022 na plataforma *Dimensions*. Foram incluídos estudos, publicados em português, inglês e espanhol, sem limite de data de publicação. Para a seleção dos estudos foram considerados os países com sistema de saúde universal financiado pelo governo. O processo de seleção dos estudos foi realizado em duplicidade, de forma independente. Não foi realizada avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos. A extração dos dados foi realizada por um dos revisores.

Resultados

De 561 registros recuperados da base de dados, após a leitura de títulos e resumos, 16 relatos elegíveis foram lidos na íntegra, além de mais 4 estudos identificados por meio de busca manual. Ao final do processo de seleção, 10 relatos foram incluídos.

Canadá: Cinco estudos abordam componentes e arranjos intersectoriais canadenses, entre os quais: facilitadores e barreiras à parceria multissetorial; avaliação de impacto na saúde do processo de planejamento urbano; prontidão escolar das crianças de Montreal; alinhamento da política municipal de sustentabilidade social com os determinantes da saúde; iniciativa de pediatria social em Vancouver.

Cuba: Um estudo relata alguns resultados e desafios da saúde pública em Cuba como expressão da saúde nas políticas sociais. As ações intersectoriais envolveram os seguintes setores: educação, agricultura, infraestrutura rodoviária, água, comunicações, cultura, esportes e recreação, ciência, tecnologia, meio ambiente, habitação, transporte, organizações políticas, organizações da sociedade civil, cidadãos em geral e setor da saúde.

Dinamarca: Dois estudos analisam os componentes e arranjos intersectoriais no sistema de saúde dinamarquês. Um estudo exploratório de abordagem qualitativa destaca que para cumprir as expectativas propostas pela reforma do sistema de saúde, muitos municípios do país estabeleceram estruturas de governança intersectoriais e garantiram um mandato geral para a saúde nas estratégias e políticas municipais. Um estudo etnográfico aborda as características das políticas intersectoriais em um município de médio porte. Desde a reforma da saúde, o município iniciou várias intervenções de promoção e prevenção da saúde e experimentou custos crescentes relacionados a doenças não transmissíveis e mudanças demográficas de uma população envelhecida, bem como desigualdades sociais em saúde.

Espanha: Um estudo aborda os componentes e arranjos intersectoriais no sistema de saúde espanhol com o objetivo de divulgar a implementação local da Estratégia de Promoção e Prevenção da Saúde. As ações intersectoriais envolveram os seguintes setores: saúde, educação, assistência social, transporte, planejamento urbano, esportes e meio ambiente.

Europa (Dinamarca, Espanha, Finlândia, Itália, Malta e Portugal): Um estudo de caso de métodos mistos descreve os resultados da ação conjunta CHRODIS-PLUS, que visa apoiar os países europeus a melhorar a prevenção de doenças crônicas e a gestão, por meio da implementação de abordagens inovadoras que provaram ser bem-sucedidas em outros países. Com relação à Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças, os parceiros identificaram vinte intervenções que envolveram colaboração intersectorial dentro e fora da saúde. Algumas intervenções visavam pessoas de diferentes faixas etárias e/ou seus cuidadores; muitas intervenções abrangiam grupos vulneráveis ou minoritários, como pessoas com baixo nível socioeconômico, imigrantes, indivíduos com baixa alfabetização em saúde e aqueles com alto risco de saúde. Para atingir as populações-alvo, as intervenções geralmente visavam diferentes grupos de profissionais, como empregadores, educadores, profissionais de saúde e sociais e formuladores de políticas

Considerações finais

Os estudos incluídos nesta revisão rápida apresentam os caminhos e resultados de experiências de alguns países com sistema de saúde público universal na implementação de ações colaborativas intersectoriais. Alguns aspectos relevantes a considerar incluem a elaboração conjunta de um plano de implementação, garantia de financiamento para manter a intervenção por um período suficiente, comunicação adequada, pessoal habilitado e confiança mútua entre os parceiros.

1. Contexto

A intersectorialidade é definida como a participação de diversos setores visando a solução de problemas complexos de forma multidimensional, por meio do reconhecimento de questões comuns que integrem ações. ¹ No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) adota como um dos princípios da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) a intersectorialidade, definida no Art. 4º da portaria desta política como "processo de articulação de saberes, potencialidades e experiências de sujeitos, grupos e setores na construção de intervenções compartilhadas, estabelecendo vínculos, corresponsabilidade e cogestão para objetivos comuns". ²

É possível promover saúde atuando sobre os determinantes que influenciam e condicionam sua realização. Desse modo, a promoção da saúde indica o desenvolvimento social como um dever e responsabilidade dos governos compartilhada por todos os setores da sociedade, sendo sua concretização uma prioridade fundamental das políticas e programas de todas as esferas. ³

Impactos positivos e negativos no processo saúde-doença podem advir de políticas de diferentes setores, como de assistência social, planejamento territorial, transporte, economia, meio ambiente, reduzindo ou agravando as desigualdades em saúde da população. Essas áreas tradicionalmente não estão relacionadas à condição de saúde, mas são fundamentais para os determinantes da saúde. ⁴

Segundo Mendonça e Lanza (2021), a forma ampliada de ver a saúde como um fenômeno de múltiplas determinações exigiu a transformação dos serviços de saúde em direção à integralidade no cuidado e à "constituição de uma rede de práticas intersectoriais" (p. 156). ⁵ Considerando as evidências sobre essa relevância da intersectorialidade torna-se essencial o fortalecimento do sistema de saúde por meio de sua união e colaboração com diversos setores. ⁵

2. Pergunta de pesquisa

Quais são os arranjos (componentes) intersectoriais da organização dos sistemas públicos universais de saúde?

Quadro 1. Acrônimo PCC de acordo com a pergunta de interesse.

P Problema	Organização intersectorial
C Conceito	Componentes e arranjos intersectoriais
C Contexto	Sistemas públicos universais de saúde

3. Métodos

Um protocolo de pesquisa foi elaborado previamente e submetido ao Departamento de Promoção da Saúde (DEPROS/SAPS/MS).

3.1 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos estudos, publicados em português, inglês e espanhol, sem limite de data de publicação. Para a seleção foram considerados os seguintes países com sistema de saúde universal financiado pelo governo: África do Sul, Arábia Saudita, Austrália, Bahrein, Butão, Botsuana, Brasil, Brunei, Canadá, Coreia do Norte, Cuba, Dinamarca, Espanha, Finlândia, Geórgia, Grécia, Islândia, Irlanda, Itália, Kuwait, Malásia, Maldivas, Malta, Nova Zelândia, Noruega, Omã, Portugal, Reino Unido, San Marino, Sri Lanka, Suécia, Taiwan, Trindade e Tobago, Ucrânia (https://en.wikipedia.org/wiki/Health_care_systems_by_country)⁶.

3.2 Bases de dados e estratégias de busca

A busca de estudos foi realizada por meio do Web App da plataforma *Dimensions*, que disponibiliza uma coleta de dados vinculados em uma única plataforma, oferecendo um cenário de pesquisa mais abrangente.⁷ O Apêndice 1 apresenta os termos utilizados e o resultado da busca.

3.3 Atalhos para a revisão rápida

Nesta revisão rápida, apenas o processo de seleção dos estudos foi realizado em duplicidade, de forma independente.⁸ Este processo foi realizado por meio do aplicativo para gerenciamento de referências *Rayyan* QCRI.⁹ As divergências foram resolvidas por consenso ou por um terceiro revisor. Não foi realizada avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos.

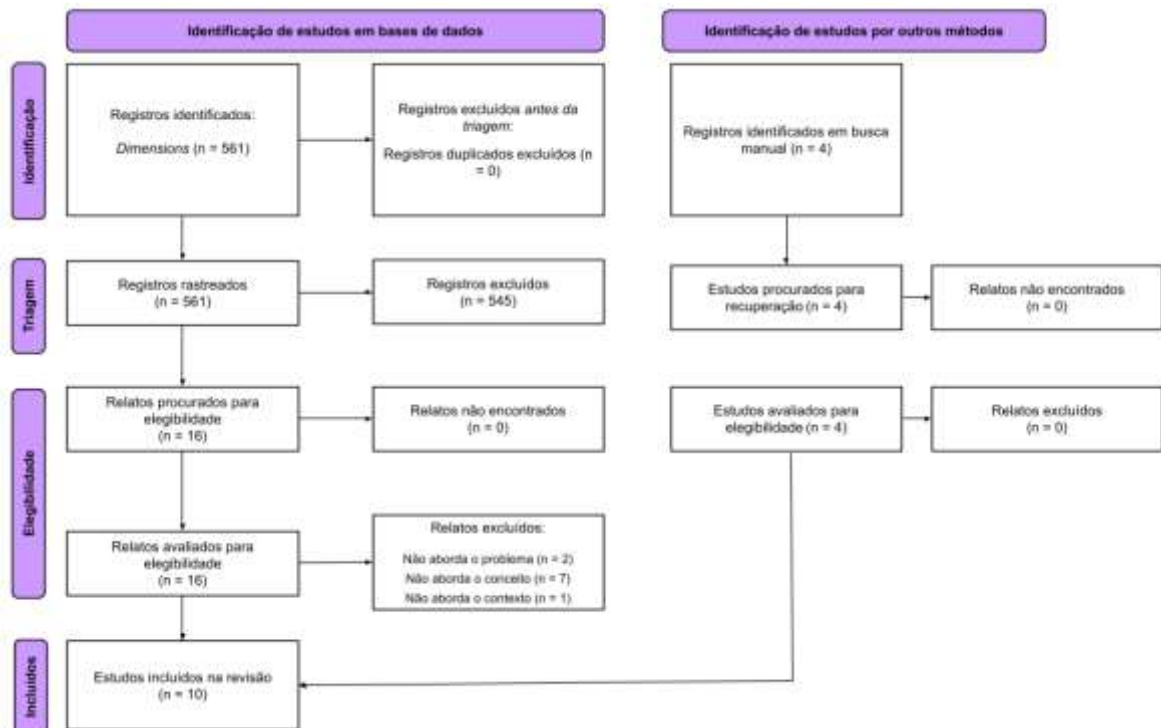
3.4 Extração e análise dos dados

Os seguintes dados foram extraídos em planilha eletrônica: autoria, ano, objetivo do estudo, métodos utilizados, cidade e país do estudo, características da organização intersectorial, principais resultados, limitações do estudo, conclusões, conflitos de interesses e financiamento.

4. Evidências

Os títulos e resumos dos 561 registros recuperados da base de dados *Dimensions* foram avaliados. Após exclusões, 16 relatos elegíveis foram lidos na íntegra. Outros quatro estudos foram identificados por meio de busca manual. Dez relatos foram excluídos por não atenderem aos critérios desta revisão rápida (Apêndice 2), e 10 foram incluídos (Figura 1).

Figura 1. Fluxograma do processo de seleção de estudos



Fonte: Adaptado da recomendação PRISMA 2020.¹⁰ Tradução livre dos autores.

5. Síntese das evidências

Esta revisão rápida apresenta dez estudos ¹¹⁻²⁰ que abordam arranjos e componentes intersectoriais presentes na organização dos sistemas de saúde dos seguintes países: Canadá ^{11,13,16-18}, Cuba ²⁰, Dinamarca ^{14,15}, Espanha ¹⁹ e União Europeia ¹² (Dinamarca, Espanha, Finlândia, Itália, Malta e Portugal).

Os seguintes setores e ações foram citados nos estudos: sistemas alimentares, desenvolvimento urbano e transporte ativo ¹¹, planejamento urbano ¹³, setores de saúde e outros setores, representando principalmente a burocracia de nível superior e médio ¹⁵, serviços de primeira infância ¹⁶, promoção da saúde e sustentabilidade social ¹⁷, equipe clínica contratada pelo centro pediátrico provincial e organizações comunitárias ¹⁸, educação, agricultura, infraestrutura rodoviária, água, comunicações, cultura, esportes e recreação, ciência, tecnologia, meio ambiente, habitação, transporte, organizações políticas, organizações da sociedade civil, cidadãos em geral e setor da saúde ²⁰ e saúde, educação, assistência social, transporte, planejamento urbano, esportes e meio ambiente ¹⁹. Dois estudos não especificaram os setores que participaram das ações abordadas ^{12,14}.

Os resultados e características dos componentes intersectoriais são apresentados nos quadros a seguir de acordo com o respectivo país. As características gerais extraídas dos dez estudos incluídos são apresentadas no Apêndice 3.

5.1. Componentes e arranjos intersectoriais no sistema de saúde do Canadá

Cinco estudos abordam componentes e arranjos intersectoriais canadenses, entre os quais: Facilitadores e barreiras à parceria multisectorial ¹¹; Avaliação de impacto na saúde do processo de planejamento urbano ¹³; Prontidão escolar das crianças de Montreal ¹⁶; Alinhamento da política municipal de sustentabilidade social com os determinantes da saúde ¹⁷; Iniciativa de pediatria social ¹⁸.

5.1.1 Barreiras e facilitadores à parceria multisectorial

Alhassan e colaboradores (2022) avaliaram facilitadores e barreiras à parceria multisectorial, em um centro urbano canadense, com foco em transporte ativo, desenvolvimento urbano e sistemas alimentares ¹¹.

Transporte ativo: em 2015, foi criado de um plano de promoção do transporte ativo com várias partes interessadas da cidade, organizações de saúde e outras não relacionadas à saúde. Esse plano teve como objetivos aumentar a caminhada e o ciclismo, melhorar as viagens seguras e construir uma cultura de transporte ativo na cidade. A meta era a concretização desses objetivos dentro de quatro décadas.

Desenvolvimento urbano: em 2011 foi formada uma parceria com o distrito de melhoria de negócios, as organizações comunitárias e outros parceiros locais. Um distrito de melhoria de negócios é uma área definida dentro da qual as empresas são obrigadas a pagar um imposto adicional para financiar projetos dentro de seus limites territoriais²¹. O trabalho dessa parceria se concentrou na melhoria das instalações públicas, manutenção e interconexão em três bairros principais, com a finalidade de melhorar a recreação, a liderança ambiental e o crescimento estratégico nessas áreas.

Sistemas alimentares: em 2012, houve engajamento de doze parceiros, incluindo organizações de saúde, pesquisadores e organizações comunitárias, com vistas a enriquecer a cultura alimentar da cidade e melhorar a nutrição e a economia alimentar local, minimizando a pegada ecológica. A pegada ecológica se refere ao impacto das atividades humanas, medido em termos de área de terra biologicamente produtiva e água necessária para produzir os bens consumidos e assimilar os resíduos gerados²². A parceria criou um plano de sistema alimentar em 2013, sem prazo específico para a conclusão de seus trabalhos.

Esse estudo de caso qualitativo apresentou quatro componentes relacionando-os aos facilitadores e barreiras da colaboração multisectorial: i) Agenda e alinhamento de metas; ii) Tipos de parceiros; iii) Qualidade das relações de parceria; iv) Fatores externos (Quadro 2).

Quadro 2. Barreiras e facilitadores na parceria multisectorial.

Barreiras	Facilitadores
Agenda e alinhamento de metas	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Diferenças de objetivos ou prioridades dos parceiros. ➤ Desalinhamento de metas. ➤ Diferenças ideológicas. ➤ Diferenças de prioridade. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Alinhamento dos objetivos, metas e agenda dos parceiros. ➤ Alinhamento é uma das motivações fundamentais para o engajamento na parceria multisectorial. ➤ Construção social do alinhamento.
Tipos de parceiros	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dinâmica em torno dos componentes de uma parceria e como os membros se relacionam. ➤ Membros poderosos e assimetrias de poder podem às vezes ser uma barreira. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Certos parceiros aumentam as percepções de legitimidade. ➤ Organizações representadas por “figurões”. ➤ Presença de <i>Medical Health Officers</i> devido ao seu nível de influência.
Qualidade das relações de parceria	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conflitos, níveis de informalidade na operação da parceria, grau de liderança e responsabilidade pelos objetivos, atividades e interesses da parceria. ➤ Na ausência de relações formalizadas ou 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sentimentos de reciprocidade e relacionamentos positivos entre os membros. ➤ Histórias de colaboração anterior, compromisso e confiança existentes. ➤ Os relacionamentos são importantes na

<p>memorandos de entendimento, torna-se difícil colaborar efetivamente, em especial onde municípios e autoridades de saúde operam separadamente.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Capacidade do parceiro, rotatividade e dinâmica de poder. ➤ Falta de representação de algumas comunidades na mesa. 	<p>ausência de acordos formais.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Cordialidade, polidez e algum nível de informalidade.
Fatores externos	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Austeridade do governo provincial. ➤ Barreiras diretas de recursos ou austeridade que reduzem a capacidade de alguns parceiros de manter representantes no trabalho de parceria. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Oportunidades inesperadas de financiamento, apoio de grupos comunitários. ➤ Mudanças de paradigma e sentimento de que está começando a popularizar viagens ativas e consumo de alimentos locais.

5.1.2 Avaliação de impacto na saúde no processo de planeamento urbano

Gamache e colaboradores (2020) descrevem a implementação da avaliação de impacto na saúde (AIS) no processo de planeamento urbano da cidade de Quebec, considerando uma forte colaboração intersectorial em benefício da saúde da população e da equidade em saúde. ¹³

A AIS é definida pela OMS como “uma combinação de procedimentos, métodos e ferramentas pelos quais uma política, programa ou projeto podem ser julgados quanto aos seus efeitos potenciais sobre a saúde de uma população e a distribuição desses efeitos na população” (p. 11) ²³. O procedimento da AIS consiste em cinco etapas: i) Triagem para decidir se uma AIS é ou não necessária; ii) Escopo para planejar como a AIS será feita; iii) Avaliação para estimar os impactos na saúde; iv) Relatório com recomendações para minimizar os impactos negativos e maximizar os impactos positivos na saúde; v) Monitoramento e avaliação para o acompanhamento da implementação das mudanças propostas.

A partir de 2011, um profissional de saúde pública foi responsável por encontrar projetos que poderiam se beneficiar com a AIS. Seu papel, como mediador de conhecimento, permitiu a criação de novas colaborações entre os atores locais e regionais e o apoio dos municípios por meio de um processo de troca de conhecimento. Nesse contexto, várias AIS estão sendo realizadas em parceria com os municípios e com o apoio do Ministério da Saúde e Serviços Sociais de Quebec e do Instituto Nacional de Saúde Pública de Quebec.

O Quadro 3 apresenta os componentes identificados para a colaboração intersectorial proposta em Quebec: i) Arranjos institucionais e desafios de implementação da AIS; ii) Abordagem para integrar a AIS no planeamento urbano; iii) Coleta e avaliação de dados; iv) Características emergentes percebidas pelos participantes.

Quadro 3. Componentes para a colaboração intersetorial no planejamento urbano de Quebec.

Arranjos institucionais e desafios de implementação da AIS
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Novo curso com o objetivo de ensinar conceitos e ferramentas de saúde pública para futuros planejadores urbanos, com uma dimensão prática. ➤ Possibilidade de usar a AIS em um projeto do Departamento de Segurança Civil do município que buscava novas formas de melhorar a qualidade de vida dos cidadãos. ➤ O projeto de bairro verde, que pretendia criar um novo bairro com respeito aos princípios do desenvolvimento sustentável, permitiu a primeira experiência de AIS. O Departamento de Planejamento Urbano e a Autoridade Regional de Saúde Pública foram convidados a colaborar. A falta de experiência coletiva restringiu a eficácia da iniciativa AIS e fez com que o projeto ficasse mais de dois anos defasado. Durante os anos de 2014-2015, foi solicitado um grupo maior de interessados, incluindo vários profissionais dos serviços de saúde da comunidade local. Um relatório de AIS foi apresentado às partes interessadas, sendo que a maioria das recomendações foi considerada adequada e as partes interessadas de todas as instituições reconheceram unanimemente a sua utilidade. Esta experiência positiva convenceu o diretor do Departamento de Segurança Civil do município a apoiar outras AIS para projetos de planejamento urbano durante um período adicional de dois anos. Este apoio político e financeiro reforçou a colaboração intersetorial informal que se iniciou.
Abordagem para integrar a AIS no planejamento urbano
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Esta primeira experiência interinstitucional usando AIS resultou na criação de um grupo informal de partes interessadas: o Comitê Diretivo da Cidade de Quebec sobre AIS. ➤ Este Comitê era composto por membros da Administração da Cidade de Quebec, Autoridade Regional de Saúde Pública, <i>Vivre en Ville</i> e <i>National Collaborating Centre for Healthy Public Policy</i> que decidiam quais projetos deveriam ser conduzidos. Uma equipe de análise incluiu acadêmicos da <i>Laval University</i> e da <i>Développement Santé</i>, um grupo de consultores do setor privado. ➤ O Comitê tinha a responsabilidade de escolher os projetos e delegar um profissional competente de sua organização para contribuir com o grupo de trabalho. ➤ As tarefas do grupo de trabalho eram fornecer informações detalhadas sobre o projeto, ajudar a equipe de análise a reunir os dados necessários, descrever informações úteis sobre o contexto físico, social, cultural e econômico local, completar os resultados da análise e validar a pertinência das recomendações formuladas. ➤ Após sete anos, o Comitê Diretivo liderou dez AIS que foram concluídas em duas escalas diferentes (bairro e nível do quarteirão). Todos os projetos urbanos receberam recomendações claras, viáveis e adaptadas. ➤ Alguns determinantes de saúde foram avaliados em todas as AIS: qualidade do ar, capital social, acessibilidade a espaços verdes, caminhabilidade nas ruas e moradia.
Coleta e avaliação de dados
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Análise de dados locais com ferramentas (estatística descritiva, modelos, Sistema de Informações Geográficas) e dados (relatórios de consultas aos cidadãos, informações fornecidas pelo município, ou seja, documentação de infraestrutura e uso do solo do projeto). ➤ Conhecimento científico (revisão da literatura dos efeitos dos elementos urbanos sobre os determinantes da saúde) e dados (consulta de relatórios de AIS semelhantes). ➤ Avaliação dos elementos urbanos dos projetos que podem afetar a saúde; avaliação do tipo e da

intensidade dos impactos na saúde.

- Um relatório de AIS produzido pela equipe de análise, com a contribuição do grupo de trabalho, foi apresentado ao Comitê Diretivo, incluindo os seguintes aspectos: resumo do projeto, descrição da situação inicial, descrição dos efeitos potenciais das intervenções planejadas sobre os determinantes da saúde (por exemplo, caminhada na rua, atividade física), síntese da literatura científica sobre o impacto conhecido desses determinantes na saúde humana, lista de recomendações específicas para cada um dos objetivos do projeto.

Características emergentes percebidas pelos participantes

- As partes interessadas de todas as instituições forneceram feedback após seu envolvimento no processo de AIS.
- Os administradores de Comitê aceitaram a implementação da AIS em um projeto piloto por duas razões: foi proposta por um acadêmico independente que não tinha restrições políticas e podia trabalhar de acordo com compromissos de confidencialidade; a saúde não era o objetivo final do projeto, mas sim um recurso essencial para melhorar a qualidade de vida dos cidadãos.
- Os planejadores urbanos relataram que a AIS trouxe muitas informações novas e relevantes sobre o impacto de seu trabalho em questões de saúde pública e foi percebida como muito útil no cumprimento de suas responsabilidades. Eles usaram as informações da literatura científica e as observações de campo fornecidas pela equipe analítica para convencer outros planejadores urbanos dentro de seu próprio departamento a mudar várias escolhas que geralmente eram feitas sem uma justificativa clara. Alguns deles também propuseram que a AIS pudesse ser introduzida um pouco mais cedo no processo de planejamento urbano para usar os resultados da AIS em consultas públicas.
- As partes interessadas da Autoridade Regional de Saúde Pública e os trabalhadores comunitários apreciaram particularmente trabalhar com os planejadores urbanos em um projeto positivo. Enquanto muitos deles inicialmente viram a AIS como uma poderosa ferramenta de advocacia para fazer valer os interesses da saúde pública, aqueles que participaram reconheceram que a colaboração mais direta com os planejadores urbanos permitiu uma melhor compreensão de suas responsabilidades e preocupações.
- Colaborações intersectoriais regulares contribuíram para o desenvolvimento de uma linguagem comum entre as instituições, o que facilitou sua cooperação em outros projetos.
- O envolvimento dos profissionais da *Vivre en Ville* em vários processos de AIS mostrou-lhes uma ferramenta potencial para a promoção de iniciativas sustentáveis.
- O envolvimento de um grupo interdisciplinar de alunos de mestrado foi muito valorizado, não só porque ajudou a unir interesses de saúde pública e planejamento urbano, mas também porque contribuiu para a preparação da próxima geração de urbanistas para trabalhar na interface de ambas as instituições.
- Um dos promotores do setor privado utilizou diretamente o relatório AIS como instrumento de negociação com um ministério provincial para facilitar a implementação do projeto e mostrar respeito pelas normas ambientais.

5.1.3 Prontidão escolar das crianças de Montreal

Laurin e colaboradores (2015) documentaram os processos pelos quais a Pesquisa de Prontidão Escolar das Crianças de Montreal promoveu a mobilização de atores em todos os distritos da cidade. O estudo documenta a cadeia de eventos no processo de tomada de decisão coletiva que promoveu a apropriação dos resultados da pesquisa e a mobilização dos atores, bem como os efeitos contínuos na ação intersectorial e na organização de serviços em Montreal quatro anos depois ¹⁶.

Início da pesquisa: Foram organizadas reuniões com os conselhos escolares para angariar a sua colaboração na recolha de dados e com as principais partes interessadas da primeira infância em cada um dos doze Centros de Saúde e Serviços Sociais de Montreal para informá-los sobre os objetivos da pesquisa e os esforços de mobilização; foram definidas novas divisões em Montreal em 101 bairros; foram coletados dados de educadores; uma série de relatórios apresentando um retrato da prontidão escolar de crianças de Montreal foi produzida e divulgada.

Cúpulas locais: As partes interessadas envolvidas realizaram doze cúpulas locais, cada uma com mais de 100 pessoas; o intercâmbio promoveu uma interpretação compartilhada da situação, levando à identificação de vários desafios e caminhos para soluções em relação ao desenvolvimento de recursos, organização de serviços e formas de trabalhar com crianças e famílias; foram produzidos doze relatórios de síntese sobre as discussões realizadas durante as cúpulas; foram definidas três prioridades de ação para cada território.

Cúpula de Montreal: Com as partes interessadas envolvidas foram realizados dois dias temáticos (o papel dos pais e as características distintivas de Montreal) que trouxeram à tona questões específicas antes das cúpulas locais; análises iterativas de informações emergentes de cúpulas locais foram conduzidas; foi realizada a Cúpula de Montreal que promoveu as três prioridades estabelecidas.

Visão geral do processo: A parte interessada divulgou um documento de síntese descrevendo as principais preocupações expressas pela maioria dos parceiros ao longo da iniciativa das cúpulas; um vídeo dos destaques da Cúpula de Montreal sobre prontidão escolar também foi divulgado.

O Quadro 4 apresenta os principais componentes intersectoriais e seus resultados.

Quadro 4. Componentes e arranjos intersetoriais da Cúpula de Montreal sobre Prontidão Escolar.

A transformação dos resultados da pesquisa em uma importante questão social
<p>Publicação dos resultados da Pesquisa de Prontidão Escolar das Crianças de Montreal: constatou-se que 35% das crianças de Montreal eram vulneráveis em pelo menos uma área de desenvolvimento quando começaram a escola; apelou-se à cooperação entre os diversos atores envolvidos na preparação das crianças para a escola (redes de serviços de saúde, educação e creches, grupos comunitários, Prefeitura e grupos filantrópicos). Ao final das doze cúpulas locais seria realizado um evento regional ao qual todos os atores infantis seriam convidados.</p> <p>Envolvimento de parceiros intersetoriais regionais no processo de cúpulas: o Departamento de Saúde Pública da Agência de Serviços Sociais e de Saúde de Montreal convocou seus parceiros regionais, sendo criado um órgão colaborativo intersetorial regional que reuniu parceiros da rede de atenção à saúde, educação, creches, organizações comunitárias e beneficentes e do Ministério da Imigração. O mandato incluiu o apoio ao processo da cúpula, bem como a propriedade dos dados da pesquisa, de modo a refletir sobre as questões levantadas pelos pesquisadores em seu relatório, tais como, acessibilidade e qualidade dos serviços de creche e jardim de infância para crianças de quatro anos; capacidade das políticas e programas públicos de tirar as famílias da pobreza e reduzir as desigualdades sociais; e ações convergentes e complementares.</p> <p>Criação do Fundo para o Desenvolvimento da Primeira Infância: o Governo de Quebec criou o Fundo em parceria com uma fundação privada.</p> <p>Dias temáticos e discussões de preparação para as cúpulas: Dois dias temáticos foram organizados, um dedicado ao papel dos pais no desenvolvimento de serviços e o outro à diversidade étnica, mobilidade populacional e pobreza. Um dia de discussão reservado exclusivamente aos membros do Comitê permitiu aos representantes do Ministério da Família e do Ministério da Educação apresentarem os seus programas e sínteses dos serviços prestados. Esses dias de discussão levaram à criação de grupos de trabalho para explorar com mais detalhes alguns tópicos em preparação para a cúpula regional.</p> <p>Apoio para a organização de cúpulas locais: Houve apoio financeiro aos doze Centros de Saúde e Serviços Sociais, sendo produzido um guia para a organização dos eventos. Para ajudar os atores a assimilar os dados, os pesquisadores disponibilizaram relatórios detalhados por conselho escolar, escola, centros de saúde e bairro; um mapa dos programas públicos da primeira infância nos territórios locais; e um quadro-resumo de prontidão escolar e índices socioeconômicos por territórios e bairros.</p> <p>Cúpulas locais: Doze cúpulas locais foram realizadas ao longo de dez meses e reuniram aproximadamente 100 pessoas cada. Os pesquisadores apresentaram os dados da pesquisa, bem como os problemas que identificaram. Todos ofereceram uma forma de reflexividade coletiva por meio de oficinas de discussão.</p> <p>Preparação e realização da cúpula de Montreal: Essa cúpula foi um evento regional que encerrou o processo após dez meses de mobilização local contínua. A Cúpula de Montreal de maio de 2009 reuniu uma variedade de atores. Um relatório foi produzido, com uma análise que vinculou questões e soluções relacionadas à prontidão escolar. A sua primeira prioridade foi sublinhar a necessidade de atuar sobre as condições de vida das famílias e a necessidade de respeitar o fato de algumas famílias desejarem primeiro obter apoio para satisfazer as suas necessidades básicas. Apoiou a adoção de abordagens de não culpabilização dos pais, orientadas para a criação de oportunidades para as famílias se unirem. Finalmente, enfatizou fortemente a urgência de estabelecer vínculos formais entre os recursos da primeira infância e as escolas.</p>

Desenvolvendo uma solução com base em serviços para a primeira infância na comunidade

Redes de atores regionais e locais após a cúpula: Nos dois anos seguintes à cúpula regional, os quatorze membros do Comitê criaram uma coordenação para garantir a liderança compartilhada. O Comitê fez alterações em sua composição para consolidar sua parceria com outros órgãos colaborativos regionais, especialmente aqueles com foco na retenção de alunos e sucesso acadêmico.

Resultados da iniciativa de Pesquisa e Cúpula para Organização de Serviços: Os atores identificaram vários avanços nos quais as contribuições feitas pela pesquisa e pela Iniciativa da Cúpula foram aparentes. Criou-se o Fundo para o Desenvolvimento da Primeira Infância pelo Governo de Quebec como parte de uma parceria público-filantrópica. O Ministério da Educação lançou suas estratégias para o sucesso escolar dos alunos, que incluíam ações de pré-escola envolvendo a rede de educação infantil. Em nível regional, os setores de saúde, puericultura, municipal e filantrópico introduziram recursos adicionais, utilizando dados de pesquisa para melhor direcionar os territórios em que deveriam ser implementados. Alguns dos resultados tomaram a forma de iniciativas sobre linguagem infantil, desenvolvimento motor e social. Outros foram de natureza mais geral, como a criação de espaços adicionais de creche, oficinas pais-filhos, uma creche temporária, apoio aos recém-chegados, acesso a uma taxa reduzida para atividades geridas pela cidade e o estabelecimento de uma extensão familiar centro ou serviços sociais de pediatria. Os programas de alfabetização precoce foram implementados como produto de um programa de alfabetização emergente do Ministério da Educação e o claro compromisso das bibliotecas com a programação externa.

5.1.4 Alinhamento da política municipal de sustentabilidade social com os determinantes da saúde

Littlejohns e Smith (2014) tiveram como objetivo identificar possíveis fundamentos para a colaboração intersetorial por meio de uma análise de documentos municipais de sustentabilidade social de seis municípios canadenses ¹⁷.

O estudo descritivo e exploratório analisou aspectos intersetoriais que se relacionam a saúde: i) Renda e status social, ii) Rede de apoio social; iii) Educação e alfabetização; iv) Emprego e condições de trabalho; v) Ambiente social; vi) Ambientes físicos; vii) Práticas de saúde pessoal e habilidades de enfrentamento; viii) Desenvolvimento infantil saudável; ix) Serviços de saúde; x) Cultura; e xi) Gênero. O estudo também analisou aspectos intersetoriais que auxiliam na promoção da saúde: i) Construir uma política pública saudável; ii) Criar ambientes de apoio; iii) Fortalecer a ação comunitária; iv) Desenvolver habilidades pessoais; e v) Reorientar os serviços de saúde. O quadro a seguir apresenta as características e resultados para cada um desses aspectos avaliados.

Quadro 5. Componentes e arranjos intersetoriais de políticas municipais de sustentabilidade social

Cidades analisadas
<ul style="list-style-type: none"> ● Calgary Calgary se tornou a maior cidade de Alberta, com uma população de aproximadamente 1 milhão e

uma rápida taxa de crescimento. Em essência, os documentos de Calgary expressam a visão de que a inclusão social é fundamental para ambientes sociais saudáveis e isso pode ser alcançado através da garantia de uma forte liderança compartilhada, participação dos membros da comunidade na tomada de decisões e aceitação da diversidade.

- **Edmonton**

A cidade de Edmonton é a capital de Alberta. O plano de Edmonton descreve a importância do ambiente social em termos de reunir pessoas diversas e inculcar conexão e agir para criar uma cidade mais inclusiva, aumentando a participação e construindo liderança.

- **Condado de Strathcona**

O condado de Strathcona é uma área predominantemente rural localizada imediatamente a leste da cidade de Edmonton. A estrutura política afirma que o papel do município é triplo: identificar problemas, desenvolver soluções locais para problemas locais e construir parcerias e relacionamentos entre os setores. Em resumo, o princípio orientador da inclusão social, juntamente com o forte foco no fortalecimento do capital social por meio da capacitação, são temas-chave na estrutura política.

- **Surrey**

Surrey tradicionalmente funciona como uma comunidade-dormitório para Vancouver. Em termos do determinante do ambiente social, o plano de Surrey enfatiza a importância da acessibilidade e inclusão social para todos. A capacitação da comunidade é fortemente articulada e, em conjunto com as principais declarações sobre inclusão social, é retratada uma imagem convincente do que é necessário para uma cidade saudável e socialmente sustentável.

- **Vancouver**

Vancouver é o maior município da Colúmbia Britânica. Suas estruturas de sustentabilidade social são reconhecidas como uma das primeiras tentativas de operacionalizar essas ideias em nível municipal. A inclusão social e a equidade são princípios por toda parte. A capacitação da comunidade é explicitamente identificada como um componente chave da sustentabilidade social.

- **Victoria**

Victoria é a capital da Colúmbia Britânica. As metas para a sustentabilidade social incluem forte envolvimento da comunidade e inclusão no processo democrático. Espera-se, portanto, que os processos de formulação de políticas sejam claros e transparentes. A necessidade de capacitação através da participação da comunidade em processos democráticos de tomada de decisão também é defendida.

Renda e status social

Calgary: A sustentabilidade social é vista como a exigência de renda suficiente para atender às necessidades básicas, como alimentação, moradia de qualidade a preços acessíveis, transporte, vestuário, assistência médica/odontológica, creche e atividades extracurriculares para crianças.

Edmonton: Busca reduzir as barreiras financeiras à habitação, transporte, bibliotecas, recreação, oportunidades sociais e de lazer.

Condado de Strathcona: Ações específicas em relação à habitação a preços acessíveis, segurança alimentar, uma política padrão de redução de impostos e um plano para idosos.

Surrey: Comunidade sustentável refere-se a necessidades básicas que devem ser atendidas, incluindo moradia, assistência médica, emprego, renda suficiente e segurança.

Vancouver: Reconhecimento da importância da renda auferida e programas de apoio à renda e especificamente a importância de um salário digno.

Victoria: Dispor de renda e acesso a serviços públicos suficientes para atender às necessidades básicas e viver com dignidade.

Rede de apoio social

<p>Calgary: As pessoas devem ter relacionamentos familiares e sociais positivos e desfrutar de relacionamentos familiares saudáveis e multigeracionais.</p> <p>Edmonton: A política não abordou este determinante da saúde.</p> <p>Condado de Strathcona: A conexão com a comunidade e o senso de comunidade é identificado como uma questão a ser abordada através das seguintes ações: voluntariado, escolas como centros comunitários e conhecimento das iniciativas de seus vizinhos.</p> <p>Surrey: A política não abordou este determinante da saúde.</p> <p>Vancouver: A política não abordou este determinante da saúde.</p> <p>Victoria: Capacidade humana como expressão de resiliência.</p>
<p>Educação e alfabetização</p>
<p>Calgary: Como crianças e jovens frequentam e são bem-sucedidos na escola; os adultos têm educação pós-secundária e habilidades para o trabalho, e as pessoas têm habilidades adequadas de alfabetização</p> <p>Edmonton: Incentivo à aprendizagem ao longo da vida, com referências ao sistema de ensino tradicional e sua possível relação com a sustentabilidade social.</p> <p>Condado de Strathcona: A política não abordou este determinante da saúde.</p> <p>Surrey: A alfabetização e a educação são importantes para a formação de cidadãos informados, engajados e empregados de forma significativa. Outros objetivos incluíam a promoção da educação pós-secundária local e a defesa do ensino de inglês como segunda língua.</p> <p>Vancouver: Importância de oportunidades formais e informais de aprendizagem ao longo da vida e educação pós-secundária acessível; oportunidades de aprendizagem culturalmente apropriadas.</p> <p>Victoria: Educação formal de alta qualidade e acessível está disponível para estudantes de todas as idades; oportunidades de aprendizagem ao longo da vida, culturalmente apropriadas para alunos de todas as idades e níveis de renda.</p>
<p>Emprego e condições de trabalho</p>
<p>Calgary: Em uma comunidade socialmente sustentável, os pais têm empregos de tempo integral com benefícios. Os jovens devem trabalhar menos de 20 horas por semana.</p> <p>Edmonton: Visão para uma comunidade economicamente sustentável.</p> <p>Condado de Strathcona: Preocupação com reduzir o estresse e abordar o equilíbrio trabalho-família.</p> <p>Surrey: Criar uma economia local que se baseie em vantagens naturais, com utilização da base terrestre e dos recursos humanos de forma eficiente para criar uma ampla gama de negócios bem localizados, que forneçam empregos e receita de impostos municipais.</p> <p>Vancouver: Menção explícita é feita à criatividade, ao desenvolvimento econômico comunitário e ao empreendedorismo.</p> <p>Victoria: Previsão de uma ampla gama de oportunidades de emprego em toda a cidade e região, proporcionando aos trabalhadores renda para sustentar suas famílias.</p>
<p>Ambientes sociais</p>
<p>Calgary: Comunidade residencial é acolhedora e apoia toda a diversidade da comunidade; crianças e jovens têm ambientes escolares e comunitários positivos e seguros.</p> <p>Edmonton: Fornecer serviços e programas nos bairros, comunidades e espaços da cidade para aproximar as pessoas; usar sua infraestrutura social e física para criar conexões; estimular conexões e facilitar a compreensão.</p> <p>Condado de Strathcona: Questões que precisam ser abordadas para melhorar o ambiente social incluem violência familiar e bullying, drogas e álcool.</p> <p>Surrey: Garantir acessibilidade e inclusão social para todos.</p>

<p>Vancouver: A inclusão social e a equidade são vistas como princípios norteadores que permeiam todas as discussões sobre sustentabilidade social. A cidade é incentivada a buscar um desenho urbano que crie oportunidades de interação entre vizinhos e cidadãos.</p> <p>Victoria: Declaração de que é um lugar onde todas as pessoas vêm para viver, trabalhar e se divertir, independentemente de idade, etnia, religião, cultura, renda, orientação sexual, capacidade e status familiar.</p>
<p>Ambientes físicos</p>
<p>Calgary: Abordagem sobre riscos ambientais em bairros ou perto deles, design do bairro e condições de moradia, facilidade de locomoção e o acesso a espaços verdes e recreativos de alta qualidade e segurança.</p> <p>Edmonton: Promoção do orgulho cívico, design atraente e integrando o transporte público com centros econômicos, sociais, residenciais e recreativos. Parques, espaços verdes e naturais como contribuição para o bem-estar dos cidadãos.</p> <p>Condado de Strathcona: Acesso ao transporte público e à mobilidade.</p> <p>Surrey: A cidade deve ter espaços verdes e áreas naturais que forneçam amortecedores à urbanização e suportem formas de recreação de baixo impacto.</p> <p>Vancouver: Proteger o caráter histórico do bairro. Reduzir a dependência do automóvel, promovendo alternativas para trânsito, ciclismo e pedestres.</p> <p>Victoria: Padrões de desenvolvimento compactos que usam a terra de forma eficiente. Biodiversidade no ambiente urbano, em florestas urbanas e espaços verdes públicos e privados.</p>
<p>Práticas de saúde pessoal e habilidades de enfrentamento</p>
<p>Calgary: Crianças e os jovens vivendo estilos de vida saudáveis e evitando comportamentos sexuais de risco. Pessoas com elevada auto-estima, senso de eficácia e senso de propósito.</p> <p>Edmonton: Celebrar e incentivar estilos de vida saudáveis e ter um setor esportivo diversificado e vibrante.</p> <p>Condado de Strathcona: Saúde e o bem-estar, com referência a questões como estresse, drogas e álcool.</p> <p>Surrey: Educação em saúde e atividades de prevenção e promoção do bem-estar.</p> <p>Vancouver: A política não abordou este determinante da saúde.</p> <p>Victoria: Rede de comodidades, instalações e programas relacionados à saúde para promover o bem-estar.</p>
<p>Desenvolvimento infantil saudável</p>
<p>Calgary: Parentalidade positiva (expectativas dos pais/aspirações pessoais; reduzir o uso não estruturado, não supervisionado, sedentário do tempo e a experiência de abuso/negligência). Educação infantil de qualidade e culturalmente responsiva.</p> <p>Edmonton: A política não abordou este determinante da saúde.</p> <p>Condado de Strathcona: Escolas como centros de prestação de serviços, atividades não estruturadas, orientação individualizada, acesso a recursos.</p> <p>Surrey: Programas de desenvolvimento da primeira infância e juventude para impedir efetivamente que os jovens entrem em contato com o sistema de justiça criminal.</p> <p>Vancouver: Promover cuidados infantis acessíveis e oportunidades de desenvolvimento na primeira infância.</p> <p>Victoria: A política não abordou este determinante da saúde.</p>
<p>Serviços de saúde</p>

<p>Calgary: Advertência contra a alta concentração em bairros individuais de serviços comunitários para doentes mentais, desintoxicação de drogas, casas de recuperação condicional, abrigos para sem-teto etc.</p> <p>Edmonton: A política não abordou este determinante da saúde.</p> <p>Condado de Strathcona: A política não abordou este determinante da saúde.</p> <p>Surrey: Abrigar o maior hospital de serviço completo da região, oferecendo assistência médica de última geração e apoiando uma indústria de biotecnologia inovadora e uma escola de ciências da saúde.</p> <p>Vancouver: A sustentabilidade social requer serviços de saúde acessíveis e adequados.</p> <p>Victoria: Todos os cidadãos devem ter acesso a instalações e programas que satisfaçam as necessidades de todos os níveis de cuidados mentais e físicos.</p>
Cultura
<p>Calgary: Celebração do orgulho etnocultural, a espiritualidade, envolvimento em um grupo de fé, artes, atividades culturais e comunitárias.</p> <p>Edmonton: Criar uma cidade diversificada e criativa com uma comunidade artística e cultural rica e vibrante.</p> <p>Condado de Strathcona: A política não abordou este determinante da saúde.</p> <p>Surrey: Abraçar uma população diversificada de uma ampla gama de origens étnicas e culturais e celebrar uma rica mistura de arte, música, dança, teatro e outras celebrações culturais por meio de festivais e eventos acessíveis a todos.</p> <p>Vancouver: Menções específicas à cultura e demandas por tolerância e reconhecimento da diversidade, com apelo ao apoio público às atividades artísticas e culturais.</p> <p>Victoria: Proteção e celebração dos recursos culturais e outros recursos patrimoniais.</p>
Gênero
<p>Calgary: Não há reconhecimento explícito de gênero, embora possa estar implícito nas declarações que enfatizam o apoio geral à diversidade e inclusão para todos.</p> <p>Edmonton: A política não abordou este determinante da saúde.</p> <p>Condado de Strathcona: Necessidade de abordar questões de violência familiar, que muitas vezes é uma questão de relações de gênero.</p> <p>Surrey: Não há reconhecimento explícito de gênero, embora possa estar implícito pelas declarações que enfatizam o apoio geral à diversidade e inclusão para todos.</p> <p>Vancouver: Referências à necessidade de habitação de emergência ou de transição, e de políticas como cuidados de crianças e idosos que permitam a plena participação das mulheres na força de trabalho.</p> <p>Victoria: Não há reconhecimento explícito de gênero, embora possa estar implícito pelas declarações que enfatizam o apoio geral à diversidade e inclusão para todos.</p>
Construir uma política pública saudável
<p>Calgary: Rede de sistemas e políticas que abordam uma ampla gama de áreas e setores como educação, recreação, saúde, segurança, habitação e emprego.</p> <p>Edmonton: As diretrizes estratégicas da política devem avançar a meta de dez anos da cidade para melhorar a habitabilidade.</p> <p>Condado de Strathcona: Orientar o desenvolvimento de políticas voltadas para questões comunitárias e sociais; avaliar o impacto social das decisões municipais na qualidade de vida dos moradores.</p> <p>Surrey: Desenvolver indicadores que são o valor mínimo que a cidade precisaria alcançar para</p>

cumprir os objetivos da política de sustentabilidade.

Vancouver: Ações em uma série de domínios tradicionais de políticas governamentais locais – habitação, transporte, uso do solo, recreação. Atenção específica à promoção da segurança alimentar.

Victoria: Os processos de tomada de decisão do governo local são defensáveis, claros e transparentes para o público.

Criar ambientes de apoio

Calgary: Uma comunidade socialmente sustentável seria aquela em que os membros da comunidade têm um senso de controle e propriedade sobre os programas e atividades locais.

Edmonton: Apoiar bairros pedonais, ciclismo e outras formas de vida ativa, como ambientes de apoio para escolhas saudáveis.

Condado de Strathcona: Princípios para esta estratégia de promoção da saúde: inclusão social; conexão com a comunidade; responsabilidade social; saúde e bem-estar.

Surrey: Prestação de serviços acessíveis que ajudem as pessoas a resolver disputas, lidar com abuso de substâncias e problemas de saúde mental, moradia segura e uma renda adequada e encontrar um emprego significativo.

Vancouver: A oferta de oportunidades para a plena participação das pessoas com deficiência pode ser particularmente importante.

Victoria: Um lugar onde todas as pessoas vêm para viver, trabalhar e se divertir, independentemente de idade, etnia, religião, cultura, renda, orientação sexual, capacidade e status familiar.

Fortalecer a ação comunitária

Calgary: A capacidade da comunidade pode ser construída através dos esforços das agências sociais, organizações comunitárias e redes com grande participação.

Edmonton: Parcerias com ligas comunitárias, conselhos escolares e outras organizações para construir a comunidade; parcerias para construir a capacidade da comunidade, conectando indivíduos e grupos aos programas e serviços de que necessitam.

Condado de Strathcona: Os municípios estão numa posição única para construir e desenvolver capital social que ajude a construir comunidades saudáveis e prósperas. O capital social enfatiza relacionamentos, redes e normas criadas por pessoas que se reúnem.

Surrey: Facilitar e encorajar a participação significativa de todos os cidadãos nas decisões políticas da cidade.

Vancouver: A capacidade da comunidade é valorizada e as atividades de capacitação são vistas como merecedoras de apoio do governo.

Victoria: A construção de um senso de comunidade, por meio do conhecimento de seus vizinhos, com conexão a comunidades de interesse e diversas oportunidades de interação social.

Desenvolver habilidades pessoais

Calgary: Espera-se que as pessoas tenham habilidades, recursos e conhecimentos para melhorar o bem-estar, o funcionamento na sociedade e a autossuficiência ao longo da vida. Há um foco em pais, crianças e jovens.

Edmonton: Celebrar estilos de vida saudáveis, promovendo a recreação e a vida ativa.

Condado de Strathcona: Capacidade das pessoas de se adaptar, responder ou controlar os desafios e mudanças da vida.

Surrey: Criação de ambientes para o desenvolvimento de competências pessoais e tradicionais, com atividades de educação para a saúde e prevenção e promoção do bem-estar.

Vancouver: Incentivo para uma vida ativa.

Victoria: Desenvolvimento de habilidades em um sentido mais amplo, como habilidades para engajamento e participação.
Reorientar os serviços de saúde
Calgary: Os serviços de saúde são destacados como necessários à infraestrutura social. Edmonton: A política não abordou esta questão. Condado de Strathcona: A política não abordou esta questão. Surrey: Parceiros comunitários, como o sistema escolar local, são críticos para o sucesso. Vancouver: A política não abordou esta questão. Victoria: Promoção da saúde e programas e instalações de cuidados físicos e mentais.

5.1.5 Iniciativa de Pediatria Social em Vancouver

Lynam e colaboradores (2010) analisaram a implementação da Iniciativa de Pediatria Social na cidade de Vancouver, Canadá. O estudo propõe explicitar as condições necessárias para efetivar uma parceria intersetorial, compreendendo os processos pelos quais os prestadores de cuidados de saúde colaboram com diferentes setores ¹⁸.

A iniciativa começou estabelecendo diálogos com grupos comunitários e duas organizações de saúde. Nessa iniciativa, a equipe clínica (empregada pelo centro pediátrico provincial) trabalha em parceria com organizações comunitárias já estabelecidas.

O Quadro 6 a seguir apresenta as barreiras e facilitadores que esse estudo revelou.

Quadro 6. Componentes e arranjos intersetoriais da Iniciativa de Pediatria Social.

Barreiras	Facilitadores
Influências estruturais e sociais no acesso	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Bairro com alta proporção de novas famílias imigrantes, famílias aborígenes urbanas e famílias caracterizadas como trabalhadores pobres; ➤ Crianças com acesso limitado a espaços de recreação e grupos sociais apropriados à idade e acesso limitado a programas de pré-escola ou creches; ➤ Poucas clínicas de atenção primária no bairro. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ O acesso e a capacidade de resposta foram fomentados por meio de parcerias com organizações de confiança das famílias; ➤ A comunidade ofereceu orientações para construção de relacionamentos; e possibilitou que as famílias tivessem acesso a serviços de apoio; ➤ É importante considerar estratégias que levem em conta as circunstâncias das famílias à medida em que os planos são desenvolvidos e os recursos são mobilizados.
Abordar os determinantes sociais da saúde	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Incertezas criadas pela pobreza; ➤ Programas padronizados que nem sempre respondem às situações únicas e muitas vezes complexas das famílias; ➤ Políticas que criam barreiras em virtude 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Avaliações dos profissionais da Iniciativa de Pediatria Social; ➤ Adaptação de respostas às necessidades individuais; ➤ Conhecimento dos recursos que podem

<p>da etnia da criança;</p> <p>➤ Acesso a serviços especializados ou a programas de apoio que depende da avaliação dos profissionais de saúde.</p>	<p>facilitar uma combinação mais eficaz de serviços;</p> <p>➤ Colaboração comunitária.</p>
--	--

5.2. Componentes e arranjos intersectoriais do sistema de saúde de Cuba

Serrate (2019) realizou um estudo com o objetivo de traçar os resultados e desafios da saúde pública em Cuba como expressão da saúde nas políticas sociais. As ações intersectoriais citadas pelo estudo envolveram os seguintes setores: educação, agricultura, infraestrutura rodoviária, água, comunicações, cultura, esportes e recreação, ciência, tecnologia, meio ambiente, habitação, transporte, organizações políticas, organizações da sociedade civil, cidadãos em geral e setor da saúde ²⁰.

Segundo o autor, embora a intersectorialidade seja um componente universal do sistema nacional de saúde de Cuba, o cenário natural para materializá-la é a comunidade e seus espaços locais, sintonizados com seus contextos particulares.

O quadro a seguir apresenta os componentes intersectoriais e alguns resultados apresentados pelo estudo.

Quadro 7. Componentes e resultados de arranjos intersectoriais de Cuba.

Componentes
Informação: para construir uma linguagem comum que facilite a compreensão dos objetivos e prioridades das partes interessadas no processo de construção da saúde.
Cooperação: que pode ser estratégica/sistemática ou mediante consulta externa, e se manifesta na implementação de políticas, programas e intervenções e não na sua mera concepção ou formulação.
Coordenação: que envolve a articulação das políticas e programas de cada setor para buscar maior efetividade e eficiência, dentro de um repertório de ações planejadas com metas concretas e responsabilidades definidas.
Integração: que representa um nível mais alto desde os estágios de formulação de políticas e programas em diante, sendo refletida tanto nas propostas quanto nas estratégias de implementação.
Resultados
A abordagem intersectorial aumentou a capacidade do sistema nacional de saúde em áreas-chave, incluindo: <ul style="list-style-type: none"> ➤ imunização infantil; ➤ melhor nutrição para mulheres grávidas, crianças e idosos; ➤ prevenção de lesões; ➤ produção e uso de medicamentos naturais e tradicionais; ➤ abordagem de doenças emergentes e reemergentes; ➤ apoio ao desenvolvimento de uma melhor saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes; ➤ contribuição ao envelhecimento mais saudável da população;

- redução do impacto de desastres ambientais/climáticos;
- acesso a fontes de água melhoradas, bem como ao saneamento em áreas urbanas e rurais.

5.3. Componentes e arranjos intersectoriais do sistema de saúde da Dinamarca

O sistema político dinamarquês é descentralizado, de modo que os 98 municípios são responsáveis pelos serviços de bem-estar, como educação, cultura e lazer, serviços sociais, assistência a idosos e serviços de emprego. Houve uma reforma em 2007 que fortaleceu a governança municipal, de modo que a prevenção e a promoção da saúde tornaram-se responsabilidades dos municípios. O guia da Lei de Saúde da Dinamarca afirma que a prevenção e promoção da saúde são tarefas multissetoriais, em que os municípios possuem a oportunidade de adotar uma abordagem holística para pensar a saúde em conjunto aos outros setores ^{14,15}.

5.3.1 Implementação de ações intersectoriais para a saúde em municípios dinamarqueses

O estudo exploratório de abordagem qualitativa realizado por Holt e colaboradores (2018b) destaca que para cumprir as expectativas propostas pela reforma muitos municípios do país estabeleceram estruturas de governança intersectoriais e garantiram um mandato geral para a saúde nas estratégias e políticas municipais ¹⁵.

O quadro a seguir apresenta alguns dos resultados dessa estrutura de governança intersectorial.

Quadro 8. Componentes e arranjos intersectoriais de estruturas de governança em municípios dinamarqueses.

Estrutura de governança intersectorial
Resultados alcançados
<p>Nos 10 municípios, os relatos indicam que houve reorganizações contínuas na tentativa de encontrar um ajuste estrutural para as tarefas de saúde pública introduzidas com a reforma de 2007. Tanto os resultados desta pesquisa quanto na literatura mais ampla sobre reestruturação mostram que, embora os benefícios da reestruturação em termos de melhoria da colaboração intersectorial sejam limitados, o processo demanda recursos e inevitavelmente rompe as relações estabelecidas, que precisam ser reconfiguradas e reconstruídas.</p> <p>Os relatos de reestruturação em andamento sem mudanças correspondentes nas políticas indicam que os entendimentos básicos das políticas e intervenções de saúde pública permaneceram isolados. Ou seja, os objetivos de saúde pública permaneceram os mesmos e, em grande medida, reproduziram uma agenda clássica de saúde pública. Em outras palavras, a reorganização foi usada na tentativa de promover os objetivos da saúde pública, mas não teve implicações substanciais para as formas como a saúde pública era praticada.</p> <p>Para entender melhor as implicações da reestruturação para a governança conjunta, analisamos os dois exemplos mais comuns de estruturas de governança introduzidas nos municípios: a unidade central e o comitê intersectorial.</p>

Unidade central
<p>É criada para garantir a coordenação e reorientar as agências e departamentos existentes em torno de uma prioridade intersetorial compartilhada. Ela consiste em um grupo de funcionários públicos e é implantada especificamente para perseguir uma agenda política específica. Em geral, a unidade central não é responsável pela prestação de quaisquer serviços. Às vezes, equipes de políticas ou grupos especializados são transferidos para a unidade central na crença de que isso pode fortalecer seu papel de coordenação e supervisão e dotá-los de poder institucional para impor ações entre outros departamentos.</p>
Resultados alcançados
<p>O estudo identificou vários desafios que restringem a capacidade das equipes de saúde pública localizadas em unidades centrais de integrar a saúde nas políticas e serviços do governo local.</p> <p>Município 3: A equipe de saúde pública havia sido alocada em Estratégia e Análise, uma unidade central que atendia os departamentos, a fim de integrar a saúde pública como objetivo central nas políticas e estratégias municipais. Houve tensão entre dois objetivos diferentes: facilitar os processos em nome dos departamentos (missão central da unidade central); e introduzir evidências e promover resultados de saúde pública (missão da equipe de saúde pública). A alocação da equipe de saúde pública na unidade central facilitou o desenvolvimento de políticas em todo o município, porém ela não conseguia defender a integração das preocupações de saúde, porque perseguir sua própria missão conflitava com o papel geral de facilitação da unidade central. Consequentemente, a equipe de saúde pública não experimentou aumento de poder ou legitimidade institucional ao ser alocada na unidade central e logo foi reorganizada novamente.</p> <p>Município 4: A equipe de saúde pública havia sido alocada na unidade central, Centro de Políticas e Pessoal, que se concentrava no desenvolvimento municipal geral em um nível estratégico. A mudança da equipe de saúde pública para a unidade central foi entendida como uma forma de tornar a saúde pública mais proeminente e visível entre os departamentos em toda a organização municipal. No entanto, a equipe de saúde pública teve dificuldades para se adaptar ao seu novo papel e se sentiu sufocada, reduzindo sua capacidade de se envolver na colaboração local.</p> <p>Desafios da estratégia: Observou-se uma tensão em todos os dez municípios, entre as tarefas de prestação de serviços da equipe de saúde pública e a ambição estratégica de integrar as preocupações de saúde em políticas e estratégias não relacionadas à saúde. Pelo menos dois desafios parecem estar em jogo:</p> <p>(1) A transferência da equipe de saúde pública para uma unidade central mudou seu papel e função, sem considerar a composição de competências e habilidades dos funcionários da equipe;</p> <p>(2) A alocação da equipe de saúde pública na unidade central era um meio de aumentar a visibilidade e garantir a integração das preocupações de saúde em todo o município, mas os profissionais de saúde pública queriam se envolver mais estreitamente com alguns serviços específicos a fim de fornecer programas de promoção da saúde ao público. Sua experiência de intersectorialidade significativa foi uma experiência de colaboração na prestação de serviços locais e, portanto, visibilidade descentralizada entre seus parceiros. Contrariamente às expectativas da alta direção e dos políticos, a equipe de saúde pública não experimentou aumento do poder institucional quando alocada na unidade central. De fato, eles perderam as relações estreitas com seus parceiros diários e foram subsumidos por outras agendas.</p>
Comitê intersetorial
<p>É uma resposta organizacional comum para lidar com o desafio da coordenação em todo o governo, seja local, nacional ou federal. Ele pode assumir várias formas, tanto como comissões políticas, comissões parlamentares ou interministeriais, quanto como grupos de coordenação administrativa e comissões interdepartamentais. Seu mandato é trabalhar em todo o governo para melhorar o</p>

intercâmbio de conhecimento e os fluxos de informações, bem como para introduzir a tomada de decisão compartilhada, promovendo assim o pensamento holístico e soluções inovadoras para problemas políticos complexos.

Resultados alcançados

Os comitês intersetoriais foram a forma preferida de engajar setores não relacionados à política de saúde na colaboração intersetorial e foram estabelecidos, pelo menos em parte, em todos os 10 municípios. Os membros dos comitês intersetoriais variavam, mas muitas vezes consistiam em burocracia de nível superior ou médio. Em consonância com os resultados relatados em outros lugares, o sucesso dos comitês intersetoriais foi misto.

Funcionamento dos comitês: Os relatos indicaram que os comitês intersetoriais estavam funcionando mal e não tinham a energia necessária para garantir mudanças políticas significativas. Os comitês equipados com o mandato de garantir a implementação de uma política intersetorial de saúde, muitas vezes se transformaram em um fórum de compartilhamento de informações. Os relatos ilustram que a saúde não é uma prioridade fundamental de setores não relacionados à saúde. Isso muitas vezes conflitava com as estratégias de saúde pública que visavam introduzir a saúde como um objetivo abrangente. A tendência geral foi que os comitês intersetoriais às vezes funcionavam bem no curto prazo com uma tarefa fixa. Como uma estrutura de governança de longo prazo, a maioria deles falhou em fornecer tomada de decisão intersetorial e implementação. Raramente os comitês intersetoriais iniciaram uma colaboração produtiva resultando em novas inovações e soluções, como muitas vezes se esperava ao reunir conhecimentos, competências e mandatos de decisão de diferentes setores políticos.

Compromisso entre os níveis burocráticos: Os relatos mostram que a falta de compromisso e prioridade entre os níveis burocráticos criou um sucesso misto de estruturas de governança. Os comitês intersetoriais são de baixa prioridade. As equipes de saúde pública raramente conseguiram traduzir seus objetivos em questões relevantes capazes de obter um compromisso mais forte de setores não relacionados à saúde. Consequentemente, as equipes de saúde pública permaneceram dedicadas à sua agenda, concentrando-se principalmente nos fatores de risco e questões de estilo de vida: dieta, tabagismo, álcool e falta de exercício.

Organização matricial

Essa matriz consistia em um comitê intersetorial, denominado grupo de gestão estratégica, que tinha o mandato de tomar decisões sobre a política intersetorial de saúde do município. Uma pequena unidade de saúde pública atendia o comitê intersetorial. Em cada departamento, pequenos grupos de saúde, financiados em parte pela unidade de saúde pública, foram estabelecidos para traduzir e implementar as decisões do comitê intersetorial em políticas e programas setoriais.

Resultados alcançados

Embora histórias de reorganizações múltiplas e falta de sucesso associadas às estruturas de governança coordenativa fossem comuns no estudo, o **Município 5** se destacou por relatar uma estrutura de governança intersetorial que funcionava bem (denominada organização matricial).

O relativo sucesso foi atribuído ao forte compromisso político e substancial apoio da gestão, bem como à dedicação de longo prazo à agenda intersetorial, que permitiu ajustar suas estruturas de governança em um processo iterativo e estabelecer fortes relações intersetoriais por um período de mais de dez anos. No entanto, os participantes municipais ainda descreveram baixa prioridade da saúde em seus relatos de colaboração intersetorial.

A estrutura de implementação, com forte foco de gestão e compromisso de longo prazo com a agenda intersetorial permitiu o desenvolvimento de relações intersetoriais. Particularmente, uma liderança forte em todos os níveis, não apenas o compromisso político, parecia vital para sua capacidade de

traduzir decisões de alto nível em programas e práticas locais. Além disso, o que parece importante é o compromisso de longo prazo que manteve a agenda intersetorial uma prioridade fundamental por uma década. O compromisso de longo prazo permitiu o desenvolvimento de relacionamentos próximos e em rede entre os departamentos. Em outros municípios, a reestruturação contínua, embora motivada pela necessidade de encontrar o ajuste certo para a saúde pública, parecia ser contraproducente em termos de garantir as fortes relações de trabalho necessárias para gerenciar efetivamente as relações de fronteira. A formação de relações intersetoriais ricas leva tempo e, portanto, requer uma prioridade contínua da agenda intersetorial, e não uma reorganização estrutural contínua.

5.3.2 Implementação de ações intersetoriais em município dinamarquês de médio porte

Em um estudo etnográfico, Holt e colaboradores (2018a) apresentaram as características das políticas intersetoriais em um município de médio porte, com cerca de 70.000 habitantes, que possui um centro urbano, aldeias vizinhas e um interior agrícola. Desde a reforma o município iniciou várias intervenções de promoção e prevenção da saúde e experimentou custos crescentes relacionados a doenças não transmissíveis e mudanças demográficas de uma população envelhecida, bem como desigualdades sociais em saúde ¹⁴. O quadro a seguir apresenta os desdobramentos da política.

Quadro 9. Componentes e arranjos do processo organizado em grupos de reuniões intersetoriais.

Componentes
<p>O processo intersetorial foi organizado em grupos de reuniões intersetoriais: um comitê de direção; um comitê intersetorial de saúde denominado Fórum de Saúde; três grupos de trabalho intersetoriais divididos de acordo com os grupos-alvo de crianças e jovens, populações de risco, doentes e debilitados.</p> <p>O processo foi planejado por um grupo de projeto na Secretaria de Saúde Pública do município. Os agentes de saúde pública funcionaram como coordenadores e facilitaram todas as reuniões intersetoriais.</p>
Resultados alcançados
As intenções dos participantes
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Grandes esperanças e fortes crenças: Os participantes do município descreveram que estavam em um processo de quebrar os sistemas organizacionais locais. ➤ A intersetorialidade foi uma das principais prioridades do processo e grandes esforços foram feitos para alcançá-la: por meio do Fórum de Saúde e os grupos de trabalho, consultas políticas intersetoriais e uma conferência pública, uma audiência pública, financiamento dedicado para apoiar novas iniciativas, bem como compromisso e liderança da alta administração e um mandato político para colaboração intersetorial. ➤ A crença no intersetorialismo foi acompanhada pela crença no controle pelo planejamento estratégico. Em várias ocasiões, os participantes expressaram como era essencial que a política, e particularmente a estratégia, estabelecesse prioridades e orientasse a ação.

Estruturando a estratégia
<ul style="list-style-type: none"> ➤ O gestor de saúde pública apresentou as tarefas aos grupos de trabalho: passar da política à prática e engajar todo o município na implementação da política. ➤ A implementação surgiu como uma ambição partilhada altamente desejada, mas que trouxe grandes desafios. ➤ Houve uma frustração geral entre muitos participantes que queriam uma conexão mais próxima entre políticas e ações. ➤ Para garantir essa conexão e alcançar a implementação, o grupo introduziu o “modelo de <i>pitch</i>” (apresentação breve e direta), que era uma tabela em uma folha de papel com frases fixas a serem preenchidas para apresentar as intervenções de forma concisa. ➤ O <i>pitch</i> foi concebido como uma ferramenta para estabelecer a colaboração e mover as intervenções da ideia para a ação. ➤ Trabalhar com o <i>pitch</i> foi difícil para os participantes, que se esforçaram para concretizar suas ideias. Eles não tinham certeza do que constituía os maiores problemas ou a melhor linha de ação. ➤ O <i>pitch</i> destacou um grande número de objetivos na política. A política de saúde delineou três objetivos gerais: medidas saudáveis, saúde mental, e igualdade na saúde. Cada objetivo incluía vários objetivos explícitos, bem como declarações de intenção. Os coordenadores elaboraram um quadro para criar um panorama, que totalizou 53 objetivos. Isso incluiu o objetivo de atender às recomendações básicas das diretrizes nacionais de prevenção, que sozinhas consistiam em 176 recomendações. Como tal, a política não forneceu a direção que eles atribuíram a ela e a priorização continuou sendo um desafio fundamental. ➤ Os participantes se esforçaram para sugerir ações específicas, mantendo o propósito da estratégia como um documento abrangente. ➤ O grupo de trabalho elaborou cinco <i>pitches</i> que descrevem as áreas gerais de intervenção nos Serviços de Infância e Juventude: saúde integrada como parte das operações principais; fortalecer a parentalidade e a saúde mental das famílias jovens; estratégias locais de saúde em todas as creches, escolas e serviços especiais; promover a saúde entre os jovens; e implementar as diretrizes nacionais de prevenção. ➤ Os <i>pitches</i> foram distribuídos ao grupo de trabalho e membros do Fórum de Saúde para comentários finais, e então foram ajustados, reformulando alguns detalhes para torná-los menos específicos. ➤ A alta administração dos Serviços para Crianças e Jovens rejeitou a estratégia. Como consequência, foi finalmente decidido remover completamente o modelo de <i>pitch</i> da estratégia de implementação. A estratégia consistiu então em descrições gerais apresentando os títulos e objetivos gerais das 16 áreas de intervenção, mas sem explicar a ação envolvida.
Aprovando a estratégia
<ul style="list-style-type: none"> ➤ A estratégia foi apresentada à Câmara Municipal para discussão. ➤ Alguns políticos reagiram negativamente à longa recitação das 16 áreas de intervenção sugeridas. A Câmara Municipal não manifestou oposição explícita ao conteúdo, mas aconselhou que o número fosse reduzido para criar uma melhor visão geral. ➤ Todas as intervenções sugeridas ainda eram potenciais ações futuras, embora nenhuma ação tenha sido priorizada e decidida. Portanto, a estratégia final não forneceu a priorização e o direcionamento da ação, o que era inicialmente desejado. ➤ A estratégia foi posteriormente apresentada ao comitê político com mandato para aprovar

intervenções de saúde, que a adotou sem maiores alterações.

- Em entrevistas de acompanhamento, os participantes expressaram aprovação geral da estratégia e avaliaram o processo como um sucesso.

5.4. Componentes e arranjos intersectoriais do sistema de saúde da Espanha

Mireles e colaboradores (2018) abordaram componentes e arranjos intersectoriais no sistema de saúde espanhol, com o objetivo de divulgar a implementação local da Estratégia de Promoção e Prevenção da Saúde (EPSP) no Sistema Único de Saúde. As ações intersectoriais citadas pelo estudo envolveram os seguintes setores: saúde, educação, assistência social, transporte, planejamento urbano, esportes e meio ambiente ¹⁹.

A EPSP apresenta as seguintes abordagens: (1) curso de vida, priorizando a população menor de 15 anos e maior de 50 anos; (2) positiva, visando a população saudável; (3) por setores, priorizando saúde, educação e comunidade; (4) populacional, direcionando as intervenções a partir do princípio do universalismo proporcional; (5) abrangente, incluindo alimentação saudável, atividade física, uso abusivo de álcool, uso de tabaco, bem-estar emocional e segurança do meio ambiente contra lesões não intencionais; (6) participativa, com a realização de consultas públicas; (7) com incorporação da perspectiva de equidade e determinantes sociais da saúde; (8) participantes sem conflito de interesse relacionado ao escopo de atuação da estratégia.

A implementação local da EPSP gira em torno dos governos locais pois estes influenciam diretamente a saúde da população por meio de suas políticas de saúde, educação, assistência social, transporte, meio ambiente, cultura, planejamento urbano, habitação, esporte e segurança. A implementação local é um processo dinâmico que deve buscar incorporar transversalmente a articulação entre as administrações dos diferentes setores envolvidos, a integração da equidade nas ações municipais, a participação social e o acompanhamento e monitoramento.

A adesão à EPSP era voluntária e envolvia quatro etapas: (1) Aprovação da adesão à Estratégia pelo plenário da Câmara Municipal ou órgão competente; (2) Nomeação de um coordenador e promotor de implementação local; (3) Estabelecimento de um cronograma para a realização das diferentes ações; (4) Apresentação e anúncio público da adesão à Estratégia.

Quadro 10. Componentes e arranjos intersectoriais da EPSP e principais resultados.

Ações para a implementação local
<p>Mesa intersectorial, criada para:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ promover o trabalho em saúde com foco nos determinantes sociais; ➤ promover o diálogo e a articulação entre os setores envolvidos; ➤ trabalhar sob a abordagem "Saúde em Todas as Políticas", integrar e articular as

considerações de saúde na formulação de políticas em todos os setores e em todos os níveis.

Mapeamento de recursos para:

- dar visibilidade e valor às estruturas e atividades que o município possui e que contribuem para a saúde e o bem-estar da população;
- permitir que os cidadãos aprendam sobre os recursos e tenham controle sobre sua saúde;
- que as entidades locais possam estudar os recursos em seu território e sua distribuição, e também analisar, se possível de forma participativa, se podem ser aprimorados para maior e melhor acesso a eles pelos cidadãos.

Ferramentas da implementação local

Guia para a Implementação Local da Estratégia de Promoção e Prevenção da Saúde (EPSP):

- reúne as chaves para a implementação local;
- elaborado pelo Grupo de Trabalho para o Desenvolvimento Local da Estratégia, composto por representantes das comunidades autônomas, entidades locais, Federação Espanhola de Municípios e Províncias, sociedades científicas e profissionais da Área de Promoção da Saúde.

Ferramenta de reflexão sobre como integrar a equidade nas ações:

- versão adaptada e abreviada de um *checklist* para análise preliminar de equidade;
- disponível no Guia Metodológico para Integrar Equidade em Estratégias, Programas e Atividades de Saúde.

Aplicativo *LOCALIZA Salud*:

- permite a inclusão online de recursos e atividades para a saúde identificados pelos municípios aderentes à EPSP;
- identifica os recursos comunitários;
- possibilita divulgar e tornar mais acessível à população os recursos locais que podem melhorar sua saúde;
- permite identificar recursos organizacionais, associativos ou físicos de uma área, ou seja, recursos estáveis ao longo do tempo, como centros esportivos, postos de saúde, parques, associações de bairro, etc.;
- permite identificar atividades ou ações oferecidas a partir do recurso, como serviços, oficinas ou espaços dinâmicos disponibilizados por organizações ou associações.

Curso online “Saúde Local, o município como promotor de saúde e bem-estar”:

- 50 horas letivas;
- credenciado pela Comissão de Educação Permanente das Profissões da Saúde;
- permite a formação de agentes envolvidos no desenvolvimento e coordenação de ações de promoção da saúde no âmbito da EPSP.
- composto por três módulos com informação teórica, exercícios de análise e reflexão, chaves para o trabalho diário e exemplos práticos: o município como ambiente promotor de saúde e bem-estar; a EPSP em âmbito local; a implementação local da EPSP passo a passo.

Apelo a entidades locais para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde

- O *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad* fez um acordo de colaboração anual com a *Federación Española de Municipios y Provincias* para promover a Rede Espanhola de Cidades Saudáveis e financiar seus membros para a realização de ações estratégicas, inovadoras e de qualidade em promoção da saúde e prevenção de doenças nas linhas estratégicas do

<p>programa cidades saudáveis (incluindo atividade física, alimentação saudável, uso arriscado e nocivo de álcool e tabaco, bem-estar emocional, prevenção de lesões, apoio saudável e abrangente à infância e envelhecimento ativo e saudável);</p> <p>➤ Financiamento para as entidades locais que aderem à EPSP para que possam desenvolver as ações prioritizadas no Guia de Implementação Local.</p>
<p>O papel do sistema de saúde na implementação local da EPSP</p>
<p>O Decreto Real 1030/2006 estabelece a carteira de serviços comuns do Sistema Nacional de Saúde e o procedimento para sua atualização inclui a atenção à comunidade definida como o "conjunto de ações com a participação da comunidade, destinadas a detectar e priorizando suas necessidades e problemas de saúde, identificando os recursos comunitários disponíveis, priorizando intervenções e desenvolvendo programas voltados à melhoria da saúde da comunidade, em articulação com outros dispositivos sociais e educacionais";</p> <p>A forma de participação do sistema de saúde, especificamente da atenção básica pode diferir de acordo com as possibilidades e recursos dos diferentes municípios, e de acordo com o atendimento comunitário que vinha sendo desenvolvido a partir dos centros de saúde.</p> <p>É necessário que o sistema de saúde apoie ações promovidas por outros agentes comunitários, mas que também possa contribuir para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gerar ou traduzir informações sobre o porquê uma determinada intervenção é importante em termos de melhoria da saúde e identificar as pessoas que mais podem se beneficiar; • Identificar problemas e ativos de saúde e conectá-los para gerar objetivos e ações locais que alcancem uma melhoria no bem-estar e na saúde dos cidadãos; • Desenhar e avaliar intervenções comunitárias, procurando não aumentar as desigualdades na saúde.
<p>Resultados alcançados</p>
<p>O Guia de Implementação Local estabeleceu uma série de indicadores de processo e resultado para avaliar a adesão, a mesa intersectorial, o mapa de recursos e treinamentos.</p> <p>Filiação: O número de entidades locais que aderiram foi 261 (94 delas estavam em processo de adesão). Estas entidades locais incluem 256 municípios, dois conselhos insulares (representando um total de 45 municípios), um conselho de condado (representando um total de 191 municípios) e duas comunidades (representando 17 municípios). A população espanhola representada pelas entidades locais aderentes à EPSP correspondeu a 40,0% da população.</p> <p>Mesa intersectorial: Há dados sobre o funcionamento de 132 mesas intersectoriais nas entidades locais, representando 79% dos municípios que concluíram o processo de adesão. O setor saúde foi o mais frequente, presente em 86,4% das mesas, seguido pelos setores social (80,3%) e educacional (73,5%). As organizações da sociedade civil tinham representação na mesa em 44,7% dos casos.</p> <p>Mapa de recursos: O mapa de recursos da comunidade <i>LOCALIZA Salud</i> identificou 7.072 recursos e 9.183 atividades no início de junho de 2018. Os fatores ou intervenções abordados nesses recursos foram distribuídos em: Alimentação (28,6%); Atividade física (72,1%); Álcool (17,8%); Tabaco (17,9%); bem-estar emocional (73,5%); parentalidade positiva (30,2%); envelhecimento ativo (40,8%); Outros (40,9%).</p> <p>Formação: Foram realizadas cinco edições do curso online "Saúde local, o conselho como promotor de saúde e bem-estar". Entre novembro de 2015 e julho de 2017, participaram 8.317 pessoas. Houve resposta de 88,1% das entidades locais, com a participação do coordenador da implantação local da EPSP. Desde 2014, anualmente, foram organizados quatro <i>workshops</i> de implementação local nos quais foram abordados diversos temas de interesse e partilhadas experiências de entidades locais.</p>

5.5. Componentes e arranjos intersetoriais dos sistemas de saúde de países da Europa

Van Dale e colaboradores (2020), em um estudo de caso de métodos mistos, descrevem os resultados do pacote de Trabalho 5 da ação conjunta CHRODIS-PLUS, que visa apoiar os países europeus a melhorar a prevenção de doenças crônicas e a gestão, por meio da implementação de abordagens inovadoras que provaram ser bem sucedidas em outros países ¹².

Em 8 Pacotes de Trabalho, a Ação Conjunta incluía 21 implementações piloto e 17 diálogos políticos. O pacote de Trabalho 5 era referente à Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças e envolveu 22 parceiros de 14 países. Os parceiros identificaram 20 intervenções de promoção da saúde que envolveram colaboração intersetorial dentro e fora da saúde.

Em relação ao perfil das populações-alvo, algumas intervenções visavam pessoas de diferentes faixas etárias e/ou seus cuidadores; muitas intervenções abrangiam grupos vulneráveis ou minoritários, como pessoas com baixo nível socioeconômico, imigrantes, indivíduos com baixa alfabetização em saúde e aqueles com alto risco de saúde. Para atingir as populações-alvo, as intervenções geralmente visavam diferentes grupos de profissionais, como empregadores, educadores, profissionais de saúde e sociais e formuladores de políticas.

O grau de colaboração intersetorial esteve muitas vezes relacionado com o âmbito da intervenção e a população-alvo. Quando o programa visava atingir uma grande faixa da população e visava melhorar o estilo de vida, a alta colaboração intersetorial (por exemplo, mais de seis setores e/ou três disciplinas) tendia a estar presente. Em contrapartida, nas intervenções realizadas em um cenário específico colaboraram menos setores.

O Quadro 11 apresenta as barreiras e facilitadores em relação à colaboração intersetorial dos seguintes países: Dinamarca, Espanha, Finlândia, Itália, Malta e Portugal.

Quadro 11. Barreiras e facilitadores na colaboração intersetorial de países europeus.

Uso de uma estrutura para implementar a intervenção de promoção da saúde	
<p>Os relatos indicam que o uso de uma estrutura para implementar a intervenção de promoção da saúde e como base para a colaboração intersetorial foi um facilitador fundamental. Quinze das vinte intervenções usaram uma estrutura e essas estruturas variaram muito e serviram a diferentes funções: estruturas legais (por exemplo, leis europeias, nacionais ou locais); plano nacional como modelo lógico com programas, projetos e atividades ou a estratégia da prática. O uso das estruturas possibilitou organizar a colaboração e promover a comunicação, como uma plataforma nacional criada pelo Ministério da Saúde e vários outros ministérios, uma organização de membros ou métodos específicos de rede. Os relatos mostram que foram valorizados os referenciais que descrevem como realizar o trabalho (por exemplo, como o modelo de quatro domínios - corpo, mente, social e relações/rede); e manuais (“Como se tornar um local de trabalho saudável”, Lombardy Workplace Network, Itália).</p>	
Capacidade e financiamento	
Barreira: Intervenções de menor	Facilitador:

<p>alcance, como cessação do tabagismo em saúde mental (Finlândia), foram mais propensas a ter períodos de financiamento curtos, sendo referido como uma barreira.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ A capacidade e o financiamento estão ligados à sustentabilidade da intervenção. ➤ Nove intervenções tiveram um período de financiamento superior a 4 anos, sete com ciclos de 2 anos e duas com ciclos inferiores a 2 anos. ➤ A intervenção Semana da Higiene (Dinamarca), carecia de um ciclo de financiamento de longo prazo, mas foi realizada nos últimos dez anos.
Colaboração intersetorial	
<p>Barreira: As barreiras críticas mais comumente relatadas foram:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Apoio e aceitação inadequados das políticas; ➤ Sem visão compartilhada; ➤ Pessoal insuficiente, pessoal sem tempo ou capacidade; ➤ Financiamento insuficiente; ➤ Pouca confiança entre os parceiros de colaboração. 	<p>Facilitador:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Uma visão compartilhada do problema a ser abordado e os sucessos da colaboração; ➤ Comunicação; ➤ Benefícios mútuos e conjuntos para os parceiros na colaboração; ➤ Aceitação em processos estruturais (clareza sobre funções e responsabilidades, disponibilidade de protocolo); ➤ Consideração ao contexto de nível macro (mudanças no nível do sistema); ➤ Capacidade, por exemplo, pessoal suficiente, pessoal com tempo suficiente e pessoal qualificado; ➤ Confiança entre parceiros de colaboração; ➤ Recrutamento de diversos parceiros; ➤ Intervenção com uma liderança forte no avanço de propósitos compartilhados; ➤ Apoio e aceitação nas políticas.

No Quadro 12 são apresentadas as recomendações de componentes intersetoriais, alguns resultados e exemplos de países europeus com sistemas de saúde públicos universais. As recomendações foram elaboradas a partir dos principais facilitadores da colaboração intersetorial bem-sucedida identificados na pesquisa pelos parceiros CHRODIS PLUS de vários setores ¹².

Quadro 12. Recomendações e exemplos de colaborações intersetoriais de programas elaborados a partir da ação CHRODIS-PLUS.

<p>Conectar as metas de colaboração com as principais políticas existentes e defender ativamente o apoio político. Por quê? O apoio político é um pré-requisito para obter alocação de recursos para a implementação e sustentabilidade dos programas de promoção da saúde. Para obter apoio político, as metas de colaboração devem estar alinhadas com as principais políticas. Como? Certificar-se de que os documentos de planejamento contenham as referências a políticas importantes; alinhar com as metas do sistema de saúde; utilizar as alterações existentes no sistema.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ A Comunidade Autónoma da Andaluzia está implementando desde 2008 a estratégia

conhecida como *The Andalusian Strategy of Local Action in Health*, que implica um processo profundo de construção de alianças dentro dos municípios andaluzes. É um espaço comum de contribuição e cooperação de todos os atores envolvidos e representa o compromisso público andaluz de apoiar a colaboração intersectorial para a saúde em todos os territórios.

- Para implementar a abordagem Saúde em Todas as Políticas foi desenvolvido um plano de trabalho local específico para cada município. Cada plano tem sido concebido, construído e executado com a colaboração de todos os possíveis parceiros e tendo em especial consideração a participação dos cidadãos. Este Plano de Ação Local em Saúde é o instrumento básico de implementação, composto pelo planeamento, gestão e coordenação de todas as ações relevantes para a saúde pública do município.
- Recomenda-se a elevação deste Plano ao Plenário Municipal, por se tratar de um exercício de governo e consenso entre todas as forças políticas representadas no município, para garantir a destinação dos recursos necessários para um período estabelecido de 4-5 anos.

Criar uma mistura eficaz de diferentes parceiros com diversas origens e habilidades.

Por quê? Para poder atingir o grupo-alvo de forma eficaz, todas as partes relevantes que possam influenciar o comportamento de saúde devem estar envolvidas na colaboração.

Como? Identificar e envolver parceiros estratégicos com acesso e/ou experiências com o grupo-alvo; capitalizar os parceiros existentes e as redes de colaboração disponíveis; dar tempo suficiente para construir novos relacionamentos; envolver representantes do grupo-alvo e da comunidade desde o início; usar métodos-padrão para mapeamento de partes interessadas.

- *The Lombardy Workplace Health Promotion (WHP)*, da Lombardia, Itália, em andamento desde 2011), é membro da Rede Europeia para a Promoção da Saúde no Local de Trabalho e constrói parcerias e colaborações multissetoriais nos níveis horizontal e vertical, misturando os setores público e privado. Tem como objetivo unir esforços de empregadores, empregados e sociedade, para melhorar a saúde e o bem-estar no local de trabalho.
- A comunidade e os grupos-alvo foram envolvidos desde o início no processo de colaboração e implementação do programa nos locais de trabalho.
- Um manual para as empresas que aderem a rede, recomenda envolver funcionários e outras funções-chave início, planejar os seus programas e selecionar boas práticas com base nas suas necessidades específicas.
- Devido ao projeto de colaboração, o sistema de saúde ganhou mais habilidades para interagir com outros setores da sociedade (por exemplo, empresas), reconhecendo seus próprios limites em influenciar determinantes multifacetados da saúde.

Manter parceiros de colaboração em todos os setores envolvidos.

Por quê? Crucial para o sucesso da colaboração é manter os parceiros engajados, informando, motivando e confiando neles, mantendo assim o compromisso de todos.

Como? Formalizar a colaboração fazendo acordos claros sobre os papéis e responsabilidades dos parceiros; criar uma situação de benefícios mútuos e conjuntos para os parceiros; formar ligações de comunicação designadas, para fornecer informações aos participantes da colaboração, organizar reuniões, gerenciar um site e/ou criar boletins informativos regulares; dar legitimidade aos profissionais, por meio de uma abordagem de baixo para cima; motivar os profissionais envolvidos, oferecendo feedback sobre o progresso em direção à visão compartilhada; comemorar pequenos avanços de curto prazo enquanto busca o sucesso sustentável de longo prazo; organizar reuniões presenciais sempre que possível para permitir que pessoas de diferentes setores e disciplinas se conheçam também em nível informal e pessoal.

- O projeto VESOTE, Finlândia (2017-2018), reforça e desenvolve orientação de estilo de vida eficaz e baseada em metas nos cuidados sociais e de saúde. O objetivo final do programa é que os finlandeses sejam mais ativos fisicamente, consumam uma dieta variada e saudável e durmam melhor.
- Os municípios do Norte da *Ostrobothnia* assinaram um plano conjunto para fortalecer a cooperação entre atores sociais e de saúde e outros atores.
- O grupo-alvo primário foram aqueles em idade ativa, adultos obesos ou com problemas arteriais.
- O projeto criou novos grupos de cooperação e fortaleceu as atividades dos já existentes.
- A comunicação ativa foi um fator de sucesso. No início do projeto, foi desenvolvido um plano de comunicação, que recebeu a aprovação do gerente de desenvolvimento do distrito hospitalar. Os líderes do projeto buscaram as ferramentas e a ajuda de especialistas em comunicação.
- O projeto resultou em novas perspectivas e conhecimentos para os profissionais de saúde. Espera-se que a cooperação continue no futuro. Muitos atores diferentes prometeram participar da parceria duradoura, e sua vontade de agir se fortaleceu.

Garantir que haja recursos suficientes para sustentar a colaboração.

Por quê? Para estabelecer uma colaboração sustentável, é importante que haja recursos, como tempo dedicado, pessoal qualificado e financiamento, e que permaneçam disponíveis. A distribuição desses recursos deve ser transparente e justa para todos os parceiros.

Como? Descrever os recursos necessários e obtidos para facilitar uma distribuição transparente entre os parceiros; alocar pessoal para colaboração; oferecer treinamento para gestores e profissionais; adquirir ou construir recursos estruturais; comunicar sobre a economia de recursos financeiros ou resultados eficazes.

- Os Serviços de Cessação do Tabagismo para Pacientes com Transtornos de Saúde Mental e Abuso de Substâncias (Finlândia 2017-2018) buscou identificar o que havia sido feito nos distritos hospitalares sobre o tema da cessação do tabagismo entre doentes mentais e pacientes com problemas de abuso de substâncias, a fim de desenvolver atividades regionalmente apropriadas.
- O objetivo final foi melhorar a cessação do tabagismo para fumantes com doenças mentais e pacientes com histórico de abuso de substâncias.
- Os distritos hospitalares desenvolveram seus próprios modelos, com a colaboração entre a atenção primária e secundária, bem como com organizações não governamentais.
- O facilitador regional de meio período, que foi especialmente designado para este projeto em cada distrito hospitalar participante, discutiu e treinou a equipe em diferentes departamentos.
- Alguns distritos hospitalares reconhecem o valor deste projeto e estão alocando seus próprios recursos para financiar um facilitador regional agora que o programa inicial terminou.

Fonte: Adaptado de van Dale et al. 2020 ¹².

6. Considerações finais

Esta revisão rápida incluiu 10 estudos que abordam componentes e arranjos intersetoriais dos seguintes sistemas de saúde públicos universais: Canadá, Cuba, Dinamarca, Espanha, Europa (Dinamarca, Espanha, Finlândia, Itália, Malta e Portugal). Alguns aspectos

relevantes a considerar dessas experiências incluem a elaboração conjunta de um plano de implementação, garantia de financiamento para manter a intervenção por um período suficiente, comunicação adequada, pessoal habilitado e confiança mútua entre os parceiros. Um resumo dos achados é apresentado a seguir.

Canadá

Cinco estudos abordam componentes e arranjos intersectoriais canadenses, entre os quais: facilitadores e barreiras à parceria multisectorial; avaliação de impacto na saúde do processo de planejamento urbano; prontidão escolar das crianças de Montreal; alinhamento da política municipal de sustentabilidade social com os determinantes da saúde; iniciativa de pediatria social de Vancouver.

Barreiras e facilitadores à parceria multisectorial:

Analisa facilitadores e barreiras à parceria multisectorial, em um centro urbano canadense, com foco em transporte ativo, desenvolvimento urbano e sistemas alimentares.

- Transporte ativo: Apresenta a experiência de implementação de um plano de promoção do transporte ativo com várias partes interessadas da cidade, com o objetivo de aumentar a caminhada e o ciclismo, melhorar as viagens seguras e construir uma cultura de transporte ativo na cidade.
- Desenvolvimento urbano: Aborda a parceria com o distrito de melhoria de negócios, as organizações comunitárias e outros parceiros locais, cujo trabalho se concentrou na melhoria das instalações públicas, manutenção e interconexão em três bairros principais, com a finalidade de melhorar a recreação, a liderança ambiental e o crescimento estratégico nessas áreas.
- Sistemas alimentares: Discute o engajamento de doze parceiros, incluindo organizações de saúde, pesquisadores e organizações comunitárias, com vistas a enriquecer a cultura alimentar da cidade e melhorar a nutrição e a economia alimentar local, minimizando a pegada ecológica.

Avaliação de impacto na saúde no processo de planejamento urbano:

Descreve a implementação da avaliação de impacto na saúde (AIS) no processo de planejamento urbano da cidade de Quebec, considerando uma forte colaboração intersectorial em benefício da saúde da população e da equidade em saúde. Os seguintes componentes foram identificados para a colaboração intersectorial: i) Arranjos institucionais e desafios de implementação da AIS; ii) Abordagem para integrar a AIS no planejamento urbano; iii) Coleta e avaliação de dados; iv) Características emergentes percebidas pelos participantes.

Prontidão escolar das crianças de Montreal:

Relata a cadeia de eventos no processo de tomada de decisão coletiva que promoveu a apropriação dos resultados da pesquisa e a mobilização dos atores, bem como os efeitos contínuos na ação intersectorial e na organização de serviços em Montreal quatro anos depois.

Alinhamento da política municipal de sustentabilidade social com os determinantes da saúde:

Analisa aspectos intersectoriais que se relacionam à saúde: i) Renda e status social, ii) Rede de apoio social; iii) Educação e alfabetização; iv) Emprego e condições de trabalho; v) Ambiente social; vi) Ambientes físicos; vii) Práticas de saúde pessoal e habilidades de enfrentamento; viii) Desenvolvimento infantil saudável; ix) Serviços de saúde; x) Cultura; e xi) Gênero. O estudo também analisou aspectos intersectoriais que auxiliam na promoção da saúde: i) Construir uma política pública saudável; ii) Criar ambientes de apoio; iii) Fortalecer a ação comunitária; iv) Desenvolver habilidades pessoais; e v) Reorientar os serviços de saúde. O quadro a seguir apresenta as características e resultados para cada um desses aspectos avaliados.

Iniciativa de Pediatria Social em Vancouver:

Discute as condições necessárias para efetivar uma parceria intersectorial, compreendendo os processos pelos quais os prestadores de cuidados de saúde colaboram com diferentes setores.

Cuba

Um estudo traça os resultados e desafios da saúde pública em Cuba como expressão da saúde nas políticas sociais, com envolvimento dos seguintes setores: educação, agricultura, infraestrutura rodoviária, água, comunicações, cultura, esportes e recreação, ciência, tecnologia, meio ambiente, habitação, transporte, organizações políticas, organizações da sociedade civil, cidadãos em geral e setor da saúde.

Dinamarca

O sistema político dinamarquês é descentralizado, de modo que os 98 municípios são responsáveis pelos serviços de bem-estar, como educação, cultura e lazer, serviços sociais, assistência a idosos e serviços de emprego. Houve uma reforma em 2007 que fortaleceu a governança municipal, de modo que a prevenção e promoção da saúde tornaram-se responsabilidades dos municípios. Dois estudos abordam as colaborações intersectoriais.

Implementação de ações intersectoriais para a saúde em municípios dinamarqueses:

Destaca que para cumprir as expectativas propostas pela reforma muitos municípios do país estabeleceram estruturas de governança intersectoriais e garantiram um mandato geral para a saúde nas estratégias e políticas municipais.

Implementação de ações intersectoriais em município dinamarquês de médio porte:

Relata a experiência do município que iniciou várias intervenções de promoção e prevenção da saúde e experimentou custos crescentes relacionados a doenças não transmissíveis e mudanças demográficas de uma população envelhecida, bem como desigualdades sociais em saúde.

Espanha

Um estudo divulga a implementação local da Estratégia de Promoção e Prevenção da Saúde (EPSP) no Sistema Único de Saúde. As ações intersectoriais citadas pelo estudo envolveram os seguintes setores: saúde, educação, assistência social, transporte, planejamento urbano, esportes e meio ambiente.

A implementação local da EPSP gira em torno dos governos locais pois estes influenciam diretamente a saúde da população por meio de suas políticas de saúde, educação, assistência social, transporte, meio ambiente, cultura, planejamento urbano, habitação, esporte e segurança. A implementação local é um processo dinâmico que deve buscar incorporar transversalmente a articulação entre as administrações dos diferentes setores envolvidos, a integração da equidade nas ações municipais, a participação social e o acompanhamento e monitoramento.

Alguns países da Europa (Dinamarca, Espanha, Finlândia, Itália, Malta e Portugal)

Um estudo descreve os resultados do pacote de Trabalho 5 da ação conjunta CHRODIS-PLUS, que visa apoiar os países europeus a melhorar a prevenção de doenças crônicas e a gestão, por meio da implementação de abordagens inovadoras que provaram ser bem sucedidas em outros países. Os parceiros identificaram 20 intervenções de promoção da saúde que envolveram colaboração intersectorial dentro e fora da saúde.

O grau de colaboração intersectorial esteve muitas vezes relacionado com o âmbito da intervenção e a população-alvo. Em relação ao perfil das populações-alvo, algumas intervenções visavam pessoas de diferentes faixas etárias e/ou seus cuidadores; muitas intervenções abrangiam grupos vulneráveis ou minoritários, como pessoas com baixo nível socioeconômico, imigrantes, indivíduos com baixa alfabetização em saúde e aqueles com alto risco de saúde. Para atingir as populações-alvo, as intervenções geralmente visavam diferentes grupos de profissionais, como empregadores, educadores, profissionais de saúde e sociais e formuladores de políticas.

7. Referências

1. Intersetorialidade. DSS Brasil – Determinantes Sociais da Saúde. Fiocruz, 2020. [página da Internet]. [Acessado 30 maio 2022]. Disponível em: <https://dssbr.ensp.fiocruz.br/glossary/intersetorialidade/>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde.– Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
3. Silva, KL, Rodrigues, AT. Ações intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. Revista Brasileira de Enfermagem [online]. 2010, v. 63, n. 5 [Acessado 30 Maio 2022] , pp. 762-769. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000500011>>
4. Green L, Ashton K, Bellis MA, Clemens T, Douglas M. 'Health in All Policies'-A Key Driver for Health and Well-Being in a Post-COVID-19 Pandemic World. Int J Environ Res Public Health. 2021 Sep 8;18(18):9468. doi: 10.3390/ijerph18189468.
5. Mendonça EM, Lanza FM. Conceito de saúde e intersetorialidade: implicações no cotidiano da atenção primária à saúde. Rev. Psicol. Saúde [Internet]. 2021 Jun [citado 2022 Jun 24] ; 13(2): 155-164. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2021000200012&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v13i2.1090>.
6. Wikipedia. Health care systems by country. [Acessado 1 agosto 2022]. Disponível em: https://en.wikipedia.org/wiki/Health_care_systems_by_country
7. Why did we build Dimensions?. DIMENSIONS. [página de internet]. [Acessado 2 junho 2022]. Disponível em: <https://www.dimensions.ai/why-dimensions/>
8. Silva MT, Silva EN da, Barreto JOM. Rapid response in health technology assessment: a Delphi study for a Brazilian guideline. BMC Med Res Methodol 2018; 18: 51.
9. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, et al. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. Syst Rev 2016; 5: 210.
10. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. Syst Rev 2021; 10: 89.
11. Alhassan JAK, Gauvin L, Judge A, Fuller D, Engler-Stringer R, Muhajarine N. Improving health through multisectoral collaboration: enablers and barriers. Can J Public Heal [Internet]. 2022;112(6):1059–68. Available from: <https://app.dimensions.ai/details/publication/pub.1138701003>
12. van Dale D, Lemmens L, Hendriksen M, Savolainen N, Nagy P, Marosi E, et al. Recommendations for Effective Intersectoral Collaboration in Health Promotion Interventions: Results from Joint Action CHRODIS-PLUS Work Package 5 Activities. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2020;17(18):6474.
13. Gamache S, Lebel A, Diallo TA, Shankardass K. The elaboration of an intersectoral partnership to perform health impact assessment in urban planning: The experience of

quebec city (canada). Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2020;17(20):1–15. Available from: <https://app.dimensions.ai/details/publication/pub.1131868540>

14. Holt DH, Rod MH, Waldorff SB, Tjørnhøj-Thomsen T. Elusive implementation: an ethnographic study of intersectoral policymaking for health. BMC Health Serv Res. 2018a Jan 30;18(1):54. doi: 10.1186/s12913-018-2864-9.

15. Holt DH, Carey G, Rod MH. Time to dismiss the idea of a structural fix within government? An analysis of intersectoral action for health in Danish municipalities. Scand J Public Health. 2018b Jun;46(22_suppl):48-57. doi: 10.1177/1403494818765705.

16. Laurin I, Bilodeau A, Giguère N, Potvin L. Intersectoral mobilization in child development: An outcome assessment of the survey of the school readiness of montreal children. Soc Sci [Internet]. 2015;4(4):1316–34. Available from: <https://app.dimensions.ai/details/publication/pub.1009114637>

17. Littlejohns L.B, Smith N. Building bridges between health promotion and social sustainability: an analysis of municipal policies in Western Canada. Local Environ [Internet]. 2014;19(4):449–68. Available from: <https://app.dimensions.ai/details/publication/pub.1035235804>

18. Lynam MJ, Loock C, Scott L, Wong SM, Munroe V, Palmer B. Social paediatrics: creating organisational processes and practices to foster health care access for children ‘at risk.’ Journal of Research in Nursing. 2010;15(4):331-347. doi:10.1177/1744987109360651

19. Mireles RR, Rodríguez AM-P, Prado MJA, Esteban PC, Serón MEA, Calvo RV. Implementación local de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud. Informe SESPAS 2018. Gaceta Sanitaria. 2018;32:52-8.

20. Castell-Florit Serrate P. Universal health in Cuba: Healthy public policy in all sectors. MEDICC Rev [Internet]. 2019;21(3):74–7. Available from: <https://app.dimensions.ai/details/publication/pub.1127180325>

21. Wikipedia. Business improvement district. [Acessado 17 outubro 2022]. Disponível em: https://en.wikipedia.org/wiki/Business_improvement_district

22. World Wildlife Fund (WWF). Pegada ecológica. [Acessado 17 outubro 2022]. Disponível em: https://www.wwf.org.br/natureza_brasileira/especiais/pegada_ecologica/

23. World Health Organization . WHO European Centre for Health Policy. World Health Organization; Brussels, Belgium: 1999. Health Organization. Health impact assessment: Main concepts and suggested approach—The Gothenburg consensus paper; p. 11.

Responsáveis pela elaboração

Elaboradores

Fernando Meirinho Domene

Psicólogo, especialista em Saúde Coletiva
Assistente de pesquisa, bolsista Fiocruz
Brasília

<http://lattes.cnpq.br/3288793666561127>

Jessica De Lucca Da Silva

Psicóloga, especialista em Saúde Coletiva
Assistente de pesquisa, bolsista Fiocruz
Brasília

<http://lattes.cnpq.br/0778220737989360>

Tereza Setsuko Toma

Pesquisadora colaboradora
Instituto de Saúde - SES/SP

<http://lattes.cnpq.br/3621675012351921>

Coordenação

Jorge Otávio Maia Barreto

Pesquisador em Saúde Pública, Fiocruz
Brasília

<http://lattes.cnpq.br/664588881299182>

Declaração de potenciais conflitos de interesse dos elaboradores

Os autores declaram não possuir conflitos de interesse.

Financiamento

Esta revisão rápida foi comissionada e subsidiada pelo Ministério da Saúde, no âmbito do projeto GEREB-010-FIO-20.

Link de acesso ao protocolo desta Síntese Rápida:

https://www.dropbox.com/s/qcmursp9amp43yp/38_Protocolo_Organiz_Sist_Saude_Interse_torial.docx

Apêndices

Apêndice 1. Termos e resultado da estratégia de busca

Base	Data	Termos	Resultados
Dimensions	19/07/2022	"Intersectoral Collaboration" AND ("Universal Health Care" OR "Public Health Systems") Limites: Type of publication (article)	561
Total			561

Fonte: elaboração própria.

Apêndice 2. Estudos excluídos após leitura do texto completo, com justificativa

Estudo	
Não aborda o problema	
1	Mokitimi S, Schneider M, de Vries PJ. A situational analysis of child and adolescent mental health services and systems in the Western Cape Province of South Africa. <i>Child Adolesc Psychiatry Ment Health</i> [Internet]. 2022;16(1):6. Available from: https://app.dimensions.ai/details/publication/pub.1144985750
2	Yassi A, Fernandez N, Fernandez A, Bonet M, Tate RB, Spiegel J. Community Participation in a Multisectoral Intervention to Address Health Determinants in an Inner-City Community in Central Havana. <i>J Urban Heal</i> [Internet]. 2003;80(1):61–80. Available from: https://app.dimensions.ai/details/publication/pub.1053526298
Não aborda o conceito	
3	Gatov E, Muir L, Mowat V, Elkader A, Yang J, Kopp A, et al. Acute and outpatient service utilisation prior to, during, and following enrolment in community-based mental health treatment among children and youth in Central Ontario: A proof of concept for cross-sectoral data linkage. <i>J Paediatr Child Health</i> [Internet]. 2020;56(6):928–35. Available from: https://app.dimensions.ai/details/publication/pub.1124410144
4	Iyamu I, Gómez-Ramírez O, Xu AXT, Chang H-J, Watt S, Mckee G, et al. Challenges in the development of digital public health interventions and mapped solutions: Findings from a scoping review. <i>Digit Heal</i> [Internet]. 2022;8:20552076221102256. Available from: https://app.dimensions.ai/details/publication/pub.1148226470
5	Johnston LM, Finegood DT. Cross-sector partnerships and public health: Challenges and opportunities for addressing obesity and noncommunicable diseases through engagement with the private sector. <i>Annu Rev Public Health</i> [Internet]. 2015;36(1):255–71. Available from: https://app.dimensions.ai/details/publication/pub.1048595751
6	Kalantari N, Borisch B, Lomazzi M. Vaccination—A Step Closer to Universal Health Coverage. <i>J Public Heal</i> [Internet]. 2022;30(3):649–53. Available from: https://app.dimensions.ai/details/publication/pub.1128640655
7	Lanford D, Petiwala A, Landers G, Minyard K. Aligning healthcare, public health and social services: A scoping review of the role of purpose, governance, finance and data. <i>Heal Soc Care Community</i> [Internet]. 2022;30(2):432–47. Available from: https://app.dimensions.ai/details/publication/pub.1138210495
8	van Eyk H, Harris E, Baum F, Delany-Crowe T, Lawless A, MacDougall C. Health in All Policies in South Australia-Did It Promote and Enact an Equity Perspective? <i>Int J Environ Res Public Health</i> . 2017 Oct 25;14(11):1288. doi: 10.3390/ijerph14111288.
9	Watt S, Browne G, Gafni A, Roberts J, Byrne C. Community Care for People with Chronic Conditions: An Analysis of Nine Studies of Health and Social Service Utilization in Ontario. <i>Milbank Q</i> [Internet]. 1999;77(3):363–92. Available from: https://app.dimensions.ai/details/publication/pub.1013108507
Não aborda o contexto	
10	Damari B, Ehsani Chimeh E. Public Health Activist Skills Pyramid: A Model for Implementing Health in All Policies. <i>Soc Work Public Health</i> [Internet]. 2017;32(7):407–20. Available from: https://app.dimensions.ai/details/publication/pub.1091163009

Fonte: Elaboração própria.

Apêndice 3. Características dos estudos incluídos

Acrônimos: AIS: Avaliação de Impacto na Saúde; EDI: *Early Development Instrument*; EPSP: Estratégia de Promoção e Prevenção da Saúde; MPs: multissetoriais; ONG: organização não governamental; SC-HIA: Comitê Diretivo da Cidade de Quebec sobre AIS; SPI: Iniciativa de Pediatria Social.

Autor ano	Desenho País	Ações intersetoriais	Limitações	Conclusão	Conflito de interesses Financiamento
Alhassan et al.; 2022	Estudo de caso qualitativo Canadá	Sistemas alimentares, desenvolvimento urbano e transporte ativo	Mais pesquisas seriam necessárias nas cidades para entender a utilidade de nossa estrutura proposta e seus potenciais armadilhas, uma agenda de pesquisa que estamos investigando atualmente. A diversidade de parcerias no Canadá pode dificultar a obtenção de conclusões firmes em diferentes cidades. Além disso, essa estrutura não pode ser usada como ferramenta de avaliação e as parcerias multissetoriais devem buscar ferramentas externas para se envolver nesse processo reflexivo.	Esta pesquisa fornece evidências sobre fatores que promovem ou dificultam a colaboração em vários setores para promover a saúde. Ao lançar esses fatores em uma matriz, os membros de parcerias multissetoriais existentes e aqueles que planejam criar parcerias multissetoriais (MPs) poderiam avaliar e aproveitar os fatores que promovem seu trabalho – aqueles sob seu controle (facilitadores intrínsecos) e fora de seu controle (facilitadores extrínsecos). Eles também podem trabalhar para superar as barreiras que estão sob seu controle (barreiras intrínsecas) e ser estratégicos na superação de barreiras fora de seu controle (extrínsecas) por meio da solicitação de apoio externo (identificação de aliados), bem como mecanismos adaptativos para garantir o sucesso do trabalho de MP.	Os autores declaram não haver conflitos de interesse ou se beneficiarem de qualquer forma deste trabalho. Financiamento: Multisectoral Urban Systems for health and Equity in Canadian cities recebe financiamento do CIHR Team Grant Program, Environments and Health: Programmatic Grants in Intersectoral Prevention Research (#IP2 – 150710).
van Dale et al.; 2020	Estudo de caso de métodos mistos Dinamarca; Espanha; Finlândia; Itália; Malta; Portugal	Não específica	Para identificar as boas práticas e os fatores facilitadores da colaboração intersetorial, foi enviado um questionário online e organizados dois workshops. Com esta abordagem, esperava-se encontrar mais e diversas práticas. Durante as análises e as discussões com os parceiros no primeiro workshop, parecia que faltavam informações sobre como alcançar os fatores de sucesso (e recomendações). Ou seja, permaneceu a questão de quais estratégias ou etapas são necessárias para implementar a recomendação para alcançar uma colaboração intersetorial bem-sucedida? Portanto, seis entrevistas em profundidade foram realizadas adicionalmente com os proprietários de práticas de diferentes tipos de programas (nacionais/locais e tópicos diversos) para obter mais informações sobre os elementos e processos para alcançar os fatores de sucesso na colaboração. Embora não seja abordado especificamente nas	No âmbito da Ação Conjunta CHRODIS PLUS, a Tarefa 5.3 examinou vinte programas de promoção da saúde e prevenção de doenças de toda a Europa. As experiências associadas à colaboração intersetorial bem-sucedida foram sintetizadas para determinar barreiras e facilitadores transversais e gerar um conjunto de sete recomendações. Cada recomendação inclui etapas concretas para a implementação da recomendação e, em geral, está de acordo com a literatura. As recomendações incluíram: conectar-se com as políticas existentes e defender o apoio político, definir uma visão compartilhada, criar uma combinação eficaz de diferentes parceiros, incentivar uma liderança eficaz, manter os parceiros de colaboração envolvidos, usar	Os autores declaram não haver conflito de interesses. Financiamento: Esta investigação foi financiada pela União Europeia, no âmbito do Programa de Saúde (2014-2020) Grant number 761307.

Autor ano	Desenho País	Ações intersetoriais	Limitações	Conclusão	Conflito de interesses Financiamento
			<p>sete recomendações, o papel do contexto continua a ser um desafio importante, pois o contexto influencia as barreiras e facilitadores e os mecanismos pelos quais a implementação bem-sucedida de uma recomendação é alcançada. Além disso, a implementação bem-sucedida de uma recomendação cria mudanças contextuais que aumentam a probabilidade de alcançar outras. Os dados coletados não permitiram determinar os critérios necessários e/ou suficientes para o sucesso da colaboração intersetorial. Não se sabe se todas as recomendações devem ser implementadas ou se algumas são mais essenciais que outras. Apenas um contexto específico (o exemplo) por recomendação é descrito neste estudo. Se o método de avaliação realista tivesse sido usado, muito mais informações sobre contextos inibidores e facilitadores teriam sido coletadas, o que forneceria mais evidências de suporte para mecanismos subjacentes de ação que são cruciais para a implementação bem-sucedida das recomendações. Recomendamos que as equipes do programa usem uma abordagem realista para adaptar as recomendações que descrevem seu contexto específico. Por último, as intervenções amostradas foram principalmente programas nacionais de longo prazo ou iniciativas com componente regional, que eram de longa duração ou já estavam terminando. Essas recomendações sobre a colaboração intersetorial bem-sucedida podem não ser generalizadas para todos os tipos de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças. Além disso, os dados coletados sobre o valor dessas recomendações são retrospectivos. Embora tenha sido planejada uma avaliação prospectiva da utilidade dessas recomendações para uma colaboração intersetorial bem-sucedida, sua implementação teve que ser adiada devido ao surto de COVID-19.</p>	<p>uma abordagem sistemática planejada e garantir recursos suficientes para sustentar a colaboração.</p>	
Gamache et al., 2020	Não informa Canadá	Planejamento urbano	Este trabalho não retrata um estudo ou Avaliação de Impacto na Saúde (AIS) per se para avaliar o processo. Compartilha os passos empreendidos para criar um espaço compartilhado	Embora algumas dificuldades tenham sido enfrentadas nos primeiros anos, a introdução da AIS no processo de planejamento urbano na cidade de	Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Autor ano	Desenho País	Ações intersectoriais	Limitações	Conclusão	Conflito de interesses Financiamento
		<p>onde os atores preocupados com o planejamento urbano possam utilizar a AIS para melhorar os projetos urbanísticos. A avaliação da AIS realizada está em andamento. O objetivo dos autores era compartilhar a experiência de Quebec para inspirar outros que gostariam de desenvolver uma experiência semelhante; a abordagem usada para realizar formalmente a AIS com muitas organizações é promissora.</p>		<p>Quebec provou responder adequadamente às necessidades emergentes. Induziu uma variedade de resultados esperados e inesperados dos quais emergiu uma comunidade de prática intersectorial com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos cidadãos. Embora o SC-HIA (Comitê Diretivo da Cidade de Quebec sobre AIS) continue sendo um grupo informal, a soma das observações fornecidas neste artigo sugere que as partes interessadas envolvidas na AIS na região da Cidade de Quebec estão atualmente mudando a prática com base no desenvolvimento de um coletivo pericia. Essa experiência apoia a ideia de que os acadêmicos podem ter um papel importante no apoio a instituições governamentais, ONGs e empresas privadas em nível regional para facilitar a intersectorialidade, o mutualismo e, em última análise, promover o desempenho coletivo. A AIS não é a única forma de combinar intervenções de saúde pública e planejamento urbano, mas parece ser relevante no contexto da cidade de Quebec. Como outros projetos de AIS foram solicitados pelo SC-HIA, seria interessante avaliar mais detalhadamente a experiência da região de Quebec. Os resultados positivos gerados pelas AIS realizadas na cidade de Quebec e o novo Plano Regional de Ação de Saúde Pública (2016-2020) oferecem novas perspectivas para a elaboração de uma parceria intersectorial para realizar a avaliação do impacto da saúde no planejamento urbano e proporcionar uma melhor compreensão sobre como a Saúde em Todas as Políticas poderia ser implementada nos níveis local e regional em outros contextos canadenses.</p>	<p>Financiamento: Esta pesquisa foi financiada pelo MITACS (IT08456; IT08457) e pelo Fond de recherche du Québec en santé (FRQS-31022).</p>
Holt et al; 2018a	Estudo etnográfico	Não especifica	<p>Uma limitação do nosso estudo é que o processo não é acompanhado por um período mais longo de muitos anos. Assim, não somos capazes de fornecer insights sobre a</p>	<p>O artigo contribui para a literatura atual sobre Saúde em Todas as Políticas e para o campo mais amplo da implementação de políticas ao mostrar como o mito</p>	<p>Os autores declaram não ter interesses conflitantes.</p>

Autor ano	Desenho País	Ações intersetoriais	Limitações	Conclusão	Conflito de interesses Financiamento
exploratório Dinamarca			implementação subsequente ou sustentabilidade dos esforços intersetoriais. Além disso, fornecemos apenas uma visão detalhada do processo em uma organização governamental. Uma questão para pesquisas futuras seria investigar isso em diferentes contextos. No entanto, mostramos como o processo foi atribuído grande importância nas entrevistas de acompanhamento e como os participantes o consideraram um sucesso, apesar de não atender às intenções iniciais e não produzir a ação esperada.	da intersectorialidade constituiu uma barreira para a efetivação da política intersectorial de saúde. Em particular, três elementos funcionaram para evitar a especificação necessária que direcionaria a ação: 1) idealização da intersectorialidade universal, 2) dúvidas sobre os resultados econômicos e 3) tensões entre demandas inconsistentes. Ao produzir uma retórica abstrata em vez de abordar diretamente esses desafios, o mito da formulação de políticas intersectoriais resultou em responsabilidade difusa e sem prioridades, enquanto o apelo intuitivo do mito foi mantido. No entanto, argumentamos que essa dissociação entre retórica e ação pode não ser simplesmente uma falha de implementação, mas também um meio de sustentar boas intenções e, assim, permitir uma ação contínua. O estudo contribui, assim, para os debates atuais sobre o processo e a dinâmica social da formulação de políticas intersectoriais para a saúde e, particularmente, amplia a discussão sobre a implementação de políticas, mostrando como ideias abstratas podem resultar em implementação elusiva.	Financiamento: O estudo foi financiado pela Trygfonden (a Fundação Tryg) e pela Sociedade Dinamarquesa do Câncer. As fontes de financiamento não tiveram envolvimento no desenho do estudo, coleta de dados, análise e interpretação dos dados ou na decisão de enviá-lo para publicação.
Holt et al; 2018b	Estudo exploratório qualitativo Dinamarca	Setores de saúde e outros setores, representando principalmente a burocracia de nível superior e médio	Não informado.	Em conclusão, sugerimos que é hora de descartar a ideia de que a ação intersectorial para a saúde pode ser alcançada por meio de uma fixação estrutural dentro do governo. Em vez de gastar tempo e recursos reorganizando as fronteiras organizacionais, pode ser mais útil procurar gerenciar as fronteiras e os silos estruturais que existem em qualquer organização, por exemplo, promovendo a conscientização de suas implicações para a ação de saúde pública e aprimorando as habilidades de transposição de fronteiras da saúde pública oficiais.	O(s) autor(es) não declarou(m) nenhum potencial conflito de interesse com relação à pesquisa, autoria e/ou publicação deste artigo. Financiamento: O(s) autor(es) declarou(m) ter recebido o seguinte apoio financeiro para a pesquisa, autoria e/ou publicação deste artigo: Este trabalho foi parcialmente financiado por Trygfonden.

Autor ano	Desenho País	Ações intersetoriais	Limitações	Conclusão	Conflito de interesses Financiamento
Laurin et al., 2015	Estudo de caso múltiplo Canadá	Serviços de primeira infância	Não informado.	A vida pré-escolar das crianças do Quebec não é única nem composta por uma única trajetória: algumas frequentam a creche, outras iniciam o jardim de infância aos quatro anos e outras permanecem em casa até o início da escola para todos, aos cinco anos. Nesse contexto, contar com a atuação intersetorial garante maior oferta de serviços nas diversas esferas do desenvolvimento infantil, maior visibilidade na comunidade e maior acessibilidade. Os resultados deste estudo mostram que está a ser feito um esforço considerável localmente para desenvolver uma gama de serviços adaptados às necessidades das famílias. No entanto, eles levantam questões importantes em torno do planejamento público e questionam a capacidade das comunidades locais de se organizarem para atender às múltiplas necessidades das famílias e crianças. Central para os desafios que enfrentam é a promoção da equidade no desenvolvimento infantil, estabelecendo um equilíbrio entre os serviços locais e a garantia de acesso das famílias a serviços equivalentes em todos os territórios. Isso está de acordo com as recomendações feitas por Hertzman que, apoiado por uma década de pesquisa baseada em <i>Early Development Instrument (EDI)</i> , está fazendo uma campanha ardente pelo acesso universal aos serviços da primeira infância.	Os autores declaram não haver conflito de interesses. Financiamento: Este estudo foi possível graças a uma doação dos Institutos Canadenses de Pesquisa em Saúde, 2009–2012 – Iniciativa de Pesquisa de Intervenção em Saúde da População.
Littlejohns & Smith 2014	Estudo descritivo e exploratório Canadá	Promoção da saúde e sustentabilidade de social.	Uma limitação da pesquisa é que olhamos apenas para o que os municípios dizem sobre sustentabilidade social, em vez do que eles podem realmente fazer para promover seus princípios. Não podemos dizer se os governos locais e os profissionais de promoção da saúde estão ou não trabalhando juntos nessas comunidades, apenas que, com base nas estruturas conceituais de sua prática, pode haver áreas nas quais eles logicamente poderiam fazê-lo facilmente. A menos que explicitamente indicado nos	Para ilustrar conceitos sobrepostos, destacam-se os achados referentes a ricas descrições de ambientes sociais (um determinante da saúde). Da mesma forma, a inclusão social como um objetivo desejado e a capacitação da comunidade (como processo e resultado) parecem ser conceitos em torno dos quais convergem os quadros de promoção da saúde e sustentabilidade social. Essas descobertas identificam oportunidades de parceria potencialmente férteis: os	Não informado

Autor ano	Desenho País	Ações intersetoriais	Limitações	Conclusão	Conflito de interesses Financiamento
			próprios documentos, também estamos limitados em nossa capacidade de determinar a razão ou a força motriz que levou à criação desses quadros municipais.	promotores de saúde podem aprofundar sua compreensão dos determinantes de saúde, como a inclusão social, e os líderes municipais podem aprender com as evidências da eficácia das estratégias de promoção da saúde.	
Lynam et al., 2010	Estudo avaliativo de implementação Canadá	Equipe clínica (contratada pelo centro pediátrico provincial), organizações comunitárias	Ao longo deste estudo piloto, a equipe clínica e de pesquisa percebeu que também tínhamos que refletir sobre as maneiras pelas quais estávamos 'representando' a comunidade. Pois, embora os dados sobre alta necessidade e desvantagem social fossem úteis para defender a iniciativa, tais representações também poderiam prejudicar o trabalho em parceria com organizações comunitárias. Desenvolvemos uma consciência da necessidade de estarmos cientes de que nossos retratos de desvantagem da comunidade podem eclipsar os pontos fortes da comunidade que estão sendo mobilizados para apoiar o SPI. Esperamos ilustrar as complexidades do terreno social desta comunidade, mas também as possibilidades de fornecer apoios e recursos necessários às crianças e suas famílias.	Este artigo fornece uma visão sobre a organização social de um modelo de prática engajado como é experimentado no ponto de atendimento por clínicos e famílias. A análise também chama a atenção para as formas como as políticas moldam a organização da prestação de serviços. Nesse caso, os médicos foram capazes de fornecer cuidados responsivos em parte porque foram capazes de navegar pelas complexidades do terreno da prestação de serviços. Os próximos passos da iniciativa são envolver nossos parceiros clínicos e de tomada de decisão para explorar maneiras de reduzir essas restrições organizacionais para as famílias.	Não informam conflito de interesses. Financiamento: Esta pesquisa recebeu financiamento da BC Medical Research Foundation e da Canadian Nurses Foundation.
Mireles et al; 2018	Não informado Espanha	Saúde, educação, assistência social, transporte, planejamento urbano, esportes e meio ambiente	Não informado.	De 2015 a março de 2018, já são 261 as entidades locais que demonstraram sensibilidade para a melhoria do bem-estar e saúde dos seus cidadãos e assinaram um compromisso de trabalho no âmbito da EPSP. Estas entidades locais representam 40% da população espanhola, o que se deve em grande parte ao elevado número de grandes municípios que aderiram. O trabalho intersetorial é complexo, o que faz com que o desenvolvimento prático nos diferentes municípios seja muito heterogêneo, com grande variabilidade na distribuição dos setores envolvidos. Existem diferenças notáveis quanto à composição da tabela. A EPSP não é a única estrutura de promoção e prevenção da saúde em nível local, mas fornece uma estrutura comum de trabalho e estabelece requisitos mínimos para iniciar ou fortalecer a promoção da saúde nos municípios,	Conflitos de interesse: Nenhum. Financiamento: Nenhum.

Autor ano	Desenho País	Ações intersectoriais	Limitações	Conclusão	Conflito de interesses Financiamento
				<p>conforme consta no Guia de Implementação Local da EPSP. O desafio é conseguir promover as sinergias que existem entre as diferentes iniciativas, projetos e redes de trabalho que coexistem neste domínio, sem esquecer que todas partilham o mesmo objetivo, que é melhorar o bem-estar e a saúde da população, avançando na equidade em saúde e fazê-lo de forma participativa. As transformações estratégicas e estruturais necessárias para garantir que as opções mais saudáveis sejam as mais fáceis para as pessoas escolherem exigem a inclusão da saúde em outras políticas setoriais. Isso é especialmente viável no nível local, embora para continuar avançando na implementação local da EPSP, consideramos que, além de consolidar as ações priorizadas e seus diferentes níveis, é fundamental, entre outros aspectos, melhorar a intersectorialidade coordenação e entre os níveis da Administração, além de integrar a equidade e reforçar a participação cidadã.</p> <p>Por fim, à luz dos resultados obtidos até agora, os desafios que se colocam são:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conhecer melhor os elementos de sucesso, as barreiras e os facilitadores de cada uma das ações de implementação local através da avaliação periódica da implementação e da troca de experiências. • Favorecer a adesão à EPSP dos municípios de menor porte populacional. • Envolver setores cujas políticas têm claro impacto na saúde, mas que, no entanto, aparecem menos representadas nas mesas-redondas intersectoriais. • Manter a aplicação LOCALIZA Salud para dar visibilidade aos recursos de saúde e promover uma divulgação mais ativa dos recursos identificados junto dos cidadãos. 	

Autor ano	Desenho País	Ações intersetoriais	Limitações	Conclusão	Conflito de interesses Financiamento
Serrate 2019	Não informado Cuba	Educação, agricultura, infraestrutura rodoviária, água, comunicações, cultura, esportes e recreação, ciência, tecnologia, meio ambiente, habitação, transporte, organizações políticas, organizações da sociedade civil, cidadãos em geral e setor da saúde	Não informado.	<ul style="list-style-type: none"> • Continuar promovendo a capacitação dos profissionais envolvidos na implementação local da EPSP. <p>A transformação do sistema de saúde é um trabalho em andamento. As tarefas em andamento incluem: redução de custos, melhor uso da tecnologia, treinamento e renovação contínua do capital humano, bem como a capacidade do sistema de coletar e analisar informações relevantes e confiáveis e realizar monitoramento e avaliação. Outras ações incluem a reengenharia do sistema para se alinhar com a nova perspectiva de curso de vida, que mudou a compreensão dos caminhos causais dos processos de saúde-doença, o conjunto de habilidades das especialidades médicas tradicionais e o papel dos serviços de saúde (particularmente em idosos adulto), juntamente com o reconhecimento da crescente importância do autocuidado e da complementaridade da responsabilidade individual e social pela saúde. Finalmente, é extremamente importante fortalecer e adaptar os processos de educação e treinamento para gerar habilidades sustentáveis em todos os setores da sociedade cubana, a fim de capacitar líderes e gestores locais, realizar projetos de pesquisa científica que respondam às necessidades locais e disseminar as lições aprendidas.</p>	Não informado

Fonte: Elaboração própria